

POP

Procedimento Operacional Padrão



FUNDAMENTAÇÃO BÁSICA DE ENFERMAGEM I

*Roteiro para aulas teórico-práticas de
Enfermagem do CSHNB*

PICOS – PI

2022

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Divisão de Processos Técnicos

P825 POP - Procedimento Operacional Padrão :
Fundamentação Básica de Enfermagem I: Roteiro
para aulas teórico-práticas de Enfermagem do
CSHNB / Aline Raquel de Sousa Ibiapina ...
[et al.]. - Picos : UFPI, 2022.

144 f.: il.

ISBN

1. Ensino de Enfermagem. 2. Enfermagem -
Roteiro de Trabalho. 3. Formação em Enfermagem.
I. Ibiapina, Aline Raquel de Sousa. II. Título.

CDD - 610.707

ELABORADO POR:

Profª Drª Aline Raquel de Sousa Ibiapina

Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem;

Profª Me. Inara Viviane de Oliveira Sena

Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem;

Adriele de Almeida Brito

Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem

Monitora da disciplina;

Mayra Raylane de Sousa Carvalho

Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem

Monitora da disciplina;

Stefane Marinho Moreno

Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem

Monitora da disciplina.



APRESENTAÇÃO

É para nós motivo de honra e privilégio elaborarmos o Procedimento Operacional Padrão (POP). O POP é um roteiro teórico-prático, que reúne informações sobre as atividades a serem desempenhadas em um determinado local, ou seja, é o passo a passo a ser seguido. Dessa forma, com ele, é possível padronizar e otimizar rotinas de estudo, bem como, garantir, mediante essa padronização, os resultados esperados por cada atividade executada.

Este POP foi escrito pelas docentes da disciplina Profa. Dra. Aline Raquel de Sousa Ibiapina e Profa. Me. Inara Viviane de Oliveira Sena, e pelas acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB (monitoras do período 2021.2) Adriele de Almeida Brito, Mayra Raylane de Sousa e Stefane Marinho Moreno.

O POP aborda todos os procedimentos da disciplina Fundamentação Básica de Enfermagem I, contemplando uma conjuntura de informações e técnicas para auxiliar no desenvolvimento de habilidades práticas relacionadas à área.


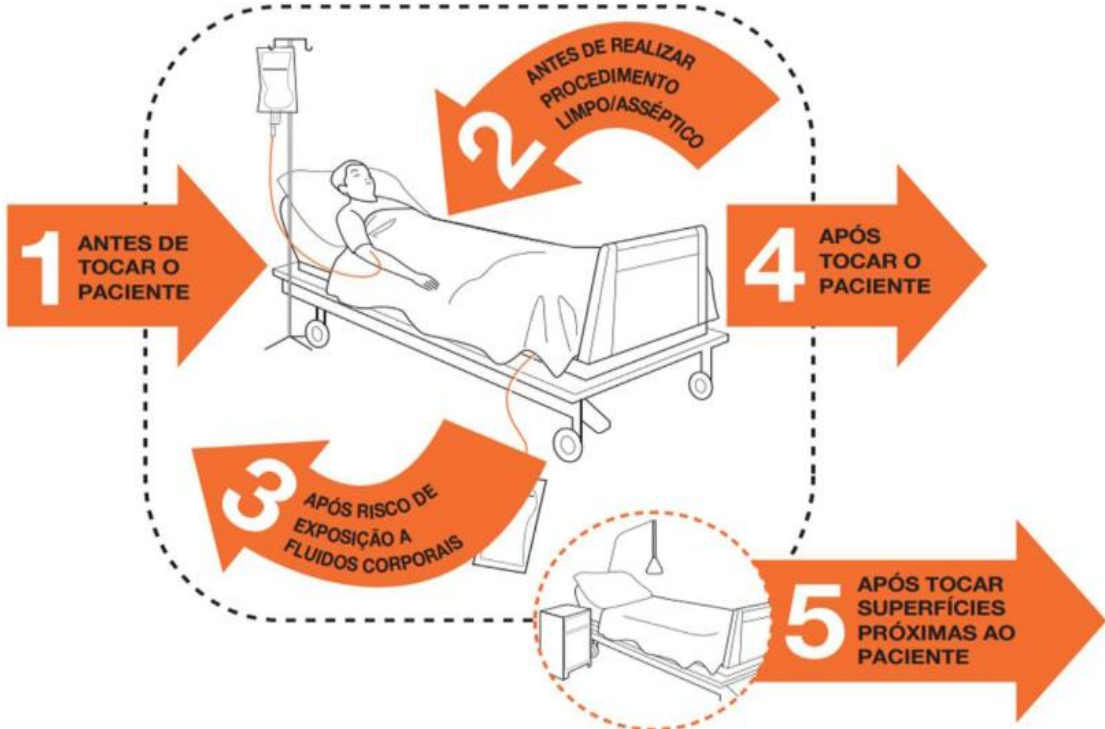
Sendo assim, para alcançar uma melhor experiência através do material, cada procedimento explanado possui as descrições e também as justificativas das etapas, tendo por finalidade solidificar o conhecimento prévio pelo embasamento científico, promovendo maior segurança e efetividade na realização das condutas apresentadas.

SUMÁRIO

1.	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	5
1.1	Higienização simples: com sabonete líquido e água	6
1.2	Higienização antisséptica: sabão antisséptico/degermante e água	10
1.3	Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica.....	10
2.	APLICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI).....	12
2.1	Colocar ou retirar luvas de procedimento	12
2.2	Colocar ou retirar o avental ou capote.....	13
2.3	Colocar e retirar uma touca ou gorro.....	14
2.4	Colocar e retirar a máscara	14
2.5	Colocar e retirar os óculos de proteção	15
3.	MANUSEIO DE MATERIAIS ESTERÉIS	17
3.1	Preparar a superfície estéril de trabalho	17
3.2	Adicionar os itens esterilizados no campo estéril.....	20
3.3	Despejar soluções estéreis	21
3.4	Luvas estéril.....	22
3.4.1	Vestir as luvas	22
3.4.2	Remover as luvas	25
4.	UNIDADE (LEITO) DO PACIENTE	26
4.1	Arrumação do leito ocupado	26
4.2	Arrumação do leito desocupado e cirúrgico.....	30
4.3	Limpeza da unidade do paciente (leito).....	31
5.	CUIDADOS HIGIÊNICOS COM O PACIENTE.....	33
5.1	Etapas do procedimento banho no leito.....	34
5.2	Higienização do cabelo e do couro cabeludo do paciente	36
5.3	Higiene oral em paciente consciente	38
5.4	Higiene oral em paciente inconsciente	39
5.5	Higiene íntima feminina	40
5.6	Higiene íntima masculina	42
6.	MANUSEIO, TRANSFERÊNCIA E POSICIONAMENTO SEGURO DO PACIENTE.....	44
6.1	Assistir o paciente para a posição sentado na borda da cama	44
6.2	Transferir o paciente do leito para a cadeira	45
6.3	Transferir o paciente do leito para a cadeira de rodas	47
6.4	Transferir o paciente da cadeira de rodas para o leito	49
6.5	Transferir da cama para a maca usando uma prancha de deslizamento.....	49
6.6	Colocar o paciente em decúbito lateral	50

6.7	Trazer o paciente para um dos lados do leito	51
6.8	Movimentar o paciente, em decúbito dorsal, para a cabeceira da cama.....	52
6.9	Movimentar o paciente em posição sentada para a cabeceira do leito	53
6.10	Sentar o paciente no leito	54
6.11	Colocar ou retirar comadres	55
7.	COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES DE URINA	57
7.1	Coleta de amostra de urina com cateter urinário estéril, jato médio	58
7.1.1	Coleta de urina de cateter urinário de demora.....	59
7.1.2	Coleta de amostras de urina 24 horas.....	61
7.2	Coleta de amostras para exames de fezes.....	61
7.3	Coleta de amostras para exames de sangue	63
7.3.1	Monitoramento da glicose sanguínea (glicemia capilar).....	64
7.3.2	Punção venosa com seringa e punção venosa com vacutainer.....	66
8.	PROCEDIMENTO ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	69
8.1	Vias não parenterais	69
8.1.1	Via oral.....	69
8.1.2	Via tópica ou dermatológica	72
8.1.3	Via oftalmológica.....	76
8.1.4	Via otológica	77
8.1.5	Via nasal.....	79
8.1.6	Via inalatória	80
8.1.7	Via vaginal	82
8.1.8	Via retal.....	85
8.2	Vias parenterais	87
8.2.1	Ampolas	87
8.2.2	Via intradérmica (id)	89
8.2.3	Via subcutânea (sb)	92
8.2.4	Via intramuscular (im)	96
8.2.5	Via endovenosa/intravenosa (ev/iv)	110
9.	PROCEDIMENTO CURATIVOS	122
9.1	Curativo em ferida aberta	122
9.2	Curativo em ferida operatória/cirúrgica limpa	128
9.3	Curativo em inserção de cateter venoso central	130
9.4	Curativo no dreno de tórax	132
9.5	Troca do selo d'água do frasco do dreno de tórax.....	133
9.6	Curativo compressivo.....	136
10.	USO TERAPÊUTICO DO CALOR E FRIO	139

10.1 Aplicação de compressas mornas.....	139
10.2 Aplicação de compressas frias.....	140

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
1. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS		Elaboração: 2022
<p>Definição: O termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos”. “Higiene das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos por meio da higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, e a antisepsia cirúrgica das mãos.</p>		
<p>Responsável pela execução: Todos os profissionais envolvidos com a assistência à saúde</p>		
<p>Objetivo: - Prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram infecções. - Prevenir e reduzir infecções causadas pelas transmissões cruzadas.</p>		
<p>Momentos para a Higienização das mãos:</p>  <p>1. Antes de tocar o paciente</p> <p>2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico</p> <p>a) Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas. b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.</p> <p>3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções</p> <p>a) Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo.</p> <p>4. Após tocar o paciente</p> <p>5. Após tocar superfícies próximas ao paciente</p>		

- b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
 c) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

4. Após tocar o paciente

- a) Antes e depois do contato com o paciente
 b) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas

5. Após tocar superfícies próximas ao paciente

- a) Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente.
 b) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

1.1 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES: com sabonete líquido e água

Finalidade:

Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

Duração do Procedimento:

A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Aplicação:

Antes e após qualquer procedimento realizado em pacientes internados, ambulatoriais e de urgência e emergência e antes e após o contato direto de acompanhantes e visitantes com pacientes internados e de urgência e emergência.

Materiais:

Água, Sabão líquido e papel-toalha.

Técnica:

- Certificar-se de que suas unhas estão curtas, bem apresentadas e lisas.
- Retire os adornos (anéis, aliança, pulseiras, relógio e outros)
- Arregace as mangas até a altura do cotovelo

Etapas do procedimento

Justificativa





a. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia.







A pia é uma área contaminada. Chegar mais próximo à pia aumenta o risco de se tocar a borda contaminada. Para molhar as mãos os dedos devem ficar para cima, fazendo com que a água escorra das pontas dos dedos até o pulso.

b. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.

Utilize o produto em quantidade suficiente para cobrir completamente as mãos.

	
<p>c. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.</p> 	<p>O sabão limpa por emulsificação da gordura e do óleo, diminuindo a tensão da superfície.</p>
<p>d. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.</p> 	<p>A fricção e o atrito mecânico desprendem e removem a sujeira e as bactérias transitórias.</p>
<p>e. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.</p> 	<p>Os dedos entrelaçados garantem que todas as superfícies sejam limpas.</p>

<p>f. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.</p> 	<p>Necessário para assegurar que todas as superfícies das mãos e dedos estejam cobertas pelo sabão e lavadas.</p>
<p>g. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.</p> 	<p>Friccionar os polegares garante que todas as áreas das mãos sejam limpas.</p>
<p>h. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa.</p> 	<p>A área sob as unhas pode ser altamente contaminada, o que aumenta o risco de transmissão da infecção a partir do enfermeiro para o paciente</p>
<p>i. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.</p> 	<p>A lavagem mecânica remove a sujidade e os microrganismos.</p>

j. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido **dos dedos para os punhos**. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



Evitando que as sujidades das outras partes cheguem as extremidades dos dedos.

k. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns.



A secagem da área mais limpa (ponta dos dedos) para a menos limpa (antebraços) evita a contaminação. A secagem impede as rachaduras e a pele áspera.



1. Abra a torneira e molha as mãos, evitando encostar na pia.



2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



3. Enxabe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



5. Entrelace os dedos e fricione os espaços interdigitais.



6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), seguindo os dedos, com movimento de vai-e-vem.



7. Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



9. Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



10. Enxague as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



11. Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

1.2 HIGIENIZAÇÃO ANTISSEPTICA: sabão antisséptico/degermante e água

Finalidade:

Promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, com auxílio de um antisséptico.

Duração:

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Aplicação:

Antes e após qualquer procedimento realizado em pacientes internados, ambulatoriais e de urgência e emergência. Especificamente, em casos de surto em pacientes com precauções de isolamento e em unidades de terapia intensiva (UTI).

Materiais:

Antisséptico degermante (clorexidina) e papel-toalha.

Técnica:

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante.

1.3 FRICÇÃO ANTISSEPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA

Finalidade:

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

Duração:

A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.

Materiais:

Álcool a 70%

Técnica:

É igual ao da higienização simples, mas sem a utilização do papel toalha.




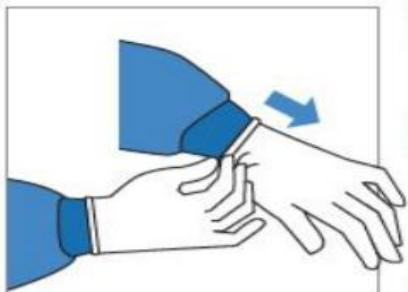

Referências:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Anexo 01: protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde** Brasília: Anvisa, 2013.

CARMAGNANI, M. I, S, et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

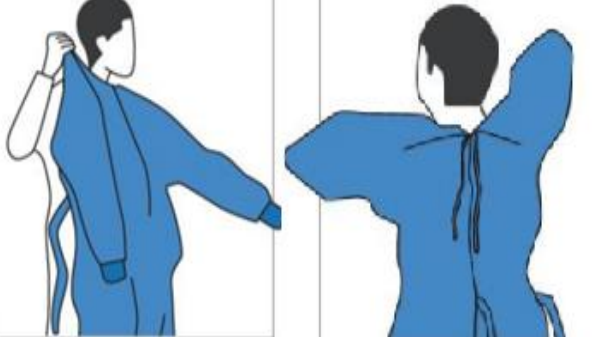

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN, M. K. **Procedimentos e Intervenções de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

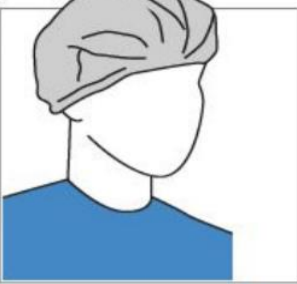
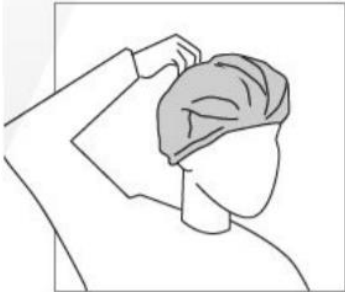
	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
2. APLICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)		Elaboração: 2022
Definição: Os EPIs são equipamentos e acessórios desenvolvidos para proteger uma parte do corpo ou o indivíduo todo contra riscos específicos.		
Responsável pela execução: Todos os profissionais de saúde.		
Finalidades: Garantir o cumprimento das práticas de biossegurança na atuação dos profissionais, evitando a transmissão de microorganismos e acidentes de trabalho.		
Indicação: Proteção individual. Realização de procedimentos. Garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais.		
Materiais Necessários: Luvas limpas Aventais ou capotes. Máscaras Touca ou gorro cirúrgico. Óculos de proteção.		
2.1 COLOCAR OU RETIRAR LUVAS DE PROCEDIMENTO		
Descrição do Procedimento	Justificativa	
a. Calce as luvas e estenda-as até cobrir o punho do avental de isolamento.	Evita a transmissão de microorganismos.	
b. Com as duas mãos enluvadas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso.		
c. Retire essa 1ª luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora.		
d. Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada.		
e. Com a mão sem luva, retire a 2ª luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso.		
f. Vire a 2ª luva do avesso enquanto inclina para longe do corpo, deixando a 1ª luva dentro da 2ª.		

<p>g. Descarte a luva na lixeira e não reutilize. Lavar as mãos.</p>	
---	--

	
<p>ETAPA 6 Vestindo as luvas sobre as mangas do avental.</p>	<p>ETAPA 7a Remover a segunda luva enquanto segura a luva suja.</p>

2.2 COLOCAR OU RETIRAR O AVENTAL OU CAPOTE

<p>a. Com a abertura para trás. Certificar-se de que ele cobre todas as peças de vestuário. Puxar as mangas até o punho. Amarrar firmemente no pescoço e na cintura.</p>	<p>Impede a transmissão da infecção e protege os profissionais da equipe de enfermagem quando o paciente apresentar drenagem ou produção de secreções.</p>
<p>b. Nunca amarre o avental ou capote pela frente. Certifique-se que o nó de amarração é de fácil retirada.</p>	<p>Facilitar a remoção.</p>
<p>c. Vista o avental o capote primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura.</p>	
<p>d. Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos.</p>	
<p>e. Retirar o avental ou capote.</p>	<p>Durante a retirada do avental ou capote, evite tocar o lado externo, pois estará contaminado</p>
<p>f. Abrir as tiras e solte as amarras.</p>	
<p>g. Empurre pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do avental/capote.</p>	
<p>h. Retire o avental/capote pelo avesso.</p>	
<p>i. Dobre ou enrole em uma trouxa e descarte em recipiente apropriado.</p>	
<p>j. Realize a higienização das mãos.</p>	<p>Evitar de se contaminar.</p>

2.3 COLOCAR E RETIRAR UMA TOUCA OU GORRO	
a. Se o cabelo e longo, penteá-lo para trás das orelhas e prendê-lo.	A touca deve cobrir completamente o cabelo.
b. Prender o cabelo com grampos.	O cabelo longo não deve cair ou causar o deslizamento da touca e sua consequente exposição.
c. Colocar a touca sobre a cabeça como se fosse colocar uma rede de cabelo. Começando pela testa, em direção a nuca.	O cabelo solto pairando sobre o campo estéril contamina os objetos presentes nesses campos.
d. Certificar-se de que todo o cabelo e as orelhas estão dentro das bordas da touca.	
e. Sempre que a touca ou gorro estiverem úmidos devem ser substituídos por outro.	
f. Retire a touca ou gorro.	É retirado após o avental ou capote.
g. Para retirar touca/gorro, puxe pela parte superior central, sem tocar nos cabelos (minimiza o contato das mãos com o cabelo).	
h. Descartar a touca em recipiente adequado e realizar a higienização das mãos (reduz a transmissão de microorganismos).	
2.4 COLOCAR E RETIRAR A MÁSCARA	
a. Localizar a borda superior da máscara, que tem geralmente uma faixa de metal fino ao longo da borda.	O metal maleável encosta na ponte do nariz.
b. Segurar a máscara pelas duas tiras ou laços de cima mantendo a borda superior acima do nariz.	Impede o contato das mãos com a porção facial limpa de máscara. Máscara cobre todo o nariz.
c. Amarrar as duas tiras principais em um arco na parte superior da parte traseira da cabeça sobre a touca (se usada), mantendo-as acima das orelhas.	A posição dos laços no topo da cabeça proporciona um ajuste apropriado. As cordas sobre as orelhas podem causar irritação.
d. Amarrar as duas tiras inferiores em um arco, confortavelmente ao redor do pescoço, com a máscara sob o queixo.	Previne a transmissão de microrganismos pelas laterais da máscara quando o profissional conversa e respira.
e. Adaptar a banda de metal superior ao redor da ponte do nariz, moldando-a suavemente.	Previne a liberação dos microrganismos ao redor do nariz.



ETAPA 4c Amarrar as tiras superiores da máscara.

ETAPA 4d Amarrar as tiras inferiores da máscara.

f. Retire a máscara.

g. Desatar as tiras superiores da máscara, segurar as tiras, desamarrar as de baixo e puxar a máscara do rosto, enquanto segura as tiras. Retirar a máscara do rosto.

Evita que a parte superior da máscara caia sobre o uniforme do enfermeiro. A superfície contaminada da máscara poderia então contaminar o uniforme.

e. Não tocar a superfície exterior da máscara. Descartar em recipiente forrado com plástico.

Previne a contaminação das mãos.



ETAPA 7d A, Desamarrar as tiras superiores da máscara. B, Remover a máscara da face. C, Desprezar a máscara no lixo.

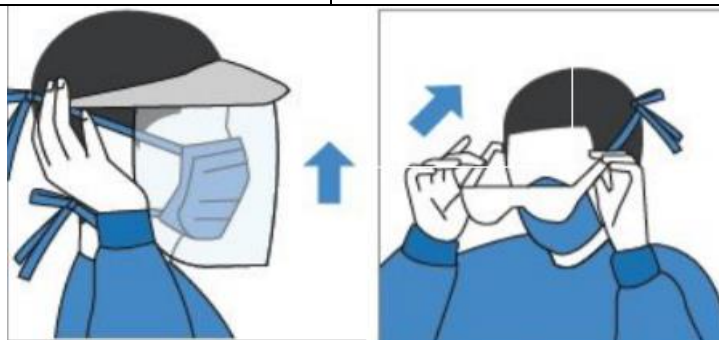
2.5 COLOCAR E RETIRAR OS ÓCULOS DE PROTEÇÃO

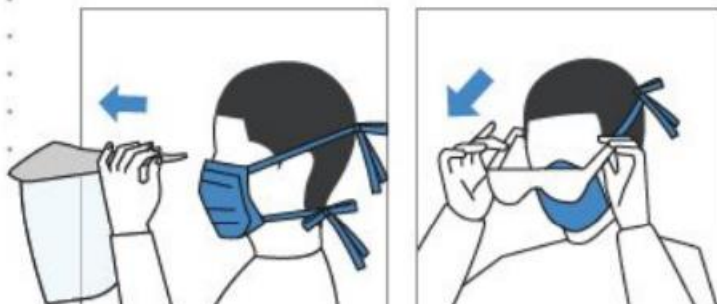
a. Colocar os protetores oculares, óculos de proteção ou viseira de maneira mais confortável sobre os olhos e verificar se a visão é clara.



O posicionamento pode afetar a clareza de visão.




b. Certificar-se de que os óculos se encaixam confortavelmente em torno da testa e do rosto.


Assegura que os olhos estejam totalmente protegidos.






<p>c. Remover os óculos pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada. Evitar colocar as mãos sobre as lentes sujas.</p>	<p>Evitar contaminação.</p>
	
<p>Referências:</p> <p>COFEN. COVID-19: Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPI's). Brasília, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf. Acesso: 11 de fev. de 2022.</p> <p>PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN, M. K. Procedimentos e Intervenções de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.</p>	


	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ		Disciplina: Fundamentos I
	3. MANUSEIO DE MATERIAIS ESTERÉIS		Elaboração: 2022
Definição:			
<ul style="list-style-type: none"> Um campo esterilizado proporciona uma superfície para a colocação de material esterilizado. É uma área considerada livre de microrganismos. A realização de procedimentos estéreis assépticos requer uma área de trabalho na qual os objetos podem ser manipulados com risco mínimo de contaminação. 			
Responsável pela execução:			
<ul style="list-style-type: none"> Todos os profissionais envolvidos com a realização de procedimentos estéreis durante a assistência à saúde: médico, enfermeiros, técnicos, etc. 			
Finalidades:			
<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o risco de contaminação e disseminação de microrganismos em torno do local que será realizado o procedimento estéril, tais como incisão cirúrgica, punção venosa ou introdução de uma sonda vesical de demora. 			
Indicação:		Contra-indicação/restrrição:	
<ul style="list-style-type: none"> Cobrir e proteger superfícies, tais como mesas e bancadas; Cobrir e proteger áreas do corpo; Delimitar e isolar áreas cirúrgicas; Prevenir contaminações cruzadas; Evitar contaminações bacterianas; 		<ul style="list-style-type: none"> Não utilizar em caso de prazo de validade vencido; Não utilizar em caso de embalagem violada ou úmida. 	
Materiais Necessários:			
<ul style="list-style-type: none"> kit ou bandeja estéril, contendo um campo e pinças; luvas estéreis; Agulhas; Seringas; 			
3.1 PREPARAR A SUPERFÍCIE ESTÉRIL DE TRABALHO			
Descrição do Procedimento		Justificativa	
<i>a. Kit comercial estéril ou bandeja contendo itens estéreis:</i>			
Antes de qualquer procedimento: Higienizar as mãos (ver o POP de higienização das mãos).		Reduz a transmissão de microrganismos.	
(1) Colocar o <i>kit</i> estéril ou pacote contendo itens estéreis na superfície de trabalho.		Uma vez criado, o campo e estéril somente no nível da mesa.	
(2) Abrir tampa protetora de poeira e retirar o <i>kit</i> , colocando-o na superfície de trabalho. 		O <i>kit</i> interno permanece estéril.	
(3) Segurar a borda externa da ponta da aba externa.		A superfície externa do pacote é considerada não esterilizada. Existe uma margem de 2,5 cm em torno de qualquer campo estéril ou envoltório que é considerada contaminada.	

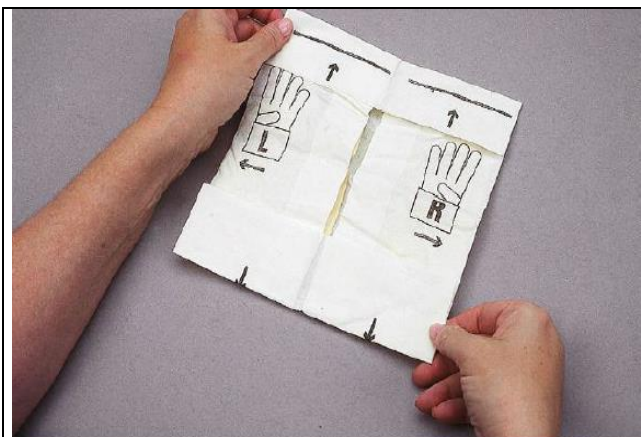
<p>(4) Abra a aba externa distante do corpo, mantendo o braço estendido e longe do campo estéril.</p>  <p>ETAPA 8a(4) Abrir a aba externa do <i>kit</i> estéril para longe do corpo.</p>	<p>O avanço sobre o campo estéril o contamina.</p>
<p>(5) Segurar a borda externa do primeiro lado da aba.</p>	<p>A borda externa e considerada não esterilizada.</p>
<p>(6) Abrir a aba lateral, puxando-a para o lado e permitindo que ela deite-se na superfície da mesa. Manter o braço para o lado e não estendido sobre a superfície estéril.</p>  <p>ETAPA 8a(6) Abrir a primeira aba lateral puxando para o lado.</p>	<p>O campo ou a aba devem ficar na posição horizontal para que ele não se levante acidentalmente e contamine a superfície interna ou os itens estéreis colocados sobre a sua superfície.</p>
<p>(7) Repetir o mesmo processo do outro lado.</p>  <p>ETAPA 8a(7) Abrir a segunda aba lateral puxando para o lado.</p>	<p>(8) Segurar a borda externa, a última e mais interna do retalho.</p>
<p>(9) Manter-se distante do pacote estéril e puxar o retalho para trás, permitindo que ele se estenda sobre a superfície de trabalho.</p>	<p>Aproximar-se do campo estéril, o contamina.</p>

	
<p>ETAPA 8a(9) Abrir a última e mais interna aba mantendo-se afastado do campo estéril.</p>	
<p><i>b. Pacote envolto em tecido de algodão estéril:</i></p>	
<p>(1) Colocar o pacote na superfície de trabalho acima do nível da cintura.</p>	<p>Os itens colocados abaixo do nível da cintura são considerados contaminados.</p>
<p>(2) Remover a vedação de fita e desembrulhar as duas camadas, seguindo as etapas 8a (2) a 8a (9) com o <i>kit</i> estéril.</p>	<p>Evitar contaminação.</p>
<p>(3) Usar o involucrio de tecido aberto como campo estéril.</p>	<p>A superfície interna do involucrio e considerada estéril.</p>
<p><i>c. Campo estéril:</i></p>	
<p>(1) Colocar o pacote contendo o campo estéril sobre a superfície de trabalho e abrir, tal como descrito nas etapas 8a (2) a 8a (9) para o pacote estéril.</p>	<p>Assegurar a esterilidade dos campos embalados.</p>
<p>(2) Vestir as luvas estéreis. A borda externa - 2,5cm (1 polegada) - do campo pode ser tocada sem usar as luvas.)</p>	<p>O uso da luva é uma opção, dependendo da política da instituição de saúde.</p>
<p>(3) Segurar a borda superior dobrada do campo com as pontas dos dedos de uma mão. Levantar cuidadosamente o campo do seu involucrio sem tocar em qualquer objeto.</p>	<p>Se um objeto estéril toca em qualquer objeto não estéril, torna-se contaminado.</p>
<p>(4) Permitir que o campo se desenrole, mantendo-o acima da cintura e da superfície de trabalho e afastado do corpo. (Cuidadosamente descarte o involucrio externo com a outra mão.)</p>	<p>O objeto mantido abaixo da cintura da pessoa ou acima do peito é contaminado.</p>
<p>(5) Com a outra mão, alcançar o canto adjacente do campo. Segurar o campo para cima e longe do seu corpo.</p>	<p>O campo pode agora ser posicionado adequadamente com as duas mãos.</p>

 <p>ETAPA 8c(5) Levantar e segurar as bordas do campo estéril longe do corpo.</p>	
<p>(6) Mantendo o campo na primeira posição, deitar a metade inferior sobre a metade superior na superfície de trabalho destinada.</p>	<p>Previne o profissional de posicionar-se sobre o campo estéril.</p>
<p>(7) Permitir que a metade superior do campo seja posicionada sobre a metade inferior da superfície de trabalho.</p>  <p>ETAPA 8c(7) Permitir que a metade superior do campo seja posicionada sobre a metade inferior da superfície de trabalho.</p>	<p>A superfície plana estéril já está disponível para a colocação de itens estéreis.</p>
3.2 ADICIONAR OS ITENS ESTERILIZADOS NO CAMPO ESTÉRIL	
<p>a. Abrir o item esterilizado (seguindo as instruções da embalagem) enquanto mantém o involuço externo na mão não dominante.</p>	<p>Libera a mão dominante para desembalar o involuço externo.</p>
<p>b. Retirar cuidadosamente o involuço sobre a mão não dominante.</p>	<p>O item permanece estéril. A superfície interna do involuço cobre a mão, tornando-a estéril.</p>
<p>c. Para assegurar-se de que o involuço não cairá no campo estéril, colocar angularmente o item sobre o campo. <i>Não manter o braço sobre o campo estéril.</i></p>	<p>As bordas protegidas do involuço evitam que o conteúdo seja lançado e contamine o campo estéril.</p>
<p>d. Desprezar o involuço externo.</p>	<p>Impede a contaminação acidental de campo esterilizado.</p>
<p>Pacote</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abri-lo, iniciando-se pela extremidade oposta ao manipulador; • Proteger o material exposto com o campo esterilizado que o envolvia; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Toçar com as mãos somente a parte externa do pacote; • Não guardar como material esterilizado um pacote aberto anteriormente. 	
<p>Seringa descartável</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 da seringa. 	
<p>Agulha descartável</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrir o invólucro no sentido canhão-bizel; • Fixá-la à ponta da seringa através do canhão; • Manter a agulha protegida até o momento do seu uso. 	
3.3 DESPEJAR SOLUÇÕES ESTÉREIS	
<p>a. Verificar o conteúdo e a data de vencimento da solução.</p>	<p>Garante a solução adequada e esterilidade do conteúdo.</p>
<p>b. Certificar-se de que o receptáculo para a solução está localizado perto ou na borda estéril da superfície de trabalho. <i>Kits</i> estéreis tem copos ou plásticos com seções moldadas em que os fluidos podem ser derramados.</p>	<p>Impede o avanço sobre o campo estéril.</p>
<p>c. Remover a vedação estéril e a tampa da garrafa em um movimento ascendente.</p>	<p>Evita a contaminação da boca da garrafa. Mantém a esterilidade dentro da tampa.</p>
<p>d. Com o frasco de solução mantido fora do campo estéril, com a etiqueta virada para cima e a boca da garrafa de 1 a 2 polegadas (2,5 a 5 cm) acima do interior do receptáculo estéril, lentamente despejar a solução do recipiente. Evitar espirrar.</p>	<p>A borda e o lado de fora da garrafa são considerados contaminados. Ao despejar lentamente, evitam-se respingos, que podem provocar a quebra da barreira estéril, resultando em contaminação. A esterilidade do conteúdo não pode ser assegurada se a tampa e substituída.</p>
	

3.4 USO DE LUVAS ESTÉREIS	
Definição:	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ As luvas estéreis atuam como uma barreira contra a transmissão de microrganismos patogênicos e são calcadas antes da realização de qualquer procedimento crítico, tal como uma mudança de compressa esterilizada ou a inserção do cateter urinário. As luvas estéreis não substituem a higiene das mãos. 	
Responsável pela execução:	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Todos os profissionais envolvidos com a realização de procedimentos estéreis durante a assistência à saúde: médico, enfermeiros, técnicos, etc. 	
Finalidades:	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Reduzir o risco de contaminação das mãos dos profissionais de saúde com sangue e outros fluidos corporais; ✚ Reduzir o risco de disseminação de microrganismos para o ambiente e de transmissão do profissional de saúde para o paciente e vice-versa, bem como de um paciente para o outro – infecção cruzada. 	
Indicação:	Contra-indicação/restrição:
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Proteção individual. ✚ Realização de todos os procedimentos que exigirem a técnica estéril. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Quando o profissional não estiver realizando assistência e/ou procedimento estéril.
Materiais Necessários:	
<ul style="list-style-type: none"> ✚ 1 par de luvas estéreis de tamanho correto. 	
3.4.1 VESTIR AS LUVAS	
Descrição do Procedimento	Justificativa
a. Higienizar as mãos (ver o POP de higienização das mãos).	Reduz a transmissão de microrganismos.
b. Posicionar o pacote de luva perto da área de trabalho.	Garante sua disponibilidade antes do procedimento.
c. Abrir o pacote de luvas estéreis com cuidado, separando os lados aderidos.	Previne que o pacote interno se abra acidentalmente e cause contato com objetos contaminados.
	
<p>ETAPA 2c Abrir o invólucro da embalagem externa da luva.</p>	
d. Segurar a embalagem interna e colocá-la em uma superfície limpa, seca, plana e no nível da cintura. Abrir a embalagem, mantendo as luvas no seu interior.	A superfície interna da embalagem de luvas é estéril. O objeto estéril mantido abaixo do nível da cintura está contaminado.



ETAPA 2d Abrir a embalagem interna das luvas sobre a superfície de trabalho.

e. Identificar a luva direita e a esquerda. Cada luva possui um punho dobrado de cerca de 5 cm de largura. Colocar primeiramente a luva na mão dominante.



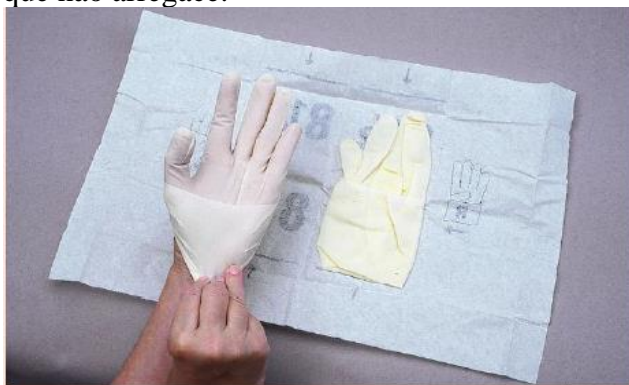
A identificação adequada das luvas evita a contaminação por ajuste improprio. A colocação da luva primeiramente na mão dominante melhora a destreza.

f. Com o polegar e os dois primeiros dedos da mão não dominante, segurar a borda do punho da luva da mão dominante. Em seguida, deslize num único movimento a mão dominante para dentro da luva, mantendo a manga dobrada ao nível do punho, com a palma da mão voltada para cima e os dedos abertos.

Tocar apenas a superfície interna da luva. A borda interna do punho tocando a pele não é mais considerada estéril.

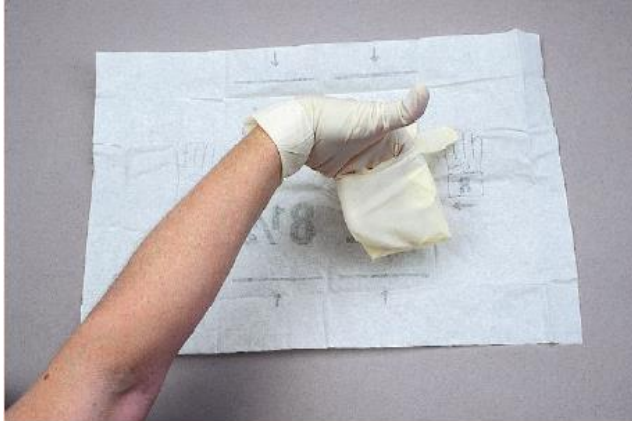
g. Puxe cuidadosamente a luva calcando-a sobre a mão dominante, soltando o punho e assegurando que não arregace.

Ter cuidado em trabalhar o polegar e os dedos nos espaços corretos.



ETAPA 2g Pegar a luva para a mão dominante e inserir os dedos.

h. Com a mão dominante enluvada, deslizar os dedos por baixo do punho dobrado da segunda luva.



ETAPA 2h Pegar a luva para a mão não dominante.

O punho protege os dedos enluvados; a abdução do polegar impede a contaminação com a superfície não estéril.

i. Puxar cuidadosamente a segunda luva sobre os dedos da mão não dominante.



ETAPA 2i Puxar a segunda luva sobre a mão não dominante.

Para não haver contaminação.

j. Entrelaçar os dedos das mãos com as luvas e manter longe do corpo, acima do nível da cintura até o início do procedimento.



ETAPA 2j Cruzar as mãos enluvadas.

Impede a contaminação acidental pelo movimento da mão.

3.4.2 REMOVER AS LUVAS

<p>a. Segurar o lado externo do punho de uma luva com a outra mão enluvada; evitar tocar no pulso. Puxar a luva, virando-a de dentro para fora. descartar em recipiente próprio.</p>	<p>A parte externa da luva não deve tocar a superfície da pele.</p>
<p>b. Introduzir os dedos da mão desencapada no lado interno do punho da luva restante. Retirar a luva virando-a de dentro para fora. Descartar em recipiente de lixo.</p>	<p>Os dedos não tocam a superfície contaminada da luva.</p>




Fonte: GLOBUS GROUP, 2019 (Adaptado).

Referências:

PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN, M. K. **Procedimentos e Intervenções de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

GLOBUS GROUP. **How to Safely remove your disposable gloves**. Disponível em: <https://www.globus.co.uk/assets/files/How-To-Safely-Remove-Your-Disposable-Gloves-A3-0615.pdf> . Acesso em: 11 de fev. de 2022.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
	4. UNIDADE (LEITO) DO PACIENTE	Elaboração: 2022
<p>Definição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O leito é a parte do equipamento mais frequentemente utilizada por um paciente, ele deve ser confortável, seguro e adaptável para várias posições. O leito hospitalar consiste em um colchão firme sobre uma armação de metal que pode ser elevado ou abaixado horizontalmente. 		
<p>Responsável pela execução:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. 		
<p>Finalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover segurança e conforto para os clientes. • Manter a unidade com aspecto agradável. • Proporcionar conforto ao paciente pela mudança de roupa, estimular a circulação pela mudança de posição, observar o aspecto geral do paciente. 		
<p>Indicação dos tipos de arrumação do leito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A arrumação do leito pode ser feita com o paciente fora do leito (não ocupado) desocupado ou cirúrgico ou no leito (ocupado). • Um leito desocupado é um leito deixado aberto com os lençóis de cobrir dobrados em leque para baixo. Um leito cirúrgico pós-operatório é preparado para pacientes que retornam da sala de cirurgia ou da área de procedimentos. • A arrumação de um leito ocupado é limitada a pacientes que não toleram ficar fora do leito. Além disso, alguns pacientes têm restrições de atividade ou de posicionamento prescritas pelo médico; desse modo, é importante compreender qual posição o paciente pode assumir enquanto as roupas de cama são trocadas. 		
<p>Materiais Necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saco ou cesta de roupas de cama – <i>hamper</i>; • Cobertor de banho (se disponível); • Lençol de forrar o leito (em alguns serviços, o lençol de forrar o leito e um lençol embutido; verifique o protocolo da instituição); • Meio-lençol (opcional); • Forros impermeáveis (opcional); • Lençol de cobrir, cobertor, colchas, fronhas; • Luvas limpas; • Solução antisséptica; • Toalhinha. • Os móveis que compõem a unidade do paciente deverão estar dispostos de forma a permitir uma boa circulação ao redor dos leitos (1 cama com colchão, 1 mesa de cabeceira com gaveta para material de uso do paciente, 1 cadeira, 1 mesa de refeição, 1 suporte para soro, 1 escadinha). 		
4.1 ARRUMAÇÃO DO LEITO OCUPADO		
<p>Descrição do Procedimento:</p>		
<p>1. Lavar as mãos;</p>		
<p>2. Determinar se o paciente é incontinente ou se há secreção presente nos curativos. Em caso positivo, deve-se calçar as luvas enquanto se arruma o leito. Será preciso colocar forros impermeáveis no leito.</p>		

3. Avaliar as restrições sobre mobilidade/posicionamento do paciente. Explicar o procedimento ao paciente, observando que será preciso pedir ao paciente para se virar sobre as camadas de roupa de cama.
4. Elevar a cama para uma altura de trabalho confortável. Soltar todos os lençóis. Remover a colcha e o cobertor separadamente, deixando o paciente coberto com o lençol. Caso estejam sujos, coloca-los no saco de roupas de cama. Caso possam ser reutilizados, dobrá-los em quadrado e guardá-los sobre as costas de uma cadeira.
5. Cobrir o paciente com o cobertor de banho ou lençol.
6. Posicionar o paciente no lado mais distante do leito, virado de lado e voltado para você. Estimular o uso da grade lateral para guardá-lo a se virar. Ajustar o travesseiro sob a cabeça do paciente. Verificar se algum dreno ou sonda não estão sendo tracionados.
7. Soltar roupas de cama usadas, movendo-as da cabeceira para os pés. Em seguida, dobrar o lençol de forrar e o meio-lençol (opcional) em pregas, em direção ao paciente – primeiro o meio-lençol e, depois, o lençol de forrar. Segurar as bordas das roupas de cama logo abaixo das nádegas, costas e ombros. Não dobrar o forro do colchão em pregas (se ele puder ser reutilizado).



Roupa de cama usada dobrada ao longo da lateral do paciente.

8. Limpar, desinfetar e secar as superfícies do colchão, caso esteja sujo ou úmido.
9. Colocar as roupas de cama limpas a metade exposta do leito; colocar um lençol-padrão ou um lençol de cobrir embutido limpo ao leito, com o lado da costura para baixo.
 - a. Certificar-se de que o vinco central está situado ao longo do centro do leito. Dobrar a camada superior de lençóis em pregas, em direção ao centro do leito ao longo da lateral do paciente.



Roupa de cama limpa colocada no leito.

b. Esticar o lençol de forrar sobre o colchão e trazer a borda por sobre o lado mais próximo do colchão. Puxar o lençol embutido suavemente por sobre as extremidades do colchão. Deixar a borda do lençol plano não embutido pendurada por cerca de 25 cm por sobre a borda do colchão. A bainha inferior do lençol plano de forrar deve ficar com a costura para baixo e nivelada com a borda inferior do colchão.

10. Caso um lençol plano seja usado, dobrar em chanfradura a parte inferior do lençol plano na cabeceira do leito:

a. Forrar a cabeceira do leito diagonalmente. Colocar a mão distante da cabeceira do leito sob o canto superior do colchão, próximo a borda do colchão, e levantar.

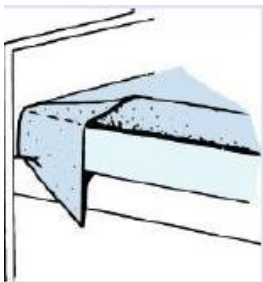
b. Com a outra mão, dobrar a borda do lençol de forrar suavemente sob o colchão, de modo que as bordas laterais do lençol acima e abaixo do colchão se encontrem quando unidas.

c. Forrar a lateral do leito e segurar a borda superior do lençol a aproximadamente 45 cm a partir da extremidade superior do colchão.



10c Borda superior do lençol segura

d. Levantar o lençol, e guardá-lo no alto do colchão para formar uma prega nitidamente triangular, com a base inferior do triângulo nivelada com a borda lateral do colchão.



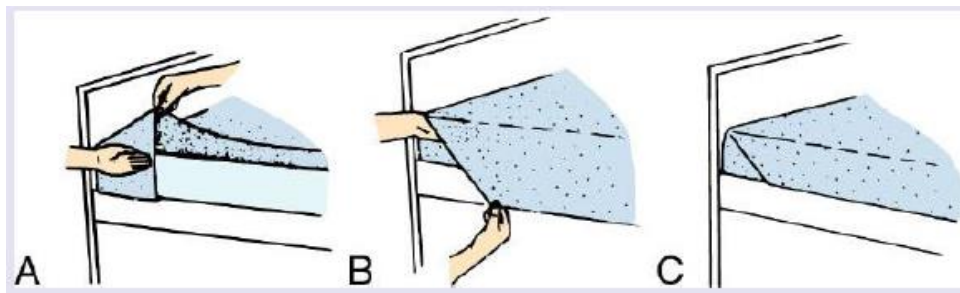
10d Lençol no alto do colchão em uma prega triangular.

e. Dobrar a borda inferior do lençol, a qual está pendente livre abaixo do colchão, sob o colchão. Dobrar com as palmas para baixo, sem puxar a prega triangular.



10e Borda inferior do lençol dobrada sob o colchão.

f. Segurar a porção do lençol que cobre a lateral do colchão no lugar com uma das mãos. Com a outra mão, pegar a ponta da prega triangular do lençol e puxá-la para baixo, por sobre a lateral do colchão (A e B). Dobrar essa porção sob o colchão (C).



A e B, Prega triangular colocada por sobre a lateral do colchão. **C,** Lençol dobrado sob o colchão.

11. Dobrar a porção restante do lençol sob o colchão, movendo em direção ao pé do leito. Manter a roupa de cama esticada.

12. Se necessário, colocar o meio-lençol dobrado e/ou os forros impermeáveis (lado absorvente para cima) no centro do leito, com o lado da costura para baixo. Dobrar em pregas em direção ao paciente. Manter as roupas de cama limpas e sujas separadas.

13. Levantar a grade lateral. O profissional deve auxiliar o paciente a retornar à parte central (sobre as dobras o lençol e forros limpos) e reposicione o travesseiro sob a cabeça do paciente.

14. Abaixar a grade lateral. Auxiliar o paciente a se posicionar no outro lado, por sobre as dobras de roupa de cama. Soltar as bordas das roupas de cama sujas da parte de baixo do colchão.



O enfermeiro auxilia o paciente a passar sobre as dobras de roupa de cama.

15. Remover as roupas de cama sujas dobrando-as em uma bola ou quadrado, com a parte suja voltada para dentro. Manter as roupas de cama distantes do corpo e guardá-las em um saco de roupa suja.

16. Limpar, desinfetar e secar a outra metade do colchão, se necessário.

17. Delicadamente, o profissional deve deslizar a roupa de cama limpa por baixo do paciente em direção a si e guardá-la por sobre o colchão.

18. Esticar o meio-lençol dobrado em pregas por sobre o lençol de forrar (o dobramento e opcional). Esticar os forros impermeáveis.

19. Colocar o lençol de cobrir sobre o paciente, com o vinco central ao longo do meio do leito. Abrir o lençol da cabeceira para o pé, e desdobrá-lo sobre o paciente.

20. Pedir ao paciente para segurar o lençol de cobrir limpo (se for capaz). Remover o cobertor de banho e guardá-lo no saco de roupa de cama.

21. Eleve a grade lateral da cama e ajude o paciente a retornar à parte central.

22. Estique o lençol de baixo, no sentido da cabeceira e dos pés da cama, dobre as pontas e prenda-as sob do colchão.


23. Troque a fronha do travesseiro e coloque a fronha usada no *hamper*.

24. Remova o lençol de cima (utilizado) e coloque-o no *hamper*

25. Posicione o paciente na cama conforme o recomendado ou de acordo com a preferência do paciente – verifique se cateteres, drenos, cânulas de intubação etc. estão bem posicionados.
26. Coloque o lençol limpo sobre o paciente, com a dobra longitudinal centralizada, e desdobre-o cobrindo o paciente.
27. Retire as luvas de procedimento, descartando-as em local apropriado (lixo infectante, com saco branco leitoso).
28. Higienize as mãos.
29. Leve o <i>hamper</i> para o expurgo.
30. Retire o carrinho do quarto e higienize-o com álcool a 70% antes de guarda-lo.
LEMBRE-SE
<u>Para colocar o lençol de baixo:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centralize a dobra longitudinal do lençol no centro da cama (previamente limpa) e desdobre-o, estendendo-o de modo a cobrir totalmente o colchão; ▪ Dobre a pontas do lençol e prenda-as sob o colchão; ▪ Fixe as bordas laterais do lençol sob o colchão, de modo a ficar esticado e sem pregas.
<u>Para colocar o forro móvel:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estenda o forro móvel, fixando as bordas laterais sob o colchão, de modo que fique esticado e sem pregas.
<u>Para colocar o lençol de cima:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centralize a dobra longitudinal do lençol e desdobre-o, estendendo-o de modo a cobrir totalmente o colchão; ▪ Dobre as pontas do lençol (dos pés da cama) e prenda-as sob o colchão; ▪ Estique o lençol até a cabeceira da cama e pelas laterais, deixando uma sobra do lençol na cabeceira da cama (a ser posteriormente dobrada sobre o cobertor).
<u>Para colocar o cobertor (e a colcha, se houver), conforme a necessidade do paciente:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estenda o cobertor na cama, sobre o lençol de cima; ▪ Dobre a sobra do lençol de cima (da cabeceira da cama) sobre o cobertor.
<u>Para colocar a fronha:</u>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloque a fronha no travesseiro e posicione-o na cabeceira da cama.
4.2 ARRUMAÇÃO DO LEITO DESOCUPADO E CIRÚRGICO
1. Auxiliar o paciente a se posicionar em uma cadeira ao lado do leito ou poltrona reclinável, ou estimular a deambulação, se apropriado.
2. Elevar o leito a uma posição confortável de trabalho, com os trilhos laterais abaixados.
3. Devem-se usar luvas caso as roupas de cama estejam sujas com líquidos corporais. Remover a roupa de cama suja e colocá-la no saco de lavanderia, tomando cuidado para que o uniforme não entre em contato com ela. Evitar sacudir ou abanar as roupas de cama. Limpar o colchão com a solução antisséptica, caso esteja sujo.
4. Aplicar todas as roupas de cama de forrar em um lado do leito antes de mudar para o lado oposto. Fazer cantos chanfrados no canto superior do colchão quando utilizar um lençol plano. Colocar o lençol embutido estendendo-o sobre o colchão.
5. Opcional: aplicar um forro impermeável ou meio-lençol, dispondo o vinco central ao longo do meio do leito. Estender o forro ou o meio-lençol por sobre o lençol de forrar e dobrar sob o colchão.
6. Mudar para o lado oposto do leito. Repetir as Etapas 4 e 5.
7. Estender o forro ou o meio-lençol sobre o colchão e dobrar o excesso de bordas sob o colchão, mantendo as palmas para baixo.

8. Colocar o lençol de cobrir sobre o leito, com o vinco central verticalmente ao meio do leito. Abrir o lençol da cabeceira para o pé, certificando-se de que a borda superior do lençol esteja nivelada com a borda superior do colchão.
9. Permanecendo de um lado ao pé do leito, levantar ligeiramente o canto do colchão com uma das mãos e, com a outra, dobrar o lençol de cobrir e o cobertor, ou colcha, sob o colchão.
10. Fazer um canto chanfrado modificado com o lençol de cobrir, o cobertor e a colcha. Após a prega triangular ter sido feita, deixar a ponta do triangulo não dobrada para baixo do colchão.
11. Ir para o outro lado do leito e fazer da mesma forma.
12. Fazer uma prega horizontal para os dedos dos pés com todas as camadas superiores da roupa de cama: a. Ficar ao pé do leito e dobrar em leque o lençol 5 a 10 cm através do leito. b. Puxar o lençol de baixo para cima para fazer uma prega de aproximadamente 15 cm a partir da borda inferior do colchão.
13. Na parte superior do leito, fazer uma bainha virando a borda do lençol de cobrir para baixo, por sobre a borda superior do cobertor e da colcha.
14. Colocar uma fronha limpa. Abrir o leito dobrando as cobertas de cima em leque até o pé do leito. Deixar o leito em uma posição baixa.
15. Leito cirúrgico (variação): a. Dobrar todas as roupas de cama a partir do pé do leito em direção ao centro do colchão, niveladas com o pé do colchão. b. Dobrar os cantos em direção ao lado oposto do leito, formando um triângulo. c. Dobrar as roupas de cama em leque em direção a si, do lado do leito distante de onde o paciente será transferido.
16. Deixar todas as grades laterais abaixadas e colocar o leito em uma posição alta, de modo a emparelhar com a altura da maca.
4.3 LIMPEZA DA UNIDADE DO PACIENTE (LEITO)
Conceito: ● A limpeza da unidade deve abranger a parte interna e externa da mesa de cabeceira, travesseiro (se impermeável), colchão, cabeceira da cama, grades laterais, estrado, pés da cama, paredes adjacentes à cama, cadeira e escadinha.
Responsável pela execução: ● Técnicos de enfermagem/limpeza hospitalar.
Finalidade: ● Remover mecanicamente o acúmulo de sujeira e ou matéria orgânica e, assim, reduzir o número de microrganismos presentes.
Indicação: ● Limpeza diária -concorrente; ● Quando necessário (banho/evacuações); ● Preparar o leito para receber o paciente – terminal.
Materiais necessários: ● Luvas de procedimento; ● Pano para limpeza; ● Álcool a 70%; ● Água e sabão (ao realizar a limpeza concorrente, limpar a unidade com água e sabão, caso esteja suja de sangue ou secreção); ● Bacia ou balde.
Descrição do Procedimento:

1. Organizar o material que será utilizado;
2. Lavar as mãos;
3. Executar a limpeza com luvas de procedimento;
4. Realizar a limpeza das superfícies com movimentos amplos e em único sentido;
5. Seguir do local mais limpo para o mais contaminado;
6. Colocar sempre a superfície já limpa sobre outra superfície limpa;
7. Limpar com solução detergente e, em seguida, remover o resíduo;
8. Substituir a água sempre que necessário;
9. Organizar o material utilizado;
10. Lavar as mãos;
<p>Observações</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpeza concorrente: limpeza diária após o banho do paciente e arrumação do seu leito. • Limpeza terminal: limpeza completa da unidade do paciente, após: alta, óbito, transferência ou internações prolongadas. É feita pela equipe de higiene hospitalar, devidamente treinada. • A limpeza concorrente da unidade do paciente deve ser realizada uma vez a cada plantão e sempre que necessário. • A limpeza da unidade deve abranger a parte interna e externa da mesa de cabeceira, travesseiro (se impermeável), colchão, cabeceira da cama, grades laterais, estrado, pés da cama, paredes adjacentes à cama, cadeira e escadinha.
<p>Referências:</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. 2 ed. rev., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.</p> <p>CARMAGNANI, M.I et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.</p> <p>POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Procedimentos e intervenções de enfermagem. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.</p>

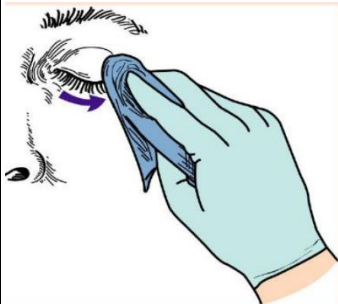
	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
	5. CUIDADOS HIGIÊNICOS COM O PACIENTE	Elaboração: 2022
<p>Definição: Higiene é a preservação da saúde, onde se usam medidas, a fim de manter a pele e anexos, os dentes e a boca limpos e em boas condições.</p>		
<p>Responsável pela execução: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar a limpeza corporal, promover o conforto, estimular a circulação e os exercícios; - Estimular e promover as ações de autocuidado, na tentativa de promover a saúde e de ajudar o paciente a recuperar-se da doença; - Observar a pele e os seus anexos, o estado motor, nutricional e respiratório. 		
<p>Tipos de Banhos:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ● Banho de Aspersão: banho realizado no chuveiro, este pode ser realizado com o auxílio da equipe de enfermagem ou não, dependendo da necessidade do paciente; ● Banho de imersão: banho realizado na banheira; ● Banho de Ablução: jogando pequenas porções de água sobre o corpo; ● Banho no leito: usado para pacientes acamados em repouso absoluto; ● Banho pré-operatório: realizado em pacientes internados que serão submetidos a cirurgia. 		
<p>Materiais Necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2 Bacias (em caso de banho no leito); ● Aparelho de barbear (conforme necessidade); ● Biombos (se necessário); ● Camisola ou pijama; ● Creme hidratante; ● Escova de cabelo/pente; ● Desodorante; ● Escova dental ou espátula com creme dental, antisséptico bucal; ● Fralda descartável (se necessário); ● Gaze não estéril; ● Compressas de banho; ● Hamper com saco plástico; ● Jarro com água morna; ● Luvas de banho/pano; ● Luvas de procedimentos; ● Papel toalha; ● Protetores de calcâneos (se necessário); ● Roupas de camas; ● Sabonete líquido ou Clorohexidine a 4%; ● Soro Fisiológico 0,9%; ● Shampoo e condicionador (quando necessário e disponível); ● Toalhas; ● Travesseiros e/ou coxins. 		

5.1 ETAPAS DO PROCEDIMENTO BANHO NO LEITO

1. Fechar cortinas do leito ou colocar o biombo;
2. Informar procedimento para acompanhante e paciente;
3. Higienizar as mãos;
4. Trazer o material de banho, balança digital e hamper;
5. Se houver corrente de ar, fechar as janelas ou portas;
6. Abaixar ou retirar as grades do leito;
7. Retirar o excesso de roupa de cama;
8. Colocar as luvas;
9. Expor o paciente;
10. Despejar a água do jarro na bacia e verificar a temperatura da água;
11. Umedecer a compressa de banho e ensaboá-la com sabonete líquido;
12. Higienizar o couro cabeludo, boca e dentes; (ver técnica correta)

13. Higienizar a face:

- a) Lavar os olhos, iniciando do ângulo interno para o externo;



- b) Lavar o rosto (testa, bochechas e nariz), a orelha e o pescoço do cliente;

14. Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passá-la na região ensaboada, removendo todo os resíduos de pele;

15. Secar a região com a toalha;

16. Desprezar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra;




17. Retirar a camisola ou pijama do cliente protegendo-o com o lençol;


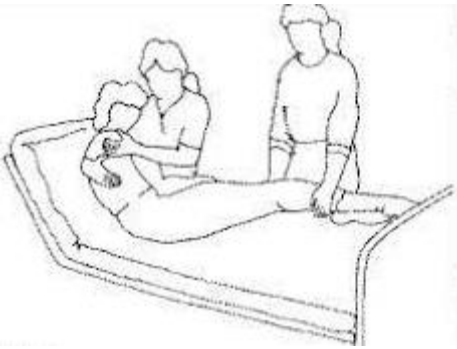


- a) Para pacientes com acesso venoso, quando a camisola não tiver encaixes de ombros, removê-la a partir do braço sem o acesso venoso, mantendo o acesso cuidadosamente seguro.



- b) Remover o frasco de soro do suporte;

	<p>c) Deslizar o frasco de soro e o equipo de extensão pela manga;</p>
	<p>d) Pendurar novamente a bolsa, verificar o fluxo de gotejamento;</p>
<p>18. Colocar a toalha sob o membro superior do cliente, oposto ao lado do profissional, passar a compressa ensaboada, iniciando pelo pulso até as axilas;</p>	
	<p>a) Levantar e sustentar o braço acima da cabeça (se possível) para lavar, enxaguar e secar a axila cuidadosamente;</p>
<p>19. Repetir os passos de enxaguar a compressa, secar a região, desprezar a água no balde e enchê-lo novamente, assim como os passos para higienizar o outro membro;</p>	
<p>20. Imergir as mãos do cliente na bacia (lavar e secar) as mãos dele;</p>	
<p>21. Remover o lençol que está cobrindo o tórax e o abdome, dobrando-o até a região suprapúbica, e cobrir, simultaneamente o tórax e o abdome com a toalha de banho;</p>	
<p>22. Expor o tórax e o abdome, dobrando a toalha sobre ela mesma na altura da região do quadril;</p>	
<p>23. Higienizar o tórax e o abdome, iniciando pela região supra clavicolar até a região suprapúbica;</p>	
<p>24. Seguir todos passos da higienização dos membros superiores, para a higienização dos membros inferiores;</p>	
<p>a) Expor a perna do paciente mais próxima a você, deixando o períneo coberto;</p>	

	<p>b) Lavar a perna usando movimentos curtos e rápidos, e secar cuidadosamente do tornozelo para o joelho, e do joelho para a coxa.</p>
<p>25. Forrar os pés da cama com a toalha e colocar a bacia com água sobre ela;</p>	
<p>26. Imergir os pés do cliente, esfregar, enxaguar e secar com a toalha;</p>	
<p>27. Estender as pernas sobre o leito e cobri-las com o lençol;</p>	
<p>28. Fazer a higiene íntima (ver técnica correta)</p>	
<p>29. Subir ou colocar a grade do lado da cama que o cliente será posicionado em decúbito lateral;</p>	
<p>30. Posicionar o cliente em decúbito lateral, com o dorso voltado para o lado do profissional;</p>	
	
<p>31. Estender a toalha sobre o lençol na região dorsal do cliente, desde o ombro até o quadril;</p>	
<p>32. Higienizar a região posterior do pescoço e o dorso até a região glútea com a outra compressa de banho;</p>	
<p>33. Secar a região com a toalha desprezando-a no hamper;</p>	
<p>34. Cobri o cliente com o lençol;</p>	
<p>35. Trocar roupa de cama e colocar a suja no hamper;</p>	
<p>36. Colocar fraldas (se necessário) e as roupas (limpas) do cliente;</p>	
<p>37. Levantar as grades;</p>	
<p>38. Reconstituir a unidade e deixar o cliente em posição segura e confortável;</p>	
<p>39. Recolher, guardar e dar destino adequado aos materiais;</p>	
<p>40. Retirar luvas e higienizar as mãos;</p>	
<p>41. Proceder as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do cliente, presença de lesões, ou de sinais sugestivos de úlcera por pressão, cuidados prestados e ocorrência adversas e as medidas tomadas.</p>	
<p>5.2 HIGIENIZAÇÃO DO CABELO E DO COURO CABELUDO DO PACIENTE</p>	
<p>Objetivo: Promover higiene do cabelo e couro cabeludo.</p>	
<p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Shampoo; ● Condicionador; 	

- Toalha de banho;
- Escova/pente;
- Carrinho;
- Biombo;
- Balde;
- Papel-toalha;
- Travesseiro;
- Bacia;
- Jarro com água morna;
- Luvas de procedimento.

Etapas do Procedimento:

1. Explicar ao paciente o que ser feito;

2. Reunir o material no carro de banho e levá-lo próximo a cama do paciente;

3. Lavar as mãos;

4. Fechar as portas e janelas;

5. Abaixar a cabeceira do leito do paciente;

6. Retirar o travesseiro;

7. Colocar toalha de banho na cabeceira da cama, sob o forro com plástico;

8. Colocar sobre o forro com plástico, a bacia com água morna;

9. Colocar o paciente em posição diagonal, com a cabeça próxima ao funcionário;

10. Proteger os ouvidos do paciente com algodão;

11. Colocar outra toalha ao redor do pescoço do paciente, afrouxando a camisola, no caso de mulher, ou retirando a camisa no caso de homem, cobrindo-o com o lençol;

12. Sustentar a cabeça do paciente com uma das mãos, sobre a bacia com água;

13. Pentear os cabelos, inspecionando o couro cabeludo, cabelos e observando condições de anormalidade;

14. Umedecer os cabelos com um pouco de água, aplicando o shampoo evitando que o líquido escorra nos olhos;



15. Massagear o couro cabeludo com as pontas dos dedos;

16. Lavar os cabelos;

17. Enxaguar os cabelos do paciente até sair toda espuma, com o auxílio de uma jarra;

18. Despejar a água da bacia, quantas vezes forem necessárias;

19. Elevar a cabeça do paciente e espremer os cabelos com cuidado, fazendo escorrer água;

20. Retirar a bacia que está sob a cabeça do paciente;

21. Descansar e envolver a cabeça do paciente na toalha;

22. Secar os cabelos com toalha de banho ou forro;

23. Pentear os cabelos do paciente;



a) Dividir o cabelo em duas partes e, em seguida, separá-los em mais duas partes;



b) Escovar ou pentear o couro cabeludo em direção às extremidades dos cabelos.

24. Recolocar o travesseiro e voltar o paciente a posição inicial;

25. Retirar a toalha, recompor o material no carro de banho, deixando o paciente em posição confortável;

26. Lavar as mãos;

27. Anotar na prescrição do paciente.

5.3 HIGIENE ORAL EM PACIENTE CONSCIENTE

Orientação: Deve ser realizada pela manhã, após as refeições, à noite e de 2 em 2 horas, em clientes graves, febris, com sonda gástrica ou inconscientes.

Objetivos:

- Realizar a limpeza da língua e dentes;
- Prevenir infecções;
- Combater a infecção já instalada;
- Proporcionar conforto e bem-estar ao cliente.

Materiais necessários:

- Equipamento de proteção individual de acordo com a norma regulamentadora nº 6 (luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de proteção);
- Bandeja;
- Mesa auxiliar;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto;
- Cuba-rim;
- Espátula ou escova macia;
- Antisséptico bucal ou clorexidina (sob prescrição);
- Pacote de gaze;
- Vaselina (pomada).

Etapas do Procedimento:

1. Lavar as mãos;

2. Explicar ao paciente o que ser feito;

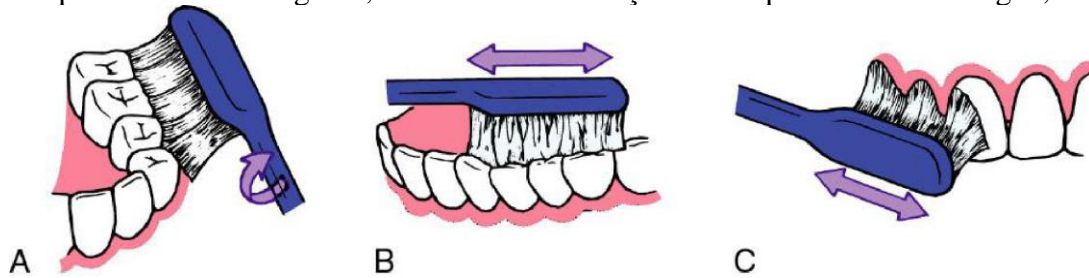
3. Calçar luvas;

4. Reunir o material na mesa de cabeceira;

5. Colocar o paciente em posição confortável, com a cabeceira elevada. Em pacientes inconscientes, colocá-los em decúbito lateral;

6. Colocar a toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente, com forro plástico, se necessário;

7. Proceder a limpeza de toda a boca do paciente usando escova umedecida com água ou a espátula envolta em gazes, embebidas em solução antisséptica diluído em água;



- a) Um ângulo de 45 graus escova a linha da gengiva;
- b) A posição paralela escova as superfícies mordedoras;
- c) A posição lateral escova as laterais dos dentes.

8. Utilizar cuba-rim para o paciente "bochechar";

9. Limpar a língua, para evitar que fique seborreica;

10. Enxugar os lábios com a toalha;

11. Lubrificar os lábios com vaselina líquida, para evitar rachaduras;



12. Retirar luvas;

13. Lavar as mãos;

14. Recompôr a unidade;

15. Anotar no prontuário o que foi feito e anormalidades detectadas.

5.4 HIGIENE ORAL EM PACIENTE INCONSCIENTE

Etapas do Procedimento:

1. Realize os passos de 1 a 9, conforme descrição anterior;

2. Inspeção a integridade dos lábios e a cavidade oral;

3. Proteja a espátula com gaze não estéril;



4. Higienize os dentes com movimentos circulares, das gengivas para as bordas, com espátula ou escova macia, embebida em solução antisséptica bucal;

5. Higienize a língua com espátula envolta em gaze não estéril embebida em antisséptico;



6. Higienize os lábios com gaze não estéril;

7. Lubrifique os lábios com protetor labial indicado;

8. Retire as luvas de procedimento e descarte-as junto com os materiais descartáveis em saco plástico para resíduos;

9. Higienize as mãos;

10. Levante a grade lateral da cama;

11. Deixe o paciente em posição confortável;

12. Mantenha o quarto organizado;

13. Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%;

14. Realize higienização das mãos;

15. Cheque o horário da higiene da cavidade oral na prescrição de enfermagem e faça as anotações em impresso próprio, registrando aspectos da cavidade oral e/ou a presença de lesões e secreções. Assine e carimbe suas anotações.

HIGIENE ÍNTIMA

Orientação: A higiene íntima deve ser feita sempre após as evacuações, em pacientes acamados e com assaduras na região perineal ou perianal ou antes de aplicar medicações por via vaginal.

Objetivo:



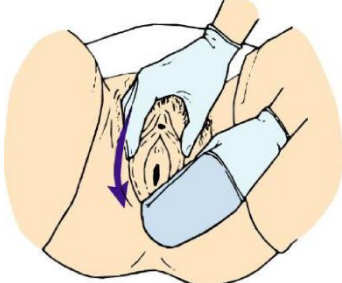
- Prevenir infecções;
- Preparar para exame ginecológico, urológico e colheita de urina para exames.
- Preparar para administrar medicamento via vaginal.

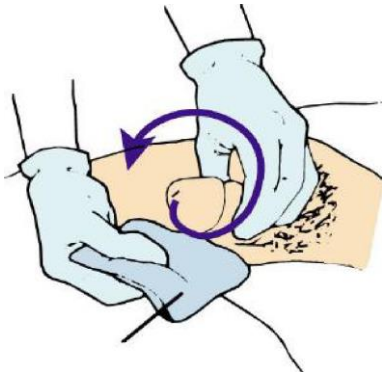
Materiais necessários:

- Equipamento de proteção individual de acordo com a norma regulamentadora nº 6 (luvas de procedimento, máscara, avental descartável);
- Bandeja;
- Carrinho de banho;
- Biombo;
- Comadre;
- Jarro com água morna;
- Sabonete;
- Papel higiênico;
- Lençol;
- Forro;
- Compressa;
- Toalha;
- Fralda geriátrica.

5.5 HIGIENE ÍNTIMA FEMININA

1. Lavar as mãos;


2. Explicar o procedimento ao paciente;	
3. Reunir o material e colocá-los sobre a mesa de cabeceira;	
4. Calçar as luvas;	
5. Trazer o hamper próximo ao leito;	
6. Proteger a unidade com biombos;	
7. Colocar o paciente em posição ginecológica, procurando expô-la o mínimo possível;	
	Dobrar as duas pontas externas do lençol ou toalha para cima, ao redor das pernas da paciente, por sobre o abdome e sob o quadril;
8. Colocar o forro sobre o saco plástico, colocando-os sobre a região glútea;	
9. Colocar a comadre sob a região glútea da paciente, com a ajuda da mesma;	
	
10. Irrigar monte pubiano e vulva com água, despejando-a suavemente com o auxílio da jarra;	
11. Despejar pequena porção de sabão líquido ou P.V.P.I. degermante sobre o monte pubiano;	
12. Ensaboar a região pubiana com a pinça montada em gaze, de cima para baixo sem atingir o ânus, desprezando a gaze, após cada movimento vulva - ânus;	
13. Afastar os grandes lábios e lavá-la no sentido anteroposterior, primeiro de um lado, desprezando a gaze e depois do outro lado;	
14. Lavar por último a região anal;	
	Lavar do períneo para o reto (da frente pra trás)
15. Despejar a água da jarra, sobre as regiões ensaboadas;	
16. Retirar a comadre;	
17. Enxugar a região lavada com a toalha de banho ou com o forro que está sob a região glútea do paciente;	
18. Colocar a paciente em posição de conforto;	
19. Desprezar as roupas (toalha, forro) no hamper;	

20. Lavar a comadre no banheiro, juntamente com o balde e jarra e guardá-los;
21. Retirar a luva;
22. Lavar as mãos;
23. Anotar no prontuário.
5.6 HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA
1. Lavar as mãos;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Reunir o material e levá-lo a unidade do paciente;
4. Proteger a unidade com biombos;
5. Trazer o hamper próximo ao leito;
6. Calçar as luvas de procedimentos;
7. Posicionar o paciente expondo somente a área genital;
8. Colocar o forro com plástico sob a região glútea do paciente;
9. Colocar a comadre sob a região glútea em cima do forro com a ajuda do paciente;
10. Irrigar com a jarra com água, a região genital;
11. Dobrar e pinçar gaze com a pinça auxiliar;
12. Despejar pequena porção de sabão líquido ou P.V.P.I. degermante, sobre os genitais;
13. Ensaboar os genitais com a pinça montada em gaze, desprezando a gaze, a cada etapa;
14. Tracionar o prepúcio para trás, lavando-o em seguida, com movimentos únicos e circulares;
15. Iniciar a higiene íntima pelo meato urinário, prepúcio, glândula, corpo do pênis, depois região escrotal e por último a região anal;
 <p>Usando movimentos circulares, limpar do meato para fora.</p>
16. Despejar o conteúdo da jarra sobre a região pubiana, pregas inguinais, pênis e bolsa escrotal;
17. Tracionar o escroto, enxaguando a face inferior no sentido escroto perineal;
18. Retirar todo o sabão líquido ou P.V.P.I. degermante;
19. Retirar a comadre;
20. Enxugar a região lavada com a toalha de banho ou com o forro que está sob a região glútea do paciente;
21. Posicionar o prepúcio;
22. Colocar a paciente em posição de conforto;
23. Desprezar as roupas no hamper (toalha, forro);
24. Lavar a comadre no banheiro, juntamente com o balde e jarra e guardá-los;
25. Retirar a luva;
26. Lavar as mãos;
27. Anotar no prontuário.
Referências:
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Procedimentos e intervenções de enfermagem . 5.

Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

CARMAGNANI, M. I. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed.
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

STACCIARINI, T. S. G. CUNHA. M. H. R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2014.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
	6. MANUSEIO, TRANSFERÊNCIA E POSICIONAMENTO SEGURO DO PACIENTE	Elaboração: 2022
<p>Definição: A mecânica corporal é o esforço coordenado pelo sistema musculoesquelético e nervoso para manter o equilíbrio, a postura e o alinhamento corporal durante o levantamento de carga, inclinação, movimentação e realização de atividades cotidianas. A transferência é uma habilidade de enfermagem para ajudar o paciente dependente ou com mobilidade limitada a alcançar posições para recuperar uma boa independência de forma mais rápida e segura possível.</p>		
<p>Responsável pela execução: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Movimentação segura do paciente; ● Redução de riscos de traumas diversos, tanto para os profissionais quanto para o paciente, como exemplo, risco de lesões por pressão e musculoesqueléticas; ● Promover correta biomecânica corporal para a equipe de enfermagem. 		
<p>Equipamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Prancha de transferência por deslizamento (prancha de redução de atrito); ● Maca; ● Cadeira com braços; ● Cadeira de rodas; ● Sapatos antiderrapantes; ● Almofadas; ● Toalhas; ● Cinto de transferência; 		
MUDANÇA DE POSIÇÃO		
6.1 ASSISTIR O PACIENTE PARA A POSIÇÃO SENTADO NA BORDA DA CAMA		
<p>1. Com o paciente em decúbito dorsal, levantar a cabeceira da cama em 30° graus e colocar a cama em posição baixa;</p>		
<p>2. Virar o paciente sobre o lado voltado para o profissional do lado da cama em que o paciente estará sentado;</p>		
<p>3. Ficar oposto ao quadril do paciente. Virar diagonalmente à face do paciente e distante do canto do pé da cama;</p>		
<p>4. Separar os pés para aumentar a base de apoio com um pé direcionado à cabeceira da cama e em frente do outro pé;</p>		



5. Colocar o braço mais próximo da cabeceira da cama, sob os ombros do paciente, apoiando a cabeça e pescoço;

6. Colocar a outra mão sobre e em torno das coxas do paciente;



7. Na contagem até três, o paciente empurra o colchão para baixo com o braço e move as pernas para o lado da cama. Rodar o corpo sobre a parte posterior da perna, fazendo com que as pernas fiquem pendentes.



8. Ao mesmo tempo, transferir o peso para a perna traseira e elevar o paciente.

6.2 TRANSFERIR O PACIENTE DO LEITO PARA A CADEIRA

1. Determine se o paciente pode suportar o peso em carga parcial;

2. Determinar se o paciente é colaborativo, capaz de ficar em pé e se tem força nos membros superiores;

3. Colocar a cadeira com os braços em ângulo de 45° graus em relação à cama no lado forte do paciente;

4. Auxilie o paciente a sentar à beira do leito e permita-o permanecer por alguns minutos antes de transferi-lo para a cadeira;

5. Perguntar ao paciente se não está sentido tonturas;

6. Colocar o cinto de transferência ou outro meio auxiliar de transferência.

7. O paciente deve colocar a perna forte (que receberá a carga) à frente com o pé fraco atrás.

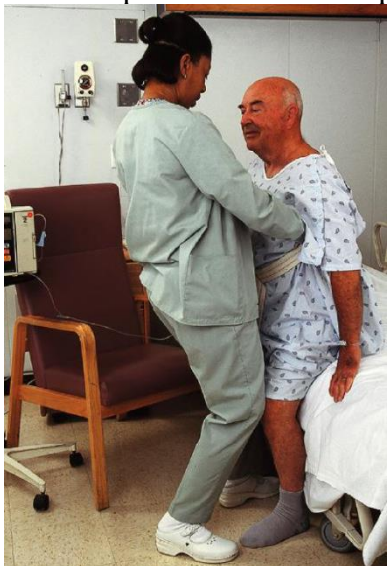
8. Separar os seus pés, flexionar os quadris e joelhos alinhando seus joelhos com os do paciente;



9. Segurar o cinto de transferência ao lado do paciente;

10. na contagem até três, balançar o paciente para cima enquanto vai esticando os quadris e pernas, mas mantendo os joelhos ligeiramente flexionados;

11. O paciente deve impulsionar para cima com as mãos e os joelhos;



12. Enquanto balança o paciente para frente e para trás, certificar-se de que o peso do seu corpo está se movendo na mesma direção que a do paciente simultaneamente;

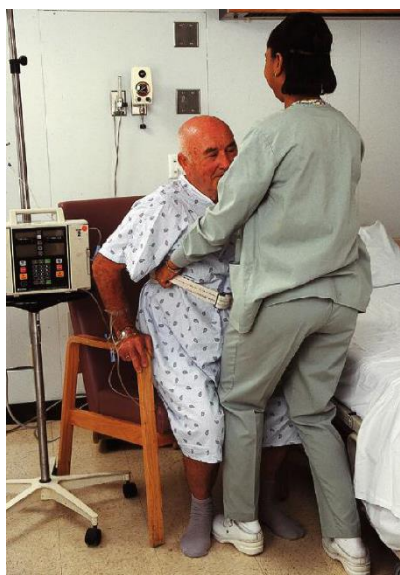
13. Apoiar o membro fraco do paciente com o seu joelho para estabilizar o paciente;

14. Girar sobre as pernas e virar o paciente em direção à cadeira;

15. Instruir o paciente para sentir a cadeira contra a parte traseira de suas pernas e usar os braços da cadeira para apoio, logo, move-se o paciente cuidadosamente em direção à cadeira;



16. Flexionar quadris e joelhos ao ir abaixando o paciente a cadeira;



17. Ajudar o paciente a deslocar-se para trás da cadeira. Avaliar o paciente para um alinhamento apropriado para a posição sentada. Estabilizar pernas com toalha ou almofada;

18. elogiar o progresso, o esforço e o desempenho do paciente.

6.3 TRANSFERIR O PACIENTE DO LEITO PARA A CADEIRA DE RODAS

1. Ajustar a altura da cama ao nível do assento da cadeira de rodas, se possível;

2. Posicionar a cadeira de rodas a um ângulo de 45° graus próximo ao lado da cama, correspondente à perna forte do paciente;

3. Colocar a cadeira de rodas em direção ao pé da cama na metade entre a cabeceira e o pé da cama;

4. Frear a cadeira de rodas (os freios estão localizados acima do aro das rodas, empurrar a alça para trás para frear);

5. Sentar o paciente ao lado da cama;

6. Colocar o cinto de transferência no paciente e auxiliá-lo a se mover para a borda do colchão;

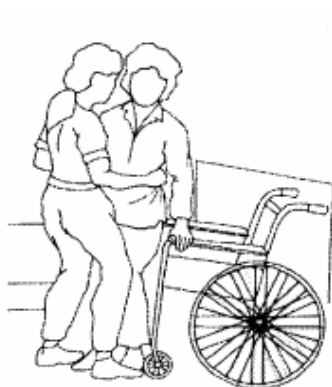


7. Posicione-se ligeiramente à frente do paciente para vigiar e protegê-lo durante a transferência;




8. Coordenar a transferência do paciente para a cadeira contando até três;


9. Abaixar o apoio de pé e colocar os pés do paciente;



10. Destruavar a cadeira de rodas (empurrar a trava para frente para liberar);

11. Assegurar que o paciente esteja bem posicionado para trás no assento e pronto para usar a cadeira de rodas.

6.4 TRANSFERIR O PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA O LEITO
1. Ajustar a altura da cama ao nível do assento da cadeira de rodas, se possível;
2. Posicionar a cadeira de rodas a um ângulo de 45° graus próximo a cama;
3. Colocar a cadeira de rodas em direção ao pé da cama na metade entre a cabeceira e o pé da cama;

4. Frear a cadeira de rodas (os freios estão localizados acima do aro das rodas, empurrar a alça para trás para frear);
5. Levantar o apoio dos pés posicionando os pés do paciente no chão e colocar o cinto de transferência no paciente;
6. Auxiliar o paciente a se mover para a frente da cadeira de rodas;
7. Posicionar-se ligeiramente à frente do paciente para vigiar e protegê-lo durante a transferência;
8. Coordenar a transferência para a cama estando o paciente em pé, então girar sobre o pé virando-se para o lado da cama. Depois, o paciente senta-se à beira da cama;
9. Com o paciente sentado à beira da cama, coloca o seu braço próximo à cabeceira da cama sob os ombros do paciente enquanto apoia a cabeça e o pescoço. Pegar seu outro braço e colocar sob os joelhos do paciente. Dobrar seus joelhos e manter seu tronco ereto;
10. Com a base alargada para maior apoio, solicitar ao paciente ajuda para levantar as pernas quando começar a movê-lo. Em contagem até três, levanta o paciente e gira seu corpo abaixando os ombros em direção à cama. Lembrar-se de manter o tronco ereto.
6.5 REALIZAR A TRANSFERÊNCIA LATERAL DA CAMA PARA A MACA USANDO UMA PRANCHA DE DESLIZAMENTO OU UMA PRANCHA DE REDUÇÃO DE ATRITO
1. Determine se o paciente pode ajudar totalmente ou parcialmente movendo-se lateralmente;
2. Determinar o número de pessoal adequado para transferir lateralmente o paciente de forma segura;
3. Colocar a cama em uma altura funcional e abaixar a cabeceira da cama tanto quanto o paciente tolerar;
4. Cruzar os braços sobre o peito do paciente;
5. Para colocação da prancha: posicionar dois enfermeiros ao lado da cama para a qual o paciente será virado e posicionar o terceiro enfermeiro no outro lado da cama;

	<p>Prancha deslizante</p>
<p>6. Enrolar os lençóis nos dois lados do paciente;</p>	
<p>7. Na contagem de três, virar o paciente em direção aos dois enfermeiros, com movimento suave e contínuo;</p>	
<p>8. Colocar a prancha de deslizamento sob o lençol;</p>	
	
<p>9. Rolar o paciente delicadamente de volta para a prancha de deslizamento;</p>	
<p>10. Alinhar a maca com cama e frear cama;</p>	
<p>11. Enrolar o lençol, na contagem de até três, dois enfermeiros puxam o lençol com paciente para a maca enquanto o terceiro segura a prancha de deslizamento;</p>	
	
<p>12. Posicionar o paciente no centro da maca e/ou cama, levantar a cabeceira (se não for contraindicado) e as grades laterais.</p>	
<p>6.6 COLOCAR O PACIENTE EM DECÚBITO LATERAL</p>	
<p>1º Método:</p>	
<p>1. Permanecer do lado para o qual você vai virar o paciente;</p>	
<p>2. Cruzar seu braço e sua perna no sentido em que ele vai ser virado, flexionando o joelho;</p>	
<p>3. Fazer o paciente virar a cabeça em sua direção;</p>	
<p>4. Rolar o paciente gentilmente, utilizando seu ombro e joelho como alavancas.</p>	



2º Método: usando-se plásticos deslizantes e resistentes

1. Vire o paciente e coloque o plástico sob seu corpo. Volte o paciente e puxe o plástico;
2. Fique no lado oposto ao que o paciente será virado;
3. Puxe o plástico, movendo o paciente em sua direção e para a beira da cama. Manter as costas eretas e utilizar o peso do seu corpo;
4. Eleve o plástico, fazendo o paciente virar cuidadosamente. Manter, no lado oposto da cama, uma grade de proteção.



6.7 TRAZER O PACIENTE PARA UM DOS LADOS DO LEITO

1. Necessita-se de dois profissionais;
2. As duas pessoas devem ficar do mesmo lado da cama, de frente para o paciente;
3. Permanecer com uma das pernas em frente da outra, com os joelhos e quadris fletidos, trazendo os braços ao nível da cama;
4. A primeira pessoa coloca um dos braços sob a cabeça e, o outro, na região lombar;
5. A segunda pessoa coloca um dos braços também sob a região lombar e, o outro, na região posterior da coxa;
6. Trazer o paciente, de um modo coordenado, para este lado da cama;



7. Se for necessário mover o paciente sem ajuda, deve-se fazê-lo em etapas, utilizando-se o peso do corpo como um contrapeso e plásticos facilitadores de movimentos.

6.8 MOVIMENTAR O PACIENTE, EM DECÚBITO DORSAL, PARA A CABECEIRA DA CAMA

1º Método:

1. Quando o paciente possui condições físicas, ele pode mover-se sozinho, com a ajuda de um trapézio;
2. O cliente flexiona os joelhos e dá um impulso, tendo como apoio um plástico antiderrapante sob seus pés (figura a), ou uma pessoa segurando-os (figura b);

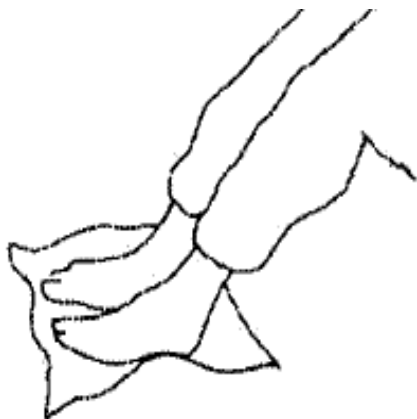


Figura a

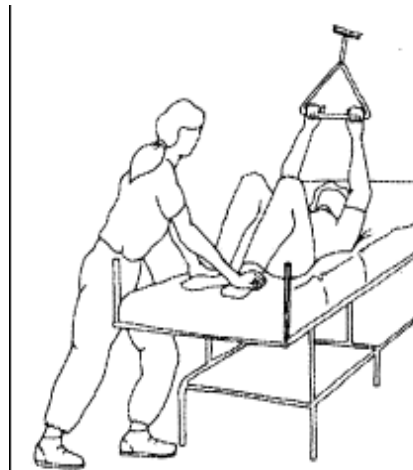


Figura b

3. Pode-se também colocar um plástico deslizante sob as costas e a cabeça do paciente;

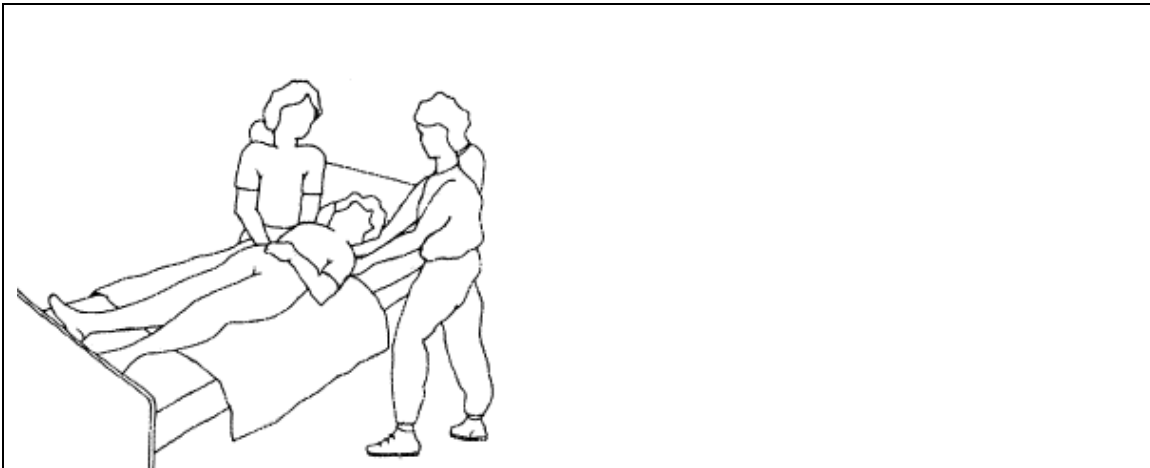
2º Método:

1. Outra maneira de movimentação independente é colocando um plástico deslizante sob o corpo do paciente e pedir que ele realize o mesmo impulso com os pés.



3º Método:

1. Quando o paciente não pode colaborar: deixe a cama em posição horizontal;
2. Colocar um travesseiro na cabeceira da cama;
3. Colocar um lençol ou plástico deslizante sob o corpo do paciente;
4. Permanecer duas pessoas, uma de cada lado do leito, e olhando em direção dos pés da cama;
5. Segurar firmemente no lençol ou plástico e, num movimento ritmado, movimentar o paciente.



6.9 MOVIMENTAR O PACIENTE EM POSIÇÃO SENTADA PARA A CABECEIRA DO LEITO

1º Método:

1. O paciente deve ser encorajado a movimentar-se sozinho, com a ajuda de um plástico facilitador de movimentos;



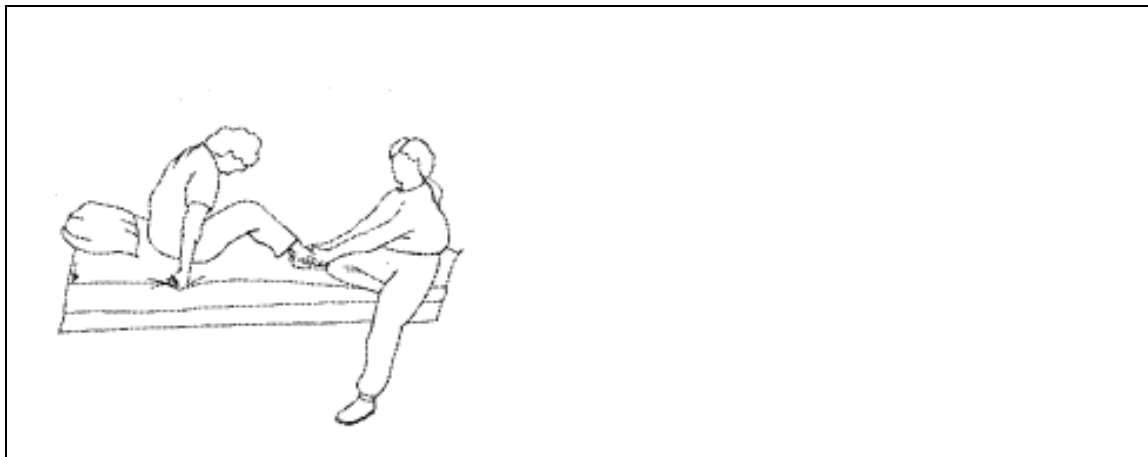
2. O paciente senta-se sobre o plástico, podendo deslizar com o auxílio de blocos de mão antiderrapantes;



2º Método:

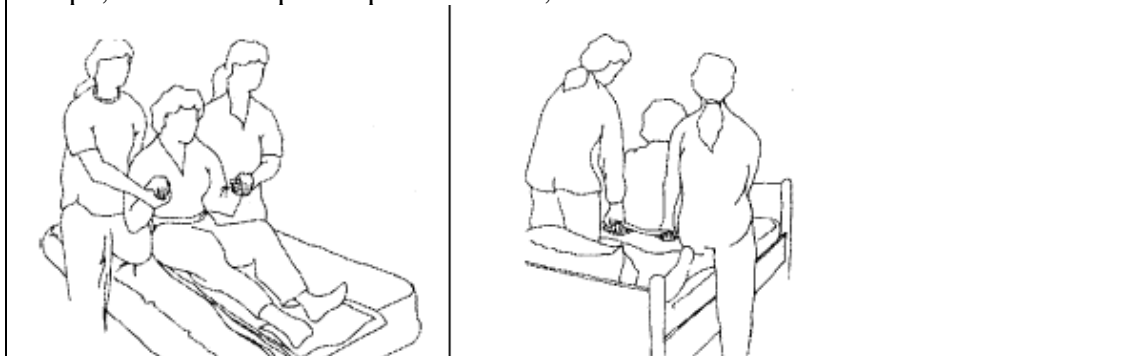
1. O paciente pode também receber ajuda de um profissional, que segure seus pés, estando suas pernas flexionadas;

2. O paciente apoia uma mão de cada lado do corpo e ele próprio dá um impulso, ao endireitar as pernas;



3º Método:

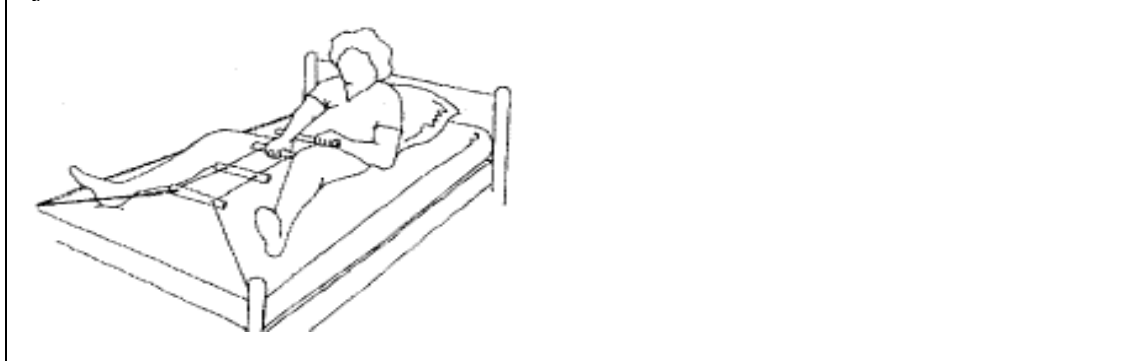
1. Paciente não colaborativo, necessita-se de dois profissionais;
2. Necessita-se de plástico deslizante;
3. Os dois profissionais devem ficar uma de cada lado do leito, olhando na mesma direção;
4. Abaixar a altura da cama, de uma forma tal que os trabalhadores de enfermagem possam colocar um joelho na cama, mantendo a outra perna firmemente no chão;
5. Segurar a mão do paciente com uma das mãos e agarrar no local apropriado do plástico com a outra;
6. Usando movimento coordenado, sentar sobre os calcanhares, movendo, ao mesmo tempo, o cliente. Repetir o procedimento, se for necessário.



6.10 SENTAR O PACIENTE NO LEITO

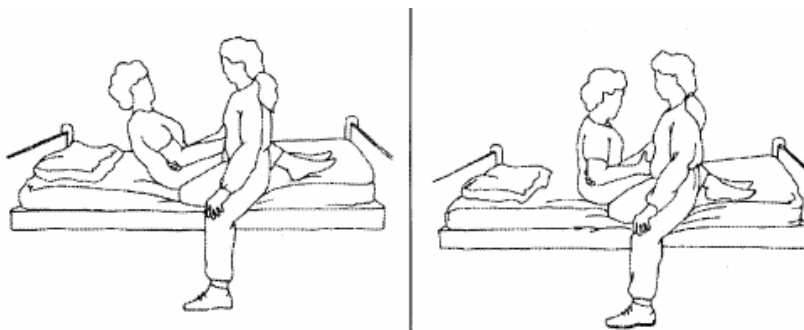
1º Método:

1. O paciente deve ser encorajado a sentar-se sozinho, ficando de lado e levantando-se com a ajuda dos braços;
2. Pode-se utilizar materiais simples, como por exemplo, uma corda com nós ou uma escada de cordas que, fixadas nos pés da cama, permitem que o paciente sente sem ajuda.

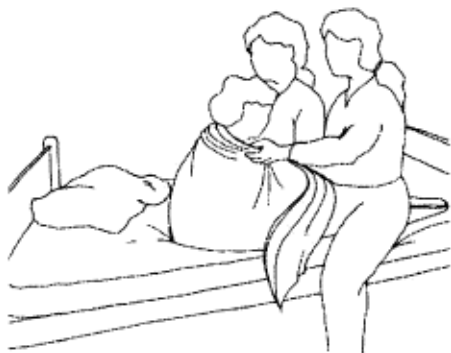


2º Método:

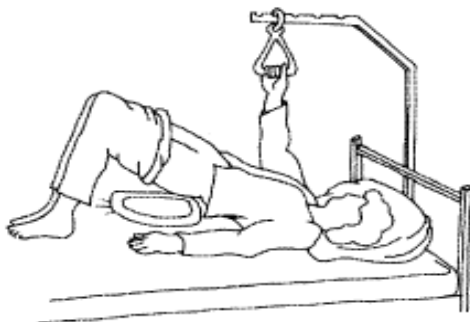
1. Quando o paciente é auxiliado por um profissional, pode-se fazer da seguinte forma:
2. A pessoa fica de frente para o paciente, colocando um dos seus joelhos ao nível do quadril do paciente e sentando-se sobre seu próprio tornozelo;
3. Segurar no cotovelo do paciente, que também apoia no cotovelo da pessoa. O paciente deve se sentar apoiando-se na pessoa.

**3º Método:**

1. Quando paciente não colaborativo, necessita-se de dois profissionais;
2. Permanecer uma profissional de cada lado da cama, olhando em direção da cabeceira;
3. Ficar ajoelhada, mantendo o joelho ao nível do quadril do cliente;
4. Segurar nos cotovelos e trazer o paciente para frente, enquanto senta em seus calcanhares. Pode-se usar, como um auxílio nessa manobra, uma toalha resistente, que é colocada nas costas do paciente.

**6.11 COLOCAR OU RETIRAR COMADRES**


1. Quando o paciente pode auxiliar, deve-se utilizar o trapézio, no leito, e solicitar que eleve o quadril, evitando-se assim, a necessidade de erguê-lo.



Referências:

ALEXANDRE, N. M. C; ROGANTE, M. M. Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 165-73, jun. 2000.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
	7. COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES DE URINA	Elaboração: 2022
<p>Definição:A urinálise oferece informações sobre função renal ou metabólica, nutrição e doenças sistêmicas. A coleta de urina emprega vários métodos, dependendo da finalidade da urinálise e presença ou ausência de cateter urinário.</p>		
<p>Responsável pela execução: Equipe de enfermagem: Enfermeiros, técnicos e auxiliares.</p>		
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Determinação precoce de doenças; ● Monitoramento de doenças; ● Avaliação da função renal; ● Avaliação de doenças sistêmicas. 		
<p>Equipamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Etiquetas de identificação (com os dois identificadores adequados do paciente); ● Requisição laboratorial preenchida incluindo identificação do paciente, data, hora, nome do exame e fonte de cultura; ● Saco plástico de risco biológico para envio da amostra ao laboratório (ou recipiente, conforme especificado pela instituição); 		
<p>Tipos de Coletas</p> <p>Amostra de Urina Simples</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Luvas limpas e estéreis; ● Kit comercial para amostra de urina limpa contendo (bolas de algodão estéril ou lenços antissépticos, solução antisséptica – normalmente clorexidina ou solução de povidona-iodo – água estéril ou soro fisiológico, recipiente estéril de amostra e cuba rim); ● Sabão, água, esponja e toalha; ● Comadre (para pacientes não deambulantes). <p>Amostra de urina estéril de cateter urinário</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Luvas limpas e estéreis; ● Seringa com Luer-Lok de 3 mL para urinálise de rotina ou seringa Luer-Lok de 3 mL para cultura; ● Prendedor ou banda de borracha; ● Álcool, clorexidina ou outro desinfectante; ● Recipiente de amostra (não estéril para urinálise de rotina e estéril para cultura). <p>Amostra de urina 24 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Frasco coletor grande que normalmente contém um conservante químico; ● Tampa do frasco; ● Comadre ou urinol; ● Frasco graduado para mensuração da ingesta e eliminação; ● Bacia grande para conter o frasco coletor (circundada por gelo, se for necessária refrigeração imediata); 		

- Sinais de instrução que lembram o paciente e os profissionais da coleta cronometrada de urina;
- Luvas Limpas;
- Rótulos de identificação (com os identificadores apropriados do paciente);
- Requisição de laboratório preenchida (com as informações da amostra);
- Saco plástico de risco biológico, conforme política da instituição.

7.1 COLETA DE AMOSTRA DE URINA COM CATETER URINÁRIO ESTÉRIL, JATO MÉDIO

A. COLETA DE AMOSTRA DE URINA LIMPA

1. Identifique o paciente usando dois identificadores (exemplo, nome e data de nascimento ou nome e número de registro, conforme protocolo da instituição);
2. Explique ao paciente e familiar a necessidade da amostra, como o paciente pode ajudar (quando aplicável) e como obter uma amostra livre de tecido e fezes;
3. Ofereça uma toalha ao paciente, uma esponja e sabão para limpeza do períneo ou auxilie-o na limpeza (em pacientes acamado, posicione-o na comadre para facilitar o acesso ao períneo);
4. Utilizando técnica asséptica, abra a embalagem externa do Kit de coletas;
5. Calce as luvas estéreis;
6. Derrame solução antisséptica sobre as bolas de algodão (a não ser que o kit contendo gazes preparadas com antisséptico);
7. Abra o recipiente da amostra, mantendo a parte interna estéril, e ponha a tampa com superfície estéril para cima (não toque no interior da tampa ou recipiente);
8. Auxilie ou deixe o paciente limpar o períneo e colha a amostra;
 - **em homens:** Segure o pênis com uma mão, usando gaze com antisséptico limpe o meato fazendo movimento circular, partindo do centro para fora. Peça ao homem para retrair o prepúcio para limpeza mais eficaz do meato urinário e mantenha retraído durante a micção (Figura a). Peça ao paciente para iniciar o jato de urina dentro do vaso sanitário ou comadre, em seguida, ele deve colocar o recipiente da amostra no jato e coletar de 30 a 60 mL de urina (Figura b);

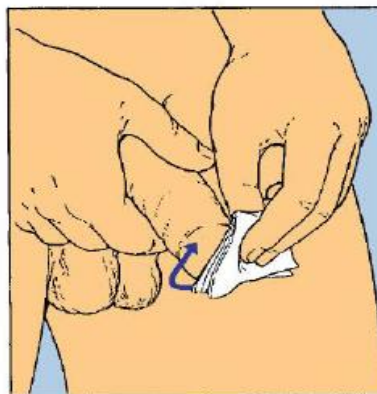


Figura a

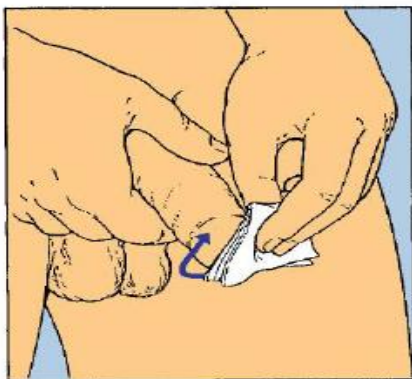


Figura b



– **Em mulheres:** Afaste os pequenos lábios com os dedos da mão não dominante, com a mão dominante, limpe a área uretral com algodão ou gaze com antisséptico. Faça o movimento da frente (acima do orifício uretral) para trás (na direção do ânus). Use uma gaze com antisséptico a cada vez, limpando no mínimo três vezes. Comece com a dobra labial mais distante de você, então a dobra labial mais próxima e desça em seguida para o centro (Figura a). Mantendo ainda os lábios afastados, a paciente inicia o jato de urina dentro do vaso sanitário ou comadre, em seguida, a paciente ou enfermeiro coloca o recipiente no jato e coleta de 90 a 120 mL de urina (Figura b);

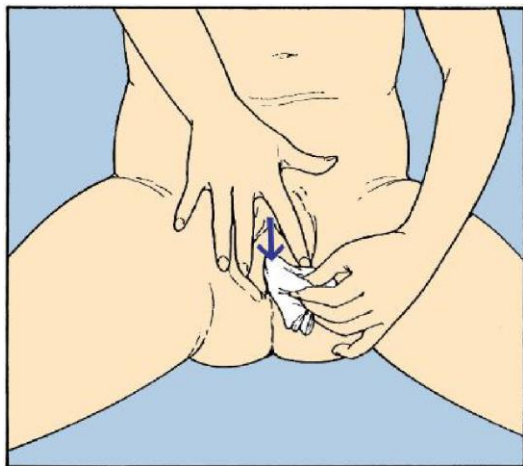


Figura a



Figura b

9. Retire o recipiente da amostra antes de parar o fluxo de urina e antes de soltar o pênis ou os lábios, deixando o (a) paciente terminar a micção no vaso sanitário ou comadre;

10. Tampe com segurança o recipiente da amostra, tocando apenas o lado externo;

11. Limpe a urina da superfície externa do recipiente;

12. Retire e descarte as luvas.

7.1.1 COLETA DE URINA DE CATETER URINÁRIO DE DEMORA

1. Explique ao paciente e familiar que usará uma seringa sem agulha para retirar urina do orifício do cateter e que o paciente não sentirá desconforto;

2. Explique que é preciso clampear o cateter por 10 a 30 minutos antes de obter a amostra de urina e que não é possível obtê-la do saco de drenagem;

3. Clampeie o prolongamento de drenagem com um prendedor ou banda de borracha por até 30 minutos abaixo do local escolhido para coleta;



4. Após 30 minutos, posicione o paciente de modo que o orifício do cateter urinário esteja facilmente acessível. A localização do orifício é onde o cateter fixa-se ao prolongamento de drenagem.



5. Limpe o orifício por 15 segundos com gaze ou algodão desinfectante e deixe secar;
6. Fixe uma seringa Luer-Lok sem agulha ao orifício embutido no cateter de amostragem; ou na sonda com acesso a ser introduzido agulha.



7. Retire 3 mL para cultura ou 20 mL para urinálise de rotina;

8. Transfira a urina da seringa para dentro do recipiente de urina limpa para urinálise de rotina ou dentro de um recipiente de urina estéril para cultura;
9. Tampe e aperte o recipiente;
10. Desprenda o cateter e deixe a urina fluir dentro do saco de drenagem. Assegure-se que a urina esteja fluindo livremente;
11. Fixe com segurança o rótulo ao recipiente (não na tampa). Na presença do paciente, complete o rótulo com dois identificadores, origem da amostra, bem como data e hora da coleta;
12. Envie a amostra e preencha a requisição do laboratório em 20 minutos. Refrigere-a, se não puder evitar demora.
7.1.2 COLETA DE AMOSTRAS DE URINA 24 HORAS
1. Identifique o paciente usando dois identificadores (exemplo, nome e data de nascimento ou nome e número de registro, conforme protocolo da instituição);
2. Explique a razão para coleta da amostra, como o paciente pode auxiliar e que a urina deve estar livre de fezes e papel higiênico;
3. Coloque avisos indicando a coleta de amostra de urina cronometrada na porta e na área do toalete do paciente;
4. Se possível, peça ao paciente para beber quatro copos de água cerca de 30 minutos antes da coleta cronometrada para facilitar a capacidade de urinar na hora adequada de início do exame;
5. Descarte a primeira amostra quando o exame começar. Registre na aquisição do laboratório a hora de início do exame. Para resultados precisos, o paciente deve iniciar o exame com a bexiga vazia. Reinicie o período cronometrado se houver perda acidental, descarte ou contaminação da urina;
6. Mensure o valor de cada eliminação se a ingesta/eliminação estiverem sendo registradas. Em seguida, coloque toda a urina eliminada no frasco de amostra rotulado com o aditivo apropriado;
7. A menos que orientado de outra forma, mantenha o frasco de amostra em geladeira de amostras ou em recipiente de gelo no banheiro para prevenir a decomposição da urina;
8. Incentive o paciente a beber dois copos de água uma hora antes de terminar a coleta;
9. Incentive o paciente e esvaziar a bexiga durante os últimos 15 minutos do período de coleta da urina;
10. No final do período de coleta, coloque etiqueta na amostra (dois identificadores, origem da amostra, dados e hora da coleta, número do frasco) na presença do paciente, afixe a requisição apropriada (identificação do paciente, hora, nome do exame e origem da amostra) e envie ao laboratório;
11. Remova os avisos e informe ao paciente que o período de coleta da amostra terminou.
7.2 COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES DE FEZES
Definição: A análise das fezes dá informações sobre as condições patológicas, como presença de tumores, infecções e problemas de má absorção (presente em análises microscópicas).
Responsável pela execução: Procedimento realizado em casa: coleta realizada pelo próprio paciente e/ou familiar. Procedimento realizado em ambiente hospitalar quando o paciente estiver impossibilitado e internado: Equipe de enfermagem (Enfermeiros, técnicos e auxiliares)
Objetivo: <ul style="list-style-type: none"> ● Rastrear a presença de doenças; ● Monitoramento de doenças;
Equipamentos:

- **Luvas limpas;**
- Sabão, água, esponja e toalha;

Amostra de fezes

- **Recipiente plástico com tampa;**
- **Comadre ou cadeira sanitária ao lado do leito;**
- Abaixador de língua;
- Avisos de “Coleta de fezes” (amostra 24 horas);
- Etiqueta de identificação;
- Requisição do laboratório preenchida, incluindo a apropriada identificação do paciente, data, hora, nome do teste e fonte da cultura;
- Saquinho plástico para entrega da amostra ao laboratório (ou recipiente especificado pela instituição).

COLETA DE AMOSTRA DE FEZES PARA CULTURA, PARA AMOSTRA CRONOMETRADA E PARA PESQUISA DE SANGUE OCULTO OU NÃO NAS FEZES

1. Identifique o paciente usando dois identificadores (exemplo, nome e data de nascimento ou nome e número de registro, conforme protocolo da instituição). Compare os identificadores com as informações da ficha clínica do paciente;

2. Disponha quanto a dietas e/ou restrições de medicações conforme indicado;

3. Explique a razão da necessidade da amostra, como o paciente pode auxiliar na coleta de uma amostra não contaminada;

4. Ajude o paciente, se necessário, no banheiro ou cadeira sanitária ou comadre;

5. Instrua-o a urinar no vaso sanitário ou no urinol antes de coletar a amostra de fezes no recipiente;

6. Se necessário, ajude o paciente na higiene após o uso do toalete e deixe-o em posição confortável;

7. Transporte o recipiente da amostra com fezes para o banheiro ou quarto de utilidades e reúna as amostras;

– **Para Cultura:** Retire o swab do tubo estéril de teste, colha uma amostra de fezes do tamanho de favas de feijão e retorne o swab no tubo. Se forem fezes líquidas, insira o swab de algodão nelas e retorne-o ao tubo;

– **Para Amostra Cronometrada de Fezes:** Coloque as fezes de cada coleta em recipientes de papelão encerado para o horário específico solicitado e conserve a amostra na geladeira. Ponha avisos como “guarde todas as fezes” (com data e hora apropriados) sobre o leito do paciente, na porta do banheiro e em cima do vaso sanitário;

– **Para Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes:** Obtenha a amostra utilizando abaixadores de língua e transfira uma porção das fezes para o recipiente (2,5 mL de fezes formadas ou 15 mL de fezes líquidas);

8. Após obter a amostra para o laboratório, tampe de imediato e fortemente o recipiente;

9. No caso de amostra cronometrada, etiquete a amostra (dois identificadores, origem da amostra, data e hora da coleta, número do frasco) na presença do paciente, afixe a requisição apropriada (identificação do paciente, data, hora, nome do exame e fonte da amostra);

10. Envie a amostra ao laboratório.

7.3 COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES DE SANGUE

Definição: A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital, através de monitores de glicose.

O exame de sangue fornece informações valiosas acerca dos estados nutricionais, hematológicos, metabólicos, imunes e bioquímicos do paciente. A punção venosa é o método mais comum de notação de amostras de sangue.

Responsável pela execução:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Objetivos:

- Permite investigar os sinais precoce de doenças físicas e a monitoração de doenças agudas e/ou crônicas.
- **Controlar a glicemia de pessoas diabéticas, usuários de insulino terapia e de nutrição parenteral ou outras terapêuticas que interfiram no metabolismo da glicose no organismo;**
- Avaliar possíveis causas de lipotimia (perda brusca da consciência, síncope);
- Avaliar possíveis causas de desmaios e convulsões;
- Controlar o consumo de alimentos (qualidade, quantidade e regularidade de horário nas refeições) para evitar hiperglicemia;
- Ajuste as dosagens dos medicamentos.

Equipamentos:

Monitoramento da Glicose Sanguínea

- **Bandeja;**
- **Duas bolas de algodão, uma com antisséptico e outra seca;**
- Aparelho de lancetar autoativado ou ativado por botão;
- Lanceta estéril de uso único ou agulha 13x4,5;
- Monitor de glicose sanguínea;
- Tiras reagentes de teste de glicose sanguínea apropriadas para a marca de dosímetro utilizado;
- Luvas de procedimento.

Punção Venosa com Seringa

- **Bandeja;**
- **Duas bolas de algodão, uma com antisséptico e outra seca;**
- Luvas de procedimento;
- Coxim ou toalha dobrada;
- Compressa de gaze estéril;
- Torniquete;
- Fita adesiva;
- Frascos apropriados para sangue;
- Rótulos de identificação;
- Requisição do laboratório preenchida, incluindo identificação apropriada do paciente, data, hora, nome do exame e fonte (para cultura);
- Saquinho plástico de risco biológico para entrega da amostra ao laboratório (ou conforme especificado pela instituição);

- Agulhas de segurança estéreis (calibres 20 e 21 para adultos, e 23 a 25 para crianças);
- Seringa de segurança Luer-Lok estéril, 10 a 20 mL;

Punção Venosa Vacutainer

- Todos os equipamentos de punção venosa com seringa;
- Vacutainer e dispositivo de acesso de segurança com adaptador Luer-Lok;

7.3.1 MONITORAMENTO DA GLICOSE SANGUÍNEA (GLICEMIA CAPILAR)

1. Realizar a higiene das mãos;
2. Realizar a desinfecção da bandeja com o desinfetante hospitalar de superfícies fixas;
3. Separar o material necessário na bandeja;
4. Identifique o paciente usando dois identificadores (exemplo, nome e data de nascimento ou nome e número de registro, conforme protocolo da instituição). Compare os identificadores com as informações do prontuário do paciente;
5. Oriente o paciente acerca do procedimento;
6. Realize higiene das mãos;
7. Calce as luvas de procedimento;
8. Oriente o paciente a lavar completamente as mãos com água e sabão. Enxaguar e secar;
9. Posicione o paciente em cadeira ou posição semi-fowler no leito.



10. Remova a tira reagente do frasco e tampe-o novamente;
11. Verifique o código do frasco com tira de teste. Utilize tiras de testes recomendadas para o monitor de glicose. Alguns monitores novos não requerem inserção de código e/ou têm disco ou tambor com 10 ou mais tiras;
12. Insira a tira reagente de teste no monitor. Não curve a tira. O dosímetro liga-se automaticamente. É possível observar uma imagem de gota de sangue na tela do monitor;



13. Prepare o aparelho de lancetar. Retire a tampa do aparelho de lancetar e insira uma nova lanceta. Torça a tampa de proteção da lanceta e recoloca a tampa no aparelho de lancetar;

14. Arme o aparelho de lancetar, ajustando a profundidade adequada de punção;

15. Limpe levemente a polpa digital do dedo escolhido com algodão antisséptico. Em adultos jovens, selecione a parte lateral da polpa digital;

16. Segure a área a ser puncionada em posição pendente;

17. Segure a ponta do aparelho de lancetar contra a área da pele escolhida para o teste. Pressione o botão de liberação no aparelho, logo em seguida, remova-o;



18. Caso a amostra de sangue não aparelha, faça o desmame do dedo delicadamente até se formar uma gota arredondada de sangue;



12. Coloque a tira reagente paralelo à gota de sangue e deixe preencher o espaço destinado, em seguida, certifique-se que o monitor ainda esteja ligado. Insira a tira reagente com a gota de sangue no monitor;

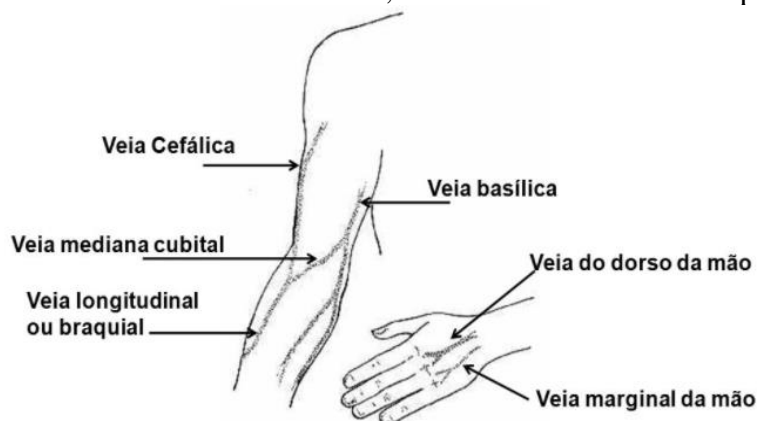


13. Pressione o algodão seco contra a pele puncionada;
14. Segundos após o resultado do teste de glicose sanguínea capilar aparece na tela;
15. Desligue o monitor. Alguns aparelhos desligam-se automaticamente;
16. Discuta os resultados do teste com o paciente e incentive perguntas e eventual participação ativa em cuidados pessoais, se ele possui diagnóstico recente de diabetes.

7.3.2 PUNÇÃO VENOSA COM SERINGA E PUNÇÃO VENOSA COM VACUTAINER

A. PUNÇÃO VENOSA COM SERINGA

1. Identifique o paciente usando dois identificadores (exemplo, nome e data de nascimento ou nome e número de registro, conforme protocolo da instituição). Compare os identificadores com as informações do prontuário do paciente;
2. Coloque o paciente em decúbito dorsal em posição semi-Fowler ou ainda em uma cadeira com braços apoiado e o cotovelo estendido;
3. Coloque o coxim ou toalha sob a parte superior do braço;
4. Aplique torniquete de modo que possa ser removido puxando-se uma ponta com um simples movimento;
5. Posicione o torniquete de 5 a 10 cm acima do local de punção selecionado;
6. Cruze o torniquete sobre o braço do paciente;
7. Peça ao paciente para abrir e fechar delicadamente o punho várias vezes, deixando finalmente o punho fechado;
8. Inspeção rapidamente a extremidade em busca do melhor local de punção, procurando por uma veia reta, proeminente, sem edema ou hematoma. Das três veias localizadas na área antecubital, a veia cubital mediana é a preferida;



9. Palpar a veia selecionada com o dedo. Perceba se ela está firme e retorna o preenchimento quando palpada, ou é sentida rígida e filiforme, rolando quando palpada. Evite golpear vigorosamente a veia, pois causa vasoespasmo;

10. Após isso, selecione a veia a ser puncionada, e faça a antissepsia com algodão com antisséptico com movimentos circulares do centro para fora em um raio de 5 cm.



11. Fixe a veia com o polegar da mão não dominantes;

12. Em uma distância de 4 a 5 cm, e considere: a) Agulha com bisel para cima, em ângulo de 10 a 15° graus;

13. Insira a agulha já embutida na seringa na veia;



14. Segure a seringa de maneira segura e puxe delicadamente o êmbolo;

15. Observe o retorno e extração de sangue até obter a quantidade desejada;

16. Libere o torniquete antes de retirar a agulha;

17. Aplique gaze ou algodão no local de punção sem pressão. Retire rápida e cuidadosamente a agulha e aplique pressão após a sua remoção;



18. Coloque a proteção de segurança da agulha e descarte-a imediatamente no receptáculo adequado;

19. Afixe a seringa cheia de sangue ao dispositivo de transferência. Fixe o frasco e deixe o vácuo enchê-lo até o nível especificado. Gire delicadamente cada frasco para frente e para trás de 8 a 10 vezes.



B. PUNÇÃO VENOSA COM SISTEMA VACUTAINER

1. Fixe a agulha com dupla ponta ao tubo Vacutainer;



2. Tenha o frasco adequado de amostra de sangue no dispositivo Vacutainer, mas não puncione a tampa de borracha;

3. Colha de 10 a 15 mL de sangue venoso usando o método com seringa;



4. A cada amostra ative a proteção de segurança da agulha, descarte-a da seringa e substitua-a com nova agulha estéril, antes de injetar a amostra de sangue nos frascos de cultura;

5. Se forem necessárias culturas aeróbicas e anaeróbicas, preencha primeiro o recipiente anaeróbico;

6. Misture delicadamente o sangue em cada frasco de cultura;

7. Libere o torniquete, aplique gaze no local de punção e retire a agulha;





8. Agulhas duplas têm proteção de segurança embutida, ative-as e então descarte-as em recipiente adequado;

9. Na presença do paciente, rotule a amostra com os identificadores do paciente, data e hora. Rotule cada frasco anotando o braço do qual foi extraída a amostra. Afixe a adequada requisição preenchida ao recipiente da amostra;

10. Coloque todas as amostras em um saco plástico de risco biológico e envie ao laboratório.


Referências:




POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
8. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		Elaboração: 2022
<p>Definição: É o processo de preparo e introdução de substância química no organismo humano, visando a obtenção de efeito terapêutico.</p>		
<p>Responsável pela execução: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
<p>Princípios para Administração: Seguir a regra dos Nove Certos (Anvisa, 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente certo; • Medicamento certo; • Compatibilidade medicamentosa; • Orientação ao paciente; • Direito de recusa; • Anotação correta; • Dose certa; • Via certa; • Horário certo. 		
8.1 VIAS NÃO PARENTERAIS		
<p>Finalidade: Administração de medicamentos que não são administrados por injeção. A via de administração escolhida depende das prioridades e dos efeitos desejados do medicamento e das condições físicas e mental do paciente.</p>		
8.1.1 VIA ORAL		
<p>Objetivo: Tratar sintomas e enfermidades. Utilizando o trato gastrointestinal para absorção.</p>		
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescrição médica (eletrônica ou impressa); • Manequim; • Bandeja; • Medicamento prescrito; • Copo descartável; • Copo com água (filtrada ou mineral); • Papel-toalha; • Instrumento para macerar ou dividir comprimidos (opcional); 		
ETAPAS	JUSTIFICATIVAS	
<p>Preparar comprimidos:</p>		
<p>a. Para preparar comprimidos ou cápsulas de dose unitária, colocá-los embalados diretamente no copo descartável sem remover o invólucro. Administrar apenas os medicamentos que estejam claramente identificados e legíveis.</p>		
<p>b. Para preparar comprimidos ou cápsulas existentes em recipientes (frascos de vidro ou plástico), colocar o número de comprimidos ou cápsulas na tampa e,</p>	<p>Evita a contaminação do medicamento e evita o desperdício</p>	



<p>posteriormente, transferi-los para o copo descartável. Não tocar o medicamento com as mãos. Devolver os comprimidos ou cápsulas restantes para o recipiente.</p>	
<p>c. Se for necessário repartir o comprimido para administrar metade da dose do medicamento, usar a mão limpa, mão enluvada para quebrá-lo ou cortá-lo com um dispositivo apropriado, por exemplo, cortador de comprimidos. Partir apenas comprimidos que sejam previamente sulcados pelo fabricante (linhas transversais no centro do comprimido).</p>	
<p>d. Se o paciente tiver dificuldade para deglutir, macerar os comprimidos separadamente. Um método para esse fim, é colocar o comprimido entre dois copos e em seguida triturar e esmagar. Misturar o comprimido triturado em pequenas quantidades com alimentos macios.</p>	
<p>Preparar líquidos:</p>	
<p>a. Misturar os conteúdos, agitando delicadamente o frasco antes de proceder à administração. Se o medicamento estiver em um recipiente de dose unitária com o volume apropriado, a agitação é desnecessária.</p>	<p>A mistura das suspensões imediatamente antes de colocá-las em um copo ou colher garante que a quantidade correta do medicamento, e não apenas o solvente, seja administrada ao paciente.</p>
<p>b. Se o medicamento estiver em frascos de múltiplas doses, remover a tampa do recipiente e colocá-la de cabeça para baixo na superfície de trabalho. Verificar e descartar medicamentos com coloração diferente da original (alteração da cor).</p>	<p>Previne a contaminação do interior da tampa do medicamento.</p>
<p>c. Colocar o copo do medicamento no nível dos olhos sobre o balcão ou, quando necessário, na mão, e preencher até o nível desejado na escala. A escala deve estar alinhada com o nível do líquido em sua superfície ou na base do menisco, não nas bordas.</p>	
<p>Administrar os medicamentos:</p>	
<p>1. Preparar os medicamentos para aplicação. Conferir o rótulo e prescrição médica duas vezes. Verificar a data de validade nos recipientes.</p>	<p>O processo de preparo garante que o paciente correto receba o medicamento correto.</p>

<p>2. Revisar as informações pertinentes relacionadas ao medicamento e os Noves Certos.</p>	<p>Os Nove Certos são mencionados nos princípios para administração.</p>
<p>3. Avaliar a história médica do paciente, história de alergias e história de medicamento.</p>	<p>Pode ser verificada na prescrição médica, na SAE e com o próprio paciente ou familiar.</p>
<p>4. Realize a desinfecção da bandeja com álcool a 70%.</p>	<p>Evitar infecção dos materiais a serem utilizados quando colocados na bandeja.</p>
<p>5. Reunir todo o material e colocar na bandeja.</p>	<p>Otimizar o tempo.</p>
<p>6. Lavar as mãos</p>	<p>Remover os microrganismos das mãos para prevenção de IRAS.</p>
<p>7. Levar os medicamentos para o paciente no horário correto, dentro de 30 minutos antes ou após o horário prescrito. Administrar medicamentos de prescrição imediata no exato momento prescrito.</p>	<p>Promove o efeito terapêutico pretendido.</p>
<p>8. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., nome e dia de nascimento ou nome e número de registro de internação). Garante o paciente certo.</p>	
<p>9. Ao lado do leito do paciente, comparar novamente a prescrição médica com os rótulos dos medicamentos. Questionar o paciente quanto à presença de alergias.</p>	<p>Garante que o paciente receba o medicamento correto. Ela também confirma a história de alergia do paciente.</p>
<p>10. Discutir a finalidade dos medicamentos, a ação e possíveis efeitos adversos. Deixar que o paciente questione acerca dos medicamentos.</p>	<p>O paciente deve ser informado, e a compreensão do paciente acerca dos medicamentos pode melhorar a adesão à terapia medicamentosa.</p>
<p>11. Ajude o paciente a sentar ou deitar de lado, caso ele não consiga sentar.</p>	<p>A posição diminui o risco de aspiração durante a deglutição.</p>
<p>12. Para comprimidos: Os pacientes podem querer segurar os medicamentos na mão ou colocá-los no copo antes de introduzi-los na boca. Ofereça água ou suco para ajudar o paciente a engolir os comprimidos.</p>	<p>O paciente torna-se familiarizado com os medicamentos vendo-os a cada momento da administração. A escolha do líquido pode melhorar a ingestão hídrica do paciente.</p>
<p>13. Para formulações com desintegração oral (determinados comprimidos): Remover o medicamento da embalagem de blister imediatamente antes do uso. Coloque o medicamento sobre a língua do paciente e avise para não mastigá-lo.</p>	<p>Formulações com desintegração oral começam a se dissolver quando colocadas na língua. Não é necessário o uso de água. A remoção cuidadosa da embalagem é necessária, porque muitos desses comprimidos são frágeis.</p>



<p>14. Para medicamentos administrados por via sublingual: Oriente o paciente para colocar o medicamento sob a língua e deixá-lo que se dissolva completamente. Advertir o paciente para não engolir o comprimido. Se deglutido, o medicamento será destruído pelo suco gástrico, ou rapidamente inativado pelo fígado, impedindo a obtenção do nível sanguíneo terapêutico.</p>	
<p>15. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.</p>	<p>Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.</p>
<p>8.1.2 VIA TÓPICA OU DERMATOLÓGICA</p>	
<p>Objetivo: Auxiliar no tratamento de doenças inflamatórias, infecciosas, parasitárias, alérgicas e dermatológicas, por ação local ou sistêmica.</p>	
<p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Manequim; • Medicamento prescrito; • Gaze; • Luvas de procedimento; • Espátula; • Etiqueta ou fita adesiva; 	
<p>ETAPAS</p>	<p>JUSTIFICATIVAS</p>
<p>Aplicar cremes, pomadas e loções tópicos de base oleosa:</p>	
<p>1. Realize as etapas de 1 a 10 mencionadas anteriormente (Via oral).</p>	<p>Etapas vitais para as administrações medicamentosas não parenterais.</p>
<p>2. Exponha a área de aplicação e faça higiene local com gaze embebida em solução fisiológica, se necessário (para a remoção de sujidade, secreção ou resíduos de aplicações anteriores).</p>	
<p>3. Remover as luvas de procedimento e usar luvas limpas ou estéreis.</p>	<p>A troca das luvas previne a contaminação cruzada de lesões infectadas ou contagiosas e protege o enfermeiro dos efeitos do medicamento.</p>
<p>4. Abra a tampa do frasco ou tubo, despreze a primeira quantia, coloque o medicamento em uma gaze, na quantidade suficiente para cobrir a área indicada (se necessário, utilize uma espátula), sem tocar o recipiente na gaze.</p>	<p>Evitar a contaminação do medicamento.</p>

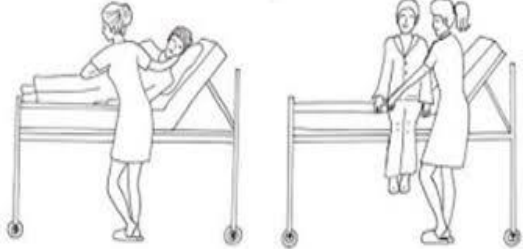

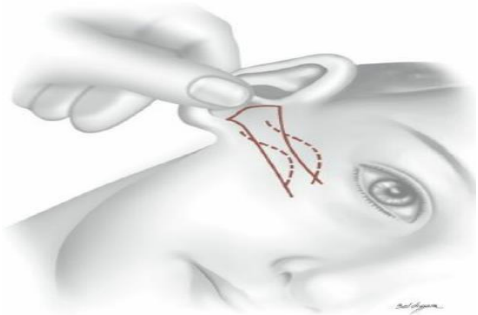
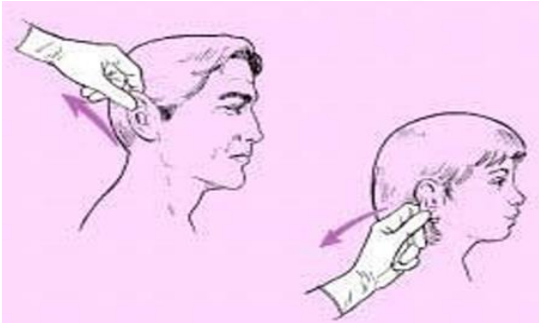

<p>5. Aplique o medicamento na área indicada e espalhe-o delicadamente até sua absorção (se necessário, enfaixe o local).</p>	
<p>Aplicar pomada antianginosa (nitroglicerina) Este medicamento é indicado para o tratamento de hipertensão perioperatória; para controle de insuficiência cardíaca congestiva, no ajuste do infarto agudo do miocárdio, para tratamento de angina pectoris em pacientes que não respondem à Nitroglicerina sublingual e betabloqueadores e para indução de hipotensão.</p>	
<p>a. Remover o medicamento anterior que se encontra no papel. Dobrar o papel usando as laterais e descartá-lo em recipiente apropriado (risco biológico). Limpar o medicamento residual da pele.</p>	<p>Previne superdosagem, que pode ocorrer com papéis de múltiplas doses deixados no local. O descarte adequado protege outras pessoas de exposição acidental ao medicamento.</p>
<p>b. Escrever a data, o horário e as iniciais do enfermeiro no papel de aplicação.</p>	<p>O rótulo fornece uma referência para prevenir problemas com a dose do medicamento.</p>
<p>c. Pomadas antianginosas (nitroglicerina) geralmente são prescritas em polegadas e podem ser medidas em pequenas folhas de papel, indicadas por marcas de 1,25 cm ou ½ polegada. Aplicar o número desejado de polegadas de pomada à guia de medida do papel.</p>	
<p>d. Local de aplicação: Área do tórax, costas, abdome ou face anterior da coxa. Não aplicar sobre superfícies pilosas ou sobre tecido cicatricial.</p>	<p>A aplicação em superfícies pilosas ou tecido cicatricial pode interferir com a absorção</p>
<p>e. Não se esqueça de fazer um rodízio nos locais de aplicação.</p>	<p>Minimiza a irritação cutânea.</p>
<p>f. Aplicar a pomada na superfície da pele segurando a borda ou as costas da guia de mensuração de papel e colocar a pomada e o papel diretamente na pele. Para minimizar a possibilidade de que a pomada cubra as luvas e mais tarde entre em contato com as mãos do enfermeiro.</p>	
<p>g. Não esfregar ou massagear a pomada na pele.</p>	<p>O medicamento é projetado para absorção lenta durante várias horas; a massagem pode aumentar a absorção.</p>
<p>h. Fixar a pomada e o papel com um curativo transparente ou fita microporosa.</p>	<p>Previne que as roupas sejam manchadas ou ocorra remoção acidental do medicamento.</p>
<p>Aplicar adesivos transdérmicos (p. ex., analgésicos, nicotina, hormônios)</p>	


<p>“Os adesivos transdérmicos (transdermal patches) são preparações farmacêuticas flexíveis de vários tamanhos, contendo uma ou mais substâncias ativas. Eles são produzidos com o objetivo de serem aplicados na pele íntegra para liberar as substâncias ativas para a circulação sistêmica após passar pela barreira da pele.</p>	
<p>a. Se um adesivo antigo estiver presente, removê-lo e limpar a área. Certifique-se de procurar o adesivo entre as dobras de pele.</p> 	<p>A não remoção de adesivos antigos pode resultar em superdosagem. Muitos adesivos são pequenos, transparentes ou da cor da pele e podem ficar facilmente escondidos entre as dobras da pele. A limpeza remove os resíduos da aplicação anterior.</p>
<p>b. Descartar o adesivo antigo dobrando-o pela metade com as extremidades adesivas juntas. Algumas instituições exigem que o adesivo seja cortado antes do descarte. Descartar em lixo com risco biológico.</p>	<p>O descarte adequado previne a exposição acidental ao medicamento.</p>
<p>c. Datar e rubricar a face externa do novo adesivo antes da aplicação e anotar o horário da administração. Usar uma caneta de ponta porosa ou hidrográfica.</p>	<p>Um lembrete visual impede doses ausentes ou adicionais. Uma caneta esferográfica danifica o adesivo e altera o fornecimento do medicamento.</p>
<p>d. Escolher um novo local limpo, seco e sem pelos. Alguns adesivos possuem instruções específicas sobre os locais de aplicação (p.ex., adesivo de escopolamina- É indicado em adultos para prevenção de náuseas e vômitos associados a enjôo e recuperação da anestesia e cirurgia, este é colocado atrás da orelha. Nunca colocar um adesivo de estrógeno em tecido mamário ou na linha da cintura). Não aplicar um adesivo em pele oleosa ou com qualquer outro tipo de lesão.</p>	
<p>e. Remova cuidadosamente o adesivo da cobertura protetora puxando-o para fora do revestimento. Segure o adesivo pela borda sem tocar na parte aderente.</p>	
<p>f. Aplicar o adesivo pressionando firmemente com a palma de uma das mãos por 10 segundos. Certifique-se de que esteja bem colado, especialmente nas bordas. Aplicar uma cobertura externa, quando disponível na embalagem original do produto.</p>	<p>A aderência adequada previne a perda do adesivo, que resultaria em diminuição da dose e da eficácia.</p>
<p>g. Não aplique o adesivo em um local usado anteriormente por no mínimo 1 semana.</p>	<p>A rotação do local reduz a irritação cutânea decorrente do medicamento e do adesivo.</p>
<p>h. Oriente o paciente que adesivos transdérmicos nunca devem ser cortados</p>	<p>O corte de um adesivo transdérmico pela metade alteraria a dose do medicamento,</p>

pela metade; a alteração da dose exigirá uma nova prescrição.	resultando em níveis inadequados ou alterados do medicamento.
i. Orientar o paciente a remover sempre o adesivo antigo antes da aplicação de um novo, que não devem usar formas alternativas de medicamento quando estiverem usando adesivos. Por exemplo, não devem fumar enquanto usam adesivo de nicotina ou aplicar pomada de nitroglicerina além do adesivo, exceto quando prescrito pelo médico.	O uso de adesivos com uma preparação medicinal adicional/ alternativa pode resultar em toxicidade e outros efeitos colaterais
Administração de sprays aerossóis (p.ex., sprays anestésicos locais).	
a. Agitar o recipiente vigorosamente. Ler no rótulo do produto qual é a distância recomendada entre o spray e a área, que é, em geral, de 15 a 30 cm.	A mistura garante o fornecimento de um spray fino e homogêneo. A distância adequada garante que sprays finos atinjam a superfície da pele.
b. Peça que o paciente vire o rosto para longe do spray ou cubra rapidamente o rosto com uma toalha ao borrifar o pescoço ou o tórax.	Previne a inalação do spray.
c. Borrifar o medicamento no local afetado (em alguns casos, o borrifamento é cronometrado por um período de segundos). Toda a superfície da pele da área afetada deve ser coberta por um spray fino.	
Aplicar um pó	
a. Garantir que a superfície da pele esteja completamente seca. Com a mão não dominante, estender completamente qualquer dobra de pele, entre os dedos do pé ou sob a axila, por exemplo, e secar com uma toalha.	Minimiza a formação de crostas. Expõe totalmente a superfície cutânea para a aplicação
b. Se a área de aplicação estiver próxima à face, peça que o paciente vire o rosto para longe do pó ou cubra o rosto brevemente com uma toalha.	Previne a inalação de pó.
c. Pulverize o local da pele levemente com um dispensador para que a área fique coberta com uma camada fina e delgada. Opção: Cubra a área da pele com um curativo, se prescrito pelo médico. Uma camada fina de pó tem propriedades discretamente lubrificantes para reduzir a fricção e promover a secagem.	

6. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.	Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
<p>Cutisanol Pó é um medicamento especialmente formulado para prevenir e combater as dermatites causadas pelo uso de fraldas e também eritemas provocados por assaduras e brotoejas. Possui ação secativa, auxiliando na prevenção e tratamento dos odores nos pés e axilas e deixa a pele perfumada.</p> <p>Albicon em pó é recomendado para o tratamento de aftas, gengivites, estomatites, candidíase oral (sapinho) e para a prevenção do tártaro dentário.</p>	
8.1.3 VIA OFTALMOLÓGICA	
Objetivo: Auxiliar no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosas dos olhos, lubrificação e no exame oftalmológico.	
Materiais necessários: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Manequim; • Medicamento prescrito (solução ou pomada); • Lenços de papel ou gaze; • Luvas de procedimento; • Solução fisiológica (10 mL); 	
ETAPAS	JUSTIFICATIVAS
1. Realize as etapas de 1 a 10 mencionadas anteriormente (Via oral).	Etapas vitais para as administrações medicamentosas não parenterais.
2. Solicite que o paciente deite ou sente na cadeira com o pescoço discretamente hiperestendido.	A posição fornece fácil acesso ao olho para instilação de medicamento e minimiza a drenagem de medicamento ocular para o ducto lacrimonasal.
3. Se crostas ou drenagens estiverem presentes ao longo das margens das pálpebras ou no canto interno, lave delicadamente. Umedecer as crostas secas com gaze. Sempre limpe do canto interno para o externo. Remova as luvas e realize a higiene das mãos.	

4. Com o tecido repousando abaixo da pálpebra inferior, pressione suavemente para baixo com o polegar ou dedo indicador contra a órbita óssea, expondo o saco da conjuntiva. Nunca pressione diretamente o globo ocular do paciente.	Previne pressão e trauma no globo ocular e previne que os dedos toquem o olho.
5. Peça que o paciente olhe para o teto.	A ação movimentada a córnea para cima e ajuda a exposição do saco da conjuntiva, local da instilação do medicamento. Reduz a estimulação do reflexo de piscada.
6. Colírio: Repouse a mão dominante suavemente na testa do paciente e segure o conta-gotas com o medicamento (aproximadamente 1 a 2 cm) acima do saco da conjuntiva, tendo o cuidado de não tocar na conjuntiva, na pálpebra ou nos cílios do paciente. Pingar o número de gotas prescritas no saco da conjuntiva. Após a instilação das gotas, peça que o paciente feche os olhos delicadamente.	
7. Pomada/gel: Segurando o aplicador acima da margem da pálpebra inferior, aplicar uma fita fina de pomada homogeneamente ao longo da borda interna da pálpebra inferior na conjuntiva, do canto interno ao canto externo.	
8. Pedir ao paciente para fechar o olho e esfregar a pálpebra levemente em movimentos circulares usando um lenço, se não houver contraindicação da fricção.	Distribui mais o medicamento sem traumatizar o olho. Evita a pressão direta no globo ocular do paciente.
9. Se houver, limpar o excesso de medicamento na pálpebra com gaze.	Promove o conforto e previne o trauma do olho.
10. Se o paciente piscar ou fechar o olho, ou se a gota cair fora da margem externa da pálpebra, repita o procedimento.	
12. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.	Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
8.1.4 VIA OTOLÓGICA	
Objetivo: Auxiliar no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosas do ouvido.	
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Manequim; • Medicamento prescrito; • Gaze; • Solução fisiológica (10 ml); • Luvas de procedimento; • Bola de algodão; • Etiqueta ou fita adesiva; 	

<p>1. Realize as etapas de 1 a 10 mencionadas anteriormente (Via oral).</p>	<p>Etapas vitais para as administrações medicamentosas não parenterais.</p>
<p>2. Posicionar o paciente de lado (se não for contraindicado), com a orelha que será tratada voltada para cima. O paciente pode, também, sentar-se em uma cadeira. Estabilize a cabeça do paciente com sua mão.</p>	
<p>3. Em adultos: segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para cima e para trás.</p>	
<p>4. Em crianças: segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para baixo e para trás;</p>	 
<p>5. Se a presença de cerume ou drenagem ocluir a porção mais externa do meato acústico, retire o cerume que pode ser visualizado usando delicadamente um aplicador com ponta de algodão. Tenha cuidado para não empurrar a cera para o meato.</p>	
<p>6. Instilar as gotas prescritas, segurando o conta-gotas a 1 cm acima do meato acústico.</p>	<p>Evita o contato e previne a contaminação do conta-gotas.</p>

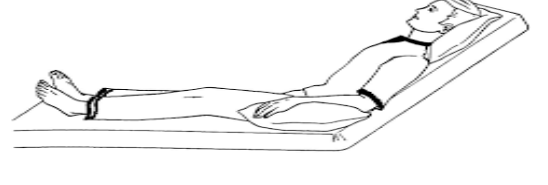
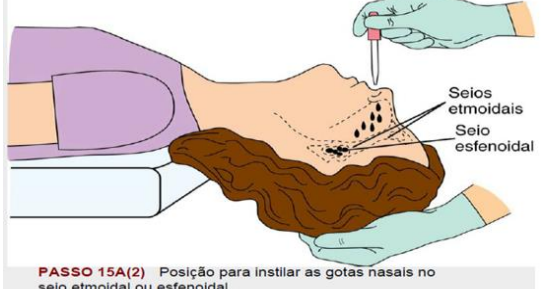
7. Pedir que o paciente permaneça deitado de lado por alguns minutos. Aplicar uma massagem ou pressão suave com o dedo.	
8. Se prescrito, inserir delicadamente uma porção de algodão na parte mais externa do meato. Não pressione o algodão no meato.	Impede o escape de medicamento quando o paciente se senta ou fica em pé.
9. Remover o algodão após 15 minutos. Ajudar o paciente a ficar em uma posição confortável.	Permite tempo para a absorção e a distribuição do medicamento.
10. Repita o procedimento no lado oposto, se estiver prescrito.	
11. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.	Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.



8.1.5 VIA NASAL

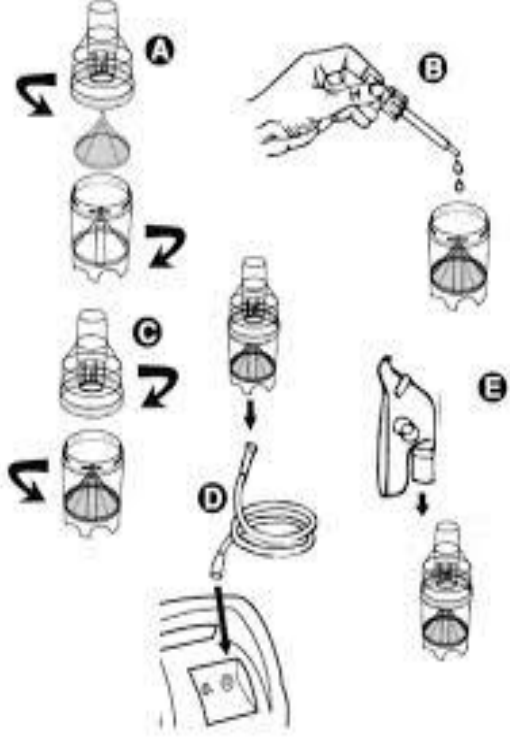

Objetivo: Auxiliar no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosas das vias respiratórias superiores e alívio da congestão nasal.

Materiais necessários:


- Bandeja;
- Manequim;
- Medicamento prescrito;
- Lenços de papel ou gaze;
- Solução fisiológica (10 mL);
- Luvas de procedimento;
- Etiqueta ou fita adesiva;




ETAPAS	JUSTIFICATIVAS
1. Realize as etapas de 1 a 10 mencionadas anteriormente (Via oral).	Etapas vitais para as administrações medicamentosas não parenterais.
2. Posicionar o paciente sentado ou elevar a cabeceira do leito.	
3. Solicite ao paciente que limpe as narinas com lenço de papel ou com gaze embebida em solução fisiológica (auxilie-o, se necessário)	
4. Posicione o paciente conforme a necessidade de acesso do medicamento:	
a) Faringe posterior: solicite ao paciente que incline a cabeça para trás;	
b) Seio etmóide ou esfenóide: coloque um travesseiro sob os ombros e incline a cabeça do paciente para trás; Segure o conta-gotas a 1 cm acima das narinas e instile o número de gotas prescrito	 <p style="text-align: center;">PASSO 15A(2) Posição para instilar as gotas nasais no seio etmoidal ou esfenoidal.</p>


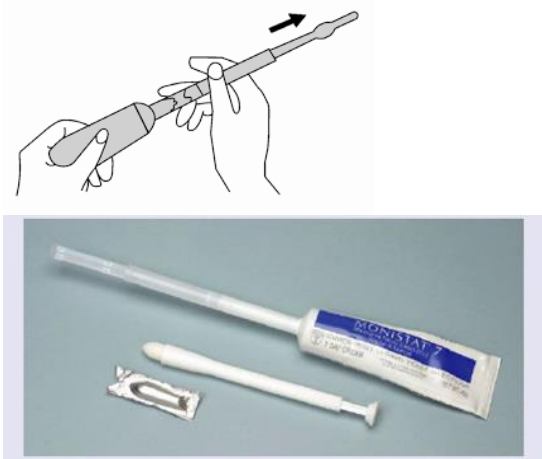
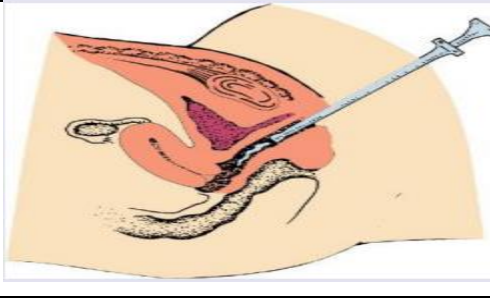
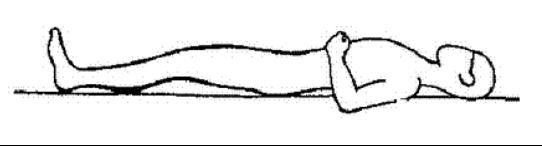
<p>c) Seios frontais e maxilares: solicite ao paciente que incline a cabeça para trás e para o lado que deve ser tratado; Segure o conta-gotas a 1 cm acima das narinas e instile o número de gotas prescrito</p>	
<p>5. Abra a tampa do frasco, sem tocar no bico dosador e instile a quantidade de gotas prescritas do medicamento na narina indicada, sem tocá-la com o bico dosador. Repita a instilação na outra narina (se prescrito).</p>	
<p>6. Oriente o paciente a permanecer na mesma posição por 2 min e respirar pela boca. Ofereça lenço de papel ou gaze para o paciente colocar sob o nariz e oriente-o a não assoar o nariz durante alguns minutos.</p>	<p>Para evitar que haja retorno da medicação.</p>
<p>7. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.</p>	<p>Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.</p>
<p>8.1.6 VIA INALATÓRIA</p>	
<p>Objetivos: Preparar e administrar medicamentos por vias respiratórias superiores (inalação), utilizando inalador ou nebulizador. Para o auxílio no tratamento do trato respiratório, produzindo efeitos locais ou sistêmicos ou para fluidificar secreções.</p>	
<p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicamento prescrito; • Luvas de procedimento; • Solução fisiológica 0,9% (10 mL); • Inalador/nebulizador • Máscara de inalação; • Fluxômetro; • Cadarço; • Lenço de papel; • Etiqueta ou fita adesiva. 	
<p>ETAPAS</p>	<p>JUSTIFICATIVAS</p>
<p>1. Realize as etapas de 1 a 10 mencionadas anteriormente (Via oral).</p>	<p>Etapas vitais para as administrações medicamentosas não parenterais.</p>
<p>2. Peça para o paciente sentar-se ou eleve o decúbito do leito entre 45 e 90°</p>	
<p>3. Explicar o uso do nebulizador e avisar o paciente sobre os possíveis efeitos colaterais do medicamento.</p>	<p>Explicar o uso do nebulizador e avisar o paciente sobre os possíveis efeitos colaterais do medicamento.</p>

<p>4. Montar o nebulizador conforme as instruções do fabricante. A montagem pode variar discretamente com diferentes fabricantes. A montagem adequada garante o fornecimento seguro do medicamento.</p>	
<p>5. Adicionar o medicamento por meio do uso de conta-gotas ou da seringa de medicamento e diluente (se necessário) para o recipiente de nebulização.</p>	
<p>6. Conectar a extensão ao compressor de aerossol e ao nebulizador.</p>	
<p>7. Fixar a porção superior do recipiente do nebulizador e conecte o bocal ou a máscara facial.</p>	
<p>8. Fazer com que o paciente segure o bocal entre os lábios com uma pressão suave.</p>	
<p>a. Se o paciente for um lactente, uma criança ou um adulto que apresenta dificuldade de segurar o dispositivo ou for incapaz de seguir instruções, usar uma máscara facial.</p>	<p>O uso de uma máscara facial não requer que o paciente segure o bocal. A colocação correta assegura o fornecimento suficiente do medicamento.</p>
<p>b. Usar adaptadores especiais para pacientes com a traqueostomia.</p>	<p>Promove maior deposição do medicamento nas vias aéreas.</p>



<p>9. Ligar o aparelho nebulizador de pequeno volume e garantir que seja formada uma névoa suficiente.</p> 	<p>Confere se o equipamento está funcionando adequadamente durante o fornecimento do medicamento.</p>
<p>10. Pedir que o paciente faça uma inspiração profunda e lenta. Encorajar uma breve pausa no final da inspiração e, então, pedir que o paciente exale passivamente.</p>	<p>Melhora a eficácia do medicamento.</p>
<p>a. Se o paciente estiver dispneico, encoraje-o a segurar a respiração a cada 4 ou 5 movimentos respiratórios por 5 a 10 segundos.</p>	<p>Maximiza a eficácia do medicamento.</p>
<p>b. Lembrar o paciente de repetir o padrão respiratório até que o medicamento tenha sido completamente nebulizado. Isso costuma levar aproximadamente 10 minuto.</p>	<p>Maximiza a eficácia do medicamento.</p>
<p>c. Bater ocasionalmente com os dedos no nebulizador.</p>	<p>Libera gotículas que estejam penduradas na lateral do dispositivo, permitindo, assim, a completa nebulização da solução.</p>
<p>d. Monitorar a frequência cardíaca do paciente durante o procedimento, especialmente quando usados broncodilatadores beta-adrenérgicos. Ex: Fenoterol (berotec).</p>	<p>Permite que o enfermeiro observe possíveis efeitos colaterais dos medicamentos.</p>
<p>11. Quando o medicamento finalizar, desligar o aparelho. Enxaguar o nebulizador, secar e armazenar o dispositivo. Para limpeza diária, verificar normas da instituição.</p>	<p>O armazenamento adequado reduz a transferência de micro-organismos. Em algumas instituições, a limpeza do nebulizador deve ser realizada todos os dias, com água e sabão.</p>
<p>12. Após a nebulização, solicitar ao paciente que realize várias respirações profundas e que tussa a fim de expectorar as secreções.</p>	<p>O medicamento é prescrito, muitas vezes, para abrir as vias aéreas e promover expectoração das secreções</p>
<p>13. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.</p>	<p>Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.</p>
8.1.7 VIA VAGINAL	
<p>Objetivos: Auxiliar no tratamento de doenças ginecológicas utilizando a mucosa vaginal para a absorção local do medicamento.</p>	
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Medicamento prescrito; 	

<ul style="list-style-type: none"> • Comadre; • Manequim; • Material para higiene íntima; • Papel higiênico; • Luvas de procedimento; • Aplicador vaginal (se necessário); • Absorvente higiênico; • Biombo; • Etiqueta ou fita adesiva. 	
ETAPAS	JUSTIFICATIVAS
1. Realize as etapas de 1 a 10 mencionadas anteriormente (Via oral).	Etapas vitais para as administrações medicamentosas não parenterais.
2. Feche a porta do quarto e isole o ambiente com o biombo, de modo a preservar a intimidade da paciente;	
3. Perguntar se a paciente apresenta sintomas de: prurido, queimação, secreção ou desconforto.	As informações coletadas devem ser anotadas posteriormente nos registros da paciente.
4. Solicite à paciente que esvazie a bexiga e que faça higiene íntima e que retire a roupa íntima, ou realize, quando ela estiver impossibilitada;	Evitar a eliminação acidental de urina durante a inserção
5. Coloque-a em posição ginecológica, eleve os quadris com um coxim e cubra-a com um lençol;	
6. Durante os cuidados perineais, inspecionar as condições do tecido vaginal (usar luvas); observar a presença e o aspecto das secreções.	Os aspectos identificados devem ser anotados posteriormente nos registros da paciente.
Inserir o supositório vaginal:	
a. Remover o supositório do envoltório laminado e aplicar o lubrificante hidrossolúvel na extremidade lisa ou arredondada. Certifique-se de que o supositório não esteja derretido. Lubrificar o dedo indicador enluvado da mão dominante.	
b. Com a mão não dominante enluvada separar delicadamente os grandes e os pequenos lábios.	Para facilitar a visualização e a introdução do supositório vaginal.


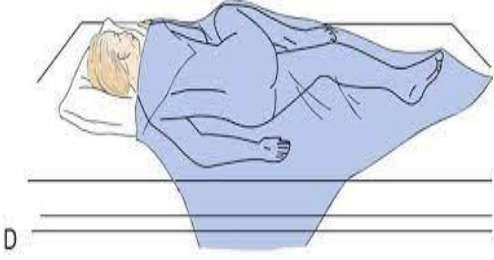
<p>c. Com a mão dominante enluvada, inserir o supositório pela extremidade arredondada no canal vaginal por cerca de 7,5 a 10 cm.</p>	
<p>d. Retirar o dedo e limpar o lubrificante remanescente ao redor do orifício vaginal e dos lábios com um lenço de papel.</p>	
<p>Aplicar creme ou espuma:</p>	
<p>a. Encher o aplicador de creme ou espuma seguindo as instruções da embalagem.</p>	 <p>FIG 22-4 De cima para baixo: Creme vaginal com aplicador aplicador e supositório vaginal. (De Lilley LL et al: <i>Pharmacology and the nursing process</i>, ed 6, St Louis, 2011, Mosby.)</p>
<p>b. Com a mão não dominante enluvada separar delicadamente os grandes e os pequenos lábios. Inserir o aplicador por aproximadamente 5 a 7,5 cm. Empurre o êmbolo do aplicador para depositar o medicamento na vagina.</p>	
<p>c. Retirar o aplicador e colocá-lo em uma toalha de papel. Limpar o creme residual dos grandes lábios e do orifício vaginal com um lenço de papel.</p>	
<p>7. Após a aplicação do supositório ou creme vaginal, orientar a paciente a permanecer deitada (decúbito dorsal) por pelo menos 10 minutos.</p>	
<p>8. Forneça ou coloque um absorvente higiênico e auxilie a paciente a se vestir.</p>	
<p>9. Trinta minutos após a administração e entre as aplicações do medicamento, inspecionar a condição do canal vaginal e a genitália externa. Avaliar a presença de secreção vaginal. Remover as luvas e realizar a higiene das mãos.</p>	
<p>10. Questione a paciente sobre prurido contínuo, queimação, desconforto ou secreção.</p>	
<p>11. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.</p>	<p>Documentar o cuidado e o tratamento realizado.</p>


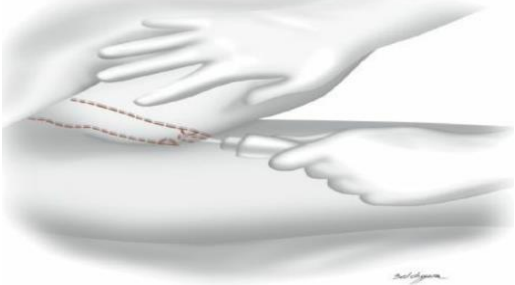

8.1.8 VIA RETAL

Objetivos: Auxiliar na administração do medicamento pela e/ou provocar a evacuação do conteúdo intestinal.

Materiais:

- Bandeja;
- Manequim;
- Medicamento prescrito (supositório, creme, pomada ou solução);
- Luvas de procedimento;
- Gaze;
- Aplicador retal (para cremes e pomadas);
- Biombo;
- Etiqueta ou fita adesiva.
- Nos casos de administração de soluções (enema), acrescentar:
- Frasco da solução (fleet enema) prescrita;
- Forro impermeável;
- Lençol ou toalha de banho;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Gel hidrossolúvel e/ou vaselina líquida;
- EPIs: máscara, óculos de proteção e avental.

ETAPAS	JUSTIFICATIVAS
1. Realize as etapas de 1 a 10 mencionadas anteriormente (Via oral).	Etapas vitais para as administrações medicamentosas não parenterais.
2. Feche a porta do quarto e isole o ambiente com o biombo, de modo a preservar a intimidade da paciente;	
3. Ajudar o paciente a assumir a posição de Sims (decúbito lateral com a perna flexionada). A posição expõe o ânus e relaxa o esfíncter anal. Manter a privacidade do paciente, expor apenas a região anal.	
4. Higienize as mãos e calce as luvas de procedimento.	Evitar a transmissão de microorganismos.
5. Solicite ao paciente que faça a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;	
6. Na aplicação de supositórios:	
a. Remover o supositório do envoltório laminado e lubrificar a extremidade arredondada com lubrificante hidrossolúvel. Se o paciente tiver hemorroidas, usar maior quantidade de lubrificante e manipular a área com delicadeza.	
b. Peça ao paciente respire lenta e profundamente pela boca e relaxe o esfíncter anal.	

<p>c. Afaste as nádegas do paciente com a mão não dominante. Com o dedo indicador enluvado da mão dominante, inserir o supositório delicadamente pelo ânus, passando pelo esfíncter interno, por cerca de 10 cm em adultos ou 5 cm em lactentes e crianças.</p>	
<p>d. Solicitar ao paciente para permanecer em decúbito dorsal ou lateral por 5 minutos.</p>	<p>Prevenir a expulsão do supositório.</p>
<p>e. Se a indicação do supositório for obstipação, solicitar ao paciente para chamar um profissional de enfermagem para observar o aspecto da evacuação.</p>	<p>Realizar a avaliação das fezes.</p>
<p>7. Na aplicação de cremes e pomadas:</p>	
<p>a. Solicite ao paciente que faça o esvaziamento intestinal (se possível ou necessário) e que realize a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;</p>	
<p>b. Preencha o aplicador retal com a quantidade prescrita do medicamento;</p>	
<p>c. Peça ao paciente que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;</p>	
<p>d. Lubrifique a ponta do aplicador retal com gel hidrossolúvel ou vaselina líquida;</p>	
<p>e. Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra, introduza o aplicador no ânus do paciente, até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;</p>	
<p>f. Solicitar ao paciente para permanecer em decúbito dorsal ou lateral por 5 minutos.</p>	<p>Prevenir a expulsão da pomada/creme.</p>
<p>8. Na aplicação de enema fleet (clister):</p>	
<p>a. Coloque os EPIs: avental, os óculos de proteção, a máscara e as luvas de procedimento;</p>	<p>Devido a finalidade do procedimento o paciente pode eliminar fezes durante o processo.</p>
<p>b. Lubrifique o bico do frasco do enema com gel hidrossolúvel ou vaselina líquida;</p>	<p>Facilita a introdução do bico do frasco do enema.</p>
<p>c. Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra, introduza o bico do frasco do clister e aperte o frasco até esvaziá-lo completamente;</p>	

d. Retire o frasco e solicite ao paciente que tente reter a solução por 5 a 15 min.	Reter a solução fará um melhor efeito terapêutico da medicação.
9. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.	Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.

8.2 VIAS PARENTERAIS

Finalidade: Administrar medicamentos que entram em contato com o corpo e alcança o sistema circulatório por meio de injeções. É indicada para situações emergenciais e aplicações de grandes volumes de substância, mas requer atenção aos sintomas do paciente.

8.2.1 AMPOLAS

- Contém doses únicas de medicamento injetável em forma líquida. Estão disponíveis em vários tamanhos, de 1 a 10mL ou mais.
- Uma ampola é feita de vidro com um gargalo estreito, que é quebrado para permitir o acesso ao medicamento.



FIG 23-7 A, Medicamento em ampolas.

- Um anel colorido ao redor do gargalo indica onde a ampola foi previamente entalhada para que seja quebrada facilmente.
- O medicamento é retirado facilmente da ampola aspirando-se o líquido com uma agulha de filtro e seringa.

PREPARAR A AMPOLA

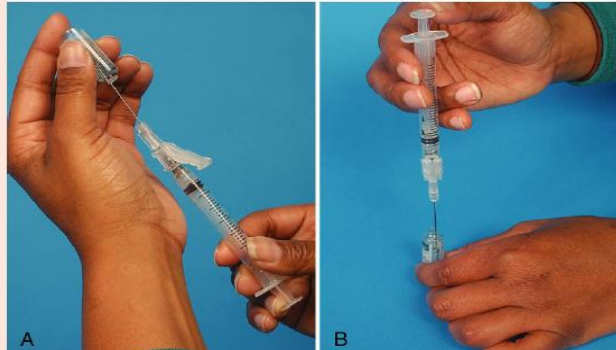
- Bater com os dedos no topo da ampola delicada e rapidamente até que o líquido saia do gargalo da ampola;
- Colocar uma pequena compressa de gaze ou chumaço sem álcool ao redor do gargalo da ampola;
- Estalar o gargalo da ampola rapidamente e com firmeza para longe das mãos;
- Aspirar o medicamento rapidamente, usando uma agulha;
- Segurar a ampola de cabeça para baixo ou colocar em uma superfície plana. Inserir a agulha de filtro no centro da abertura da ampola. Não deixar a ponta ou o eixo da agulha tocar a borda da ampola.
- Aspirar o medicamento para a seringa puxando delicadamente o embolo para trás.
- Manter a ponta da agulha sob a superfície do líquido. Incliná-la para trazer todo o líquido ao alcance da agulha.
- Se você aspirar bolhas de ar, não ejetar o ar para a ampola.
- Para ejetar o excesso de bolhas de ar, retirar a agulha da ampola. Segurar a seringa com a agulha apontada para cima. Bater na lateral da seringa com os dedos para fazer com que as bolhas subam na direção da agulha.
- Se a seringa contiver excesso de líquido, usar uma pia para descarte.

- k) Cobrir a agulha com sua bainha ou tampa de proteção. Troque a agulha de filtro por uma agulha com dispositivo de segurança regular.

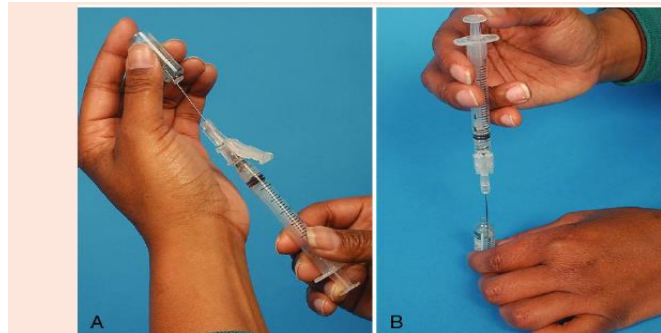


ETAPA 3a Bater para deslocar o lí

estelado longe das



ETAPA 3f A, Medicamento aspirado com ampola invertida. B, Medicamento aspirado com a ampola em uma superfície plana.



ETAPA 3f A, Medicamento aspirado com ampola invertida. B, Medicamento aspirado com a ampola em uma superfície plana.

FRASCO-AMPOLA

- Um frasco-ampola é um recipiente de plástico ou vidro de doses únicas ou múltiplas com um lacre de borracha no topo. Depois que abrir um frasco-ampola de dose única, você deve descartá-lo, independentemente da quantidade de medicamento utilizado.



B, Medicamento em frascos-ampolas.

- Depois que abrir um frasco-ampola de dose única, você deve descartá-lo, independentemente da quantidade de medicamento utilizado.

- O medicamento no frasco pode ser uma solução ou um pó estéril que será reconstituído antes de ser administrado. O rótulo do frasco-ampola especifica o solvente ou diluente usado para dissolver o soluto em pó e a quantidade necessária para preparar a concentração (SF 0,9% e água destilada são as soluções mais comuns).
- Um frasco-ampola de múltiplas doses contém várias doses de medicamento e pode ser utilizado outras vezes. Ao usar um frasco-ampola de múltiplas doses, escreva a data em que o frasco-ampola foi aberto no seu rótulo.
- Uma cobertura de metal ou plástico protege o lacre de borracha do frasco-ampola. Remova a cobertura para utilizar o frasco- ampola pela primeira vez.

PREPARAR UM FRASCO-AMPOLA CONTENDO UMA SOLUÇÃO E COM SOLUTO PÓ (RECONSTITUIÇÃO).

- Remover a proteção que cobre no topo do frasco-ampola para expor a borracha estéril;
- Pegar a seringa e remover a proteção da agulha ou a agulha de ponta rompa. Puxar o embolo para trás para aspirar uma quantidade de ar para a seringa equivalente ao volume do medicamento que será retirado do frasco-ampola;
- Com o frasco-ampola em uma superfície plana, inserir a dispositivo com agulha pelo centro da vedação de borracha. Aplicar pressão a ponta da agulha durante a inserção;
- Injetar ar no espaço aéreo do frasco-ampola, segurando o embolo;
- Inverter o frasco-ampola ao mesmo tempo que segura firmemente a seringa e o embolo;
- Segurar a extremidade do cilindro da seringa e do embolo com o polegar e o dedo indicador da mão dominante para compensar a pressão no frasco-ampola;
- Deixar que a pressão do frasco-ampola preencha a seringa gradualmente com o medicamento. Se necessário, puxar o embolo discretamente para trás para obter uma quantidade correta de solução;
- Retirar a bolha de ar; Se precisar injetar o medicamento no tecido do paciente, trocar por uma agulha de calibre e comprimento apropriados de acordo com a via de administração do medicamento.



ETAPA 4b Seringa com dispositivo de acesso sem agulha.



ETAPA 4g Retirando o líquido com o frasco-ampola invertido.

8.2.2 VIA INTRADÉRMICA (ID)

Objetivo: Injetar medicamento na derme, onde o suprimento sanguíneo é reduzido e a absorção ocorre lentamente.

Indicação: Testes de sensibilidade e hipersensibilidade, prova tuberculínica e vacina BCG.

Agulhas: 15 a 8mm de comprimento e calibre fino (25 a 27 - 05 a 0,4mm)

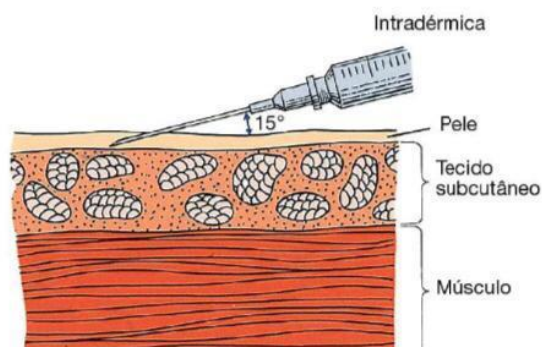
Volume máximo: 0,01 a 0,1mL

Área de aplicação: Face interna do antebraço, inserção inferior do deltóide.

Ângulo: 5 a 15 graus.


Materiais:

- Seringa de 1mL;
- Agulha calibre 25 a 27 (0,5 a 0,4mm) e calibre de 15 a 10mm;
- Algodão;
- Compressa de gaze pequena;
- Frasco-ampola ou ampola de medicamento;
- Luvas;
- Impressão do computador (prescrição);
- Recipiente à prova de perfuração.

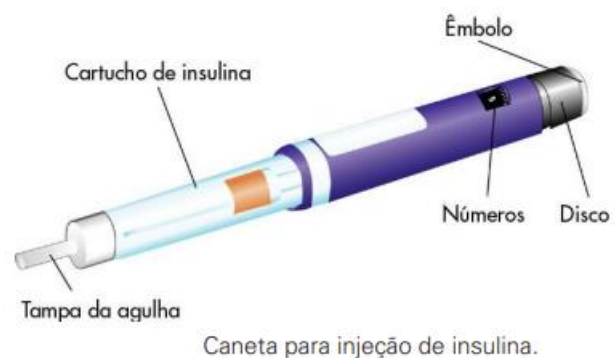
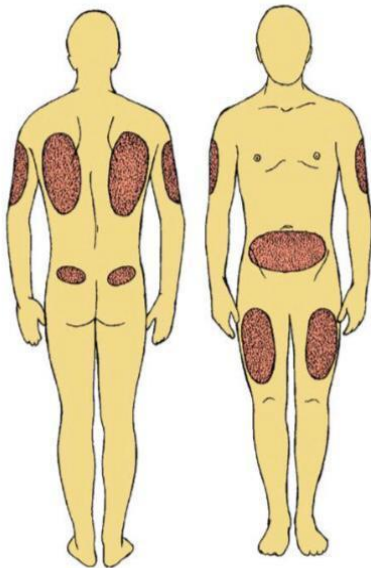
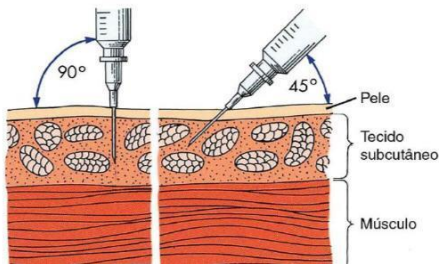


ETAPAS DO PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVAS
1. Preparar o medicamento usando técnica asséptica. Verificar o rótulo do medicamento cuidadosamente com a leitura da prescrição duas vezes enquanto prepara o medicamento.	Garante que o medicamento seja estéril; as técnicas de preparação diferem para ampolas e frascos-ampolas. A primeira e a segunda verificações de precisão garantem que o medicamento correto seja administrado.
2. Levar os medicamentos para o paciente no horário correto, dentro de 30 minutos antes ou após o horário prescrito (ver a política da instituição). Medicamentos de emergência ou que forem necessários conforme alteração do quadro clínico deve ser administrados no exato momento em que foram prescritos.	Garante o efeito terapêutico pretendido.
3. Identificar o paciente usando dois identificadores (p. ex., o nome e o dia de nascimento ou o nome ou outros dois identificadores, de acordo com a política da unidade). Comparar os identificadores com as informações no prontuário do paciente.	Garante o paciente correto.
4. Ao lado do leito, comparar novamente a prescrição com os nomes dos medicamentos nos rótulos do medicamento. Perguntar ao paciente se ele tem alergias.	Esta é a terceira verificação de precisão e garante que o paciente receba o medicamento correto. Confirma antecedentes de alergia do paciente.
5. Discutir a finalidade de cada medicamento, a ação e os possíveis efeitos	O paciente tem o direito de ser informado e a compreensão do paciente sobre cada

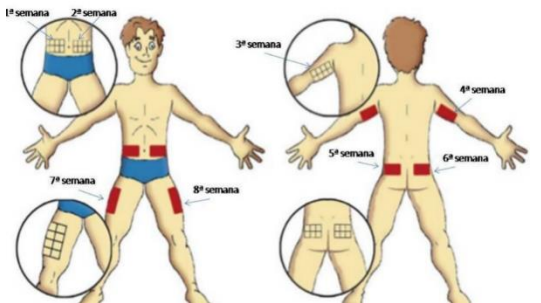



adversos. Deixar que o paciente faça qualquer pergunta. Informar ao paciente que a injeção causará uma discreta queimação ou pontada.	medicamento melhora a adesão à terapia medicamentosa. Ajuda a minimizar a ansiedade do paciente.
6. Higienizar as mãos. Calçar as luvas de procedimento. Manter um lençol ou campo cobrindo as partes do corpo que não precisarem ser expostas.	Respeita a dignidade do paciente enquanto expõe a área para injeção.
7. Selecionar o local apropriado. Observar as lesões ou alterações de cor da pele. Se possível, selecionar o local 3 a 4 dedos abaixo do espaço antecubital e um palmo acima do punho. Se não puder usar o antebraço, inspecionar a parte superior das costas. Se necessário, usar locais apropriados para injeções subcutâneas.	Um local de injeção ID deve estar livre de alterações de cor ou pelos para que você possa ver os resultados do teste cutâneo e interpretá-los corretamente.
8. Ajudar o paciente a assumir uma posição confortável. Fazer com que o paciente estenda o cotovelo, apoiando-o junto com o antebraço em uma superfície plana.	Estabiliza o local da injeção para acesso mais fácil.
9. Determinar o local usando pontos de referência anatômicos.	A injeção no local anatômico correto previne lesão de nervos, ossos e vasos sanguíneos.
10. 10. Limpar o local com algodão sem antisséptico. Aplicar o algodão no centro da área e rodar para fora em movimentos circulares por aproximadamente 5 cm. Opção: Usar um anestésico spray aerossol (p. ex., cloreto de etila) imediatamente antes injeção.	A ação mecânica do algodão remove secreções contendo microrganismos. Diminui a dor no local da injeção.
11. Segurar o algodão ou a gaze entre o terceiro e o quarto dedos da mão não dominante.	O algodão ou gaze permanecem facilmente acessíveis ao retirar a agulha.
12. Remover a proteção (capa) ou a bainha da agulha puxando-a diretamente para fora.	Impedir que a agulha toque as laterais da proteção (capa) previne a contaminação.
13. Segurar a seringa entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante. Manter o bisel da agulha voltado para cima.	Com o bisel para cima, você tem menor probabilidade de depositar a medicação nos tecidos abaixo da derme.
14. Administrar a injeção:	
a) Com a mão não dominante, esticar a pele sobre o local com o indicador ou o polegar.	A agulha perfura a pele esticada com mais facilidade.
b) Com a agulha quase contra a pele do paciente, inseri-la lentamente em um ângulo de 5 a 15 graus até sentir uma resistência. Avançar a agulha pela epiderme até aproximadamente 3 mm abaixo da superfície cutânea. Você	Garante que a ponta da agulha esteja na derme. Você obterá resultados incorretos se não injetar a agulha no ângulo e profundidade corretos.



verá uma protuberância da ponta da agulha na pele.	
c) Injetar o medicamento lentamente. Normalmente você sentirá uma resistência. Se não, a agulha está muito profunda; remova e comece novamente.	A injeção lenta minimiza o desconforto no local. A camada dérmica é tensa e não se expande facilmente quando você injeta uma solução.
d) Enquanto injeta o medicamento, observar se uma pequena bolha (de aproximadamente 6 mm) semelhante a uma picada de mosquito aparece na superfície cutânea (ilustração).	A bolha indica que você depositou o medicamento na derme.
	
e) Após retirar a agulha, aplique um algodão com álcool ou gaze no local.	Não massagear o local. Aplicar uma bandagem, se necessário.
15. Descartar a agulha sem cobertura ou a agulha envolvida em um protetor de segurança e a seringa fixada em um recipiente à prova de perfuração e de vazamento.	Previne ferimentos de pacientes e dos profissionais de saúde. A recolocação da tampa em agulhas aumenta o risco de ferimento por agulha.
16. Ficar com o paciente por vários minutos e observar qualquer reação alérgica.	Dispneia, sibilos e colapso circulatório são sinais de reação anafilática grave.
17. Registre o medicamento, dose, via e o horário da administração na prescrição imediatamente após a administração.	Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
8.2.3 VIA SUBCUTÂNEA (SB)	
Objetivo: Injetar medicamento no tecido conjuntivo frouxo abaixo da derme. Uma vez que o tecido subcutâneo não contém tantos vasos sanguíneos quanto os músculos, os medicamentos são absorvidos mais lentamente do que nas injeções IM.	
Indicação: Administração de medicamentos e vacinas.	
Agulhas: Calibre 25 e de 15mm de comprimento (15 x 0,5mm). Volume máximo: 0,5 a 1mL Área de aplicação: a face externa da parte superior do braço, o abdome da borda inferior das margens costais até as cristas ilíacas e a face anterior das coxas. Ângulo: 45 a 90 graus Materiais:	
<ul style="list-style-type: none"> • Seringas (1 a 3mL, 100 U); <ul style="list-style-type: none"> • Agulha com dispositivo de segurança: (calibre 25 a 27, 0,5 a 0,4mm e comprimento de 15 a 13 mm); Agulha prefixada para Insulina 100 U (calibre 28 a 31, 0,3 a 0,2mm), e comprimento de 12,7 a 8mm; 	

- Algodão com álcool;
- Compressa de gaze pequena;
- Frasco-ampola ou ampola de medicamento;
- Luvas;
- Prescrição médica;



ETAPAS DO PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVAS
1. Realize os pontos de 1 a 6, conforme descrição (via intradérmica);	Justificativas de 1 a 6, conforme descrição via intradérmica;
2. Selecionar o local de injeção apropriado. Inspeccionar a superfície cutânea sobre os locais para detectar contusões, inflamação ou edema. Não usar uma área que apresente contusão ou tenha sinais associados a infecção.	Os locais de injeção devem estar livres de anormalidades que interfiram com a absorção do medicamento. Locais usados repetidamente tornam-se endurecidos devido à lipohipertrofia (crescimento no tecido adiposo). <div data-bbox="804 1624 1331 1906" data-label="Image"> </div>
3. Palpar os locais e evitar aqueles com massas ou sensibilidade. Fazer rodízio dos locais de insulina dentro de uma área	Você pode administrar injeções subcutâneas por engano no músculo, especialmente em áreas do abdome e coxa.

<p>anatômica (p. ex., o abdome) e alternar sistematicamente os locais dentro daquela área. Certifique-se de que a agulha tenha o tamanho correto fazendo uma prega da pele no local com o polegar e o indicador. Medir a prega de cima para baixo. Certifique-se que a agulha tenha metade do comprimento dessa prega.</p> 	<p>O tamanho apropriado da agulha garante que você injete o medicamento no tecido subcutâneo. O rodízio dos locais de injeção na mesma área anatômica mantém a constância na absorção de insulina de um dia para o outro.</p> 
<p>a) Ao administrar insulina ou heparina, usar as áreas de injeção abdominal, braço ou coxa.</p>	<p>O risco de contusão não é afetado pelo local.</p>
<p>b) Ao administrar Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) por via subcutânea, escolher um local do lado esquerdo ou direito do abdome, a pelo menos 5 cm de distância do umbigo.</p>	<p>A injeção de HBPM na lateral do abdome ajuda a diminuir a dor e o hematoma no local da injeção.</p> 
<p>4. Ajudar o paciente a assumir uma posição confortável. Fazer com que o paciente relaxe o braço, perna ou abdome, dependendo do local selecionado.</p>	<p>O relaxamento do local minimiza o desconforto.</p>
<p>5. Determinar novamente o local usando pontos de referência anatômicos.</p>	<p>A injeção no local anatômico correto previne a lesão dos nervos, ossos e vasos sanguíneos.</p>
<p>6. Limpar o local usando um algodão com antisséptico. Aplicar o algodão no centro do local e rodar para fora em movimento circular por aproximadamente 5 cm (ilustração).</p> 	<p>Remove secreções que contenham microorganismos.</p>

7. Segurar o algodão ou gaze entre o terceiro e o quarto dedo da mão não dominante.	Para ser utilizado após aplicação.
8. Remover a proteção da agulha puxando diretamente para fora.	Prevenir que a agulha toque os lados do protetor impede a contaminação.
<p>9. Segurar a seringa entre o polegar e o indicador da mão dominante; segurar como um dardo, com a palma da mão para baixo (ilustração).</p> 	A injeção rápida e suave requer a manipulação adequada das partes da seringa.
10. Administrar a injeção:	
a) Para um paciente de biotipo mediano, segurar a pele no local da injeção ou pinçar a pele com a mão não dominante.	A agulha penetra na pele tensa com mais facilidade do que na pele frouxa. O pinçamento da pele eleva o tecido subcutâneo e dessensibiliza a área.
b) Injetar a agulha rápida e firmemente em um ângulo de 45 a 90 graus. Liberar a pele, se pinçada. Opção: Ao usar uma caneta de injeção ou administrar heparina, continuar a pinçar a pele enquanto injeta o medicamento.	A inserção rápida e firme minimiza o desconforto. (Injetar o medicamento no tecido comprimido irrita as fibras nervosas). O ângulo correto impede a injeção acidental no músculo.
<p>c) Para pacientes obesos, pinçar a pele no local e injetar a agulha em um ângulo de 90 graus abaixo da dobra de tecido.</p> 	Pacientes obesos apresentam uma camada gordurosa de tecido acima da camada subcutânea.
d) Depois que a agulha entrar no local, segurar a extremidade inferior do cilindro da seringa para estabilizá-la. Mover a mão para a extremidade do êmbolo e injetar o medicamento lentamente durante vários segundos. Evite mover a seringa.	O movimento da seringa pode deslocar a agulha e causar desconforto. A injeção lenta da medicação minimiza o desconforto.
e. Retirar a agulha rapidamente enquanto coloca um algodão ou gaze com	Os tecidos de suporte em volta do local da injeção reduzem o desconforto.

antisséptico delicadamente sobre o local.	
11. Aplicar uma pressão suave no local. Não massagear o local. (Se heparina for administrada, segurar o algodão com álcool ou a gaze no local por 30 a 60 segundos).	Ajuda na absorção. A massagem pode lesar o tecido subjacente. O intervalo de tempo previne o sangramento no local.
12. Descartar a agulha sem cobertura ou a agulha envolvida em um protetor de segurança e a seringa fixada em um receptáculo à prova de perfuração e de vazamento.	Impede o ferimento de pacientes e de profissionais de saúde. A recolocação de tampas em agulhas aumenta o risco de um ferimento com agulha.
13. Ficar com paciente por vários minutos e observar qualquer reação alérgica.	Dispneia, sibilos e colapso circulatório são sinais de reação anafilática grave.
8.2.4 VIA INTRAMUSCULAR (IM)	
Objetivo: Depositar medicamento no tecido muscular profundo, que tem um suprimento sanguíneo rico, permitindo que o medicamento seja absorvido mais rapidamente do que pela via subcutânea.	
<p>Agulhas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em soluções aquosas com uma agulha de calibre (diâmetro) 20 (0,9mm) a 25 (0,5mm); • Para crianças, é usada uma agulha de pequeno calibre (calibre 22 a 25 [0,7 a 0,5mm]), a não ser que o medicamento seja viscoso; • Um paciente obeso requer uma agulha acima de 40mm de comprimento, enquanto um paciente mais magro requer apenas uma agulha de 30mm; • Para o comprimento da agulha em crianças incluem o uso de uma agulha de 12,7mm de comprimento para lactentes, de 25 a 30 mm para crianças pequenas e de 40 a 50mm em crianças mais velhas. <p>Volume máximo: recomendado até 5mL (depende do músculo escolhido para aplicação).</p> <p>Área de aplicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Região ventroglútea (VG): público geral, de 2 a 5mL; • Região vasto lateral ou face anterolateral da coxa (FALC): lactentes e crianças até 10 anos e também é usada para recém-nascidos, até 4mL; • Região dorso-glútea (DG): contraindicada para menores de 2 anos, maiores de 60 anos e pessoas excessivamente magras, até 5mL; • Região deltoideana (D): contraindicada para menores de 10 anos e adultos com pequeno desenvolvimento muscular, até 2mL. <p>Ângulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Região D e DG: 90°; • Região VG: agulha dirigida ligeiramente à crista ilíaca: 70°; • Região FALC: 60°, em direção ao pé “podálica”. <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seringa: 2 a 3mL para adultos, 0,5 a 1mL para lactentes e crianças pequenas; 	

- Agulhas: o comprimento corresponde ao local de injeção, à idade e ao paciente (adulto ou criança); geralmente utiliza-se agulha de calibre 20 a 25 (25 a 20mm);
 - Algodão com álcool;
 - Compressa de gaze pequena;
 - Frasco-ampola ou ampola de medicamento;
 - Luvas;
 - Prescrição médica;
- Recipiente à prova de perfuração.

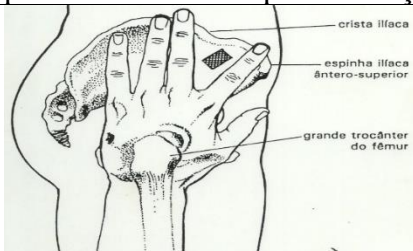
REGIÃO VENTROGLÚTEA (“Local de Hochsteter”)/ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Indicação:

- Considerado o local mais seguro. Considerado como a 1ª escolha. Correspondente ao glúteo médio;
- Espessura muscular grande, em média 4 cm na zona central;
- Região limitada por estruturas ósseas, que a separa das de grandes vasos sanguíneos ou nervos;
- Direção das fibras musculares, evita o deslocamento da medicação para a região do nervo isquiático (ciático) livrando-o de irritação;
- Pode ser aplicada em qualquer decúbito, sem necessidade de movimentar o paciente/ usuário.

Contra-indicação:

- Desconhecimento pelos profissionais da anatomia e farmacologia, bem como falta de prática e habilidade para execução da técnica.



Posição sentada

Decúbito ventral

Decúbito ventral



Posição em pé

Decúbito dorsal



Decúbito lateral: flexão do quadril e do joelho



1. Lateralizar o paciente e flexionar o quadril e o joelho;



2. Localizar o ponto médio da crista ilíaca utilizando o dedo médio da mão contrária ao lado selecionado para a aplicação;



3. Em seguida, localizar a espinha ilíaca ântero superior;





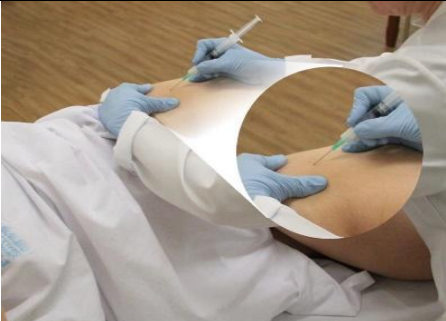








4. Espalmar a mão sobre o quadril de forma que a região hipotenar fique sobre o trocânter;









5. A aplicação do medicamento deve ser feita no centro do triângulo formado entre os dedos médio e indicador;














<p>6. Realizar antissepsia da região selecionada com movimentos circulares do centro para fora em um raio de 5 cm do centro;</p>	
<p>7. Retirar o protetor da agulha e segurar a seringa com a mão dominante, como se estivesse segurando um dardo;</p>	
<p>8. Estirar a pele utilizando a mão não dominante. Segurar o algodão seco entre o quarto e quinto dedo da mão não dominante (não faz prega);</p>	 <p data-bbox="869 974 1316 1019">Lembre-se: na região Ventroglútea NÃO é recomendada o pinçamento da musculatura, apenas o estiramento da pele!</p>
<p>9. Introduzir a agulha ligeiramente voltada à crista ilíaca (em ângulo de aproximadamente 70°). Aplicar na região central do triângulo imaginário;</p>	
<p>10. O bisel deve estar lateralizado para a perfuração no sentido da musculatura;</p>	
<p>11. Introduzir a agulha na pele com movimento único e firme. Soltar o músculo assegurando que a agulha e seringa permaneçam imóveis;</p>	







<p>12. Utilizar a mão não dominante para puxar o êmbolo e verificar se há retorno de sangue;</p>	 <p>Atenção: se houver retorno de sangue, remover a agulha e descartar a seringa com o medicamento. Preparar outra dose para aplicação</p>
<p>13. Se não retornar sangue, injetar lentamente o medicamento;</p>	
<p>14. Ao terminar de injetar o líquido, esperar 10 segundos para retirar a agulha;</p>	
<p>15. Colocar o algodão seco que está na mão não dominante próximo à agulha;</p>	
<p>16. Retirar a agulha no mesmo ângulo em que foi introduzida;</p>	

<p>17. Pressionar levemente o local. Não massagear a região.</p>	
<p>REGIÃO DA FACE ÂNTERO LATERAL DA COXA (FALC) / ETAPAS DO PROCEDIMENTO</p>	
<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Local preconizado para menores de 2 anos, devido à maior proporção muscular. 	
<p>Contraindicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Região bastante dolorosa devido à presença do nervo cutâneo lateral. 	
	
<p>Sentada</p>	<p>Decúbito dorsal</p>
<p>1. Sentar o paciente confortavelmente e com os pés apoiados. Expor toda a coxa. Traçar uma linha média na face anterior da coxa e uma linha média na face lateral da coxa;</p>	
<p>2. Dividir o espaço entre o trocânter e a patela em três partes iguais. Aplicar o medicamento na região central do terço médio;</p>	
<p>3. Realizar antisepsia da região selecionada com movimentos circulares do centro para fora em um raio de 5 cm do centro;</p>	

<p>4. Retirar o protetor da agulha e segurar a seringa com a mão dominante, como se estivesse segurando um dardo;</p>	
<p>5. Distender a pele e pinçar o músculo vasto lateral da coxa utilizando a mão não dominante. Segurar o algodão seco entre o 4º e 5º dedo da mão não dominante;</p>	
<p>6. Introduzir a agulha em direção podálica (ângulo de aproximadamente 60º). Veja no detalhe que o bisel deve estar lateralizado para a perfuração no sentido da musculatura;</p>	
<p>7. Introduzir a agulha na pele com movimento único e firme. Soltar o músculo assegurando que agulha e seringa permaneçam imóveis;</p>	
<p>8. Utilizar a mão não dominante para puxar o êmbolo e verificar se há retorno de sangue. Se não retornar sangue, injetar lentamente o medicamento. Atenção: se houver retorno de sangue, remover agulha e seringa com o medicamento, descartar e preparar outra dose.</p>	
<p>9. Ao terminar de injetar o líquido, esperar 10 segundos para retirar a agulha. OBS: Colocar o algodão seco que está na mão não dominante próximo à agulha.</p>	

<p>10. Retirar a agulha no mesmo ângulo que foi introduzida. Pressionar levemente o local. Não massagear o local.</p>	
REGIÃO DELTOÍDEA / ETAPAS DO PROCEDIMENTO	
<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fácil acesso; • Bem aceito por profissionais e usuários. 	
<p>Contraindicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suporta volume pequeno; • Não deve ser utilizado para crianças até 12 anos. 	
<p>Posições:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentado; Em pé; Deitado. 	
<p>1. Expor a região deltoideia e fletir o antebraço do paciente posicionando-o confortavelmente sobre o abdome;</p>	
<p>2. Este procedimento colabora com o relaxamento do músculo deltóide;</p>	
<p>3. Localizar o acrômio;</p>	
<p>4. Traçar uma linha horizontal de 3 a 5 cm abaixo do acrômio;</p>	

<p>5. Identificar a inserção inferior do deltóide e, a partir deste ponto, traçar duas linhas diagonais. Esse procedimento fecha um triângulo imaginário invertido;</p>	
<p>6. Realizar antissepsia da região selecionada com movimentos circulares do centro para fora em um raio de 5 cm do centro;</p>	
<p>7. Retirar o protetor da agulha e segurar a seringa com a mão dominante, como se estivesse segurando um dardo;</p>	
<p>8. Distender a pele e pinçar o músculo deltóide utilizando a mão não dominante. Segurar uma bola de algodão seco entre o quarto e quinto dedo da mão não dominante;</p>	
<p>9. Introduzir rapidamente a agulha em ângulo de 90° em relação a pele;</p>	
<p>10. Veja no detalhe que o bisele deve estar lateralizado para a perfuração no sentido da musculatura;</p>	
<p>11. Introduzir a agulha na pele com movimento único e firme;</p>	

<p>12. Soltar o músculo assegurando que a agulha e seringa permaneçam imóveis;</p>	
<p>13. Utilizar a mão não dominante para puxar o êmbolo e verificar se há retorno de sangue. Atenção: se houver retorno de sangue, remover a agulha e descartar a seringa com o medicamento. Preparar outra dose para aplicação.</p>	
<p>14. Se não retornar sangue, injetar lentamente o medicamento;</p>	
<p>15. Ao terminar de injetar o líquido, esperar 10 segundos para retirar a agulha;</p>	
<p>16. Colocar a bola de algodão seco que está na mão não dominante próximo à agulha;</p>	
<p>17. Retirar a agulha no mesmo ângulo em que foi introduzida;</p>	

18. Pressionar levemente o local. Não massagear a região.



REGIÃO DORSOGLÚTEA / ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Indicação:

- Segunda opção em termos de segurança para aplicação IM.
- Aplicação em um grande músculo (glúteo máximo).

Contraindicação:

- Deve ser utilizado apenas para crianças maiores de 3 anos e que já andam há pelo menos 1 ano.
- Próximo a grandes vasos (artéria glútea) e nervos (ciático).

1. Posicionar o paciente com os pés voltados para dentro. A rotação interna das pernas colabora com o relaxamento do músculo glúteo máximo e impede que o paciente contraia a musculatura;



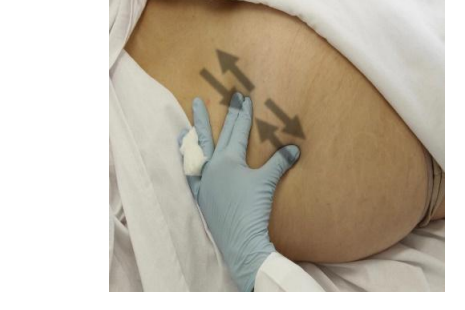
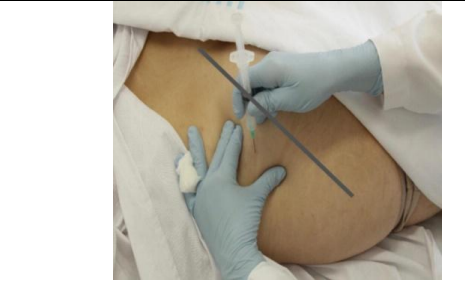









2. Localizar a espinha íliaca pósterio superior em seguida localizar o trocânter do fêmur;





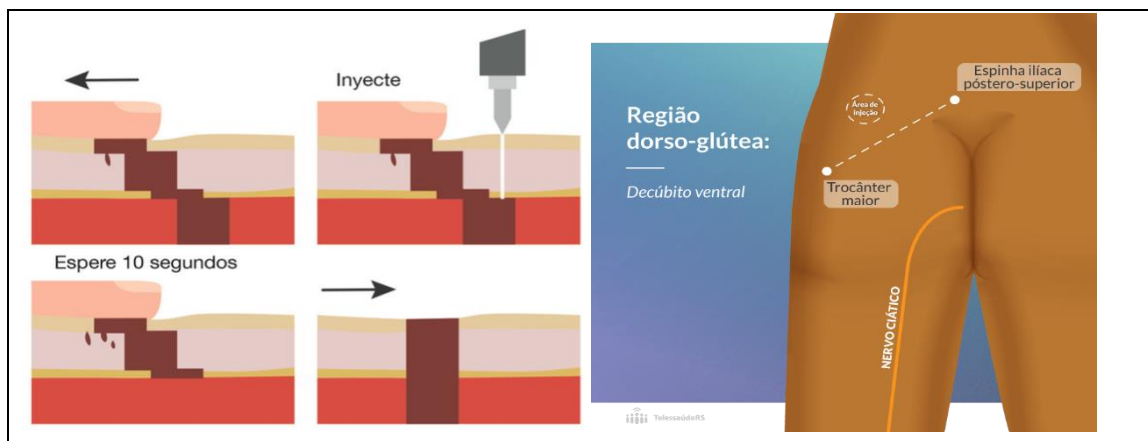
3. Traçar uma linha diagonal imaginária entre estes pontos;



<p>4. Realizar antissepsia da região selecionada com movimentos circulares do centro para fora em um raio de 5 cm do centro;</p>	
<p>5. Retirar o protetor da agulha e segurar a seringa com a mão dominante, como se estivesse segurando um dardo;</p>	
<p>6. Distender a pele e pinçar o músculo glúteo máximo utilizando a mão não dominante. Segurar uma bola de algodão seco entre o quarto e quinto dedo da mão não dominante;</p>	
<p>7. Utilizar a mão dominante para introduzir rapidamente a agulha em ângulo de 90° em relação à superfície em que o paciente estiver deitado. Aplicar no ponto médio, à 2,5 cm da linha imaginária;</p>	
<p>8. Veja no detalhe que o bisel deve estar lateralizado para a perfuração no sentido da musculatura;</p>	

<p>9. Introduzir a agulha na pele com movimento único e firme;</p>	
<p>10. Soltar o músculo assegurando que a agulha e seringa permaneçam imóveis;</p>	
<p>11. Utilizar a mão não dominante para puxar o êmbolo e verificar se há retorno de sangue;</p>	
<p>12. Se não retornar sangue, injetar lentamente o medicamento. Atenção: se houver retorno de sangue, remover a agulha e descartar a seringa com o medicamento. Preparar outra dose para aplicação!</p>	
<p>13. Ao terminar de injetar o líquido, esperar 10 segundos para retirar a agulha;</p>	
<p>14. Colocar a bola de algodão seco que está na mão não dominante próximo à agulha;</p>	

15. Retirar a agulha no mesmo ângulo em que foi introduzida;	
16. Pressionar levemente o local. Não massagear a região.	
USO DA TÉCNICA EM Z	
<p>Conceito: O método em Z (Z-track) cria um zigzague através dos tecidos, o que veda o trajeto da agulha, para evitar o retorno da medicação.</p>	
<p>Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicada para todas as medicações ou principalmente para as mais irritantes • Permite, após a retirada da agulha, criar um caminho em zigzague, mantendo a medicação no interior do músculo, prevenindo desta forma a infiltração de drogas irritantes nos tecidos adjacentes o que reduz a dor e o desconforto. Especialmente para aqueles que utilizam injeções repetidas. • Soluções oleosas, ex: anticoncepcional. 	
<p>Contraindicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inadequada para injeção no deltoide. 	
<p>Técnica: - Para realização da técnica em Z todo o preparo para administração de medicamentos IM é idêntico. A fase de administração da injeção propriamente dita difere da administração IM convencional a partir dos passos a seguir:</p> <p>Método:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após o preparo do medicamento, acople uma nova agulha à seringa (nenhuma solução deve permanecer na parte externa da haste da agulha); • Selecione o local da injeção e prepare a pele com solução antisséptica. • Puxe a pele e o tecido subcutâneo (2,5 a 3,5 cm) com a mão não dominante; esticando a pele (sem prega) a fim de administrar uma injeção com técnica em Z (Z-track). Manter a posição até que o medicamento seja injetado. • Mantendo a pele firme, introduza rapidamente a agulha em ângulo de 90° dentro do músculo, com a mão dominante. • Aspire para verificar se não há retorno sanguíneo; • Mantenha a agulha inserida por 10 segundos, até que o medicamento se disperse de maneira uniforme; • Retire a agulha e libere a pele (o trajeto em zigzague veda o trajeto da agulha). • E coloque o algodão. 	



8.2.5 VIA ENDOVENOSA/INTRA VENOSA (EV/IV)

Objetivo: Injetar uma dose do medicamento concentrado diretamente em uma veia por meio de um acesso intravenoso já existente.

Finalidade: Administrar drogas de absorção rápida na corrente sanguínea com efeito imediato e/ou que não possua indicação e formulação para outra via de administração.

Indicação:

- Administração de medicamentos com ação imediata.
- Controle rigoroso da dose do medicamento e/ou volume infundido.
- Administração de nutrição parenteral, sangue ou derivados.
- Infusão de grandes volumes de líquidos.
- Restauração ou manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico.

Contraindicação:

- Medicamentos que não possuem formulação para via endovenosa.
- Impossibilidade de obtenção de uma via para acesso venoso.

Agulhas: 40mm x 1,2mm e 25mm x 0,8mm.

Volume máximo: Indeterminado. É possível administrar grandes volumes de líquido.



Área de aplicação: Veias superficiais de grande calibre da região cubital (cefálica, mediana e basílica), dorso da mão e antebraço.


Materiais:



- Relógio com ponteiro de segundos;
- Algodão com antisséptico;
- Compressa de gaze pequena;
- Frasco-ampola ou ampola de medicamento;
- Luvas;
- Prescrição médica;






Seringas de segurança para medicamento e preparação de lavagem com solução salina.






ETAPAS DO PROCEDIMENTO	JUSTIFICATIVAS
1. Realize os pontos de 1 a 6, conforme descrição Via Intradérmica;	Justificativas de 1 a 6, conforme descrição Via Intradérmica;
2. 8.2.5.1 Bolo Intravenoso (acesso existente):	
a. Selecionar a porta de injeção da tubulação IV mais próxima do paciente. Sempre que possível, usar uma porta de injeção sem agulha.	
b. Limpar com algodão e antisséptico a porta de injeção. Deixar secar.	Previne a transmissão de microrganismos durante a inserção da agulha ou cânula romba.





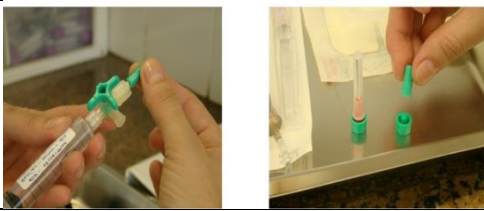
<p>c. Conectar a seringa ao acesso IV: Inserir a agulha plástica na porta de acesso, ou, se estiver usando um sistema de conexão de injeção, conectar a seringa diretamente (ilustração) ou uma agulha de pequeno diâmetro.</p> 	<p>Previne a introdução de microrganismos. Previne lesão do diafragma da porta e possível vazamento do local.</p>
<p>d. Ocluir o acesso IV pinçando o equipo imediatamente acima da porta da injeção (ilustração). Puxar com delicadeza o êmbolo da seringa para aspirar o retorno sanguíneo.</p> 	<p>A verificação final garante que o medicamento seja fornecido na corrente sanguínea.</p>
<p>e. Soltar a tubulação e injetar o medicamento dentro do período de tempo recomendado pela política da instituição ou manual de recomendação. Usar um relógio para cronometrar as administrações. Você pode pinçar o acesso IV enquanto estiver administrando o medicamento e soltá-lo quando não estiver. Deixar o líquido IV infundir quando não estiver administrando o medicamento.</p>	<p>Garante a infusão segura do medicamento. A injeção rápida do medicamento IV pode ser fatal. Permitir a infusão de líquidos IV enquanto você estiver aplicando o medicamento IV permite que o medicamento seja fornecido ao paciente na velocidade prescrita.</p>
<p>f. Após injetar o medicamento, retirar a seringa e verificar novamente a velocidade de infusão do líquido.</p>	<p>A injeção do bolo muitas vezes altera a velocidade de infusão do líquido.</p>






<p>3. 8.2.5.2 Bolo intravenoso:</p> <p>a. Preparar a solução para lavagem de acordo com a política da instituição.</p> <p>Método de lavagem com solução salina (método preferido): Preparar duas seringas preenchidas com 2 a 3mL de solução salina.</p>	 <p>O soro fisiológico 0,9% é eficaz para manter acessos IV periféricos permeáveis e é compatível com uma grande variedade de medicamentos.</p>
<p>b. Administrar o medicamento:</p>	
<p>1. Limpar com algodão e antisséptico a porta da injeção dos dispositivos complementares (conectores em y ou torneirinha).</p>	<p>Previne a transmissão de micro-organismos durante a inserção da agulha.</p>
<p>2. Inserir a seringa com solução salina pela porta de injeção dos dispositivos complementares (conectores em y ou torneirinha).</p>	
<p>3. Puxar com delicadeza o êmbolo da seringa e verificar o retorno sanguíneo.</p>	<p>Indica se a agulha ou cateter está na veia.</p>
<p>4. Lavar o local IV com solução salina empurrando o êmbolo lentamente.</p>	<p>Limpa a agulha e o reservatório de sangue. A lavagem sem dificuldade indica um acesso IV permeável.</p>
<p>5. Remover a seringa cheia de solução salina.</p>	
<p>6. Inserir a seringa contendo o medicamento preparado pela porta de injeção dos dispositivos complementares (conectores em y ou torneirinha).</p>	<p>Permite a administração do medicamento.</p>
<p>7. Injetar o medicamento dentro do período de tempo recomendado pela política da instituição, pelo farmacêutico ou pelo manual de referência do medicamento. Usar um relógio para cronometrar a administração.</p>	<p>Muitos erros de medicação estão associados a bolos IV administrados com muita rapidez. A obediência às diretrizes de velocidades do bolo IV promove a segurança do paciente.</p>
<p>8. Após administrar o bolo, retirar a seringa</p>	
<p>9. Limpar com algodão e antisséptico o local de injeção dos dispositivos complementares (conectores em y ou torneirinha).</p>	
<p>10. Lavar a porta da injeção com SF 0,9% na mesma velocidade em que o medicamento foi realizado.</p>	<p>Lavar o acesso IV com soro fisiológico 0,9% previne a oclusão do dispositivo de acesso IV e garante que todo o medicamento seja fornecido.</p>







11. Descartar a agulha sem cobertura e as seringas em um recipiente à prova de perfuração e vazamento.	Previne ferimentos acidentais por agulha e obedece às diretrizes do CDC para descarte de objetos perfurocortantes.
12. Permanecer com o paciente por vários minutos e observar qualquer reação alérgica.	Dispneia, sibilos e colapso circulatório são sinais de uma reação anafilática grave.
13. Registre o procedimento no prontuário do paciente.	Documentar o cuidado e subsidiar o tratamento.
8.2.5.1 SOROTERAPIA, ACESSO E MANUTENÇÃO DO CATETER	
Objetivo: Suplementar vitaminas, minerais, antioxidantes e aminoácidos por meio de aplicação direta na veia.	
Materiais:	
<ul style="list-style-type: none"> • Bandeja; • Peças anatômicas (braços) • Prescrição médica; • Frasco de soro; • Rótulo de soro; • Equipo de soro; • Cateter periférico (Jelco ou Scalp); • Esparadrapo ou micropore (ou cobertura de filme transparente); • Algodão com álcool; • Algodão seco; • Luvas de procedimento; • Garrote. 	
ETAPAS DO PROCEDIMENTO	
1. Higienizar as mãos;	
2. Verificar a prescrição médica e certificar de que está completa: conferir os 9 CERTOS da administração de medicamento;	
	
3. Identificar e preparar o paciente:	
	
a) Informar ao paciente sobre todo o procedimento;	b) Avaliar a experiência prévia com terapia intravenosa e a preferência do local.








	
<p>4. Avaliar rede venosa e possíveis locais para estabelecimento do local de punção e do calibre do cateter que será utilizado.</p>	
<p>5. Higienizar as mãos;</p>	<p>6. Reunir o material;</p> 
<p>7. Ler a prescrição, conforme for preparando, pelo menos 3x;</p> 	<p>8. Preparar uma seringa com SF 0,9% e identificá-la;</p>
<p>9. Preparar o soro:</p> <p>a) Remover a bolsa da embalagem e colocá-la na bandeja;</p>	








<p>b) Abrir a embalagem do equipo;</p>	
<p>c) Posicionar a pinça de controle de fluxo, cerca de 2 a 5cm abaixo da câmara de gotejamento e fechá-la;</p>	
<p>d) Abrir o frasco de soro e remover o protetor do equipo;</p>	
<p>e) Conectar o equipo na bolsa mantendo a esterilidade de ambas as extremidades;</p>	
<p>f) Comprimir a câmara de gotejamento e soltá-la até obter um nível de soro de 1/3 à metade de sua capacidade;</p>	

<p>g) Abrir a pinça para preencher a extensão do equipo com soro;</p>	
<p>h) Se necessário adicionar eletrólitos ou medicamentos ao soro: prepará-los, desinfetar o injetor adicional e injetar a solução dentro do frasco de soro;</p>	
<p>i) Identificar o frasco colocando o rótulo com:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nome completo; 2. N° do leito; 3. Solução prescrita; 4. Volume; 5. Velocidade de infusão; 6. Data; 7. Horário, início e término; <p>Assinatura.</p>	
<p>j) Identificar o equipo com data e horário.</p>	
<p>10. Preparando o dispositivo para a manutenção do cateter:</p>	
<p>a) Utilizar seringa preparada anteriormente com SF 0,9% e o dispositivo que será usado (torneirinha e multiplicador de via);</p>	
<p>b) Abrir o dispositivo “torneirinha”;</p>	
<p>c) Conectar a seringa com SF 0,9% na torneirinha.</p>	
<p>d) Utilizar a agulha removida da seringa e as tampas protetoras da torneirinha sem tocar suas partes internas;</p>	
<p>e) Sobre a embalagem, preencher a torneirinha com SF 0,9% e ao término proteger as conexões com as tampas;</p>	

<p>f) Colocar o dispositivo na bandeja conectado a seringa SF 0,9%. Manter a tampa e agulha conectadas na bandeja.</p>	
<p>11. Reunir o material na bandeja e levar até o paciente;</p>	
<p>12. Realizar o acesso venoso:</p> <ol style="list-style-type: none"> Explicar o procedimento ao paciente; Higienizar as mãos; Colocar o óculos de proteção; Abrir a embalagem do cateter e do curativo transparente; Calçar as luvas; 	
<p>f. Garrotear o braço 8 a 10cm acima do local que será puncionado;</p>	
<p>g. Realizar a antisepsia no local selecionado;</p>	
<p>h. Posicionar a seringa com a torneirinha próximo ao paciente;</p>	
<p>i. Esticar a pele próximo ao local selecionado e puncionar a veia com o bisel voltado para cima, em ângulo de 15 e 30°.</p>	

13. Estabilizar o cateter:	
a. Observar o retorno venoso pela cânula;	
b. Avançar com o dispositivo para dentro da veia até que o centro se apoie no local da punção;	
c. Soltar o torniquete com a outra mão;	
d. Aplicar leve pressão com o dedo médio ou indicador acima do local de inserção (manter a cânula estável e evitar extravasamento), adicionar o cateter e remover o estilete.	
14. Conectar a torneirinha ao cateter, aspirar e observar o refluxo sanguíneo;	
15. Infundir de 3 a 5ml de SF 0,9% para lavar a veia. Questionar algia e inspecionar o local;	

16. Fechar a torneirinha;	
17. Pegar a agulha que está protegendo a tampinha da torneirinha e remover a seringa;	
18. Proteger a conexão da torneirinha;	
19. Conectar a agulha na seringa;	
20. Colocar a 1ª fita de fixação no canhão do cateter;	
21. Colocar o curativo conforme as recomendações do fabricante;	
22. Finalizar a fixação do curativo;	

<p>23. Identificar a punção com data, hora e calibre do cateter utilizado;</p>	
<p>24. Pegar o equipo do soro;</p>	
<p>25. Abrir uma das vias da torneirinha;</p>	
<p>26. Abrir o conector do equipo de soro;</p>	
<p>27. Conectar o protetor e a tampa da torneirinha;</p>	
<p>28. Conectar o equipo na torneirinha;</p>	
<p>29. Abrir a torneirinha;</p>	

30. Ajustar a velocidade de infusão:
a) N° de gotas e/ou microgotas por minutos
(contar e ajustar) conforme prescrição médica.



Referências:

CARMAGNANI, M.I et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.


Fonte das Imagens: Google Imagens.



PERRY, A. G.; POTTER, P. A.; ELKIN, M. K. **Procedimentos e Intervenções de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

POTTER, P. A. **Fundamentos da enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, C. **Fundamentos de Enfermagem**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
	9. CURATIVOS	Elaboração: 2022
9.1 CURATIVO EM FERIDA ABERTA		
<p>Definição: Tratamento de qualquer tipo de lesão com exposição de mucosa, e/ou músculo, e/ou osso, e/ou estruturas adjacentes, envolvendo o processo de higienização da lesão, aplicação de produtos tópicos, coberturas primárias e/ou secundárias, proporcionando um ambiente favorável para a cicatrização.</p>		
<p>Responsável pela execução: Enfermeiros e técnicos de enfermagem após avaliação do enfermeiro.</p>		
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar o ambiente ideal para a reparação tecidual. 		
<p>Finalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir e controlar a infecção; • Manter o meio úmido adequado para a cicatrização; • Desbridar tecidos inviáveis; • Controlar o exsudado; • Controlar o odor; • Proteger contra traumatismo mecânico; • Promover conforto físico e mental ao paciente; • Favorecer a cicatrização. 		
<p>Indicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que apresentem feridas abertas contaminadas ou infectadas. 	<p>Contraindicação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alergia a antissépticos, ou a algum material utilizado na cobertura do curativo; 	
<p>Materiais necessários:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carro de curativo; • Bandeja; • Luva estéril; • Luvas de procedimento; • Pacotes de gaze estéril; • Cobertura prescrita (p. ex., papaína, carvão ativado, etc.); • Solução fisiológica; • Agulha 40 × 12; • Saco plástico para lixo; • EPI de acordo com a complexidade da lesão (avental descartável, máscara cirúrgica, gorro e óculos de proteção); • Esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica; • Atadura; • Adesivo hipoalergênico; • Clorexidina (se ferida infectada e tecido inviável); • Chumaço ou compressa (se feridas extensas ou exsudativas); • Biombo. 		

ETAPAS	JUSTIFICATIVAS
1. Higienizar as mãos;	Prevenir IRAS.
2. Reunir o material necessário na bandeja de curativos e ir ao leito do paciente;	Otimizar o tempo.
3. Identificar o paciente com dois identificadores (p. ex., nome e DN, ou nome e número de prontuário).	Garante que o paciente receba a administração correta.
4. Explicar o procedimento ao paciente e aos familiares.	A explicação reduz a ansiedade e faz com que o paciente colabore.
5. Posicionar o paciente a fim de expor a lesão, mantendo o resto do corpo coberto pelo lençol. Prevenindo a exposição desnecessária de outras partes do corpo. Utilizar o biombo, se necessário.	
6. Perfure a solução fisiológica com agulha para irrigar a lesão.	
7. Utilize os equipamentos de proteção individual de acordo com a lesão.	
8. Remover a atadura e a cobertura anterior delicadamente (usando luvas de procedimento), caso apresente aderência aplicar soro fisiológico em jatos para desprender. Remove com delicadeza, a fim de evitar traumas e voltar ao início do processo.	

9. Limpe a pele ao redor da ferida com água morna ou gaze embebida em SF (se infectada, utilize posteriormente clorexidina e remova com SF).

OBS: Os curativos de ferida aberta, independente do seu aspecto, serão sempre realizados conforme a técnica de curativo contaminado, ou seja, de fora para dentro.



10. Retirar a gaze do curativo, umedecendo-o com SF.



11. Realizar a irrigação da ferida.



12. Descarte o curativo anterior e todo o material utilizado durante o procedimento em saco plástico, incluindo a luva de procedimento.



13. **Avaliar a ferida quanto às:**

Bordas: regular ou irregular, macerada.

Tipo de tecido no leito da ferida: epitelizado (rosa), granulação (vermelho vivo),

esfacelo (esbranquiçado) e necrose (marrom e preto).

Exsudato: tipo (seroso, sanguinolento, serosanguinolento e purulento) e quantidade (pequena, moderada e abundante).

Odor: ausente ou presente.

Pele perilesional: coloração, edema e sinais flogísticos.

14. Higienize as mãos novamente.

15. Abrir pacote de curativo e gazes usando técnica asséptica.

16. Umedecer a gaze Rayon com SF ou outro produto conforme indicação.



17. Calce a luva estéril ou de procedimento (se utilizar pinças)

18. Seguir com a limpeza da ferida por meio de irrigação com SF a 0,9% em jatos ou ringer simples, realizados com uma seringa e agulha de calibre 40x12mm. Com movimentos semi circulares, de dentro para fora, de cima para baixo, utilizando-se as duas faces da gaze, sem voltar ao início da incisão





OBS: Limpe a ferida, de acordo com a presença dos tecidos:


Tecido de granulação: irrigue a lesão com SF morno, em toda a sua extensão.

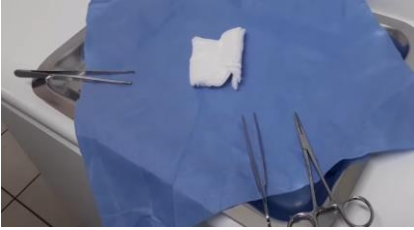
Tecido desvitalizado: irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril embebida em SF morno exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis.



Se houver infecção: irrigue a lesão ou limpe a ferida com gaze estéril embebida em SF (e antisséptico, se houver indicação).



<p>Posteriormente, remova todo o antisséptico com SF.</p>	
<p>19. Fazer trouxinhas de gazes e secar ao redor da ferida (cima para baixo).</p> <p>OBS: o leito da ferida não deve secar, manter úmido.</p>	
<p>20. No 1º momento coloque a cobertura primária prescrita sobre a lesão (preencha a cavidade, se houver).</p> <p>As opções de curativos incluem: Filmes transparentes (Utilizados em feridas de espessura parcial com pouca exsudação), Hidrogel em placas ou em gel (Mantém o ambiente úmido, favorecendo a cicatrização da ferida), Hidrocolóide (Mantém o ambiente úmido favorecendo a cicatrização, enquanto protege a base da ferida), Carvão ativado (Auxilia no controle do odor), dentre outras.</p> <p>Em 2º momento aplicar produtos de barreiras (cremes, sprays etc.), nas áreas perilesionais, para proteger contra o conteúdo da ferida nocivo à pele íntegra;</p> <p>Em 3º momento, adicione a cobertura secundária, que são as gazes sobre o curativo primário;</p> <p>Em 4º e último momento adicione a cobertura terciária (fixação do curativo com adesivo hipoalergênico ou enfaixe com atadura de crepe). Enfaixar os membros em sentido distal-proximal, da esquerda para a</p>	<p>Otimizar o processo de cicatrização.</p> 

<p>direita, com o rolo de atadura voltado para cima.</p>	
<p>21. Cobrir o paciente;</p>	<p>Manter a privacidade do mesmo.</p>
<p>22. Recolher o material, remover e descartar EPIs e materiais conforme protocolo da instituição.</p>	<p>Evitar contaminação profissional e do ambiente</p>
<p>23. Higienizar as mãos.</p>	<p>Prevenir e Evitar a transmissão de IRAS.</p>
<p>24. Registrar no prontuário do paciente as informações acerca do procedimento.</p>	<p>Documentar o cuidado no prontuário e subsidiar o tratamento.</p>
<p>OBS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A troca do curativo deve ser realizada de acordo com a avaliação clínica diária do mesmo, observando-se as características do curativo secundário e a indicação da permanência da cobertura aplicada. 2. Na ausência de coberturas, manter o leito úmido e, em última escolha pode-se umidificar com soro fisiológico. 3. Identificar os curativos com nome, registro do profissional, data e hora da realização. 	
<p>Referências:</p> <p>CARMAGNANI, M.I et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.</p> <p>POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Procedimentos e intervenções de enfermagem. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.</p> <p>CAMPOS, M. G. C. A. et al. Feridas complexas e estomas: aspectos preventivos e manejo clínico. 1. ed. João Pessoa: Ideia, 2016.</p>	
<p>9.2 CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA/CIRÚRGICA LIMPA</p>	
<p>Definição: Consiste na limpeza e aplicação de cobertura estéril em uma ferida, promovendo proteção, rápida cicatrização e prevenindo contaminação exógena. É o tratamento utilizado para promover a cicatrização da ferida, proporcionando um meio adequado para este processo.</p>	
<p>Responsável pela execução: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>	
<p>Objetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover ambiente adequado para a reparação tecidual, sem complicações. 	

<p>Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Permanecer com curativo estéril por 24 h às 48 h, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica; ● O primeiro curativo cirúrgico deverá ser realizado pela equipe médica ou enfermeiro especializado. ● O enfermeiro poderá realizar o curativo a partir do segundo dia de pós-operatório (PO) ou conforme conduta; ● Substituir o curativo antes das 24 h ou 48 h se molhar, soltar ou sujar; 	<p>Contraindicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Alergia a antissépticos, especialmente aqueles à base de iodo, ou a algum material utilizado na cobertura do curativo.
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Carro de curativo; ● EPis; ● Bandeja; ● Luva estéril e de procedimento; ● Pacotes de gaze estéril; ● Solução fisiológica a 0,9%; ● Agulha 40 × 12; ● Adesivo hipoalergênico ou filme transparente; ● Pacote de curativo com 3 pinças (pinça dente de rato - para remover o curativo anterior; pinça anatômica- para ajudar a dobrar as gazes; e pinça kelly reta – para prender as gazes e fazer a limpeza da ferida). 	
<p>ETAPAS DO PROCEDIMENTO</p>	
<p>1. Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado na prescrição médica/enfermagem;</p>	<p>2. Higienize as mãos;</p>
<p>3. Reúna os materiais na bandeja, coloque no carro de curativo e leve ao quarto do paciente;</p>	<p>4. Explique o procedimento ao paciente;</p>
<p>5. Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto;</p>	<p>6. Posicione o paciente de acordo com o local da ferida;</p>
<p>7. Higienize as mãos;</p>	<p>8. Abra todos os materiais necessários e coloque em campo estéril;</p> 
<p>9. Calce as luvas de procedimento;</p>	<p>10. Retire o curativo anterior delicadamente com uma pinça ou luva de procedimento, observando seu aspecto;</p>

11. Descarte o curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento em saco plástico, inclusive a luva de procedimento utilizada na remoção do curativo;	12. Higienize as mãos;
13. Calce a luva estéril ou a luva de procedimento (se utilizar a pinça); 	14. <u>1º momento</u> : Limpe a pele ao redor da ferida operatória com gaze embebida em solução fisiológica; <u>Em 2º momento</u> : Limpe a própria ferida operatória (certifique-se de não tocar na face da gaze que limpará a ferida e alternar as faces enquanto faz a limpeza. Após o uso das duas faces, deve-se descartá-la e utilizar uma nova) (Carmagnani <i>et al.</i> , 2017).
15. Seque a pele ao redor e a ferida operatória, observando seu aspecto (Com movimentos de cima para baixo).	16. Coloque as gazes secas sobre a ferida;
17. Fixe o curativo com adesivo hipoalergênico ou filme transparente; 	18. Retire as luvas de procedimento e descarte-as em lixo apropriado;
19. Higienize as mãos;	20. Anote data e período em que o procedimento foi realizado no curativo;
21. Deixe o paciente em posição confortável;	22. Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada;
23. Encaminhe o material para o expurgo;	24. Despreze o saco plástico na lixeira para lixo infectante;
25. Despreze o material perfurocortante em recipiente próprio;	26. Acondicione o material utilizado em local apropriado até o encaminhamento à Central de Desinfecção e Esterilização;
27. Faça a desinfecção do carro de curativo;	28. Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%;
29. Higienize as mãos;	30. Cheque e anote o procedimento realizado e descreva o aspecto da lesão em um impresso próprio.

9.3 CURATIVO EM INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Conceito: Consiste em um procedimento asséptico que tem por finalidade a proteção e cicatrização das feridas de inserção de cateter venoso central (CVC).

Objetivos: Prevenir infecção de cateter venoso central e saída acidental do cateter.

Responsável: Enfermeiro.

Materiais:

- Bandeja;
- Kit de curativo (com pinça dente de rato);
- Luvas de procedimento e estéril;
- 1 ampola de 10 ml de solução fisiológica;
- Clorexidina alcoólica 0,5%;
- Adesivo hipoalergênico;
- 1 gaze para inserção de cateter;
- Pacote de gaze;
- Saco plástico.

Indicações:

- Quando o curativo estiver sujo, molhado ou soltado. O curativo com gaze estéril é realizado a troca a cada 48 horas, ou a cada 7 dias para os curativos transparentes.


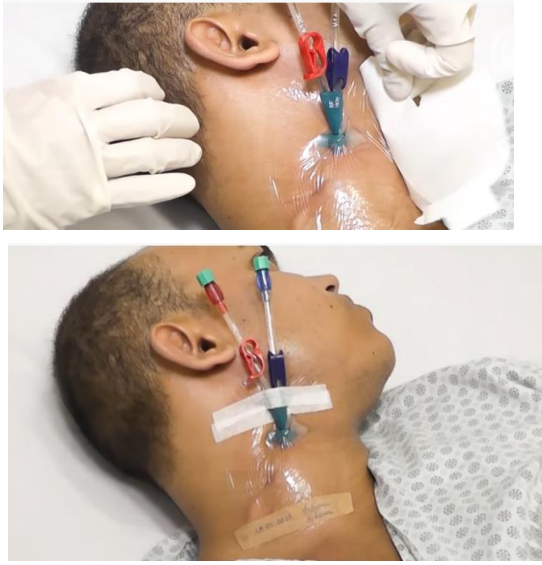
Contraindicações:




- Alergia a antissépticos, especialmente aqueles à base de iodo, ou a algum material utilizado na cobertura do curativo.


ETAPAS DO PROCEDIMENTO





- | | |
|---|---|
| 1. Higienize as mãos; | 2. Reúna os materiais na bandeja e leve-os ao quarto do paciente; |
| 3. Explique o procedimento ao paciente; | 4. Promova a privacidade do paciente colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto; |
| 5. Posicione-se ao lado do paciente e do local do curativo do cateter venoso central; | 6. Corte as tiras de adesivos/abra o filme transparente; |
| 7. Abra o pacote de gazes estéreis; | 8. Abra o pacote de curativo na mesa auxiliar previamente limpa; |
| 9. Calce as luvas de procedimento; | 10. Retire delicadamente o curativo anterior com uma pinça dente-de-rato ou luvas de procedimento, observando o aspecto da inserção e da gaze retirada; |




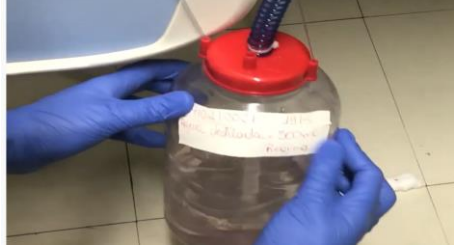


11. Descarte o material em saco plástico, inclusive as luvas se utilizadas na remoção do curativo anterior;	12. Calce as luvas estéreis, ou se preferir pode também usar a pinça Kelly;
13. Limpe o local de inserção do cateter com gaze embebida em solução fisiológica (adotando movimentos circulares de dentro para fora e trocando a gaze);	
14. Seque o local com gaze estéril, observando o aspecto da inserção e da pele ao redor; em seguida;	15. Realize antissepsia da pele, com clorexidina alcoólica, do óstio para a periferia, em uma área aproximadamente de 05 cm de diâmetro e extensão do cateter (adotando movimentos circulares de dentro para fora e trocando a gaze);
16. Limpar a parte do cateter que se encontra do lado de fora da pele;	17. Aguardar o antisséptico secar por cerca de 30 segundos;
18. Realize a oclusão com gaze e adesivo: gaze preferencialmente a específica para oclusão de cateter central, e fixe com adesivo hipoalergênico microporoso ou realize a oclusão com filme transparente;	
19. Anotar no adesivo a data de realização do curativo e assinar;	20. Deixar o paciente em posição confortável;
21. Retirar o material utilizado com o campo, levar para o expurgo;	22. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e passar algodão embebido em álcool a 70%;
23. Retirar as luvas e higienizar as mãos;	24. Anotar no prontuário o procedimento realizado.
9.4 CURATIVO NO DRENO DE TÓRAX	
Definição: Cateter inserido através do tórax na cavidade torácica para drenagem do ar e fluido do espaço pleural por gravidade.	
Aplicação: Aos pacientes internados com dreno de tórax.	
Responsáveis: Enfermeiros.	

<p>Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemotórax (sangue); - Pneumotórax (ar); - Efusões (fluidos/líquidos). 	<p>Finalidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar refluxo do líquido, infecção e medir o volume drenado.
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● EPI's (máscara descartável, óculos de proteção e luvas de procedimento); ● Bandeja; ● Saco descartável; ● Luvas estéreis; ● Pacote de pinças para curativo; ● Suporte para posicionamento do dreno. ● Gazes estéreis; ● Esparadrapo; ● Adesivo hipoalergênico. 	
<p>ETAPAS DO PROCEDIMENTO</p>	
<p>1. Higienize as mãos;</p>	<p>2. Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente;</p>
<p>3. Utilizar um biombo, se necessário;</p>	<p>4. Calce as luvas de procedimento;</p>
<p>5. Coloque o saco descartável ao alcance da área de trabalho.</p>	
<p>6. Remova o esparadrapo: Afaste suavemente a pele do esparadrapo enquanto puxa o adesivo da pele.</p>	
<p>7. Remova cuidadosamente os curativos de gaze, uma camada de cada vez, tomando cuidado para não deslocar o dreno.</p>	
<p>8. Observe a cor, edema, drenos e exsudados da ferida bem como a quantidade de drenagem no curativo.</p>	
<p>9. Dobre os curativos com drenagem e remova as luvas de dentro para fora. Descarte as luvas e os curativos sujos no saco descartável.</p>	
<p>10. Abra a bandeja de curativos estéreis ou os materiais estéreis embrulhados individualmente.</p>	
<p>11. Calce luvas estéreis.</p>	<p>12. Limpe a ferida limpa com a solução. Usando uma gaze com antisséptico, limpe a área menos contaminada, que é</p>

	a incisão, para a área mais contaminada, que é fora da incisão e a pele circundante.
13. Com outra gaze seque a área.	
14. Aplique um curativo de gaze estéril pré-cortada, cobrindo a ferida. Aplique uma gaze adicional	 
15. Fixe o curativo com esparadrapo ou adesivo hipoalergênico, de 2,5–5 cm além do curativo.	
9.5 TROCA DO SELO D'ÁGUA DO FRASCO DO DRENO DE TÓRAX	
Objetivos: Evitar refluxo do líquido, infecção e medir o volume drenado.	
Materiais:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Bandeja; ● Cálice graduado (frasco com medidas para certificar do volume drenado) ● Frasco de SF 0,9% ou Água destilada de 500 ml; ● Adaptador de soro ● Esparadrapo; ● Luvas de procedimento; ● Compressa estéril (para colocar a tampa de drenagem) ● Fita para identificação no frasco (etiqueta). 	
ETAPAS DO PROCEDIMENTO	
16. Higienize as mãos;	17. Reúna o material na bandeja e leve para o quarto do paciente;
18. Oriente o paciente e o acompanhante sobre o procedimento;	19. Calce as luvas de procedimento;
20. Observe a quantidade de líquido no frasco coletor;	

<p>21. Abra o Frasco de SF 0,9% ou Água destilada de 500 ml (vê normas da instituição) e adicione o transferidor de volume (na falta do transferidor pode utilizar agulha 40x12 ou ponta de um equipo) - cuidando para não contaminar;</p>	<p>22. Abra cuidadosamente o invólucro da compressa estéril e a posicione na bandeja;</p>
<p>23. Pince a extensão do dreno próximo ao tórax (para evitar a entrada de ar dentro do pulmão).</p>	
<p>24. Abra a tampa do frasco de drenagem e a coloque sobre a compressa estéril na bandeja ou pedir para outra pessoa segurar (evitando contaminação);</p>	
<p>25. Despeje o conteúdo do dreno dentro do cálice graduado; observar atentamente o aspecto do líquido drenado e a quantidade.</p>	
<p>26. Lave o frasco com água destilada (para retirar sujidades) e despreze-a a água no cálice graduado;</p>	
<p>27. Despeje o SF 0,9% ou Água destilada e preencher até 500 ml ou 300 ml (vê normas da instituição) no frasco coletor do dreno até assegurar a imersão de 2,5 a 4 cm da ponta do frasco;</p>	

<p>28. Conecte o frasco novamente ao sistema (rosqueando), observando se está bem vedado;</p>	
<p>29. Posicione o frasco de drenagem abaixo do nível do paciente; e coloque-o sob a cama, 60 a 90 cm abaixo do nível do tórax e devidamente protegido contra quedas acidentais, para dar suporte ao dreno; e soltar o clampe.</p>	 
<p>30. Prenda, um pedaço de esparadrapo posição vertical, e marque o novo nível de água com um traço, anotando a data, hora da troca e o profissional que a realizou.</p>	
<p>31. Retire as luvas de procedimento;</p>	<p>32. Recolha o material do quarto, mantendo a unidade organizada;</p>
<p>33. Encaminhe o material permanente e os resíduos para o expurgo;</p>	<p>34. Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%;</p>
<p>35. Higienize as mãos;</p>	<p>36. Cheque a prescrição médica e anote o procedimento realizado, registrando o volume e o aspecto do líquido drenado no prontuário do paciente. Assine e carimbe suas anotações.</p>
<p>Recomendações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Evita-se trocar o sistema coletor de drenagem torácica. 	

- Mensura-se e esvazia-se o frasco quando necessário. O selo d'água deve ser trocado a cada 12 horas;
- Utiliza-se o mesmo frasco (que o paciente já está utilizando), e desde que seja adotada técnica asséptica.

9.6 CURATIVO COMPRESSIVO

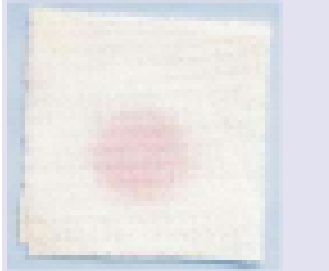


Definição: Curativo compressivo é um tratamento temporário para controlar o sangramento excessivo, o mesmo exerce pressão sobre uma área para impedir o acúmulo de líquido nos tecidos subjacentes.






Responsável pela execução: Em uma situação de emergência não pode ser delegado ao auxiliar/técnico de enfermagem, mas o auxiliar/técnico pode auxiliar o enfermeiro conforme orientado.

Objetivo: Interromper o fluxo de sangue e promover a coagulação no local até que uma medida definitiva possa ser tomada para interromper a fonte do sangramento.

Indicação: São frequentemente utilizados após procedimentos invasivos ou cirurgias como cateterismo cardíaco, punção arterial ou biópsia de órgão. Eles também são usados em situações de emergência, como hemorragias pós-operatórias ou lesões traumáticas.

TIPOS DE EXSUDATO DAS FERIDAS

Exsudato Seroso (plasma límpido, aquoso)	
Exsudato Purulento (espesso, amarelo, verde, bege ou marrom)	
Exsudato Serossanguinolento (pálido, vermelho, aquoso: mistura de soro e sangue)	

<p>Exsudato Sanguinolento (vermelho-vivo: indica sangramento ativo)</p>		
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Luvas limpas; ● Gaze de malha fina; ● Atadura; ● Compressa do tipo Zobec; ● Fitas adesivas ou tiras, incluindo esparadrapo hipoalergênico se necessário; ● EPIs: Avental, óculos e máscara de proteção (pode respingar o sangue no profissional). ● Equipamento para sinais vitais. 		
<p>ETAPAS DO PROCEDIMENTO:</p>		
<p>Fase I: Ação imediata – Primeiro enfermeiro</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localizar a fonte do sangramento externo; 2. Realizar imediatamente pressão no local do sangramento com a mão com luva e gaze seca; 3. Buscar assistência. 		
<p>Fase II: Aplicar o curativo compressivo – Segundo enfermeiro</p>		
<p>4. Observar rapidamente a localização do sangramento:</p>		
<p>a. O sangue arterial é vermelho-vivo e é ejetado em ondas, relacionadas à frequência cardíaca. Se o vaso for muito profundo, o fluxo será estável.</p> 	<p>b. O sangue venoso é vermelho-escuro e flui suavemente.</p> 	<p>c. O sangue capilar é um gotejamento vermelho-escuro; o processo de coagulação natural controla o sangramento.</p> 
<p>5. Elevar a parte do corpo afetada se possível (p. ex., membro);</p>		

6. O primeiro enfermeiro continua a fazer pressão direta enquanto o segundo enfermeiro desenrola a atadura e a coloca em fácil acesso. Em seguida, o segundo enfermeiro corta rapidamente 3 a 5 pedaços de fita adesiva/esparadrapo e os coloca ao alcance; não se deve limpar a ferida.

7. Em ações coordenadas simultaneamente:

a. Cobrir rapidamente a área de sangramento com múltiplas compressas de gaze. O primeiro enfermeiro desliza os dedos para fora enquanto o outro enfermeiro faz pressão adequada para continuar controlando o sangramento.



b. Aplicar fitas adesivas de 7 a 10 cm além da profundidade do curativo com pressão uniforme em ambos os lados dos dedos o mais próximo possível da fonte de sangramento. Fixar a fita adesiva na extremidade distal, puxando-a ao longo do curativo e mantendo pressão firme enquanto a outra ponta distal é fixada.



c. Remover os dedos temporariamente e rapidamente cobrir o centro da área com uma terceira fita adesiva.



8. Avaliação:

a. Observar o controle do sangramento no curativo;

b. Avaliar a adequação da circulação (pulso distal, aspecto da pele);

c. Obter os sinais vitais;

9. Organize materiais e equipamentos utilizados;

10. Retire e descarte as luvas, se utilizadas. Faça a higiene das mãos por pelo menos 15 segundos;

11. Relatar imediatamente ao médico o estado atual do controle do sangramento do paciente, o horário em que o sangramento iniciou, a perda de sangue estimada (quantidade de curativos iniciais), as intervenções de enfermagem (tipo e quantidade de bandagens), os sinais vitais, o estado mental e os sinais de inquietação do paciente;



12. Registrar as intervenções realizadas e a resposta do paciente na anotação de enfermagem e no impresso de sinais vitais.

Referências:



CARMAGNANI, M.I et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático** / Maria Isabel Sampaio Carmagnani...[et. al.] 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Procedimentos e intervenções de enfermagem**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

GEOVANINI, T. **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional** - São paulo: Rideel, 2014.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	Disciplina: Fundamentos I
	10. USO TERAPÊUTICO DO CALOR E FRIO	Elaboração: 2022
<p>Definição: A aplicação de calor e frio promove efeitos terapêuticos por meio de alterações no tamanho do vaso sanguíneo e no fluxo sanguíneo subsequente para uma área. Essa terapêutica proporciona conforto e alívio da dor, reduz o espasmo muscular, melhora a mobilidade e ajuda a cicatrização.</p>		
<p>Responsável pela execução: Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.</p>		
10.1 APLICAÇÃO DE COMPRESSAS MORNAS		
<p>Indicações: alívio da dor, edema e processos inflamatórios;</p>		<p>Contraindicações: sangramentos, apendicite e outros processos inflamatórios agudos internos;</p>
<p>Benefícios: aumenta o fluxo sanguíneo local; aumenta a mobilidade articular; promove o relaxamento muscular e diminui a dor.</p>		
<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● EPI's; ● Compressas cirúrgicas ou gaze; ● Água morna; ● Bandeja; ● Luvas de procedimento. 		
ETAPAS DO PROCEDIMENTO		
1. Identifique o paciente utilizando dois indicadores (p. ex., nome e data de nascimento);		2. Higienize as mãos;
3. Reúna os materiais na bandeja e leve ao quarto do paciente;		4. Explique ao paciente o procedimento a ser realizado ao paciente;
5. Posicione o paciente de acordo com o local a ser aplicada a compressa morna;		6. Higienize as mãos;
7. Calce as luvas de procedimento;		8. Certifique-se de que a água esteja morna;
9. Umedeça a compressa cirúrgica ou a gaze em água morna, retire o excesso e coloque sobre o local indicado;		
10. Pergunte ao paciente se a temperatura está aceitável;		
11. Troque a água da compressa conforme a perda de temperatura. Repita a aplicação pelo tempo recomendado na prescrição;		

12. Ao término do procedimento, seque a região com compressa ou gaze seca e observe a integridade da pele;	13. Retire as luvas de procedimento e descarte-as em lixo apropriado
14. Higienize as mãos;	15. Deixe o paciente confortável e mantenha o ambiente organizado;
16. Recolha o material e encaminhar ao expurgo;	17. Descarte o material utilizado (gazes na lixeira para lixo infectante e as compressas cirúrgicas no <i>hamper</i>);
18. Lave a bacia com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%;	19. Higienize as mãos;
20. Cheque o horário, anote o procedimento realizado e o aspecto da região de aplicação em impresso próprio. Assine e carimbe suas anotações.	
RECOMENDAÇÕES	
Coloque sempre um pouco da água em seu antebraço para testar a temperatura antes de colocá-la no local indicado;	
Em caso de retenção urinária, coloque compressa de água morna na região suprapúbica para relaxamento da musculatura, induzindo a micção espontânea;	
Em pacientes com sensibilidade tátil diminuída, tenha cuidado redobrado para evitar queimaduras e atente para a avaliação da temperatura da água.	
Pode ser utilizada durante 3 a 4 x ao dia, durante 30 a 45 minutos, devendo sempre estar enrolada em um pano fino para não queimar a pele.	
10.2 APLICAÇÕES DE COMPRESSAS FRIAS	
Indicações: alívio da dor, diminuição da hipotermia, controle de hemorragias, estiramento muscular, entorse articulares, dentre outras.	Contraindicações: neuropatia: devido a incapacidade de perceber a mudança de temperatura.
Benefícios: diminui o fluxo sanguíneo local; o inchaço; a inflamação e a dor.	
Materiais:	
<ul style="list-style-type: none"> ● EPI's; ● Compressas cirúrgicas ou gaze; ● Água gelada; ● Bandeja; ● Luvas de procedimento. 	
ETAPAS DO PROCEDIMENTO	
1. Identifique o paciente utilizando dois indicadores (p. ex., nome e data de nascimento);	2. Higienize as mãos;
3. Reúna os materiais na bandeja e leve ao quarto do paciente;	4. Explique ao paciente o procedimento a ser realizado ao paciente;
5. Posicione o paciente de acordo com o local a ser feita a compressa fria;	6. Higienize as mãos;
7. Calce as luvas de procedimento;	8. Certifique-se de que a água esteja gelada;
9. Umedeça a compressa ou as gazes, retire o excesso de água e coloque sobre o local prescrito;	

	
10. Pergunte ao paciente se a temperatura está aceitável;	11. Troque a água da compressa conforme a perda de temperatura. Repita a aplicação pelo tempo recomendado na prescrição;
12. Ao término do procedimento, seque a região com compressa ou gaze seca e observe a integridade da pele;	13. Retire as luvas de procedimento e descarte-as em lixo apropriado;
14. Higienize as mãos;	15. Deixe o paciente confortável e mantenha o ambiente organizado;
16. Recolha o material e encaminhar ao expurgo;	17. Descarte o material utilizado (gazes na lixeira para lixo infectante e as compressas cirúrgicas no <i>hamper</i>);
18. Lave a bacia com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool a 70%;	19. Higienize as mãos;
20. Cheque o horário, anote o procedimento realizado e o aspecto da região de aplicação em impresso próprio. Assine e carimbe suas anotações.	
RECOMENDAÇÕES	
A água gelada pode ser adquirida colocando o frasco de água destilada (no volume necessário) na geladeira, antes do horário de realizar a compressa;	A indicação de compressa fria é feita de acordo com a avaliação médica ou de enfermagem e deve constar na prescrição;
Em pacientes com sensibilidade tátil diminuída, tenha cuidado redobrado para evitar queimaduras e atente para a avaliação da temperatura da água;	Quando forem necessárias aplicações com gelo, coloque-o em um saco plástico, envolva-o em uma compressa e aplique no local indicado.
A aplicação deve ser realizada de 15 a 30 minutos. Grandes regiões, aplica-se durante 30 minutos: tornozelo, joelho, coxa ou perna. Pequenas regiões, 15 minutos: dedos.	O procedimento deve ser realizado a cada 2 horas.
Referências: CARMAGNANI, M.I et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani...[et. al.] 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.	