

# CONSTRUÇÃO DE GUIAS DE HABILIDADES PARA A ENFERMAGEM

SHIRLEY DA ROCHA AFONSO

ARIADNE DA SILVA FONSECA



HOSPITAL  
SÍRIO-LIBANÊS



SÃO PAULO  
GOVERNO DO ESTADO

| Secretaria de Desenvolvimento Econômico

# CONSTRUÇÃO DE GUIAS DE HABILIDADES PARA A ENFERMAGEM

**PROF<sup>a</sup>. SHIRLEY DA ROCHA AFONSO**

**COORDENADORA DE PROJETOS CAPACITAÇÕES**

**PROF<sup>a</sup> DRA. ARIADNE DA SILVA FONSECA**

**COORDENADORA DO CENTRO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA DA**

**REDE DE HOSPITAIS SÃO CAMILO**

**CENTRO PAULA SOUZA**

**SÃO PAULO**

**2020**

## **Ficha Catalográfica**

Construção de Guias de Habilidades para a Enfermagem [livro eletrônico]  
/ Ariadne da Silva Fonseca e Shirley da Rocha Afonso (autoras e  
organizadoras) ... [et al.]. – 1.ed. --- São Paulo : Centro Paula Souza, 2020.

1 Livro digital.  
208 f. : il.  
Inclui bibliografia

Disponível em: <http://www.cpscetec.com.br/repositorio/>  
Vários autores.  
ISBN 978-65-87877-00-6

Livro eletrônico – 1. Rotinas diárias de enfermagem. - 2. Assistência de  
Enfermagem Segura. - 3 Procedimentos pedagógicos. – 4 Processo de  
aprendizagem. – 5 Instrumento de avaliação. I. Fonseca, Ariadne. II.  
Afonso, Shirley. III. Centro Paula Souza. Cetec Capacitações. Hospital Sírio  
Libanês.

Palavras-chave: Rotinas diárias de enfermagem. Assistência de  
Enfermagem Segura. Procedimentos pedagógicos. Processo de  
aprendizagem. Instrumento de avaliação.

CDD 610.7

CDU.

## CENTRO PAULA SOUZA

<b>Diretora Superintendente</b>	Laura Laganá
<b>Vice-Diretora Superintendente</b>	Emilena Lorezon Bianco
<b>Chefe de Gabinete</b>	Armando Natal Maurício
<b>Coordenador do Ensino Médio e Técnico</b>	Almério Melquíades de Araújo
<b>Coordenadora Cetec Capacitações</b>	Lucília Guerra

## HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

<b>Presidente</b>	Marta Kehdi Schahin
<b>1ª Vice-Presidente</b>	Dulce Antonia Camasmie Abdalla
<b>2ª Vice-Presidente</b>	Vera Jafet Kehdi
<b>Secretária Geral</b>	Georgia Abdalla Hannud
<b>1ª Secretária</b>	Maria Angela Atallah
<b>Tesoureira Geral</b>	Maria Helena Andraus Cintra
<b>1ª Tesoureira</b>	Claudia Chohfi
<b>2ª Tesoureira</b>	Renata Rizkallah
<b>Diretoras Estatutárias</b>	Angela Haidar Chede Edith Jafet Cestari Eliane Cury Nahas Marilena Camasmie Razuk Sandra Sarruf Chohfi Sylvia Suriani Sabie

## CONSELHO DE ENSINO E PESQUISA

<b>Presidente</b>	Paulo Chapchap
<b>Integrantes</b>	Antonio Eduardo Antonietto Junior Anuar Ibrahim Mitre Edith Jafet Cestari Elias David Neto Fernando Andreatta Torelly João Valverde Jorge Sabbaga José Mauro Vieira Junior Luiz Fernando Lima Reis Ronaldo Kairalla Vera Kehdi

## **Organizadoras**

Ariadne da Silva Fonseca  
Shirley da Rocha Afonso

## **Autores**

Adalton de Carvalho  
Alex de Oliveira Teixeira  
Aline Grazielle Godoy Duarte  
Ana Maria Chavão Brito Lombardi de Souza  
Ana Paula Falcoski Martinelli Silva  
Ana Paula Morguetti Camargo  
Antonia de Fátima Zanchetta Serradilha  
Ariadne da Silva Fonseca  
Benedito Cherbéu Dlessandre Oliveira  
Bianca Oliveira Ruiz  
Camila Eugenia Roseira  
Catarina Beatriz Gasparotto Riginik  
Daniele Jeronimo Teixeira  
Dilceli Rosana Valério  
Dirlei Martins Franco  
Eloisa Ariane Moreale  
Fabiano Fernandes de Oliveira  
Fernanda de Paula Elias  
Gabriela De Amorim Ferreira Antonio Leite  
Glaucia Regina Lopes Negré  
Graziela Aparecida Pires  
Juliana Tironi  
Karine Bianco da Cruz  
Leidepaula da Rocha Belon  
Ligia De Souza Pichinin  
Marcelle Costa Bernardo Teixeira Gomes  
Maria do Carmo Camargo  
Marisa Paula de Freitas Silva  
Odilia Luiz da Cruz  
Rosmeri Sales Coelho Port  
Rossana Aparecida Fiorussi Gualtieri  
Ruth de Sousa Sobreira  
Sandra Aparecida Pizani Albertino  
Shirley da Rocha Afonso  
Silvania Galassi  
Sônia Dalva Ribeiro Peres Moura  
Thayse Mitiko Akamatsu  
Zilda Lopes

## **Editora**

Centro Paula Souza

## **Revisão de Texto**

Rosângela Aparecida da Silva

## **Projeto Gráfico e Diagramação**

Diego Santos

## APRESENTAÇÃO

Para compreender a construção de guias de habilidades na enfermagem é necessário que a aprendizagem, seja entendida, não apenas como um fenômeno que ocorre pela repetição de uma tarefa ou de uma observação contínua, mas como um processo educacional que se preocupa desde a formação do homem, considerando seus valores éticos, políticos, culturais e espirituais, capacitando-o para o mundo do trabalho de forma dinâmica e inovadora.

Diversas investigações apontam que o domínio de uma habilidade requer muitas repetições e que o ensino tem se tornado menos diretivo e mais estimulador, com a participação ativa dos alunos no desenvolvimento de suas habilidades. A tecnologia tem sido uma grande aliada na aplicação de novas metodologias de ensino. A inserção de um ambiente mais humanizado deve ser o princípio das relações em que os profissionais prestam o cuidado garantindo um atendimento de qualidade e segurança ao paciente.

Assim, a construção de guias de habilidades para a enfermagem tem por objetivo apresentar um modelo com um padrão próprio e igual para cada procedimento escolhido, tendo a seguinte ordem: Nome do Procedimento, Curso, Módulo, Carga Horária, Objetivo, Conteúdo, Lista de Materiais, Check-list de habilidade e as Referências.

Para facilitar a busca dos conteúdos, o livro foi descrito a partir de 36 guias de habilidades e seus check-list correspondentes, sendo eles: Aferição de pressão venosa central (PCV) – com coluna d’água, Realização de eletrocardiograma, Cuidados de enfermagem intraoperatório, Registros em enfermagem, Colocação e retirada de luva estéril, Assistência de enfermagem no pós-operatório, Passagem de sonda nasogástrica (SNG), Higiene oral em pacientes intubados, Cálculo de gotejamento, Cuidados de enfermagem com cateter vesical de demora, Medidas antropométricas do RN, Verificação de pressão arterial, Banho no leito, Limpeza concorrente, Técnica de aferição de glicemia capilar, Oxigenioterapia, punção venosa periférica, Banho de imersão do recém-nascido, Higienização das mãos, Massagem de conforto, Cuidados de enfermagem com a sonda naso enteral: administração de dieta e medicação, Monitorização cardíaca, Inaloterapia, Assistência de enfermagem no pré-operatório, Troca de fixação do tubo orotraqueal e da cânula de traqueostomia, curativo, Calçamento de luvas estéreis, Paramentação cirúrgica, Limpeza do hub do cateter, Recepção do recém-nascido termo, Escala de soro, Aplicação de medicação por via subcutânea, Aplicação de medicação por via intramuscular na região ventroglútea, Aplicação de medicação por via endovenosa /intravenosa, Arrumação de leitos e Mudança de decúbito.

Assim, reforçamos nossa principal motivação em auxiliar a equipe de enfermagem na busca constante por ações que facilitem a sua prática clínica fundamentada em princípios pautados nas experiências de aprendizagem. Desta forma, devemos estar atentos em perceber se os guias estão sendo utilizados como um instrumento de formação e de aprendizagem da equipe de Enfermagem.

Esperamos poder concretizar o nosso compromisso em motivar a equipe de enfermagem a buscar novos conhecimentos que possam fundamentar sua prática diária.

Frente aos novos desafios, apresento o livro “Construção de habilidade para a equipe de enfermagem” do Centro Paula Souza em parceria com Hospital Sírio Libanês.

Agradecemos aos autores e professores da Escola Técnica (ETEC) que de forma especial, ao escreverem este livro, contribuíram para melhorar as práticas clínicas e aperfeiçoar a assistência de enfermagem.

Ariadne da Silva Fonseca  
Shirley da Rocha Afonso

# ORGANIZADORAS

## **Ariadne da Silva Fonseca**

Possui Graduação em Enfermagem pelo Centro de Estudos Superiores de Londrina (1986), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (1994) e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (1999). Atualmente é Diretora Científica do Boletim da Rede de Hospitais São Camilo e Gerente do Centro de Simulação e Pesquisa São Camilo. Professora convidada da disciplina Simulação Realística como Metodologia de Ensino para a Prática de Enfermagem do Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da USP Ribeirão Preto. Foi Presidente da ABEn-SP gestão 2013 - 2016, Foi Tesoureira da Associação Brasileira de Simulação Realística (ABRASSIM) gestão 2010 a 2017. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Ensino de Enfermagem, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, ensino aprendizagem, ensino de enfermagem, assistência de enfermagem, enfermagem neonatal, simulação realística e Assessoria em Ensino e Pesquisa. Pesquisadora da área de Educação.

## **Shirley da Rocha Afonso**

Possui Graduação em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica, Pós-Graduação em Docência no ensino médio, técnico e superior na área de saúde e em Planejamento, Implantação e Gestão em Educação à Distância. Atuou como enfermeira executora e vice-presidente na Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Foi coordenadora da Comissão Organizadora de Curativos, e supervisora da Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde. É professora do Curso Técnico em Enfermagem e Coordenadora de Projetos em Enfermagem na Unidade de Ensino Médio e Técnico do Centro Paula Souza. É membro associada da Associação de Aprendizagem Baseada em Problemas e Metodologias Ativas de Aprendizagem (PAN-PBL). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Serviços de Saúde e Gerenciamento de Enfermagem (GEPAG) da EPE-UNIFESP e participa das reuniões do Grupo de Estudos e Pesquisas em Memórias e Histórias da Educação Profissional (GPEMHEP) do Centro Paula Souza.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. GUIAS DE HABILIDADE.....</b>	<b>15</b>
<b>3. ELABORAÇÃO DOS GUIAS DE HABILIDADE .....</b>	<b>17</b>
3. 1 AFERIÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PCV) – com coluna d’água .....	18
3. 2 REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA .....	23
3. 3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM INTRAOPERATÓRIO .....	32
3. 4 REGISTROS DE ENFERMAGEM .....	36
3. 5 COLOCAÇÃO DE LUVA ESTÉRIL .....	44
3. 6 RETIRADA DE LUVA ESTÉRIL.....	48
3. 7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO .....	51
3. 7 PASSAGEM DE SONDA NASOGÁSTRICA (SNG).....	54
3. 8 HIGIENE ORAL EM PACIENTES INTUBADOS.....	59
3. 9 CÁLCULO DE GOTEJAMENTO.....	63
3. 10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM CATETER VESICAL DE DEMORA .....	68
3. 11 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DO RN .....	76
3. 12 VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL .....	79
3. 13 BANHO NO LEITO.....	85
3. 14 LIMPEZA CONCORRENTE.....	94
3. 15 TÉCNICA DE AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR .....	98
3. 16 OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL .....	103
3. 17 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA.....	108
3. 18 BANHO DE IMERSÃO DO RECÉM-NASCIDO .....	112
3. 19 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	116
3. 20 MASSAGEM DE CONFORTO .....	120
3. 21 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A SONDA NASO ENTERAL: ADMINISTRAÇÃO DE DIETA E MEDICAÇÃO .....	124

3. 22 MONITORIZAÇÃO CARDÍACA .....	128
3. 23 INALOTERAPIA .....	133
3. 24 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO....	136
3. 25 TROCA DE FIXAÇÃO DO TUBO OROTRAQUEAL .....	139
3. 26 TROCA DE FIXAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA ..	144
3. 27 CURATIVO.....	149
3. 28 PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA.....	154
3. 29 ASSEPSIA DO HUB DO CATETER.....	158
3. 30 RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO TERMO .....	161
3. 31 . ESCALA DE SORO (CONFEÇÃO DE FITA DE HORÁRIO) ..	165
3. 32 APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA. ....	169
3. 33 APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR ..	174
3. 34 APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA / INTRAVENOSA.....	183
3. 35 ARRUMAÇÃO DE LEITO – CAMA FECHADA.....	188
3. 36 ARRUMAÇÃO DE LEITO – CAMA ABERTA.....	191
3. 37 ARRUMAÇÃO DE LEITO – CAMA ABERTA COM PACIENTE ACAMADO .....	194
3. 38 ARRUMAÇÃO DE LEITO – CAMA DE OPERADO.....	198
3. 39 MUDANÇA DE DECÚBITO .....	202

# 1. INTRODUÇÃO

A prestação de serviço na área da saúde depende das interrelações entre pessoas, materiais, medicamentos, equipamentos e de suas instalações. Assim, a educação é uma estratégia que deve estar presente nas instituições de saúde e seus colaboradores devem estar inseridos no processo de formação, aprimoramento e qualificação das instituições de saúde. Ao docente é atribuída uma parcela de responsabilidade muito importante para se concretizar o processo de educação do indivíduo. É esperado que o professor estabeleça objetivos e finalidades para a aprendizagem de seu aluno e, isto, é verificado por meio de uma avaliação<sup>1</sup>.

Cabe aqui destacar que ensinar é uma prática dinâmica e coerente, além de permitir a verificação do desempenho de quem aprende.

Assim, a avaliação faz parte do processo de instrumentalização da formação do aluno, permitindo analisar a profundidade da aquisição de seus conhecimentos. Por isso, a avaliação precisa ser coerente e estar associada ao conhecimento adquirido<sup>1</sup>.

O ato avaliativo envolve os tipos de atividades e maneiras de se articular, ou seja, sequências didáticas. Estas se traduzem em propostas metodológicas organizadas de forma a propiciar a aprendizagem dos conteúdos necessários ao desenvolvimento das capacidades definidas nos objetivos educativos, que constituem o referencial teórico básico de todo processo de ensino<sup>1</sup>.

Uma avaliação coerente é aquela que supera o ato tradicional de verificar o desempenho do aluno. É uma proposta transformadora de educação e permite identificar a metodologia empregada no processo de ensino. A avaliação possibilita a percepção da aprendizagem e promove a construção de representações do processo de ensino<sup>1</sup>.

O avanço do processo de aprendizagem do aluno depende do quanto o professor compreende a finalidade da avaliação, pois, esta verificação define o grau de aperfeiçoamento das competências e habilidades cognitivas que aluno adquiriu em determinado período<sup>1</sup>.

O processo de avaliação deve contemplar o que o aluno sabe ou o que aprendeu o que ainda não sabe ou ainda não aprendeu, o que deveria saber o ensino realizado na sala de aula e as experiências anteriores do aluno. O professor precisa definir ainda, o como avaliar, situando aqui, a seleção das técnicas e dos instrumentos de avaliação<sup>1</sup>.

Para avaliar o docente precisa ter conhecimento das estratégias necessárias para trabalhar com o grupo de alunos e saber analisar minuciosamente alguns aspectos, sendo eles: reconhecer o estilo de aprendizagem de cada aluno; determinar o método de avaliação que melhor atenda à metodologia de ensino empregada e considerar o perfil dos alunos. Desta forma os resultados da avaliação poderão ser compatíveis e adequados para inferir na verificação do desempenho da aprendizagem de cada aluno.

Portanto, o professor precisa compreender que a aprendizagem só acontece se o aluno quiser aprender e, por isso, o processo de ensino e avaliação deve ser planejado e organizado com as características estruturantes das competências e habilidades essenciais para a formação e construção de um comportamento específico para determinada sociedade<sup>2</sup>.

Em outras palavras, é preciso organizar um processo de ensino motivador e envolvente, a fim de promover a maturidade física, psicológica e social do aluno voltada à aprendizagem do conhecimento essencial para sua formação<sup>2</sup>.

Ao relacionar o instrumento de avaliação à metodologia de ensino, o professor precisa compreender que a aprendizagem está relacionada ao aperfeiçoamento constante dos novos conhecimentos<sup>2</sup>.

Portanto, as técnicas de ensino serão responsáveis na forma em que o aluno aprende, bem como no desempenho de suas competências e habilidades tão fundamentais para a sua formação. Assim, o professor precisa estar disposto a ser o mediador da aprendizagem deste aluno e ainda, ser capaz de intervir quando necessário.

É preciso reconhecer também que, atualmente, a sociedade está vivenciando situações que exigem a comprovação de competências específicas na formação humana<sup>2</sup>.

Cabe reforçar que o processo de ensino-aprendizagem está passando por um momento onde as estratégias devem ser implementadas e a assimilação de conteúdos com raciocínios práticos aplicáveis à realidade. Ou seja, a aprendizagem passa a ser exigida a partir de um conjunto de informações reais e contextualizadas.

O método de ensino deve ser planejado em paralelo ao instrumento de avaliação. É preciso compreender, que ele não é apenas uma técnica de aplicação de aulas e o instrumento de avaliação não é um mero cumprimento burocrático da educação formal. Por isso, ao escolher um método de ensino é preciso ter em mente o propósito determinado para aquele momento de aprendizagem. São inúmeras as técnicas de ensino citadas pelas correntes pedagógicas.

Tem-se como exemplo o ensino simulado, que contempla o desenvolvimento das operações mentais e motoras durante o processo de aprendizagem do aluno. A prática de técnicas e procedimentos específicos da atuação profissional de enfermagem é bem desenvolvida quando se utiliza métodos de ensino, pois integra a assimilação e interpretação de conteúdos teórico-científicos e práticos<sup>3</sup>.

Neste contexto, a utilização da simulação tem se tornado parte importante na formação inovadora, prática e na aquisição de competência dos alunos. A tecnologia tem sido aliada das novas metodologias de ensino. Considerando que a simulação é uma prática com bons resultados para o aprendizado de conteúdos clínicos, os alunos são chamados a refletir sobre seus conhecimentos e fundamentalmente ressignificar seu aprendizado.

A simulação é uma estratégia de educação que vem sendo utilizada na formação dos profissionais da área da saúde desde longa data, seja com o uso de atores para técnicas de interação ou em procedimentos básicos como realização de administração de medicamentos.<sup>3</sup>

Assim, o professor precisa ter em mente que o método de ensino, atrelado ao instrumento de avaliação, promoverá a aprendizagem significativa estabelecendo uma cultura de relação entre competências específicas e habilidades técnicas profissionais.<sup>3</sup> Ou seja, ao vincular o objetivo de aprendizagem à complexidade do processo de aprendizagem do aluno, tem-se como resultado a avaliação do desempenho do mesmo.

## REFERÊNCIAS

1. Rampazzo SRR, Jesus RA. Instrumentos de avaliação: reflexões e possibilidades de uso no processo de ensino e aprendizagem. Produção Didático-Pedagógica. Universidade Estadual de Londrina. Programa de Desenvolvimento Educacional. Londrina. 2011; 25(2).
2. Zeferino AMB, Passeri SMRR. Avaliação da aprendizagem do estudante. Cadernos ABEM. 2007; (3)
3. Fabri RP. Construção de roteiro teórico-prático para atividade simulada. Mestre em Ciências. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2015; 63.

## 2. GUIAS DE HABILIDADE

A aprendizagem não ocorre apenas por repetição de tarefas ou de procedimentos. Para que o aprendizado ocorra é necessário que aquele que ensina, esteja preparado para ser o educador, pois o bom treinador é aquele que oferece oportunidades de aprendizado, em cenários reais ou de simulação, acompanha e reconhece as necessidades de aprendizado de cada aprendiz e considera seus avanços na construção constante de feedback para cada etapa de formação do aprendiz.

Incorporar a simulação clínica nas atividades de aprendizagem implica sistematizar as etapas da atividade educacional, de acordo com os objetivos que se pretende alcançar, como também planejar uma série de acontecimentos que levaram ao seu desenvolvimento<sup>1</sup>.

O domínio de uma habilidade requer muitas repetições, nas quais o erro produz boa perspectiva se ocorrer em um ambiente simulado e, portanto, protegido. Para compreender o que é uma guia e qual a sua relevância na aquisição da habilidade clínica o sujeito que irá desenvolver o guia deve saber o grau de complexidade do mesmo e qual o domínio que se espera alcançar com a sua aplicação.

Todos os alunos devem ter a experiência com os materiais e equipamentos a que serão expostos no ambiente clínico real, pois haverá uma melhor experiência de aprendizado.

É fundamental que a equipe (professor, coordenador e alunos), estejam envolvidos na elaboração de cada guia de habilidades e que todos tenham clareza dos objetivos a serem alcançados, conheçam o ambiente em que o procedimento será utilizado e seus recursos. Por fim, os professores e o coordenador escrevem os guias de habilidade e apresentam aos alunos. Após a aplicação dos guias a equipe avalia os resultados de cada atividade inclusive dos erros e acertos que perceberam. Assim, espera-se chegar ao conjunto de atividades que contém o guia que será aplicado para o desenvolvimento da aprendizagem dos alunos.

Portanto, a preparação dos guias é extremamente importante e valiosa para o aprendizado das habilidades em enfermagem e para a formação do indivíduo que aprendem de forma simples e agradável.

## REFERÊNCIA

Scalabrini AN, Fonseca AS, Brandão CFS. Simulação realística e habilidade na saúde. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

---

### 3. ELABORAÇÃO DOS GUIAS DE HABILIDADE

Os guias foram elaborados considerando uma variedade de procedimentos de baixa, média e alta complexidade. Foram desenvolvidos por professores das Etecs. A seguir apresentaremos 39 procedimentos de enfermagem, seus guias de habilidades e o checklist correspondente.

# 3.1 AFERIÇÃO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PCV) – COM COLUNA D'ÁGUA

Adalton de Carvalho<sup>1</sup>

**NOME DO PROCEDIMENTO** Aferição de Pressão Venosa Central (PCV) – com coluna d'água

**CURSO** Técnico em Enfermagem

**MÓDULO** 3º Módulo

**CARGA HORÁRIA** 5 horas/aula

**OBJETIVO** Subsidiar o aluno no desenvolvimento da competência em terapia intensiva, especificamente, em aferição da Pressão Venosa Central (PVC) com coluna d'água.

**CONTEÚDO** Medida hemodinâmica frequente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a Pressão Venosa Central (PVC) ou Pressão do Átrio Direito é a medição da pré-carga do ventrículo direito (VD), ou seja, aferição da capacidade de enchimento do ventrículo direito ao final da diástole<sup>1</sup>.

Esta capacidade de enchimento do ventrículo é determinada pela interação entre o volume intravascular, função do ventrículo direito, tônus vasomotor e pressão intratorácica, sendo a PVC a variável mais utilizada para estimar o estado volêmico, isto é, a quantidade de sangue circulante no corpo do paciente<sup>1</sup>.

A PVC foi introduzida na UTI, em 1962, constituindo em um importante avanço para a análise da volemia e função cardíaca<sup>1</sup>.

Sendo assim, a mensuração da PVC, quando utilizada de maneira criteriosa e associada a outros parâmetros clínicos e hemodinâmicos (ausculta pulmonar, frequência cardíaca e respiratória, ECG, ingurgitamento de avaliação da volemia e veias jugulares e débito urinário), torna-se uma ferramenta fundamental para avaliação da função cardíaca de pacientes graves<sup>2</sup>.

O manuseio hemodinâmico global é o principal propósito de mensurar a PVC, em pacientes com reserva cardíaca e resistência vascular pulmonar normal<sup>3</sup>.

---

1. Etec Joaquim Ferreira do Amaral – Jau

A mensuração da PVC é obtida através de inserção de um cateter na veia cava superior, o mais indicado seria o de duas vias (duplo-lúmen). As principais vias de acesso utilizadas são a braquial, subclávia e jugular e sua mensuração é realizada através de uma coluna de água ligada a um transdutor de pressão ou manualmente a uma régua<sup>3,4</sup>.

Os valores normais da PVC são 2-8 mmHg (uso de transdutor de pressão) ou 3 -11 cmH<sub>2</sub>O na forma manual<sup>3,4</sup>. O uso da régua com solução salina com valores abaixo do normal pode sugerir hipovolemia e valores mais altos podem sugerir sobrecarga volumétrica ou falência ventricular, mas devem ser avaliados com outros parâmetros.

#### **LISTA DE MATERIAIS<sup>5</sup>**

- Equipo de monitorização de PVC
- Escala métrica (parte componente do equipo de monitorização)
- Fita adesiva
- Régua de Nível
- Soro fisiológico 0,9% 500ml
- Suporte de soro;
- Luvas de procedimento;
- Bandeja

## CHECK LIST - HABILIDADE: AFERIÇÃO DE PVC – COLUNA D'ÁGUA<sup>5</sup>

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Orientou o paciente sobre o procedimento			
Calçou as luvas de procedimentos			
Preparou o material, conectando o soro ao equipo de PVC e preenchendo todo o circuito com soro fisiológico de forma asséptica. Deixando-o fechado e protegido sua extremidade			
Posicionou o paciente em decúbito dorsal de modo confortável, retirando o travesseiro			
Posicionou a régua de nível na linha axilar média e/ou no 4º espaço intercostal do paciente (nível do AD). Deve-se ler o zero na linha abaixo da régua;			
Fixou com fita adesiva a escala métrica no suporte de soro, de forma que o “zero” fique na altura do nível zero;			
Fixou o equipo da PVC com fita adesiva sob a fita métrica no suporte de soro, conectando a base (Y) na porção inferior e a extremidade dupla na porção superior da escala métrica;			
Conectou o equipo na via do cateter venoso central;			
Abriu a via do cateter, exclusivamente para a medição da PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas;			
Fechou a pinça controladora do gotejamento de soro do equipo da PVC, e abriu demais “clamps” do equipo;			
Verificou o nível da coluna d'água que irá diminuir lentamente, oscilando com os movimentos respiratórios;			
Realizou a leitura a partir do momento em que estabilizou o nível da coluna d'água;			
Fechou a torneira referente à via da PVC;			
Preencheu o equipo de PVC, após aferição;			
Abriu as vias de infusões que estavam sendo infundidas antes da medida do valor do PVC;			

Retornou o paciente para uma posição confortável;			
Retirou os materiais utilizado no procedimento e guardou em local adequado;			
Organizou a unidade do paciente;			
Higienizou as mãos;			
Realizou a anotação do valor mensurado do PVC;			
Anotou a ocorrência de intercorrências no prontuário e, após assinou e carimbou o prontuário.			

## REFERÊNCIAS

1- Machado FS, Moura DF Jr, Figueiredo LFP. Pressão arterial sistêmica, pressão venosa central, pressão da artéria pulmonar. In: Knobel E. Terapia Intensiva Hemodinâmica. São Paulo: Atheneu, 2003; 67-94.

2- Dias FS. Consenso Brasileiro de Monitorização e suporte hemodinâmico. Parte II: Monitorização Hemodinâmica Básica e Cateter de Artéria Pulmonar. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2006; (18); 63-77.

3 - Cintra EA. Monitorização Hemodinâmica Invasiva. In. Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. São Paulo: Atheneu, 2003; 81-106.

4 - D'arco C, Costa AC, Laselva CR. Pressão Venosa Central In: Knobel E, Laselva CR, Moura DF. Terapia Intensiva: Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006;197-215.

5 - Chaves S, Paz A, Bisagni C, Novello E. Procedimento operacional padrão de enfermagem: instalação e verificação a pressão venosa central (PVC) [Internet]. Rio de Janeiro: Hospital Universitário Pedro Ernesto; c2014; [citado 2019 jan 08]; Disponível em: [http://www.hupe.uerj.br/hupe/administracao/ad\\_coordenacao/ad\\_coorden\\_public/pop%20cdc%20068.%20instalaçãoe%20verificação%20de%20pvc%20\(%20por%20coluna%20de%20agua\).pdf](http://www.hupe.uerj.br/hupe/administracao/ad_coordenacao/ad_coorden_public/pop%20cdc%20068.%20instalaçãoe%20verificação%20de%20pvc%20(%20por%20coluna%20de%20agua).pdf)

## 3.2 REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

Alex de Oliveira Teixeira<sup>2</sup>

**NOME DO PROCEDIMENTO** Realização de Eletrocardiograma

**CURSO** Técnico em Enfermagem

**MÓDULO** 3º e 4º Módulos

**CARGA HORÁRIA** 18 aulas / 15 horas

**OBJETIVO** Padronizar a técnica de realização do Eletrocardiograma, a fim de minimizar erros na sua execução.

Registrar a atividade elétrica do coração através de eletrocardiograma.

**CONTEÚDO** A mortalidade vem aumentando ao longo dos anos e as intervenções no atendimento de emergência são de fundamental importância, otimizando o prognóstico e sobrevivência dos pacientes acometidos por esses agravos<sup>1</sup>. Neste sentido, o Eletrocardiograma se traduz como instrumento fundamental que possibilita rápido diagnóstico dos agravos cardíacos e proporciona tratamento clínico rápido e efetivo.

O Eletrocardiograma (ECG) é um importante exame, não invasivo, que registra a atividade elétrica cardíaca, auxiliando na identificação de distúrbios de ritmos, condução e eventos isquêmicos cardíacos<sup>2</sup>. Possibilita ação rápida e eficiente da equipe de saúde, garantindo tratamento eficaz e diminuindo sequelas e mortes decorrentes de doenças cardíacas crônicas ou agudas.

Em 2017, houve 383.961 mortes decorrentes de doenças cardiovasculares no Brasil e até o início de dezembro de 2018 a estimativa da mortalidade por essas doenças era de 373.584.<sup>1</sup>

Portanto, a utilização de meios simples e baratos que possibilitem sua aplicação em diversos serviços de saúde, especialmente nas emergências, é de fundamental importância. Neste sentido, o ECG se traduz como um valioso instrumento diagnóstico e norteador de tratamento clínico.

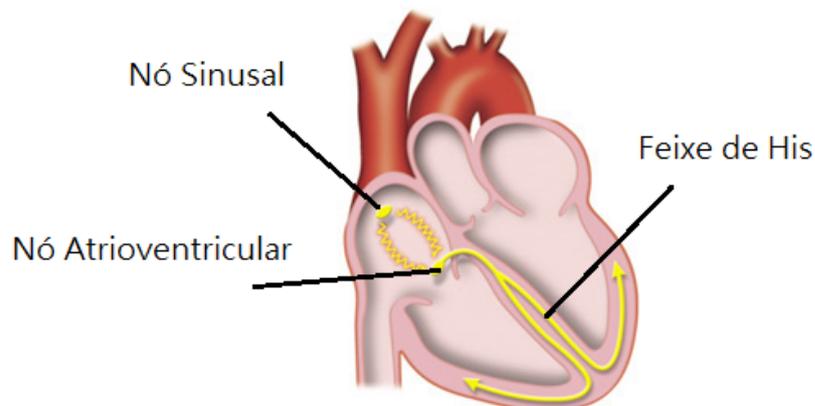
Para Lima, Costa e Naziano<sup>3</sup>, o ECG é a representação gráfica da atividade elétrica do coração com registros da estimulação, repouso e recuperação cardíaca.

---

2. Etec Zona Sul – Jardim São Luiz (São Paulo)

A atividade elétrica cardíaca tem início no nó sinusal (NSA), conforme Figura 1, provocando uma onda de despolarização que se traduz em uma onda de ativação e contração muscular e ativa o átrio direito, a seguir, o átrio esquerdo gerando no eletrocardiograma a onda P.

**Figura 1: Nó Sinusal, nó atrioventricular e Feixe de His**



**Fonte:** <http://www.brazilhealth.com/Visualizar/Artigo/69/Marcapasso-Cardiaco>

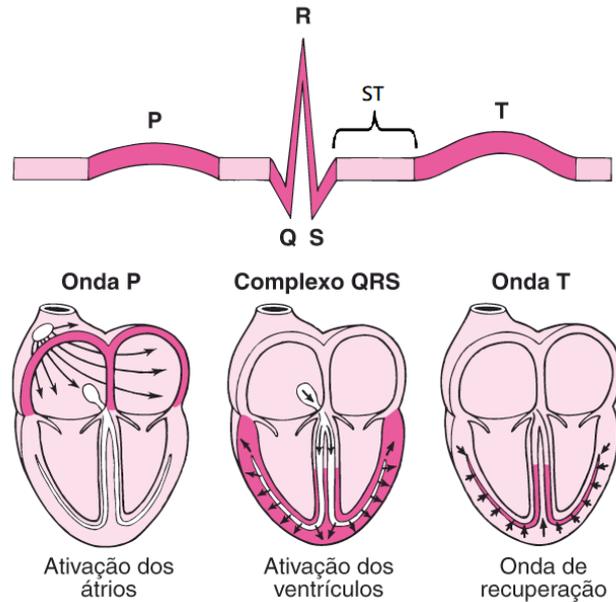
Logo na sequência, a onda de despolarização (ativação) chega ao nó Atrioventricular (NAV). Neste momento a condução elétrica se torna mais lenta, a fim de não coincidir com a ativação dos ventrículos<sup>4</sup>.

O estímulo elétrico atinge o feixe de His ao passar pelo NAV. O feixe de His está localizado no septo interventricular, na camada muscular entre os ventrículos, voltando a acelerar a velocidade de condução do estímulo. Neste momento, é registrada a onda Q no ECG<sup>4</sup>.

A seguir, a onda de despolarização percorre o feixe de His nas paredes dos ventrículos direito e esquerdo, registrando a onda R que é uma deflexão para cima. Na sequência os ventrículos se contraem, promovendo o registro da onda S, uma deflexão para baixo seguida de uma deflexão para cima. Portanto, o complexo QRS representa a estimulação dos ventrículos esquerdo e direito<sup>4</sup>.

Após o processo de estimulação ventricular ocorre o início da repolarização ou repouso dos ventrículos, que produz o segmento ST a recuperação (repolarização) ventricular é representada pela onda T<sup>4</sup>.

**Figura 2: Sequência de ativação do coração**



Fonte: <https://www.msmanuals.com>

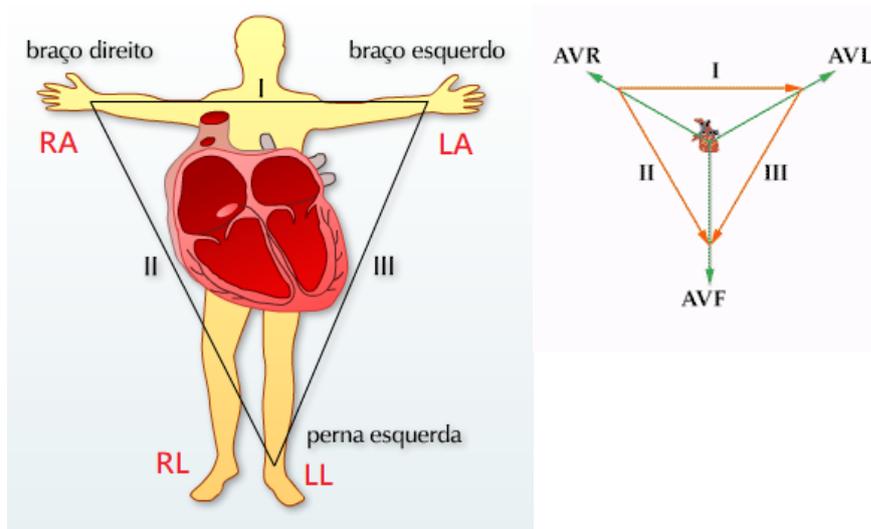
O Eletrocardiograma é a representação da atividade elétrica do coração sobre vários ângulos ou “pontos de vista”, que são denominadas derivações. Cada derivação observa e registra o mesmo fenômeno elétrico de um ângulo diferente. As derivações são divididas entre planos frontal e horizontal<sup>4</sup>.

As derivações do plano frontal, também conhecidas como derivações periféricas, são visualizadas pelo posicionamento dos eletrodos nos membros periféricos, superior e inferior, sendo braços direito e esquerdo e perna esquerda. As derivações periféricas são denominadas D1, D2, D3, aVR, aVL e aVF. Para melhor estabilidade na interpretação do traçado as derivações são sempre em pares, sendo um polo negativo e outro positivo, para tanto coloca-se um eletrodo explorador na perna direita, como polo neutro. Sendo assim, são colocados quatro eletrodos periféricos<sup>4</sup>.

Muitos equipamentos possuem cores de identificação para esses eletrodos, no entanto em alguns aparelhos as quatro pinças, ou eletrodos clips, se apresentam da mesma cor, por isso, é de extrema importância conhecer o nome e o posicionamento correto de cada um desses eletrodos<sup>4</sup>.

Portanto, o posicionamento das derivações periféricas deve ser realizada alocando no braço direito o eletrodo Right Arm – RA, da tradução do inglês significa braço direito, no braço esquerdo o eletrodo Left Arm – LA, que significa braço esquerdo, na perna direita o eletrodo Right Leg – RL, que por sua vez significa perna direita e na perna esquerda o eletrodo Left Leg – LL, que significa perna esquerda<sup>4</sup>.

**Figura 3: Derivações periféricas**

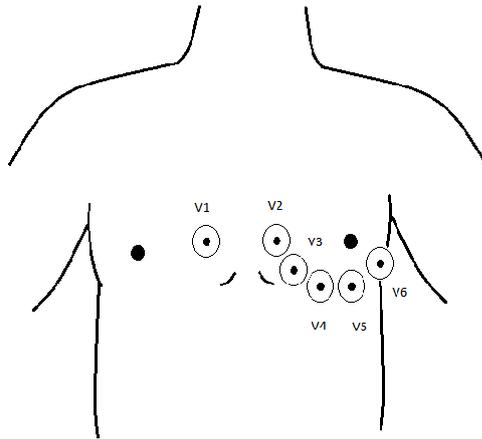


Derivações clássicas do plano horizontal	Posicionamento do eletrodo
V1	4º Espaço Intercostal, na linha paraesternal direita
V2	4º Espaço Intercostal, na linha paraesternal esquerda
V3	Entre V2 e V4
V4	5º Espaço Intercostal Esquerdo, na Linha Hemiclavicular
V5	5º Espaço Intercostal Esquerdo, na linha axilar anterior
V6	5º Espaço Intercostal Esquerdo, na linha axilar media

Fonte: <http://fisiologiaessencial>

As derivações do plano horizontal também são conhecidas como derivações precordiais, estas são registradas através dos eletrodos posicionados na superfície do tórax. As derivações precordiais são numeradas de V1 a V6, conforme Tabela 1 e Figura 4, sendo anatomicamente colocadas do nó sinusal em direção a ápice do coração, ou seja, colocadas do lado direito para o lado esquerdo do paciente<sup>4</sup>.

**Figura 4:** Derivações precordiais



Fonte: <http://saladeenfermagem.com/2014/>

**Figura 5:** Posicionamento das derivações na realização do Eletrocardiograma

Fonte: <http://saladeenfermagem.com/2014/>

### Procedimento:

Para a obtenção de um exame em condições técnicas satisfatórias, deve-se adotar os seguintes passos:

1. Preparar o material e lavar as mãos;
2. Identificar-se para o paciente;
3. Explicar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado, orienta-lo a retirar adornos, especialmente os de metal e despir o tórax, para maior conforto as mulheres manter camisola ou lençol sob o tórax, evitando sua exposição desnecessária;
4. Posicionar o paciente em decúbito dorsal, de forma confortável evitando tensão e tremores musculares. Certificar-se que o paciente não está em contato com partes de metal;
5. Identificar limites esternais e espaços intercostais para posicionamento dos eletrodos na região torácica conforme já descrito anteriormente;
6. Limpar com álcool 70% os locais de aplicação dos eletrodos. A tricotomia local só deverá ser realizada na presença excessiva de pelos, o que pode interferir na realização do exame;

7. Posicionar eletrodos clips ou pinças na regional anterior do tornozelo e pulso, evitando proeminências ósseas;
8. Conectar os cabos nos eletrodos;
9. Acione o equipamento para início do registro;
10. Aguarde a finalização do exame;
11. Identifique o ECG com dados do paciente, etiqueta do paciente, data e hora da realização do exame, certifique-se que os dados estão corretos;

Retire os cabos e eletrodos cuidadosamente;

Despreze o material descartável e limpe o aparelho de ECG;

Oriente o paciente e ajude-o a levantar e se vestir.

#### **LISTA DE MATERIAIS**

- Aparelho de eletrocardiograma certificar-se de que está ligado e com bateria;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Eletrodos;
- Material para tricotomia, se necessário (aparelho de barbear com lâmina nova, gaze ou algodão, sabão líquido, cuba rim);
- Lençol para manter conforto e privacidade ao paciente.

## CHECK LIST - HABILIDADE: REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Explicou o procedimento;			
Orientou a retirada de adornos de metais e que permaneça imóvel			
Posicionou o paciente em decúbito dorsal com tórax despido			
Identificou os limites esternais e intercostais			
Limpou local de aplicação das Pinças			
Posicionou Pinça RA em braço direito			
Posicionou Pinça LA em braço esquerdo			
Posicionou Pinça RL em perna direita			
Posicionou Pinça LL em perna esquerda			
Posicionou eletrodo - V1 no 4º Espaço Intercostal, na linha paraesternal direita			
Posicionou eletrodo - V2 no 4º Espaço Intercostal, na linha paraesternal esquerda			
Posicionou eletrodo - V3 entre V2 e V4			
Posicionou eletrodo - V4 no 5º Espaço Intercostal Esquerdo, na Linha Hemiclavicular			
Posicionou eletrodo - V5 no 5º Espaço Intercostal Esquerdo, na Linha Axilar Anterior			
Posicionou eletrodo - V6 no 5º Espaço Intercostal Esquerdo, na Linha Axilar Média			
Conectou os cabos do aparelho aos eletrodos			
Acionou o aparelho para registro			
Retirou o ECG impresso do aparelho			
Retirou os eletrodos e as pinças do paciente			

Orientou o paciente a realizar a limpeza após procedimento			
Identificou o ECG com os dados do paciente, data e hora			
Reuniu e guardou o material do ECG			

## REFERÊNCIAS

Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, Marin JA Neto, Rassi A. Jr. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras Cardiol, 2007; (4) 89-131;

Fernandes LS, Lira MCLS, França VV, Valois AA, Valença MP. Conhecimento teórico-prático de enfermeiras sobre eletrocardiograma. Revista Baiana de Enfermagem, 2015 abr./jun; (29) 98-105.

Lima AC; Costa JLJ; Naziano SDS. Atuação da enfermagem no infarto agudo do miocárdio. Disponível em <<http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1961/ADRIANO%20DE%20CARVALHO%20LIMA%20e%20JOSE%20LUCIVALDO%20DE%20JESUS%20COSTA.pdf?sequence=1>> Acessado em 01/12/2018.

Feriani G; Ribera, JM; Damasceno MCT; Rozolen PJ; Cardoso RG. GRAU: Grupo de Resgate e atenção às urgências e emergências. São Paulo, Manole, 2013.

## 3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM INTRAOPERATÓRIO

Aline Grazielle Godoy Duarte<sup>3</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Cuidados de Enfermagem Intraoperatório
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º e 2º módulos
<b>CARGA HORÁRIA</b>	6 horas-aula
<b>OBJETIVO</b>	Desenvolver a habilidade da execução de cuidados de enfermagem no intraoperatória a fim de garantir a assistência de enfermagem completa, contínua e segura ao paciente.
<b>CONTEÚDO</b>	O técnico de enfermagem executa assistência de enfermagem no momento intraoperatório diretamente ao paciente, auxílio no momento anestésico e paramentação cirúrgica <sup>1</sup> .

Os cuidados intraoperatórios compreendem também o preparo da sala cirúrgica com provisão de todos os materiais e recursos necessários ao procedimento agendado. Com a chegada do paciente deve-se conferir dados de identificação, alergias, medicamentos em uso e o procedimento a ser realizado, exames pré-operatórios e lateralidade da cirurgia<sup>1</sup>. A seguir o paciente deve ser encaminhado a sala de recuperação anestésica até que a sala esteja pronta.

Na recepção do paciente na sala operatória deve ser apresentado o ambiente e a equipe cirúrgica, a seguir pode-se realizar o passo Identificação (*sing in*) da Organização Mundial da Saúde, após a devida identificação devemos posicionar o paciente na mesa cirúrgica e instalar a monitorização cardíaca, oximetria de pulso e o aparelho de pressão arterial, neste momento também realizamos a punção venosa<sup>2</sup>. Devemos agora auxiliar no provimento de materiais e posicionamento para o procedimento anestésico, a seguir a abertura de materiais estéreis e paramentação médica, tricotomia e auxílio no cateterismo vesical (se necessário), posicionamento cirúrgico e colocação da placa dispersiva. Antes da incisão cirúrgica realizamos a Confirmação (*time out*). É imprescindível que a contagem de compressas seja realizada na abertura das mesmas na mesa cirúrgica e ao final do procedimento, as pinças e materiais usados devem ser conferidos também para segurança do procedimento<sup>3</sup>.

---

3. Etec Darcy Pereira de Moraes - Itapetininga

Ao final do procedimento devemos auxiliar no curativo cirúrgico, auxiliar na retirada dos campos cirúrgicos sempre preservando a intimidade do paciente e prevenindo a hipotermia. O médico ou instrumentador confere os materiais usados que devem ser encaminhados ao CME. Antes que as pacientes saias da sala cirúrgica deveram fazer o Registro (*sing out*) e realizar a anotação de enfermagem<sup>3</sup>. O paciente deve ser transferido para a maca assim que tiver a alta do anestesista para ser encaminhada a sala de recuperação anestésica.

#### LISTA DE MATERIAIS

- Maca
- Monitor cardíaco
- Boneco pedagógico
- Lap cirúrgico
- Avental cirúrgico

## CHECK LIST - HABILIDADE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM INTRAOPERATÓRIO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Lavou as Mãos			
Conferiu a cirurgia agendada			
Separou o material corretamente			
Conferiu dados do paciente na chegada			
Apresentou a sala cirúrgica e a equipe			
Posicionou o paciente na mesa cirúrgica			
Realizou a Monitorização, oximetria de pulso e PA			
Realizou a identificação do paciente - Sing in			
Auxiliou no procedimento anestésico			
Realizou a abertura de materiais estéreis			
Auxiliou contagem de compressas			
Verificou antes do início da cirurgia o local cirúrgico, utilizando técnicas de comunicação ativa entre todos os participantes da equipe assistencial envolvida - Time out.			
Auxiliou na realização do curativo cirúrgico			
Preveniu a hipotermia			
Realizou o Sing out - antes que o paciente saia da sala cirúrgica			
Realizou a anotação de enfermagem no prontuário			
Transferiu o paciente para a maca e manteve grades elevadas			
Encaminhou materiais para a CME			

## REFERÊNCIAS

1. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2002; (5), 690-695.
2. Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para segurança do paciente: Manual – cirurgias seguras salvam vidas. Rio de Janeiro. 2009.
3. Carvalho R; Bianchi ERF (org.). Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação. 2 ed. São Paulo: Manole, 2016.

## 3.4 REGISTROS DE ENFERMAGEM

Ana Maria Chavão Brito Lombardi de Souza<sup>4</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Registros de Enfermagem
<b>CURSO</b>	Habilitação Profissional Técnica de Nível Médio Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º, 2º, 3º e 4º Módulos
<b>CARGA HORÁRIA</b>	40 horas
<b>OBJETIVO</b>	<p>Padronizar formas de registros de enfermagem, por meio de um checklist.</p> <p>Nortear os alunos do Curso Técnico em Enfermagem para a prática ideal dos registros de enfermagem.</p> <p>Garantir a qualidade de informações sobre a assistência de enfermagem prestada.</p> <p>Favorecer a comunicação entre as equipes de saúde, por meio de um registro eficaz.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A anotação de enfermagem é o registro ordenado e sistematizado da assistência de enfermagem prestada, contendo dados pontuais como, sinais e sintomas apresentados e referidos das intercorrências e respostas do paciente. Registra uma observação<sup>1</sup>.</p> <p>As anotações de enfermagem têm o objetivo de registrar informações a respeito da assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e possibilitar a continuidade do processo de trabalho multiprofissional, garantindo segurança para o paciente e respaldo do ponto de vista legal e ético<sup>2</sup>.</p> <p>Para a enfermagem, a necessidade de informações precisas é essencial para informar e descrever as intervenções envolvidas no cuidado. Assim, os registros de enfermagem são fundamentais para o processo do cuidar, possibilitando a comunicação entre toda a equipe de saúde, além de favorecimento para outras finalidades, tais como: ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento, fins estatísticos e outros.</p>

4. Etec Prof. José Sant'Anna de Castro – Cruzeiro

Os registros consistem em importantes instrumentos de avaliação da qualidade de atuação da enfermagem, representando um percentual significativo das informações inerentes ao cuidado do paciente registradas no prontuário, refletem todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando, assim, as ações e a segurança do paciente.

Antes da sistematização da assistência de enfermagem, os registros limitavam-se a relatar cuidados que respondiam às solicitações médicas. Em 1856, em sua obra “*Notas sobre a enfermagem*”, Florence Nithingale disseminava a ideia de que os fatos deveriam ser relatados, para que a equipe médica tomasse ciência dos acontecimentos com seu paciente<sup>2</sup>.

Os registros realizados no prontuário do paciente são considerados documentos legalmente reconhecidos utilizados para diversos fins, como para defesa dos profissionais, portanto, necessariamente deverão estar imbuídos de autenticidade.

Além de permitir a efetividade do processo de comunicação, os registros de enfermagem possibilitam que a assistência de enfermagem seja avaliada<sup>3</sup>. Para isto, faz-se necessário que os registros sejam valorizados e realizados com qualidade, ou seja, com fidedignidade das informações, coerência, de acordo com as reais condições do paciente e com o relato dos cuidados prestados de fato<sup>3</sup>.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem participam na execução do Processo de Enfermagem (PE) sob a supervisão e orientação do Enfermeiro. No artigo 6º da resolução COFEN n. 358/2009, destaca-se a obrigatoriedade de registrar formalmente a execução do PE envolvendo o resumo dos dados coletados sobre a pessoa/família ou coletividade humana; os diagnósticos de enfermagem; as ações ou intervenções de enfermagem realizadas e os resultados alcançados como consequência das ações realizadas.<sup>4</sup>

Em 2012, o COFEN delibera a resolução 429, que dispõe sobre o Registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte, tradicional ou eletrônico. Define nos seus Art. 1º e 2º como “responsabilidade e dever dos profissionais de Enfermagem registrar”, seja no prontuário do paciente ou em documento próprio da instituição, “as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho”, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência prestada.<sup>5</sup>

As Anotações de Enfermagem são registros:<sup>1</sup>

- Todos os cuidados prestados – incluem as prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferências de setor, entre outros;
- Sinais e sintomas – incluem os identificados através da simples observação e os referidos pelo paciente. Importante destacar que os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e não normotenso, normocárdico, etc;
- Intercorrências – incluem os fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas;
- Respostas dos pacientes às ações realizadas.

As Anotações de Enfermagem devem ser registradas em formulários/documentos, com cabeçalho devidamente preenchido com os dados completos do paciente, de acordo com os critérios estabelecidos na instituição.

Para que o registro seja eficaz, deve-se considerar:<sup>6</sup>

- Dados de identificação do paciente, como nome completo, registro, quarto, leito e diagnóstico médico;
- Registros legíveis e compreensíveis;
- Considerar escrita, entendimento durante a leitura, organização da escrita, não deverá ter rasuras e erros de escrita;
- Deverá conter data, horário/turno, número do COREN e assinatura do funcionário;
- O registro deverá ser realizado de forma objetiva e científica;
- O registro deverá ser descritivo, pelo menos uma (1) vez em cada plantão/turno de trabalho, relatando as condições gerais do paciente, as ações prestadas e intercorrências.
- A prescrição de enfermagem deverá ser checada no turno avaliado;
- A prescrição de enfermagem correspondente ao turno da anotação avaliada deve ter sido checada corretamente e completamente;

- As anotações deverão estar de acordo com todos os itens da prescrição de enfermagem;
- Deverá considerar uso de linguagem formal e universal, presença de opiniões próprias/julgadoras, presença de siglas não padronizadas na instituição, anotações/palavras que permitam mais de uma interpretação (ex: pouco, boa).

Algumas regras são importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem dentre as quais:<sup>1,7</sup>

- Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
- Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional ao final de cada registro;
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
- Devem, ainda, constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
- Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;
- Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);
- Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
- Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico; pupilas isocóricas, etc., visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro.

No *checklist* descrito neste trabalho, a autora, definiu pontos importantes, de maneira sistematizada, com intuito de proporcionar uma visão ampla quanto ao assunto abordado. Posteriormente, esta pesquisa será redimensionada para a construção de *checklist* de procedimentos específicos de enfermagem.

**LISTA DE MATERIAIS:**

- Papel
- Caneta
- Computador
- Impressora
- Tinta

## CHECK LIST - HABILIDADE: REGISTROS DE ENFERMAGEM

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Conferiu e registrou cabeçalho, com dados completos do paciente/horário/ quarto e leito			
Verificou a prescrição de enfermagem			
Verificou e checkou os procedimentos realizados, contidos na prescrição de enfermagem do dia			
Registrou nome completo e COREN			
Registrou os cuidados prestados e a condição do paciente			
Registrou presença de acompanhante no prontuário			
Observou e anotou o grau de dependência e as queixas relacionadas ao motivo da internação.			
Registrou nível de consciência (lucidez/orientação)			
Observou e anotou as necessidades biopsico-socio-espirituais, (estado emocional, autoestima, participação, família, lazer, religiosidade)			
Observou e registrou as necessidades de hidratação, oxigenação, sono e repouso, alimentação, eliminação do paciente			
Registrou atividades físicas praticadas do tipo mecânica Corporal			
Observou e registrou integridade física, amputação, deformidade, próteses, órteses, problemas relacionados ao uso de prótese.			
Observou e registrou integridade cutâneo-mucosa (condição da pele/lesões do paciente).			
Observou e registrou a presença de lesões prévias e sua localização: feridas corto-contusas, hematoma, úlceras de pressão ou crônicas, e outras.			
Observou e anotou cuidado corporal, prescrição de enfermagem, cuidado prestado e/ou condição da higiene do paciente.			
Observou e registrou a regulação térmica, hormonal, neurológica, hidroeletrólítica e vascular			
Verificou e registrou o valor da glicemia capilar e os sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia			

Verificou e registrou sinais vitais			
Registrou as eliminações (urina, fezes, êmese, drenagens)			
Realizou e anotou os procedimentos (punção de acesso venoso, coleta de exames, necessidade de elevação de grades, contenção e outros);			
Administrou e registrou os medicamentos, considerando via, local e horário			
Observou e registrou após a administração de medicamentos, via oral, dificuldade como: deglutição, presença de vômitos, etc.			
Observou e registrou após a administração de medicamentos, via Retal, o dispositivo utilizado e seu efeito			
Anotou o motivo da não aceitação do paciente para medicação prescrita e as suas providências			

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN/SP). Anotações de Enfermagem. São Paulo: COREN/SP, 2009. Disponível em <https://portal.coren-sp.gov.br>
2. Carrijo AR, Oguisso T. Trajetória das Anotações de Enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). Rev Bras Enferm. 2006; 56(Spe): 454-8.
3. Borsato FG, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Vannuchi MTO, Vituri DW. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. Acta Paul Enferm. 2011; 24 (4): 527-33. Disponível em <http://www.scielo.br>
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de 117 Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN, 2009. Disponível em <http://www.COFEN.gov.br>
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em <http://www.COFEN.gov.br>
6. Kuiava IB. Registro das ações de enfermagem: avaliação e proposições para a prática (Dissertação). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Mestrado Profissional. 2016.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Guia de recomendações de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. Brasília: COFEN, 2015. Disponível em <http://www.COFEN.gov.br>

## 3.5 COLOCAÇÃO DE LUVAS ESTÉRIL

Ana Paula Falcoski Martinelli Silva<sup>5</sup>

Marisa Paula de Freitas Silva<sup>6</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Colocação de luva estéril
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	1 hora/ aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Habilitar o aluno à colocação de luva estéril de forma correta, evitando contaminar ou transmitir infecções na utilização de materiais estéreis ou na realização de procedimentos invasivos, prevenindo infecção hospitalar.</p> <p>Manter a esterilidade do material manipulado, utilizando técnicas assépticas.</p> <p>Manter proteção individual ao manipular áreas de pele e ou mucosas infeccionadas do paciente e outros fluidos corporais.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>As luvas funcionam como barreira, atuando no controle da disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar. Elas podem ser estéreis (Cirúrgicas, utilizada me procedimentos invasivos ou manipulação de material estéril) ou de procedimento (Limpas, não estéreis, utilizadas para proteção do profissional na manipulação de materiais infectados ou com procedimentos com risco de exposição a sangue, fluidos corporais e secreções).<sup>1</sup></p> <p>Os profissionais de saúde devem utilizar luvas para evitar que os microrganismos que estão na pele das mãos do profissional de saúde sejam transmitidos aos pacientes e para evitar que estes profissionais adquiram infecções dos pacientes.<sup>1</sup></p> <p>A indicação de luvas estéreis é para todo procedimento cirúrgico, técnicas com procedimentos invasivos e manipulação de material estéril. O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos.<sup>2</sup></p> <p>As luvas cirúrgicas ou de procedimentos são consideradas como Equipamento de Proteção Individual (EPI) e devem possuir o Certificado de Aprovação (CA).<sup>3</sup></p>

5. Etec Paulino Botelho – São Carlos

6. Etec Darcy Pereira de Moraes – Itapetininga

## TÉCNICA DE COLOCAÇÃO DE LUYA ESTÉRIL<sup>4, 5</sup>

1. Separar o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Selecionar o par de luvas com ajuste correto observando as condições da embalagem, garantindo a integridade;
4. Colocar a embalagem sobre a mesa ou bancada garantindo que esteja seca;
5. Abrir a embalagem externa, retirar a embalagem do seu interior e desfazer as dobras do campo cuidadosamente sem tocar na parte interna de forma que os punhos da luva fiquem voltados para você.
6. Segurar o punho dobrado da luva estéril com o polegar e o indicador da mão não - dominante;
7. Com um único movimento, introduzir a outra mão na luva mantendo dobrada ao nível do punho;
8. Pegar a outra luva com a mão enluvada, deslizando os dedos por baixo no punho da outra luva com movimento único, mantendo o polegar para fora;
9. Introduzir a luva na mão não enluvada;
10. Ajustar os dedos, espaços interdigitais e os punhos para que as luvas fiquem confortáveis tocando somente locais estéreis.

## LISTA DE MATERIAIS

- 1 par de luvas estéreis com numeração adequada ao profissional
- Mesa ou bancada para apoio do material.

## CHECK LIST - HABILIDADE: COLOCAÇÃO DE LUVA ESTÉRIL

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Higienizou as mãos			
Observou as condições da embalagem da luva			
Colocou a embalagem sobre a mesa ou bancada seca			
Abriu a embalagem externa da luva corretamente			
Abriu a embalagem interna da luva corretamente			
Segurou com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma			
Unir os dedos da mão dominante, com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la na abertura da luva, tracionando a luva com a mão não dominante em direção ao punho, até calçá-la por completo, desfazendo a dobra do punho			
Ajustou os dedos da mão que estão dentro da luva na medida em que a traciona			
Colocou os dedos da mão enluvada por baixo da dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura;			
Uniu os dedos da mão não dominante e introduzir na abertura da luva com a palma da mão voltada para cima, tracionando a luva em direção ao punho até calça-la por completo, desfazendo a dobra do punho			
Segurou com o polegar e indicador da mão não dominante a dobra do punho da luva da outra mão, expondo a abertura da mesma			
Ajustou as luvas de ambas às mãos;			
Manteve a mão enluvada longe do corpo e outras superfícies			
Retirou as luvas com técnica de biossegurança			
Descartou as luvas em recipiente adequado			
Higienizou as mãos			

## REFERÊNCIAS

1- Carregal DC. Luvas estéreis e de procedimentos. Acesso em: 24 jan 2019. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/conteudo/luvas/54602>.

2 - Organização Mundial da Saúde. Desafio: Uma assistência limpa é uma assistência mais segura: Folha Informativa 6 – O primeiro desafio mundial para a segurança do paciente. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura. S/D. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/servicosaude/controler/...oms/folha%20informativa%206.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controler/...oms/folha%20informativa%206.pdf)

3 - Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Infecção Hospitalar. Recomendações sobre o uso de luvas em serviços de saúde. 2016.

4 - Volpato ACB, Passos VCS. Técnicas Básicas de Enfermagem. 4. Ed. São Paulo: Martinari, 2015.

5 - Universidade de São Paulo. Disciplinas da USP. Colocação e retirada de luvas estéreis. S/D. Disponível em: <https://edisdisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=24857>

## 3.6 RETIRADA DE LUVAS ESTÉRIL

Ana Paula Falcoski Martinelli Silva<sup>7</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Retirada de luva estéril
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	1 horas/ aula
<b>OBJETIVO</b>	Habilitar o aluno na retirada de luva estéril de forma correta, evitando contaminar-se.
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A retirada das luvas deve ser feita da forma correta para evitar a contaminação após o término do procedimento.</p> <p>Os profissionais de saúde devem retirar as luvas de forma correta para evitar a contaminação do ambiente e dos profissionais de saúde.<sup>1</sup></p> <p>As luvas cirúrgicas ou de procedimentos são consideradas como Equipamento de Proteção Individual (EPI) e devem possuir o Certificado de Aprovação (CA).<sup>2</sup> Portanto, a sua retirada também deve ser feita na técnica correta.</p>
<b>TÉCNICA DE RETIRADA DE LUVAS ESTÉRIL:3, 4</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Retirar a luva puxando-a perto da extremidade do punho, invertendo-a, com a área contaminada para o lado interno e continuar segurando a luva;</li><li>2. Colocar os dedos da mão sem luva na parte interna do punho da outra mão enluvada;</li><li>3. Retirar as luvas dobrando-a para fora sobre a mão e a outra luva;</li><li>4. Descartar as luvas em recipiente de resíduo infectante;</li><li>5. Realizar higienização das mãos.</li></ol>
<b>LISTA DE MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recipiente de resíduo infectante</li></ul>

<sup>7</sup>. Etec Paulino Botelho – São Carlos

## CHECK LIST - HABILIDADE: RETIRADA DE LUVA ESTÉRIL

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Retirou a luva puxando-a perto da extremidade do punho,			
Inverteu a luva com a área contaminada para o lado interno e continuou segurando-a;			
Colocou os dedos da mão sem luva na parte interna do punho da outra mão enluvada;			
Retirou a luva dobrando-a para fora sobre a mão da outra luva na técnica de biossegurança;			
Descartou as luvas em recipiente adequado			
Higienizou as mãos			

## REFERÊNCIAS

1 - Organização Mundial da Saúde. Desafio: Uma assistência limpa é uma assistência mais segura: Folha Informativa 6 – O primeiro desafio mundial para a segurança do paciente. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura. S/D. Disponível em: [www.anvisa.gov.br/servicosaude/controler/...oms/folha%20informativa%206.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controler/...oms/folha%20informativa%206.pdf)

2 - Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Infecção Hospitalar. Recomendações sobre o uso de luvas em serviços de saúde. 2016.

3 - Volpato ACB, Passos VCS. Técnicas Básicas de Enfermagem. 4. Ed. São Paulo: Martinari, 2015.

4 - Universidade de São Paulo. Disciplinas da USP. Colocação e retirada de luvas estéreis. S/D. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=24857>

# 3.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

Ana Paula Morguetti Camargo<sup>8</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Assistência de Enfermagem no Pós-Operatório
<b>CURSO</b>	Auxiliar de Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	3 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Garantir uma recuperação segura, prevenindo, detectando e atendendo às complicações que possam advir do ato anestésico cirúrgico.</p> <p>Ajudar o recém operado a normalizar suas funções, com conforto e segurança.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A enfermagem é a equipe que está em contato com o paciente 24 horas, mantendo um tratamento contínuo, e humanizado durante a hospitalização<sup>1</sup>. Em um procedimento cirúrgico, existem 3 fases operatórias: Pré, Trans e Pós cirúrgico<sup>1-2</sup>.</p> <p>O período se estende desde o momento em que o paciente deixa a sala de cirurgia até a última visita de acompanhamento com o cirurgião<sup>2</sup>. Alguns cuidados devem ser tomados, sendo eles: paciente deve ser coberto com cobertores leves; a cama ou maca deve ser provida de grades laterais, assegurando proteção para o paciente, no caso de passar por um estágio de excitação ao se recuperar do anestésico; e a equipe de enfermagem deve informar os familiares sobre a evolução cirúrgica do paciente e os possíveis motivos para atrasos que possam ocorrer, aconselhando os membros da família a permanecerem na área de espera designada.<sup>3,4</sup></p> <p>A fase de recuperação pós-anestésica é crítica e requer atenção e vigilância constante sobre os pacientes, pois é nela que podem ocorrer complicações consequentes à ação depressora das drogas anestésicas sobre o sistema nervoso e ao próprio ato cirúrgico.<sup>4</sup></p> <p>Assim, temos duas fases nos cuidados pós-anestésicos. A fase I da Recuperação Pós Anestésica usada durante a fase de recuperação imediata, normalmente existem nos hospitais dentro do centro cirúrgico; e a fase II da Recuperação Pós Anestésica reservada para os pacientes que precisam de observação menos frequentes e menos cuidados de enfermagem.</p>
<b>LISTA DE MATERIAIS:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Caneta;</li><li>• Ficha pós-operatória</li></ul>

<sup>8</sup>. Etec Orlando Quagliato

## CHECK LIST - HABILIDADE: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Lavou as Mãos			
Verificou a Identificação do paciente			
Checou o Prontuário do paciente			
Verificou o nível de consciência			
Verificou os sinais vitais			
Verificou a presença de náuseas e vômitos			
Anotou a presença de queixas de dor			
Anotou o tipo de anestesia utilizada			
Anotou as condições de pele e perfusão tecidual			
Anotou presença e volume do sistema de drenagem			
Verificou o curativo cirúrgico			
Anotou tipo e aspecto da secreção cirúrgica			
Anotou a presença de mobilidade dos membros			
Verificou a permeabilidade do Acesso venoso			
Checou a prescrição de enfermagem no pós-operatória			
Realizou a anotação de enfermagem			

## REFERÊNCIA

1. Instrumento Checklist de Segurança Cirúrgica Pré e Pós-Operatório (CSCPP). Curitiba, PR, Brasil, 2014;
2. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002; (10)5: 690-695.
3. Nettina S. Prática de Enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
4. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler AC. Planos de Cuidado de Enfermagem. 5ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

## 3.7 PASSAGEM DE SONDA NASOGÁSTRICA (SNG)

Antonia de Fátima Zanchetta Serradilha<sup>2</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Passagem de Sonda Nasogástrica (SNG)
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1.º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	04h/a
<b>OBJETIVO</b>	Facilitar o conhecimento e a habilidade do aluno na realização da técnica de Sondagem Nasogástrica, por meio de simulação realística, para o desenvolvimento e aprimoramento da assistência segura de enfermagem.
<b>CONTEÚDO</b>	A passagem de Sonda Nasogástrica (SNG) é um procedimento invasivo onde uma sonda tipo Levine é introduzida pela narina, com técnica específica, posicionando-se a proximidade distal no estômago. <sup>1</sup>

A SNG tem funções de suprir as necessidades nutricionais, hidratar o paciente, administrar medicamentos, quando se encontra impossibilitado de ingerir alimentos e/ou medicamentos por via oral, além de drenar conteúdo gástrico, aliviar distensão abdominal, a e de se realizar lavagem gástrica, quando indicado. Constitui uma via de mais fácil acesso ao trato gastrointestinal, além de menor custo, e, permite ainda a atuação das enzimas digestivas habituais para pacientes com função gastrointestinal preservada e sem grandes riscos de aspiração e refluxo gastroesofágico.<sup>2</sup>

Esse procedimento exige habilidade prévia com domínio do conhecimento para sua execução segura, visto que pode provocar algumas complicações e danos, como, traumas na inserção o que pode levar à perfuração esofágica e pneumotórax, bem como inserção traqueal com o deslocamento da sonda para os pulmões, que pode resultar em pneumonia aspirativa e, conseqüente, óbito, além de lesões nasais e orofaríngeas, bem como estenose esofágica.<sup>3</sup>

Diante disso, os conhecimentos e habilidades precisam ser garantidos na formação dos profissionais de enfermagem, incluindo a identificação de fatores relacionados à realização inadequada do procedimento, que fornece subsídios para a formação de profissionais mais capacitados para o desenvolvimento e aprimoramento da assistência segura de enfermagem.

<sup>1</sup> 9. Etec Elias Nechar – Catanduva

## LISTA DE MATERIAIS

- Bandeja
- Sonda gástrica tipo Levine n.º 12;14;16 ou 18
- Luvas de procedimento
- Esparadrapo
- Fita hipoalergênica
- Xilocaína gel
- Seringa de 20 ml
- Estetoscópio
- Cuba rim;
- Copo com água
- Frasco de drenagem
- Toalha
- Biombo

## CHECK LIST - HABILIDADE: PASSAGEM DE SONDA NASOGÁSTRICA (SNG)<sup>4</sup>

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Realizou a higienização das Mãos			
Verificou na prescrição médica a indicação da sondagem			
Revisou o histórico do paciente para constatar condições nasais que contraindiquem a passagem da sonda pelo nariz (nesse caso faz-se a passagem pela cavidade oral)			
Avaliou o estado mental do paciente e explicou o procedimento ao paciente (mesmo inconsciente)			
Avaliou as narinas verificando algum fator que contraindique sua passagem (obstrução nasal, desvio de septo acentuado, presença de secreção)			
Avaliou a capacidade do paciente para deglutição			
Assegurou a privacidade do paciente com biombos			
Realizou a higienização das mãos			
Colocou o paciente em posição sentada ou elevar a cabeceira da cama a 45°, colocando a toalha sobre o tórax			
Calçou luvas de procedimento			
Verificou o uso de prótese dentária			
Mediu a sonda Levine da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide e marcou o local com um pedaço de esparadrapo			
Lubrificou aproximadamente 8 cm da extremidade anterior da sonda com xilocaína gel			
Solicitou ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax			
Introduziu a sonda suavemente pela narina escolhida até ultrapassar a epiglote			
Voltou a cabeça para a posição ereta e continuou introduzindo a sonda até o ponto marcado na mesma			

Certificou-se do posicionamento correto da sonda			
Fixou a sonda com um pedaço de fita hipoalergênica			
Posicionou o paciente de forma confortável			
Recolheu o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem			
Retirou luva de procedimento			
Encaminhou o material permanente para a sala de utilidades, lavou, secou e higienizou a bandeja			
Realizou a higienização das mãos			
Checkou o horário do posicionamento da sonda na prescrição médica, com a rubrica de quem instalou			
Descreveu o procedimento realizado no impresso de anotações de enfermagem, assim como suas possíveis intercorrências.			

## REFERÊNCIAS

1 - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de enfermagem. Coordenação de Educação Permanente (COEP). POP – 014/13. Sondagem Nasogástrica. [acesso em: 24 nov 2018]. Disponível em: [www.hucff.ufrj.br/download/18divisao-de-enfermagem](http://www.hucff.ufrj.br/download/18divisao-de-enfermagem)

2 - Malta MA, Carvalho Jr AF, Andreollo NA, Freitas MIP. Medidas antropométricas na introdução da sonda nasogástrica para nutrição enteral empregando a esofagogastroduodenoscopia. *Arq Bras Cir Dig* [internet]. 2013 [acesso em: 24 nov 2018]; 26(2):107-111. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202013000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202013000200007&script=sci_arttext&tlng=pt).

3 - Gomes Júnior CAR, Lustosa SAS, Matos D, Andriolo RB, Waisberg DR, Waisberg J. Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric tube feeding for adults with swallowing disturbances. *The Cochrane Library* [internet]. 2012 [acesso em: 24 nov 2018]. 1-50. Disponível em: <http://www.updatesoftware.com/bcp/wiley/pdf/en/cd008096.pdf>.

4 - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão de Enfermagem. Sondagem Nasogástrica. 2013. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=245:pop-n-14-sondagem-nasogastrica>. Acesso em: 08 jan 2019.

## 3.8 HIGIENE ORAL EM PACIENTES INTUBADOS

Benedito Cherbéu Dlessandre Oliveira<sup>10</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Higiene oral em pacientes intubados
<b>CURSO</b>	Técnico Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	3º
<b>CARGA HORÁRIA</b>	10 horas aula
<b>OBJETIVOS</b>	<p>Estabelecer protocolo para higiene oral em pacientes intubados.</p> <p>Estabelecer competências sobre a higiene oral em pacientes intubados;</p> <p>Desenvolver habilidades para o procedimento;</p> <p>Discutir o uso de clorexidina para a higiene oral em pacientes intubados.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A higiene oral é um procedimento muitas vezes relegado a segundo plano, o que traz consequências para a qualidade de vida do paciente e pode contribuir para a infecção hospitalar. Esse risco está relacionado à debilidade do paciente e a equipe de enfermagem desempenha um papel muito relevante neste processo de manutenção de uma saúde bucal adequada<sup>1</sup>.</p> <p>Uma higiene oral inadequada predispõe ao aparecimento de biofilme e saburra. Ambos contêm microrganismos que podem levar a afecções da boca que podem migrar acarretando infecções sistêmicas principalmente dos aparelhos circulatório e cardiovascular<sup>2</sup>.</p> <p>As discussões modernas apontam para alguns tipos de solução para a higiene oral e dentre elas se destaca o uso da clorexidina 0.12%. Seu uso em protocolos vem se destacando como eficientes na diminuição de pneumonias associadas à ventilação mecânica<sup>3</sup>.</p> <p>Em estudos realizados identificou-se que a Higiene Oral com Clorexidina a 0.12% é efetiva contra placa bacteriana e gengivite e tem um efeito residual de 12 horas inibindo a colonização e a aderência de elementos aos dentes, à cavidade oral e ao tubo. Porém apesar dos benefícios há que se tomar cuidados com sua utilização, pois ela pode causar alteração de coloração dos dentes, perda do paladar, lesão nos tecidos moles, dor, ulceração da mucosa e gosto residual desagradável<sup>4</sup>.</p>

<sup>10</sup>. Etec Pedro Ferreira Alves – Mogi Mirim

Enfim, entende-se que somente a utilização de produtos específicos não garante a eficácia da higiene oral. Se não empregadas as medidas corretas, um artifício que seria preventivo acaba por ser um deflagrador de lesões e até mesmo de infecções hospitalares relacionadas à pacientes em intubação oro traqueal.

#### **LISTA DE MATERIAIS<sup>5</sup>**

- Luvas de procedimento
- Máscara
- Avental
- Óculos de proteção;
- Material de higiene pessoal (escova de dente com cerdas macias, creme dental, antisséptico oral sem álcool (Gluconato de clorhexidina 0,12%, protetor labial e toalha);
- Bandeja,
- Papel toalha,
- Copo descartável com água,
- Cuba rim
- Cadarço;
- Saco plástico para resíduos.

## CHECK LIST - HABILIDADE: HIGIENE ORAL EM PACIENTES INTUBADOS

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Higienizou as mãos adequadamente			
Reuniu todos os materiais necessários			
Identificou o paciente pelo nome			
Orientou o paciente adequadamente			
Colocou o biombo			
Utilizou todos os EPIs (colocou luva, óculos);			
Posicionou o paciente no decúbito Fowler			
Abaixou as grades			
Observou integridade da mucosa bucal e da região de inserção do tubo orotraqueal;			
Realizou a limpeza mecânica dos dentes e da cavidade oral com creme dental com movimentos circulares de cima para baixo			
Realizou o enxague da boca com clorexidina 0,12%			
Realizou a aspiração da boca durante a higienização			
Retirou o excesso de produto aplicado na boca			
Trocou o cadarço de fixação do tubo			
Lubrificou os lábios corretamente			
Levantou as grades da cama			
Deixou o paciente confortável			
Encaminhou resíduos para o local destinado			
Lavou as bandejas e cuba rim			
Higienizou as bandejas e cuba rim com álcool 70%			
Higienizou as mãos pós procedimento			
Checkou a prescrição de enfermagem após a assistência			
Verificou se a unidade está em ordem			

## REFERÊNCIAS

1. Nogueira JWS, Jesus CAC. Higiene Bucal no paciente internado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enf. Disponível em: <http://doi.org/10.5216/ree.v19.41480.2017>. Acessado em: 14/08/2018.
2. Cruz MK, Morais TMN, Trevisani DM. Avaliação Clínica na cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. Rev. Bras. Ter. intensiva vol.26 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2014.
3. Mota EC et al. Incidência da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva, Medicina Intensiva, Ribeirão Preto;50(1):39-46, 2017.
4. Pegoraro J et al, Efeitos adversos do gluconato de clorexidina à 0,12%. J Oral Invest, 2014; 3(1): 33-37.
5. Extraído de Hospital São Paulo. SPDM – Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina Hospital Universitário da UNIFESP. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO: Higiene Oral no Paciente Acamado. Disponível em: [http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/POP\\_Higiene\\_Oral\\_Paciente\\_Acamado.pdf](http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/manuais/arquivos/2015/POP_Higiene_Oral_Paciente_Acamado.pdf). Acesso em: 08 jan 2019.

## 3.9 CÁLCULO DE GOTEJAMENTO

Bianca Oliveira Ruiz<sup>11</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Cálculo de gotejamento
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	8 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	Habilitar os alunos a realizarem cálculos de gotejamento corretamente, de acordo com a prescrição médica, a fim de não causar danos ao paciente e manter a eficácia da medicação.
<b>CONTEÚDO</b>	É o cálculo de quantas gotas ou microgotas devem ser administradas por minuto, para que a medicação seja infundida no tempo prescrito.

A administração de medicação é um processo complexo, que tem seu início na prescrição médica e se finaliza na administração dos fármacos<sup>1</sup>. Tal administração é uma das principais funções da assistência da equipe de enfermagem, sobretudo dos auxiliares e técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro<sup>2</sup>.

Os profissionais devem se atentar aos possíveis erros de medicação, entre os quais podem ser considerados a omissão de dose, diluição incorreta, cálculo de dose errada, técnica inadequada, via de administração errada, velocidade errada, erro no monitoramento e duração, horário incorreto, paciente errado e administração de medicamentos incorretos ou deteriorados<sup>3</sup>.

Visto isso, a fim de evitar tais erros e maiores complicações, os integrantes da equipe de enfermagem devem ter conhecimentos teóricos e práticos para a correta administração. Entre esses conhecimentos, os fundamentos da aritmética e matemática auxiliam na prevenção de erros nos momentos de preparo, cálculo de dosagem e administração<sup>4</sup>.

---

11. Etec Paulino Botelho – São Carlos

O cálculo de gotejamentos é considerado parte importante da administração de medicação. A tarefa de administração de medicamentos atualmente é realizada em sua maioria por bombas de infusão, tais equipamentos podem falhar e caberá à equipe de enfermagem exercer essa atividade. Além disso, tal conteúdo é abordado amplamente em provas e concursos<sup>4</sup>. Assim, passaremos a fundamentar conteúdo do cálculo de gotejamento. Considerando:<sup>4</sup> volume da substância que será infundida em ml (V); Tempo, em horas ou minutos, em que a substância será infundida (T); gotas que serão infundidas (gts); e microgotas que serão infundidas (mgts).

Existem fórmulas utilizando o tempo em horas ou minutos, porém, o cálculo terá como resultado final gotas por minuto (gts/min) ou microgotas por minuto (mgts/min), de acordo com a prescrição médica.

Tendo as informações necessárias, o profissional deve substituir os valores nas fórmulas adequadas, considerando a fórmula de horas quando o tempo for “horas inteiras”, como 1h, 2h, 3h, assim por diante<sup>4</sup>.

$\text{gts/min} = \frac{V}{T \times 3}$	<p>V = volume a ser infundido T = tempo estipulado para a infusão em horas 3 = constante</p>
$\text{mgts/min} = \frac{V}{T}$	<p>V = Volume a ser infundido T = tempo estipulado para a infusão em horas</p>

**Fonte:** COREN. Conselho Regional de Enfermagem. Boas práticas: cálculo seguro. Volume II. Cálculo e diluição de medicamentos. 2011, p. 17.

No caso do tempo em minutos (30 min, 150 min, etc), deve-se utilizar a seguinte fórmula<sup>4</sup>:

$\text{gts/min} = \frac{V \cdot 20}{T}$	<p>V = Volume a ser infundido 20 = Constante T = tempo estipulado para a infusão em minutos</p>
$\text{mgts/min} = \frac{V \cdot 60}{T}$	<p>V = Volume a ser infundido 60 = Constante T = tempo estipulado para a infusão em minutos</p>

**Fonte:** COREN. Conselho Regional de Enfermagem. Boas práticas: cálculo seguro. Volume II. Cálculo e diluição de medicamentos. 2011, p. 17.

Abaixo, segue alguns exemplos da utilização das fórmulas para o cálculo de gotejamento:

### EXEMPLO 1:

Foi prescrito 250 ml de SF 0,9% para ser infundido em 2h. Realizar o cálculo de gotejamento em gts/min.

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

$$T = 2 \text{ h}$$

$$\text{gts/min} = \frac{V}{T \times 3} = \frac{250}{2 \times 3} = \frac{250}{6} = 41,66 \approx 42 \text{ gts/min}$$

**Importante:** Por ser hora inteira (2h), utiliza-se a fórmula de horas. Porém, a resposta continua sendo gts/min.

### EXEMPLO 2:

Foi prescrito 100 ml de SF 0,9% para ser infundido em 3h30min. Realizar o cálculo de gotejamento em mgts/min.

$$V = 100 \text{ ml}$$

$$T = 3\text{h}30\text{min} \rightarrow 210 \text{ min}$$

$$\text{mgts/min} = \frac{V \times 60}{T} = \frac{100 \times 60}{210} = \frac{6000}{210} = 28,57 \approx 29 \text{ mgts/min}$$

**Importante:** Como não são horas inteiras, deve-se transformar 3h30min em minutos. Assim, equivale a 210 min. A resposta continua sendo em mgts/min.

### LISTA DE MATERIAIS

- Folha sulfite
- Lápis
- Borracha
- Calculadora

## CHECK LIST - HABILIDADE: CÁLCULO DE GOTEJAMENTO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Verificou a prescrição médica			
Utilizou a fórmula correta para o cálculo da medicação			
Levantou as informações necessárias (gts/ min ou mgts/min; volume; tempo)			
Utilizou os dados correto da fórmula			
Realizou as contas corretamente (divisão e multiplicação)			
Checar novamente o cálculo da medicação após resultado			
Aproximou o resultado, conforme protocolo			
Separou a solução a ser infundida			

## REFERÊNCIAS

1 - Nogueira FJ, Gabriele R, D’Innocenzo M, Amaral BBP. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2010 Dec [citado 03 Dez 2018]; 63(6): 927-932. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/09.pdf>>.

2 - Henriques CJA, Bortoli CSH. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. Rev Latino-am Enfermagem. [Internet]. 2001 Mar [citado 03 Dez 2018]; 9(2): 56-60. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11515.pdf>>.

3 - NCCMERP – National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. About Medication Errors: What is a Medication Error? 2016. Disponível em <<https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>>. Acesso em 03 Dez 2018.

4 - COREN. Conselho Regional de Enfermagem. Boas práticas: cálculo seguro. Volume II. Cálculo e diluição de medicamentos. 2011. Disponível em <[https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/boas-praticas-calculo-seguro-volume-2-calculo-e-diluicao-de-medicamentos\\_0.pdf](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/boas-praticas-calculo-seguro-volume-2-calculo-e-diluicao-de-medicamentos_0.pdf)>. Acesso em 03 Dez 2018.

## 3.10 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM CATETER VESICAL DE DEMORA

Camila Eugenia Roseira<sup>12</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Cuidados de enfermagem com cateter vesical de demora
<b>CURSO</b>	Técnico de Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA:</b>	3 aulas/ 3 horas
<b>OBJETIVO</b>	<p>Desenvolver habilidade para o cuidado com a cateterismo vesical</p> <p>Identificar os riscos de manejos inadequados do dispositivo</p> <p>Orientar o aluno para o desenvolvimento da técnica que garanta segurança ao paciente.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>Denomina-se cateterismo vesical de demora, ou sondagem vesical de demora, a inserção de um cateter estéril pela uretra com progressão até a bexiga, cuja finalidade é drenar a urina armazenada na mesma<sup>1-3</sup>.</p> <p>Seu uso sucede várias condições clínicas, como impossibilidade de micção espontânea, necessidade de monitorização hemodinâmica em pacientes clinicamente instáveis ou mesmo pós-operatório, quando o cateterismo intermitente ou condon não forem possíveis.<sup>4</sup></p> <p>O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), 450/2013, e do parecer do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (Coren-SP) nº006/2015 a inserção do cateter é privativa do enfermeiro, uma vez que seja um procedimento invasivo, relacionado a riscos como infecção do trato urinário, ou mesmo, trauma, contudo, deve-se salientar que a mesma normativa estabelece as recomendações e atribuições às categorias da equipe de enfermagem, a fim de prevenir agravos decorrentes de procedimentos inadequados, o que justifica a necessidade de aprendizagem desta habilidade a nível técnico.<sup>2,5</sup></p>

12. Etec Paulino Botelho – São Carlos

Para tanto, a presente habilidade tem por foco o curso para qualificação técnica de nível médio de enfermagem, devendo ser ministrada no primeiro módulo, no componente curricular “Semiotécnica em enfermagem”, o qual possui uma carga horária de 160 horas-aula, das quais, sugere-se que três sejam destinadas à aprendizagem desta habilidade, que tem por objetivo auxiliar aos discentes a realizarem sua assistência aos pacientes que estiverem em uso de cateter vesical de demora de forma a minimizar danos ao mesmo, e, também, de auxiliar ao docente durante a avaliação do mesmo, a partir de um checklist para padronização desta prática, o que minimiza a probabilidade de banalizar etapas importantes do processo de assistência aos pacientes com este dispositivo.

Estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) identificou algumas práticas que podem desencadear infecção do trato urinário em pacientes em uso de cateter vesical de demora, como o tempo de permanência da sonda, doenças de base dos pacientes, higiene íntima realizada inadequadamente e déficit na realização de higienização das mãos, podendo culminar no prolongamento do tempo de internação do paciente, impactando seu prognóstico e custos para a instituição <sup>(4,6,7)</sup>. Ou seja, dentre os fatores desencadeantes de infecção, muitos são preveníveis a partir do manuseio adequado do dispositivo pela equipe de enfermagem, dentre os quais técnicos de enfermagem fazem parte.

A partir disto, sugere-se que o discente do curso técnico em enfermagem (a quem se destina atividades prescritas pelo enfermeiro, enquanto técnico de enfermagem, seja treinado quanto à habilidade nos seguintes fatores <sup>(1,2, 4,8-10)</sup>:

- Higienização das mãos.
- Realização da higiene íntima.
- Cuidados com a bolsa coletora.
- Cuidados com o cateter vesical.
- Higiene íntima.

Considerando-se que, atualmente, deseja-se estabelecer um aprendizado crítico-reflexivo em que o discente possa compreender a importância de seus cuidados ao invés de realizá-los de forma mecanizada, tem-se aspectos relevantes a serem considerados para a padronização dos cuidados supracitados, conforme tabela 1: <sup>(1,4,8-14)</sup>

**Tabela 1:** Principais cuidados de enfermagem aos pacientes em uso de cateteres vesicais.

HIGIENE ÍNTIMA	CUIDADOS COM BOLSA COLETORA	CUIDADOS COM O CATETER VESICAL	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de precaução padrão</li> <li>- Biombo para privacidade do paciente</li> <li>- Água e antisséptico ao auxiliar em cateterização vesical</li> <li>- Água e sabonete comum para higiene diária e sempre que necessário</li> <li>- Higienização meato-sonda</li> <li>- Higienização das mãos antes e após o procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de precaução padrão</li> <li>- Não Permitir que a bolsa coletora toque o chão</li> <li>- Manter a mesma abaixo do nível de inserção do cateter urinário</li> <li>-Desprezar diurese quando metade da mesma estiver completa</li> <li>- Desprezar diurese quantificando em frasco coletor rígido e graduado</li> <li>- Higienização das mãos antes e após o procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de precaução padrão</li> <li>- Fixação do cateter em região hipogástrica ou coxa do paciente com fita microporosa ou dispositivo protocolado pela instituição</li> <li>- Verificação da manutenção/esterilização do sistema fechado</li> <li>- Para exame de urina, coletar pequena amostra através de aspiração de urina com agulha estéril de dispositivo de drenagem sem desconectar o sistema, após desinfecção do dispositivo de coleta</li> <li>- Higienização das mãos antes e após o procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Higienização das mãos com água e sabão neutro líquido/solução alcoólica</li> <li>- Secagem das mãos com papel toalha</li> </ul> <p>Realizá-la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antes de tocar o paciente</li> <li>- Imediatamente no período anterior à manipulação do dispositivo</li> <li>- Imediatamente antes de coletar diurese pelo sistema de drenagem</li> <li>- Imediatamente antes de desprezar diurese pela bolsa coletora</li> <li>- Antes e após a colocação de luvas de procedimento</li> <li>- Imediatamente após coletar amostra de urina</li> <li>- Imediatamente após desprezo de diurese pela bolsa coletora</li> <li>- Após tocar o paciente</li> <li>- Após tocar a unidade do paciente</li> </ul>

Fonte: EBSERH. Hospitais Universitários Federais. Procedimento Operacional Padrão: Medidas de prevenção de infecção do trato urinário. POP/CCIH/008/2016. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+MEDIDAS+DE+PREVEN%C3%87%C3%83O+DE+ITU+EBSEH+%281%29.pdf/ed6a2e70-0b81-494b-a934-b00bfb2b23a9>>. Acesso em: 02 ago. 2019.

A higienização das mãos é a medida primordial da prevenção de transmissão de patógenos e, conseqüentemente, medida principal para qualquer procedimento envolvendo a manipulação do cateter vesical ou a bolsa coletora, uma vez que, quando realizada primariamente antes de qualquer procedimento, protege o paciente contra os microrganismos (incluindo seus próprios microrganismos, o que justifica a higienização das mãos entre procedimentos no mesmo paciente) e o profissional e o ambiente quando realizada após os procedimentos.<sup>4</sup>

A utilização de precaução padrão durante o manuseio do cateter e da bolsa coletora visa a segurança do paciente e do discente/profissional durante a possível exposição aos fluidos corpóreos, responsáveis pela transmissão de alguns microrganismos que podem causar danos aos atores aqui relacionados, não substituindo a higienização das mãos prévia.<sup>11</sup>

A verificação da manutenção da esterilidade do sistema fechado, bem como do nível da bolsa coletora acima da inserção do cateter, a coleta de urina para exames laboratoriais por dispositivo de drenagem após desinfecção do sítio assim como a não exposição do sistema visam minimizar os riscos de infecção do trato urinário, visto que a abertura do sistema expõe o mesmo aos microrganismos e o refluxo urinário a partir da elevação da bolsa coletora viabiliza o refluxo intravesical de urina.<sup>4,6,10</sup>

A higiene íntima é primordial para a minimização da entrada de microrganismos pela uretra, como exposto em um trabalho em que enfermeiros entrevistados configuraram as práticas inadequadas como relacionadas às possíveis iatrogenias, tanto para a realização da sondagem quanto para a higiene íntima diária (principalmente a não realização da higiene do meato-sonda, com gaze úmida, em movimentos suaves, procedimentos estes passíveis de realização por demais membros habilitados da equipe de enfermagem.<sup>6,13</sup>

Sobre a higienização íntima, principalmente no tocante à região periuretral, revisão integrativa, identificou que, independentemente da esterilidade da água e da solução antisséptica utilizada previamente à inserção do cateter (se iodopovedine 10% ou clorexidine 0,5% ou 0,1%) não houve diferença relevante para a ocorrência de infecção, portanto, nesta habilidade sugere-se que a mesma seja avaliada pelo docente de acordo com o contexto institucional e do protocolo hospitalar ao qual se encontre.<sup>15</sup>

Sobre a importância da fixação do cateter, está se dá, não apenas para prevenção de lesão traumática na uretra, como também de infecções em decorrência da porta de entrada causada pelo trauma ou da entrada e saída do cateter conforme mobilização do paciente.<sup>13</sup> Sugere-se que em indivíduos do sexo feminino esta fixação ocorra na região da face medial da coxa, enquanto para o sexo masculino na região hipogástrica.<sup>4</sup>

É importante salientar que após qualquer manuseio deste dispositivo, deve-se proceder à anotação em prontuário, o que deve constar na avaliação do aluno, na qual deve conter a atividade realizada, complicações locais observadas, presença ou ausência de diurese, quantificação e caracterização de diurese observada, bem como queixas algícas do paciente.<sup>2,4,14</sup>

#### **LISTA DE MATERIAIS:**

- Água corrente;
- Sabonete neutro líquido;
- Fita micropor;
- Frasco rígido graduado;
- Bacias e comadres para a higienização íntima;
- Biombos;
- Agulha;
- Seringa;
- Tubo de urina para exame laboratorial, conforme protocolo institucional;
- Solução alcoólica para desinfecção de dispositivo de drenagem.
- Luvas de procedimento;

## CHECK LIST - HABILIDADE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM CATETER VESICAL DE DEMORA

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Verificou prescrição de enfermagem para o cuidado com a sondagem vesical			
Separou o material para o procedimento			
Higienizou as mãos antes da realização do procedimento			
Calçou luvas			
Comunicou e explicou o procedimento ao paciente/acompanhante			
Colocou o Biombo para maior privacidade do paciente			
Observou integridade da pele do meato unitário			
Verificou o sistema fechado da sondagem vesical.			
Realizou higiene íntima e peri uretral			
Realizou fixação do cateter vesical em coxa/região			
Realizou desinfecção do dispositivo de drenagem para coleta de urina			
Desprezou diurese de bolsa coletora em frasco rígido e graduado			
Realizou higienização das mãos após cada procedimento			
Deixou o ambiente organizado			
Realizou descarte de resíduos conforme NR32			
Anotou o volume de diurese desprezado			
Realizou anotação de enfermagem			

## REFERÊNCIAS

1. Cardoso SAC, Maia LFS. Cateterismo vesical de demora na UTI adulto: o papel do enfermeiro na prevenção de infecção do trato urinário. São Paulo: Revista Recien. 2014; 4(12):5-14.
2. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Resolução 450/2013 do COFEN normatiza o procedimento de Sondagem Vesical. 2013.
3. Figueiredo NMA, Viana DL, Machado WCA. Tratado Prático de Enfermagem. Yendis: 2 ed. 2008.
4. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN. Parecer Coren-SP CAT nº 006/2015, ementa: sondagem/ cateterismo vesical de demora, de alívio e intermitente no domicílio. 2015.
6. Merces MC, Carvalho MAM, Araújo PRS, et al. A prática do (a) enfermeiro (a) na inserção do cateter de Folley em pacientes de unidade de terapia intensiva: limites e possibilidades. Rev Epidemiol Control Infect. 2013;3(2).

7. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN. Parecer Coren-SP CAT nº 40/2010. Ementa: desobstrução de sonda vesical de demora. 2010.
8. Balduino LSC, Gomes ATL, Silva MF et al. Fatores de risco de infecção e agentes infecciosos associados ao cateterismo vesical: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line., 2013; 7(esp):4261-8.
9. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo – COREN. Parecer Coren-SP n/ 035/2014. Ementa: prescrição de cateterismo vesical por enfermeiro e monitorização/manutenção pelo auxiliar de enfermagem. 2014.
10. Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Anexo: Parecer normativo para atuação da equipe de enfermagem em sondagem vesical. 2014. Disponível em: <http://novo.portalCOFEN.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/ANEXO-PARECER-NORMATIVO-PARA-ATUACAO-DA-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM-EM-SONDAGEM-VESICAL1.pdf>.
11. Almeida TPM, Cruz CF. Diretrizes para a prática de cuidados de enfermagem com cateter vesical em pacientes de alta complexidade: Revisão sistematizada de literatura. Journal of Specialized Nursing Care. 2018; 10(1).
12. Organização Mundial da Saúde. Meus 5 Momentos para Higiene das Mãos: Foco no cuidado do paciente com cateter urinário. 2016. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/5-momentos-para-higiene-das-maos-foco-no-cuidado-do-paciente-com-cateter-mjh87urinario>
13. Santos E, Napoleão AA. Complicações relacionadas ao uso de cateter vesical de demora e o papel da enfermagem: reflexão. Rev. Cuid. 2010;4(2):88-91.
14. Napoleão AA, Ferreira NMLA, Figueiredo RM. Cuidando do adulto: ações de enfermagem no atendimento das necessidades humanas básicas. São Carlos: EdUFSCar, 2008.
15. Ercole FE, Macieira TGR, Wenceslau LCC, Martins AR, Campos CC, Chianca TCM. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2013;21(1): [10 telas].

# 3. 11 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DO RN

Catarina Beatriz Gasparotto Riginik<sup>13</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Medidas Antropométricas do RN
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	8 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Permitir que o aluno desenvolva a habilidade de mensuração das medidas antropométricas no RN, durante os cuidados imediatos após o parto para acompanhar alguma anormalidade<sup>1</sup>.</p> <p>Verificar e medir as dimensões corporais do RN</p> <p>Anotar os valores das medidas Perímetro Cefálico, Perímetro Torácico, Perímetro abdominal, peso e altura.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>As medidas antropométricas do RN são fundamentais para o acompanhamento e o desenvolvimento do RN. Eles poderão indicar a ocorrência de alguma anormalidade no pós-parto. Suas alterações deverão ser avaliadas para a tomada de decisão que refletirá em uma melhor assistência de qualidade e segurança ao RN. Estas medidas são: peso, altura, perímetro cefálico, torácico e abdominal.</p>
<b>LISTA DE MATERIAIS:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Balança antropométrica infantil;</li><li>• Fita métrica;</li><li>• Luvas;</li><li>• Régua móvel;</li><li>• Impresso próprio;</li><li>• Caneta;</li></ul>

13. Etec Prof. Carmine Biagio Tundisi - Atibaia

## CHECK LIST - MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DO RN

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Tarou a balança			
Colocou na balança duas folhas de papel descartável			
Despiu o RN			
Colocou o RN sobre a balança (antes da alimentação)			
Verificou o valor do peso			
Retirou o RN da Balança			
Colocou o RN em posição supina com as pernas estendidas, mediu da cabeça ao calcanhar (para a verificação da altura)			
Envolveu a fita métrica em torno do crânio passando os três polos proeminentes (occipital, parietal e frontal)			
Envolveu a fita em torno do tórax, passando sob as axilas no nível dos mamilos			
Envolveu a fita em torno do abdômen acima do coto umbilical			
Aferiu todas as medidas antropométricas			
Vestiu o RN			
Colocou no Berço			
Lavou as mãos			
Anotou no prontuário as medidas antropométricas verificadas.			

## **REFERÊNCIAS**

1. Barros SMO, Enfermagem no ciclo gravídico puerperal. São Paulo: Manole. 2006.

# 3. 12 VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

Daniele Jeronimo Teixeira<sup>14</sup>

**NOME DO PROCEDIMENTO** Verificação de Pressão Arterial

**CURSO** Técnico em Enfermagem

**MÓDULO** 1º Módulo

**CARGA HORÁRIA** 6 aulas / 5 horas

**OBJETIVO** Realizar Técnica de verificação de Pressão Arterial

Orientar os alunos sobre os valores da Pressão Arterial e suas alterações

**CONTEÚDO** A hipertensão arterial sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco para morbi-mortalidade relacionada a problemas cardiovasculares, sendo responsável por 40% dos casos de aposentadoria precoce. A medida precisa da pressão arterial é indicador essencial para o diagnóstico da hipertensão, pois a sua elevação é, normalmente, o primeiro sinal da doença.

A Pressão Arterial (PA) é a pressão exercida no interior das paredes das artérias pelo sangue que é ejetado através do bombeamento do coração. O sangue circula de uma artéria para outra através das mudanças de pressão do sistema circulatório<sup>1</sup>. Essas alterações ocorrem quando a contração do ventrículo esquerdo ejeta, sob alta pressão, o sangue para dentro da aorta o pico dessa pressão é chamado de sistólica (sístole). Quando os ventrículos relaxam, permitindo seu enchimento, o sangue presente nas artérias executa uma pressão mínima que é chamada de diastólica (diástole)<sup>2</sup>. A conservação dos níveis deste importante sinal vital é essencial ao funcionamento adequado dos tecidos e manutenção da perfusão periférica.

A mensuração da PA é uma importante habilidade clínica para identificação de alterações cardiovasculares. O método de mensuração auscultatório da PA, não invasivo, é um procedimento simples, que oferece informações relevantes sobre o estado geral de saúde do paciente, especialmente no que se refere a alterações cardiovasculares. Requer conhecimento e aplicação correta da técnica, a fim de evitar falhas na fidedignidade dos valores obtidos<sup>3, 4</sup>.

---

14. Etec Zona Sul – Jardim São Luis

A Sociedade Brasileira de Hipertensão – SBH na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial esclarece que a aferição da PA permite identificar fatores de risco associados à hipertensão arterial, estabelecer condutas terapêuticas e monitorar predominâncias populacionais. Na Tabela 1 é apresentada a classificação da Pressão Arterial<sup>4</sup>.

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

**Tabela 1: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia**

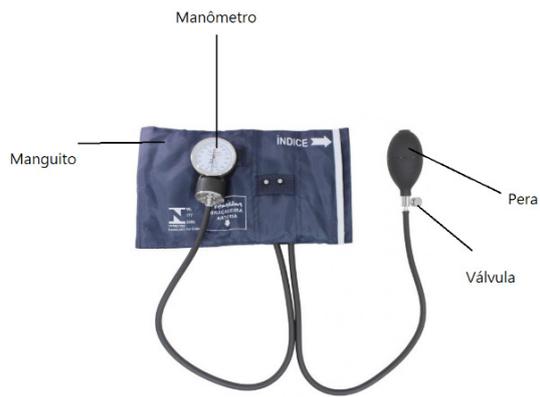
Para a correta mensuração da Pressão Arterial é imprescindível determinar critérios no desenvolvimento do procedimento.

De acordo com o Ministério da Saúde a primeira verificação da PA deve ser realizada em ambos os braços, se houver diferença entre os valores verificados, a medida de maior valor deve ser considerada e o braço com o maior valor mensurado deve ser utilizado como referência para as próximas medidas. Se for necessária uma segunda medida, no mesmo membro, essa deve ser realizada após intervalo, de no mínimo, um minuto<sup>7</sup>.

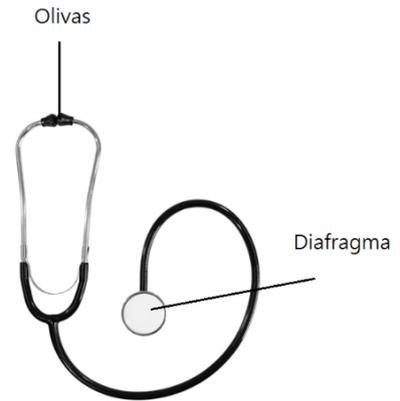
1. Antes de realizar o procedimento lave as mãos;
2. A verificação da Pressão Arterial deve ser realizada após 5 minutos de repouso do paciente/paciente;
3. Segundo Veiga (2015)<sup>5</sup> o indivíduo deve ser colocado em posição sentada com as pernas descruzadas e apoio no pé, podendo ser apoiado ao chão, ou deitada, quando necessário;
4. O braço deve estar apoiado a 45° ao nível do precórdio com a palma da mão voltada para cima

5. O manguito deve ser colocado sem folgas no braço despido, dois a três centímetros da fossa cubital. O manguito deve ser selecionado envolvendo toda circunferência do braço, a câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência braquial e o monômetro do esfigmomanômetro (Figura 1) deve estar adequadamente calibrado e visível;<sup>6</sup>
6. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
7. Palpar o pulso radial, a fim de determinar previamente o nível de insuflação,
8. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar o diafragma do estetoscópio (Figura 2) sem compressão excessiva.
9. Inflar o manguito, pressionando a pera, até 20 a 30 mmHg acima do valor em que o pulso radial deixou de ser sentido;
10. Abra a válvula para desinflar o manguito lentamente, 2 a 4 mmHg/seg;
11. A pressão sistólica corresponde ao valor da primeira batida audível, em que os ruídos de Korotkoff começam a ser ouvidos que coincide ao reaparecimento da palpação do pulso. No geral esse primeiro som é fraco, seguido de batidas regulares;
12. O desaparecimento dos batimentos corresponde a pressão diastólica, devendo ser registrado o último som audível;
13. Manter a ausculta de 20 a 30 mmHg abaixo do último som, confirmando seu desaparecimento, em seguida desinflar rápido e completamente o manguito;
14. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons;
15. Informar para o paciente, os valores obtidos na mensuração;
16. Registrar os valores mensurados, evitando arredondamentos.

**Figura 1**



**Figura 2**



**LISTA DE MATERIAIS:**

- Algodão embebido em álcool 70%, para assepsia dos materiais;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro
- Caneta
- Impresso para registro.

## CHECK LIST - HABILIDADE: VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Explicou o procedimento			
Solicitou que o paciente permanecesse em repouso por 5 minutos			
Orientou o paciente a sentasse com pernas descruzadas e os pés apoiados no chão			
Solicitou que a palma da mão ficasse voltada para cima e o braço apoiado no suporte			
Colocou manguito sem folga 2 a 3 cm acima da fossa cubital			
Manteve manômetro visível			
Colocou o estetoscópio			
Posicionou o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial			
Palpou o pulso radial para determinar insuflação			
Realizou palpação da artéria braquial na fossa cubital			
Posicionou diafragma sob a artéria braquial			
Orientou o paciente a não conversar durante o procedimento			
Inflou 20 a 30 mmHg acima do nível estimado na palpação radial			
Desinflou na velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo			
Retirou o material do paciente			
Informou o resultado da mensuração			
Higienizou o material			
Lavou as mãos			
Realizou registro dos valores obtidos			

## REFERÊNCIAS

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de hipertensão. V. 13, n.1, mar 2010. ISSN 1809-4260. Disponível em: [file:///C:/Users/alexo/Downloads/diretrizes\\_final%20\(1\)%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/alexo/Downloads/diretrizes_final%20(1)%20(2).pdf). Acesso em 01/12/2018;

Bitencourt JJG, Conceição SMP. Didático de Enfermagem: Teoria e Prática. São Paulo: Eureka, 2017; (1)

Volpato ACB, Passos VCS. Técnicas Básicas de Enfermagem. São Paulo: Martinari, 5 ed. 2018.

7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, setembro 2016. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83

Veiga EV, Nogueira MS, Cárnio EC, Marques S, Lavrador MAS, Moraes SA, Souza LAC, Lima NKC, Nobre F. Avaliação de Técnicas da Medida da Pressão Arterial pelos Profissionais de Saúde. Arq Bras Cardiol, 2015; (80)1, 83-89.

Faerstein E, Chor D, Griep RH, Alves MGM, Werneck GL, Lopes CS. Aferição da pressão arterial: experiência de treinamento de pessoal e controle de qualidade no Estudo. Cad. Saúde Pública, 2016; (22)9;1997-2002.

Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

## 3. 13 BANHO NO LEITO

Dilceli Rosana Valério<sup>15</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Banho no leito
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	3 horas/aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Manter a higiene corporal do paciente, diminuindo os odores do corpo e risco de infecção</p> <p>Estimular a circulação sanguínea do paciente, melhorando o funcionamento intestinal reduzindo riscos de lesão de pele.</p> <p>Proporcionar segurança e conforto ao paciente</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A técnica de banho no leito trata-se de um procedimento realizado na cama, através da higienização corporal do paciente iniciado no sentido céfalo-podálico, proporcionando higiene, conforto, estímulo à circulação sanguínea, remoção de odores, abertura de poros e prevenção de infecções, além disto, permite a observação criteriosa das condições da pele do paciente e bem estar ao paciente acamado e prevenindo infecções.<sup>1-2</sup></p> <p>Embora possa ser um procedimento realizado em todos os horários, de acordo com a necessidade do paciente, geralmente, é padronizada a sua realização no período matutino.<sup>2</sup></p> <p>Para tanto, é requerido uma organização dos insumos necessários para este procedimento, a fim de otimizar o mesmo. Utiliza-se como equipamentos de proteção individual, luvas de procedimento, avental descartável, óculos de proteção e máscara, sugere-se duas bacias com água em temperatura de 36 a 39°C, um jarro ou balde com água, tecido macio para proceder com a higiene corporal do paciente e para limpeza concorrente que deve ocorrer com produto para limpeza do leito e da unidade de acordo com o protocolo institucional, roupa de cama (dois lençóis, um forro, um impermeável e uma fronha), uma toalha de banho e de rosto, sabonete líquido neutro, um shampoo (quando necessário a higienização do couro cabeludo), pente ou escova de cabelo, uma comadre e/ou papagaio, uma cuba rim e material para higiene oral (pasta dental, escova/artefato elaborado com espátula e gaze e dois copos descartáveis, antisséptico bucal), bolas de algodão, camisola/roupa de uso do paciente, fralda e solução hidratante.<sup>2</sup></p>

<sup>15</sup>. Etec Paulino Botelho – São Carlos

Além disso, pode ser necessário a realização de tricotomia facial, utilizando-se lâminas/tricotomizadores, conforme protocolo da instituição, com sabonete líquido com água ou creme de barbear do paciente.<sup>2</sup>

A fim de manter a privacidade do paciente, deve-se isolar o leito com um ou dois biombos ou cortina, quando o quarto é coletivo e fechar portas e janelas.<sup>2</sup>

O banho é o momento oportuno para checar aspectos relativos à segurança do paciente, dentre as possibilidades, deve-se verificar se o paciente está usando pulseira e realizar a conferência do nome e leito, comunicar ao paciente e acompanhante o que será realizado e se autorizam a realização da técnica. Ofertar comadre ou papagaio, por volta de 30 minutos antes do procedimento, sempre promovendo a privacidade do paciente. Realizar a higienização das mãos. Organizar o material necessário e trazer encaminhar os mesmos ao quarto e colocar em mesa de cabeceira ou carrinho/mesa de inox com rodas. Limpar a cadeira do paciente e colocar as roupas, na ordem de uso. Retirar o cobertor e desprezar no Hamper, soltar os lençóis, mantendo o paciente coberto com lençol. Abaixar a grade do leito do local onde você estiver. Paramentar-se com luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara e avental. Deixar o paciente em posição dorsal, colocar o travesseiro sob o ombro do paciente e realizar com o impermeável a higiene dos cabelos e couro cabeludo. Colocar o paciente em posição de Fowler ou semi-fowler.

Forrar o tórax do paciente com toalha de rosto, realizando a troca de luvas de procedimento para realizar a Higiene Oral. Realizar a tricotomia facial, se necessário. Encher o jarro com água e verificar se a temperatura está entre 36 e 39°C. Realizar a limpeza ocular com água, não utilizando sabão; sempre limpando do canto interno para o externo. Limpar o olho mais distante ao discente e, posteriormente, repetir o procedimento no olho mais próximo. Lavar a face, orelhas e pescoço, enxaguando e secando a pele, utilizando a toalha que está no tórax do paciente, fazendo movimentos leves e suaves. Após a realização da técnica acima, deve-se remover a vestimenta, cobrir o tórax com a toalha de banho para evitar expor o paciente, deixando os braços acima da toalha.

Ensaboar, enxaguar e enxugar os membros superiores (sempre primeiro o mais distante), da parte distal para a proximal (punho, braço, ombro e axila), colocar a bacia sobre a toalha e flexionar o cotovelo, colocando a mão do paciente dentro da bacia, lavá-la bem com água e sabão e despejar água do jarro sobre a mão: uma após a outra. Secar a mão e os espaços entre os dedos. Orientar o paciente a movimentar os dedos e a mão. Realizar o procedimento do outro lado corporal. Colocar uma toalha de banho sobre o tórax do paciente, levantar a toalha e lavar o tórax, mamas, púbis e as dobras abaixo da mama do paciente, enxaguar e secar bem.

É importante ressaltar que a água deve ser trocada quando necessária, devido à sujidade e temperatura. Deve-se descobrir o membro inferior mais distante de você e colocar uma toalha abaixo, da parte distal para a proximal (tornozelo, joelho e coxa). Colocar a bacia sobre a toalha e flexionar o joelho colocando o pé do paciente dentro da bacia com água e sabão e despejar água do jarro sobre o pé, um após o outro. Secar o pé e região interpodáctila.

Realizar a mudança de decúbito do paciente (decúbito lateral), ou seja, deixando o pescoço, as costas e nádegas para o discente/aluno, sempre mantendo o paciente coberto com lençol, colocando a toalha no sentido do comprimento da cama, na região dorsal; lavar com movimentos circulares e leves, enxugar e secar. Realizar decúbito lateral oposto ao anterior para a realização da higiene completa do dorso, lavando, enxaguando e secando. Colocar a comadre e a toalha para proteção da região sacral do paciente e realizar a higiene íntima de acordo com o sexo do paciente. Lavar, ensaboar, enxaguar, retirando a comadre e enxugar. A roupa de cama suja deve ser retirada da lateral da cama para o centro, fazendo uma barreira para colocar o lençol limpo. Realizar a limpeza concorrente. Higienizar as mãos. Trocar as luvas de procedimento. Colocar os lençóis limpos, da lateral para o centro e colocar os cantos abaixo do colchão, colocar o forro e a fralda caso o paciente esteja utilizando.

O paciente deve ser transportado para o lado limpo da cama, realizando a mudança da posição lateral inversa a anterior, cobrindo-o com o lençol limpo. O aluno/discente ou profissional que está na posição inversa deverá realizar a limpeza concorrente. Trocar as luvas de procedimento. Esticar o lençol de baixo, fazer os cantos, colocando embaixo do colchão, esticar o forro e centralizar a fralda caso o paciente use.

Deve-se lateralizar o paciente e fazer massagem de conforto e hidratação da pele. Retornar o paciente em posição dorsal. Colocar camisola ou vestimenta limpa do paciente. Pentear e escovar os cabelos. Organizar o ambiente, deixando o paciente em posição confortável, diferente da que estava antes do banho. Lavar e guardar o material. Retirar equipamentos utilizados para paramentação e higienizar as mãos. Realizar anotação de enfermagem em prontuário; anotando data, horário, procedimento realizado, observações checadas no paciente (como alterações da pele, alergia sabão, hiperemia nas proeminências ósseas), assinatura e carimbo com função e número do Coren, neste caso, do docente supervisor do estágio. Checar o procedimento realizado em prescrição de enfermagem.<sup>2</sup>

## LISTA DE MATERIAIS

- Luvas de procedimento,
- Avental descartável,
- Óculos de proteção
- Máscara,
- Bacias com água em temperatura de 36 a 39°C,
- Jarro com água
- Mesa de Banho
- Hamper
- Biombo
- Roupas de cama (dois lençóis, um forro, um impermeável e uma fronha),
- Toalha de banho e de rosto,
- Sabonete líquido neutro,
- Shampoo (quando necessário a higienização do couro cabeludo),
- Pente ou escova de cabelo,
- Comadre e/ou papagaio,
- Cuba rim
- Camisola/roupa de uso do paciente,
- Fralda S/N
- Solução hidratante

## CHECK LIST – HABILIDADE: BANHO NO LEITO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Apresentou-se ao paciente			
Checou o nome do paciente e o leito, com pulseira de identificação;			
Leu o prontuário do paciente (prescrição médica e de enfermagem);			
Verificou os cuidados a ser prestado ao paciente durante o banho;			
Comunicou o paciente e acompanhante se autoriza a dar o banho no leito;			
Preparou e organizou todos os materiais a ser utilizados;			
Ofertou comadre ou papagaio ao paciente;			
Colocou o Biombo			
Higienizou as mãos			
Conferiu o material e trouxe tudo de uma vez para o quarto;			
Trouxe o hamper e biombo para o quarto;			
Colocou o material na mesa de cabeceira ou carrinho;			
Realizou a limpeza da cadeira;			
Colocou as roupas na ordem de uso;			
Cercou o leito com biombos;			
Fechou portas e janelas;			
Colocou EPI's (luvas de procedimento, máscara, avental e óculos);			
Retirou o cobertor e desprezou no hamper;			
Soltou os lençóis abaixo do colchão;			
Abaixou a grade do leito;			
Colocou o paciente em posição dorsal;			
Iniciou o banho no sentido céfalo - podálico;			
Realizou a higiene da cabeça e do couro cabeludo;			

Colocou o paciente em posição de Fowler/semi-fowler;			
Forrou o tórax do paciente com toalha de rosto;			
Trocou EPI's (luvas de procedimento), sempre que necessário;			
Realizou a higiene oral;			
Realizou a tricotomia facial, caso o paciente aceite e se necessário;			
Verificou a temperatura da água ao colocar água no jarro e bacia;			
Realizou a limpeza ocular somente com água;			
Limpou o olho do canto interno para o externo;			
Limpou o olho mais distante ao discente;			
Lavou a face do paciente, orelhas e pescoço;			
Enxaguou e secou a face, orelhas e pescoço, utilizando a toalha que está no tórax do paciente, fazendo movimentos leves e suaves;			
Removeu a vestimenta;			
Cobriu o tórax com a toalha de banho;			
Deixou os braços acima da toalha;			
Ensaboou, enxaguou e enxugou os MMSS;			
Lavou a parte distal para a proximal do MS e o lado mais distante;			
Colocou a bacia sobre a toalha e flexionou o cotovelo, colocando a mão do paciente na bacia de água;			
Lavou a mão do paciente com água e sabão e enxaguou-a;			
Secou a mão e os espaços entre os dedos;			
Orientou o paciente a movimentar os dedos e a mão;			
Colocou a toalha de banho sobre o tórax;			
Levantou a toalha e lavou o tórax, mamas, dobras abaixo das mamas e púbis;			
Enxaguou e secou o tórax, mamas, dobras abaixo das mamas e púbis;			
Verificou a necessidade e trocou a água quando necessário;			
Colocou a toalha abaixo do MI mais distante;			
Lavou da parte distal para a proximal do MI, enxaguou e secou;			

Colocou a bacia sobre a toalha e flexionou o joelho, colocando o pé do paciente dentro da bacia com água e sabão;			
Despejou água do jarro no pé e secou-o e a região interpodáctila;			
Realizou a mudança de decúbito (decúbito lateral), virando o paciente para o lado inverso do profissional sem deixá-lo exposto;			
Colocou a toalha no sentido do comprimento da cama, na região dorsal;			
Lavou o pescoço, costas e nádegas, com movimentos circulares e leves, enxaguou e secou;			
Realizou mudança de decúbito oposta a anterior, para a realização da higiene completa do dorso;			
Lavou enxaguou e secou;			
Colocou a comadre e toalha protegendo a região sacral do paciente;			
Realizou a higiene íntima do paciente corretamente;			
Empurrou a roupa de cama suja da lateral da cama para o centro;			
Realizou a limpeza concorrente;			
Colocou o lençol limpo no mesmo sentido que retirou o sujo;			
Colocou os cantos do lençol limpo abaixo do colchão;			
Esticou o forro e a fralda caso o paciente esteja utilizando, juntamente com o lençol limpo;			
Passou o paciente para o lado limpo da cama, realizando a mudança de decúbito inversa a anterior;			
Cobriu-o com lençol limpo;			
Realizou a retirada do lençol sujo, fralda, forro e lençol de cima e desprezou no hamper e no lixo correto;			
Realizou a limpeza concorrente do lado oposto ao anterior;			
Esticou os lençóis de baixo, fez os cantos da cama, colocando a baixo do colchão;			
Esticou o forro e centralizou a fralda, ou vestimenta do paciente;			
Lateralizou- o e fez a massagem de conforto e hidratação da pele;			
Retornou o paciente em posição dorsal;			
Colocou camisola ou vestimenta limpa do paciente;			
Penteou ou escovou os cabelos;			

Deixou o paciente em posição confortável;			
Organizou o ambiente;			
Desprezou as águas das bacias, jarros e baldes no banheiro;			
Guardou a sobra de material limpo que não foi utilizado;			
Retirou EPI's;			
Realizou anotação de enfermagem em prontuário do paciente (com data, horário, procedimento realizado, observação checadas no paciente durante o banho, assinatura e carimbo com função);			

## **REFERÊNCIAS**

1. Silva GTRS, Silva SRLPT. Manual do Técnico de Enfermagem. São Paulo: Martinari, 2014. 724.
2. Passos VCS, Volpato ACB. Técnicas Básicas de Enfermagem. 4 ed. São Paulo: Martinari, 2014. 480.

# 3. 14 LIMPEZA CONCORRENTE

Dirlei Martins Franco<sup>16</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Limpeza Concorrente
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	8 horas/aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Realizar a remoção de sujidades do ambiente, a fim de coletar seus resíduos;</p> <p>Permitir a desinfecção do ambiente, prevenindo infecção cruzada;</p> <p>Proporciona um ambiente limpo, arejado e agradável ao paciente.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A limpeza concorrente, será ministrado no 1º Módulo, no componente de Semiotécnica em enfermagem, na parte teórica é explicado a técnica e suas indicações e no laboratório de enfermagem é realizado o desenvolvimento da técnica, sendo que posteriormente em unidades de saúde, seja em campo de estágio ou como profissionais após concluírem o curso. A carga horária de 8 horas/aula, podendo ser realizada por um aluno ou em dupla. Trata-se de um procedimento realizado na higienização da cama e demais componentes da unidade do paciente, com produto padronizado pela instituição, por exemplo: Aniosurf (Produto formulado sem aldeído ou tensoativo anfótero; Eficácia antimicrobiana (na presença de água dura e proteínas): bactericida, levuricida, tuberculocida, ativa sobre o HIV-1, HBV (PRV), HCV (BVDV), ativa sobre bactérias multiresistentes: VRE e KPC ; Ampla compatibilidade com os materiais de síntese, revestimentos de pisos e superfícies ) Limpeza e desinfecção de pisos e paredes de áreas críticas e semi-críticas, equipamentos e produtos médicos não-críticos.<sup>1</sup></p> <p>O procedimento realizado é em todos os horários, de acordo com a padronização da instituição, geralmente, é realizada diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde, inclusive na presença de pacientes.<sup>1</sup></p> <p>A técnica do procedimento são movimentos únicos e compete a enfermagem a limpeza da cama e de: equipamentos como monitores e acessórios como cabos, painel de gases, bomba de infusão, mesa de cabeceira, suporte de soro, bomba de infusão.<sup>1</sup></p>

<sup>16</sup>. Etec Paulino Botelho – São Carlos

**LISTA DE MATERIAL:1**

- Luvas de procedimento,
- Avental descartável,
- Óculos de proteção máscara,
- Wiper ou compressas
- Produto padronizado pela instituição ex: aniosurf.

## CHECK LIST - HABILIDADE: LIMPEZA CONCORRENTE

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Reuniu o material a ser utilizado na técnica;			
Explicou ao paciente o procedimento;			
Colocou o material na mesa de cabeceira ou carrinho;			
Higienizou as mãos;			
Colocou EPI's (luvas de procedimento, máscara, avental e óculos de procedimento);			
Realizou limpeza da cama do paciente, grade de elevação, mesa de cabeceira, painel de gases, suporte de soro, suporte de soro;			
Abriu janelas e portas para aeração;			
Organizou o ambiente;			
Encaminhou os materiais utilizados para o expurgo			
Guardou a sobra de material limpo que não foi utilizado;			
Retirou EPI's;			
Higienizou as mãos;			
Realizou anotação de enfermagem em prontuário do paciente (com data, horário, procedimento realizado, assinatura e carimbo);			

## **REFERÊNCIAS**

1. Passos VCS, Volpato ACB. Técnicas Básicas de Enfermagem. 4.ed. São Paulo: Martinari, 2014. 480.

# 3. 15 TÉCNICA DE AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

Eloisa Ariane Moreale<sup>17</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Técnica de aferição de glicemia capilar
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	4 horas/ aula
<b>OBJETIVO</b>	Monitorar os níveis de glicemia a fim de se evitar complicações; Realizar ajustes na dieta do paciente e no plano terapêutico.
<b>CONTEÚDO</b>	A glicemia capilar é um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital. <sup>1</sup>

Há também outros lugares alternativos para coleta de sangue utilizada nesse exame, como o lóbulo da orelha, a panturrilha e o antebraço, em neonatos e lactentes o local de preferência deve ser o calcanhar. A glicemia capilar nos locais alternativos não apresenta nenhuma diferença significativa em relação à glicemia na ponta de dedo e, portanto, pode ser uma opção para melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento e, desse modo, reduzir o risco de complicações micro e macrovasculares.<sup>2</sup>

A técnica de verificação de glicemia capilar é empregada para definir o nível de glicemia no sangue no momento, deve-se utilizar um aparelho de glicemia específico, chamado de glicosímetro, capaz de avaliar a quantidade de glicose em uma gota de sangue retirada do paciente.<sup>3</sup>

Geralmente, essa técnica de verificação de glicemia capilar, é empregada quando se tem diabetes ou pré-diabetes, especialmente antes e após as refeições, para controlar o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos, assim como antes de administrar insulina, para regular as doses dessa medicação, também é utilizada em pacientes graves em unidade de terapia intensiva que fazem uso de nutrição parenteral, em recém-nascidos com dificuldade na sucção, ou filhos de mães diabéticas, dentre outros casos, como em pré-cirurgias e pacientes em jejum prolongado.<sup>1</sup>

17. Etec Padre João Nunes Dias – Monte Aprazível

## PROCEDIMENTO/TÉCNICA

- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Certificar-se se a fita reagente está na validade;
- Reunir todo o material necessário na bandeja;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Realizar a higienização das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a fita reagente no glicosímetro facilitando a deposição da gota de sangue no local adequado;
- Realizar a antisepsia da área com algodão umedecido com álcool 70% e esperar secar, muito importante aguardar o álcool secar, senão este pode se misturar com sangue e alterar o resultado do teste.
- Realizar uma leve pressão no local escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Com a lanceta sem tampa fazer uma punção no local escolhido, se for no dedo utilizar preferencialmente a lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
- Colocar uma gota suficiente para preencher o campo reagente da fita;
- Pressionar o local da punção com algodão enquanto aguarda o tempo necessário para obter o resultado do exame;
- Informar o resultado obtido ao paciente
- Guardar o glicosímetro;
- Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;
- Retirar as luvas;
- Realizar a desinfecção do glicosímetro e da bandeja com álcool a 70%;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar o valor obtido no prontuário do paciente. <sup>3</sup>

### OBSERVAÇÃO:

- Atentar para pacientes em uso de anticoagulantes;
- Atentar para dor e endurecimento da polpa digital decorrente de punção repetida no mesmo local;
- Contaminação do local de punção decorrente de antissepsia inadequada;
- Resultados inexatos decorrente da manipulação inadequada por parte do profissional: excesso de álcool 70% residual da assepsia local, mãos sujas, quantidade insuficiente de sangue para preencher o local reagente da fita, sangue acumulado de testes anteriores no aparelho, má conservação do aparelho, fitas reagentes fora da validade.<sup>3</sup>

### Valores de Referência da Glicemia:

Após medir a glicemia capilar, é importante comparar o resultado com os valores de referência:<sup>1</sup>

	Glicemia normal		Glicemia alterada		Diabetes
Em jejum	Inferior a 110 mg/dl		Entre 110 e 125 mg/dl		Superior a 126 mg/dl
A qualquer hora do dia	Inferior a 200 mg/dl				Superior a 200 mg/dl

### LISTA DE MATERIAL<sup>3</sup>

- Luvas de procedimento;
- Bandeja retangular;
- Glicosímetro;
- Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento;
- Lancetas estéreis ou agulha 13X4,5;
- Caneta e papel ou prescrição do paciente, para anotação do resultado encontrado;
- Algodão umedecido com álcool 70% ou swab alcoólico;
- Descartex.

## CHECK LIST - HABILIDADE: AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Realizou higiene de mãos			
Informou ao paciente a técnica que será realizada			
Utilizou luvas de procedimento			
Realizou a antissepsia da área a ser lancetada			
Gotejou o sangue sobre a fita do glicosímetro			
Verificou o resultado no Glicosímetro;			
Informou o valor da glicemia ao paciente			
Anotou o valor da glicemia no prontuário do paciente			
Retirou a luva			
Higienizou as mãos			

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus/ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 64. (Cadernos de Atenção Básica, n.16, série A, Normas e Manuais Técnicos).

Neto DL, Robles FC, Dias FG, Pires AC. Avaliação da glicemia capilar na ponta de dedo versus locais alternativos- Valores resultantes e preferência dos pacientes. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica. 2009; (53)3.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Divisão de Enfermagem, Verificação de Glicemia Capilar - POP 09-12, maio 2015. Acessado em: 04/12/2018, Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=222:pop-n9-verificacao-de-glicemia-capilar>.

# 3. 16 OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

Fabiano Fernandes de Oliveira<sup>18</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Oxigenoterapia por cateter nasal
<b>CURSO</b>	Técnico de Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	2 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Ensinar o aluno a técnica de administração de oxigênio terapia por cateter nasal</p> <p>Aplicar a oxigenioterapia por cateter nasal em paciente por indicação médica</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>Consiste na administração de oxigênio numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia<sup>1</sup>.</p> <p>Para Swearingen, é um método de administração de oxigênio que não oferece todos os gases necessários deste modo o ar ambiente é inalado juntamente com o oxigênio.<sup>2</sup></p> <p>A fração de oxigênio inspirado (<math>F_{iO_2}</math>) vai variar, dependendo da frequência respiratória, do volume corrente e do fluxo em litros. É contraindicado para pacientes em que se exigem cuidadosamente concentrações precisas de oxigênio<sup>3</sup>.</p> <p>Recomendado para pacientes que não tenham obstrução nasal quando é desejada uma oxigenoterapia em longo prazo de forma simples e confortável. Por exemplo, ela é frequentemente utilizada em pacientes com infarto agudo do miocárdio e para administração contínua de oxigênio e em pacientes portadores de DPOC.</p> <p>É um dispositivo de plástico transparente com uma saída para a expiração, que recobre o nariz e a boca ele pode fornecer de 35% a 60% de concentração de oxigênio<sup>2</sup>.</p> <p>O transporte de oxigênio para os tecidos depende de fatores como débito cardíaco, conteúdo de oxigênio arterial, concentração de hemoglobina e de demandas metabólicas. Esses fatores devem ser lembrados quando se considera a terapia com oxigênio<sup>4</sup>.</p>

18. Etec Prof. José Sant'Anna de Castro – Cruzeiro

**LISTA DE MATERIAIS:**

- Bandeja contendo:
- Dispositivo para administração de oxigênio por cateter nasal
- Par de luvas de procedimento não estéril
- Pacote de gazes
- Frasco umidificador de oxigênio
- Extensão plástica ou de látex
- Fluxômetro
- Água destilada 100 mL
- Fita adesiva cirúrgica
- Lenço de papel
- Biombos

## CHECKLIST - HABILIDADE – OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Realizou a etiqueta de identificação contendo as informações da oxigenoterapia (data e hora de instalação),			
Explicou o procedimento e a finalidade ao paciente;			
Reuniu todo o material na bandeja			
Colocou o material sobre a mesa de cabeceira;			
Preencheu o frasco umidificador com água destilada, no máximo 2/3 de sua capacidade;			
Testou a saída de oxigênio na régua de gases ou rede portátil (torpedo de oxigênio),			
Instalou o fluxômetro conectando direto ao umidificador;			
Conectou o cateter nasal a extensão do umidificador			
Protegeu a unidade do paciente com biombos			
Calçou as luvas de procedimento			
Colocou o paciente em posição decúbito dorsal em semi-fowler;			
Avaliou as narinas quanto a integridade, desvio de septo e perviedade, solicitando ao paciente que assoe uma narina e oclua a outra.			
Mediu a distância entre a fossa nasal e o lóbulo da orelha e demarcou com fita adesiva cirúrgica			
Introduziu o cateter de forma suave e firme até a demarcação;			
Fixou o cateter com a fita adesiva cirúrgica no nariz e na testa, ou então na face lateral do rosto			
Conectou a extensão no cateter nasal			
Regulou o fluxômetro conforme prescrição médica;			
Reuniu e retirou todo o material da unidade do paciente			
Retirou as luvas;			
Higienizou as mãos			

Questionou o paciente sobre o alívio dos sinais e sintomas;			
Procedeu à anotação do procedimento			
Checou a necessidade do revezamento do cateter nasal a cada 8 horas			
Observou a integridade e permeabilidade do cateter.			

## **REFERÊNCIAS:**

1. Carmagnani MIS. Procedimentos de enfermagem: guia prático. 2 Ed, Guanabara Koogan, 2017: 330
2. Swearingen PL. Atlas fotográfico de procedimentos de enfermagem. 3 Ed, Porto Alegre: Artmed, 2001.
3. Pooter, 1999; Taylor, 2007. Manual de ambiente hospitalar, 2006; Apostila Interescolar, 2000.
4. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011

# 3. 17 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Fernanda de Paula Elias<sup>19</sup>

**NOME DO PROCEDIMENTO** Punção Venosa Periférica

**CURSO** Técnico de Enfermagem

**MÓDULO** 1º e 2º módulo de Enfermagem

**CARGA HORÁRIA** 9 horas aula

**OBJETIVO** Instalar cateter em trajeto periférico para manutenção de uma via de acesso para infusão de soluções ou administração de medicamentos contínuo ou intermitente.

Preparar o aluno para a execução da técnica de punção venosa.

**CONTEÚDO** A punção venosa é o procedimento realizado quando há necessidade de administrar medicações e/ou soluções por via endovenosa no paciente, para hidratação, tratamento ou profilaxia. Em pacientes internados há necessidade de realizar infusão endovenosa de drogas para tratamento<sup>1</sup>.

Esse procedimento é realizado por técnicos de enfermagem e enfermeiros e inclui a seleção do local apropriado e do tipo de cateter a ser utilizado. Alguns dos fatores que podem interferir na técnica são a condição do paciente, habilidade do profissional e o material utilizado<sup>2</sup>.

A principal complicação que pode causar uma punção venosa sem a técnica asséptica adequada é a Flebite uma inflamação que ocorre nos locais de punção venosa tendo como sinais e sintomas iniciais a dor na área, hiperemia da pele, rubor e edema local podendo causar danos ao paciente<sup>1</sup>.

As complicações imediatas que podem ocorrer em decorrência de uma punção venosa são: ruptura da veia, havendo necessidade de procurar outra, mudando de local e reação alérgica a medicação que está sendo administrada; as complicações tardias dizem respeito à infiltração, que ocorrerá por má conservação do local da punção e a Flebite provocada pela quantidade de líquidos perfundindo na mesma via, ou por reação ao material utilizado na punção<sup>2</sup>.

---

19. Etec Prof. Carmine Biagio Tundisi – Atibaia

O cuidado das punções venosas no paciente é feito pela avaliação através do exame físico, do local puncionado, e das medicações parenterais que necessitaram da punção venosa. O enfermeiro ao avaliar as punções do paciente estipula as trocas dos cateteres.

As punções venosas periféricas representam, aproximadamente, 85% de todas as atividades executadas pelos profissionais de enfermagem é um procedimento que possui alto nível de complexidade técnico-científico, o que exige do profissional competência, bem como habilidade psicomotora; é executado por profissionais com diferentes níveis de formação ou habilitação o que pode gerar variabilidade no desempenho; representa um procedimento invasivo, considerando que o cateter provoca o rompimento da proteção natural e conseqüentemente, acarreta a comunicação do sistema venoso com o meio externo<sup>1-2</sup>.

#### **LISTA DE MATERIAIS:**

- Luva
- Garrote
- Algodão com álcool
- Jelco ou scalp
- Polifix
- Bandeja
- Micropore ou Tegaderm
- Tesoura

## CHECK LIST HABILIDADE: PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Calçou as luvas			
Checou o nome do paciente			
Explicou o procedimento ao paciente			
Localizou a via de acesso venosa			
Garroteou o membro do paciente			
Realizou a desinfecção do local a ser puncionado			
Realizou a punção venosa			
Retirou garrote			
Colocou polifix salinizado			
Fixou o jelco			
Identificou horário da punção e número do jelco			
Desprezou material perfurocortante no descartpack			
Limpou a bandeja			
Lavou as Mãos			
Registrou o procedimento no prontuário do paciente			

## **REFERÊNCIAS**

1. Potter PA & Perry AG. Grande tratado de enfermagem prática clínica e prática hospitalar. 1º Edição. Tempo Editora,1996.
2. Kawamoto EE & Fortes JI. Fundamentos de Enfermagem. 2 Ed Ver. E compl. São Paulo: EPU, 1997.

# 3. 18 BANHO DE IMERSÃO DO RECÉM-NASCIDO

Gabriela De Amorim Ferreira Antônio Leite<sup>20</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Banho de imersão do recém-nascido (RN)
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º e 2º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	2 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	Desenvolver o banho do recém-nascido com segurança  Ensinar ao aluno a técnica de banho de imersão do recém-nascido
<b>CONTEÚDO</b>	<p>O banho do RN visa a higiene especialmente da face, pescoço, pregas e áreas de fraldas, além de estimular a circulação sanguínea, manutenção da temperatura corpórea e promover sensação de conforto.<sup>1</sup></p> <p>Segundo a OMS o primeiro banho deve ser realizado após 6 horas do nascimento, em decorrência da possibilidade de facilitar a hipotermia, prejudicando a estabilização cardiorrespiratória e térmica da criança.<sup>2,3</sup></p> <p>A duração deve ser curta (até 5 minutos). Deve ser realizado em uma banheira previamente higienizada, com água morna (entre 36 a 37°C), água suficiente para imersão do recém-nascido até o pescoço, de forma a permitir que todo abdome e a parte superior do tórax fossem cobertos pela água.<sup>3</sup></p> <p>O RN deve ser despido e envolvido em um cueiro (ou fralda). E com o RN envolto, posicionado nos braços do cuidador inicia-se o procedimento ainda sem imergir o corpo do RN na água. Realizando a higiene da face somente com água e auxílio de bolas de algodão úmidas, seguindo pela limpeza dos olhos, narinas e orelhas. Posteriormente, a higienização do couro cabeludo com sabonete líquido pediátrico e enxague, sem deixar que a água escorra na face e olhos do RN. Com o auxílio de uma toalha de banho (ou similar) a face e o couro cabeludo devem ser secos.<sup>4,5</sup></p> <p>Após higiene da face e couro cabeludo, o RN deve ser imerso na água, onde será realizada a higiene de toda pele do RN com sabonete líquido, primeiramente pela face anterior e depois pela posterior, atentando-se para áreas de pregas cutâneas, região genital e coto umbilical. Ao ser retirado da água o RN deve ser imediatamente seco com toalha de banho ou similar.<sup>5,6</sup></p>

20. Etec Prof. José Sant'Anna de Castro – Cruzeiro

A limpeza do coto umbilical deve ser realizada após o banho, segundo o Ministério da Saúde recomenda-se a utilização de álcool 70%, embora ainda seja uma questão polêmica na literatura, quanto ao uso de diferentes produtos. O cuidado de mantê-lo limpo e seco.<sup>3</sup> A limpeza do coto pode ser realizada com auxílio de hastes flexíveis ou gases.

#### LISTA DE MATERIAIS1

- Banheira
- Água limpa e morna
- Toalha de banho (fralda ou cueiro)
- Sabonete líquido
- Hastes flexíveis
- Bolas de algodão
- Gases
- Álcool 70%
- Roupas para o Recém-nascido

## CHECK LIST - HABILIDADE: BANHO DE IMERSÃO DO RN

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Separou o material			
Lavou as Mãos			
Conferiu a temperatura da água			
Conferiu a pulseira de identificação do RN com os dados da mãe.			
Colocou óculos de proteção			
Calçou as luvas de procedimentos			
Protegeu os ouvidos do RN para evitar a entrada de água.			
Segurou corretamente o RN			
Colocou o RN dentro da banheira			
Ensaboou o RN e enxaguou;			
Secou o RN principalmente nas dobras;			
Concluiu o banho em tempo hábil (5 min)			
Colocou a fralda no RN			
Realizou higiene do coto umbilical			
Realizou desinfecção e forrou o berço;			
Realizou a higienização das mãos;			
Registrou as informações do banho do RN no prontuário;			

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Prevenção e cuidados da pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol.* 2011; 86 (1):102-10. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n1/v86n1a14>. Acesso em: 01 dez 2018
2. Pugliesi VEM et al. Efeitos do banho logo após o nascimento sobre as adaptações térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido a termo. *Rev Paul Pediatr* 2009; 27 (4): 410-415. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v27n4/v27n4a10>. Acesso em 01 dez 2018.
3. Cunha MLC, Procianoy RS. Banho e colonização da pele do pré termo. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)* 2006 jun; 27(2):203-8. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/23549>. Acesso em 05 dez 2018.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn\\_v1.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf) Acesso em 05 dez 2018
5. Santos D, Realização da primeira higienização do recém-nascido pela equipe de enfermagem em um hospital no interior do Rio Grande do Sul. Lageado: Biblioteca Digital da UNIVATES, 2012. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/420/1/IdonesdosSantos.pdf> realização da primeira higienização
6. Bowden VR, Greenberg CS, Araujo CLC - trad. Procedimentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

# 3. 19 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Glaucia Regina Lopes Negré<sup>21</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Higienização das Mãos
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	3 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	Capacitar o aluno para que realize corretamente a higienização das mãos seguindo os protocolos.

Proporcionar maior segurança no cuidado com o paciente,

**CONTEÚDO** Remoção de microrganismos que colonizam camadas superficiais da pele, além de suor, a oleosidade e células mortas. A lavagem/ higienização proporciona a retirada de sujeira, evitando a permanência e proliferação de microrganismos. Este procedimento deve ser realizado em 5 momentos:

1. Antes do contato com o paciente;
2. Antes da realização de procedimento asséptico;
3. Após risco de exposição a fluidos corporais;
4. Após contato com o paciente;
5. Após contato com áreas próximas ao paciente.

A higienização das mãos é mundialmente reconhecida como medida fundamental no controle de infecções relacionadas a assistência em saúde<sup>1, 2</sup>.

A necessidade de se investir em estratégias de treinamento para aumentar a adesão dos alunos à técnica de lavagem das mãos com ênfase na importância da ação de lavar as mãos para o cuidar.<sup>3</sup>

Abaixo segue a descrição da técnica da higienização simples das mãos com água e sabonete líquido segundo recomendações padronizadas no manual da ANVISA<sup>2</sup>.

**Tempo de duração da técnica:** a realização correta deste procedimento seguindo todos os passos deve ser de 40 a 60 segundos.

<sup>21</sup>. Etec Paulino Botelho – São Carlos

## TÉCNICA:<sup>1, 2</sup>

1. Abra a torneira e molhe as mãos evitando tocar na parte interna do lavatório;
2. Aplique o sabonete líquido de na região palmar, em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos;
3. Friccione as mãos entre si ensaboando as palmas das mãos.
4. Esfregue a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda, em seguida a palma da mão esquerda sobre o dorso da mão direita.
5. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais de ambas as mãos.
6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segure os dedos fazendo movimento de vai e vem.
7. Esfregue o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita utilizando movimentos circulares. Faça o mesmo com o polegar direito.
8. Faça a fricção, em movimentos circulares das polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda (a mão deve estar fechada em concha de maneira que as polpas digitais circulem na palma da mão). Faça isso em ambas as mãos.
9. Esfregue o punho direito com auxílio da mão esquerda, utilizando movimentos circulares. Faça isso em ambos os punhos.
10. Enxague as mãos para retirar resíduos do sabonete e finalizar a técnica.
11. Seque as mãos utilizando papel toalha descartável, inicie a secagem pelas mãos e finalize nos punhos.

**Observação:** Caso utilize torneira com fechamento manual, utilize o papel toalha para realizar o fechamento da torneira.

## LISTA DE MATERIAIS

- Lavatório com torneira
- Sabonete líquido
- Papel toalha

## CHECK LIST - HABILIDADE: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ÁGUA E SABÃO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Observou o material corretamente para a execução do procedimento.			
Abriu a torneira e molhou as mãos sem entrar em contato com o lavatório.			
Aplicou o sabonete líquido de na região palmar, em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos.			
Realizou a fricção das mãos entre si ensaboando as palmas das mãos.			
Esfregou a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda, em seguida a palma da mão esquerda sobre o dorso da mão direita.			
Realizou o entrelaçamento dos dedos e friccionou os espaços interdigitais de ambas as mãos.			
Esfregou o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos fazendo movimento de vai e vem.			
Realizou a limpeza do dorso dos dedos em ambas as mãos.			
Esfregou os polegares com auxílio da palma da utilizando movimentos circulares.			
Fez a fricção, em movimentos circulares das polpas digitais e unhas das mãos utilizando como base a palma da mão em concha.			
Realizou a limpeza das polpas digitais e unhas em ambas as mãos.			
Esfregou os punhos de ambas as mãos com movimentos circulares.			
Secou as mãos utilizando papel toalha descartável.			
Iniciou a secagem pelas mãos e finalizou nos punhos.			
Utilizou o papel toalha para realizar o fechamento da torneira.			

## REFERÊNCIAS

1 - Felix CCP, Miyadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 139-145, Mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100018&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100018>.

2 - ANVISA. Os 5 momentos para a Higienização das Mãos. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao\\_oms/5%20momentos%20A3.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/5%20momentos%20A3.pdf). access on 04 Dec. 2018.

3. ANVISA. Segurança do Paciente: Higienização das mãos. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf). access on 04 Dec. 2018.

4. Felix CCP, Miyadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 139-145, Mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100018&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Dec. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100018>.

## 3. 20 MASSAGEM DE CONFORTO

Graziela Aparecida Pires<sup>22</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Massagem de Conforto
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	3 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Oferecer subsídios para que o aluno aprenda a técnica de massagem de conforto</p> <p>Estimular a circulação levando a um melhor bem-estar do paciente</p> <p>Proporcionar o relaxamento muscular, o que previne lesões por pressão</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>É fundamental que o enfermeiro e o técnico saibam que todo ser humano tem necessidade de se sentir seguro e confortável. Não se trata apenas de uma necessidade humana, mas também ética e estética, é a manutenção da vida sem riscos. Isso não quer dizer que a vida não seja arriscada, mas no caso do cuidado oferecido pela enfermagem, é propósito profissional e ético nunca colocar em risco a vida do outro. Logo, a missão da enfermagem é proporcionar conforto àquele que precisa de ajuda ou de cuidados diretos, que deve ser acompanhado de práticas seguras no que diz respeito, dentre elas, a massagem de conforto<sup>1</sup>. Massagem de conforto é um conjunto de manobras aplicadas sobre a pele que, dependendo da pressão exercida pela mão, poderá atingir os músculos e demais camadas internas<sup>2</sup>.</p> <p>Dentre as terapias corporais, a massagem é a mais elementar e a mais antiga. Os gregos e os romanos foram grandes conhecedores e praticantes da massagem e a usavam nos tratamentos das doenças. Sabe-se, portanto, que a massagem possui grandes virtudes terapêuticas, uma vez que tem um efeito direto (no local onde está sendo aplicada) e um efeito indireto, que pode atingir o metabolismo em geral.<sup>3</sup></p>

22. Etec Paulino Botelho – São Carlos

Os movimentos básicos que devem ser observados durante a massagem são: deslizamento (consiste em movimentos suaves e deslizantes com a palma da mão aberta que se inicia com o toque suave e, gradativamente, torna-se mais pesado. Agem sobre as terminações nervosas e sensitivas da pele) amassamento (atua principalmente nos músculos, vasos sanguíneos linfáticos e sistema nervoso e consiste em encher toda a mão com certa porção de tecido muscular, pressionando suavemente entre os polegares e os dedos) e fricção (é feita com a ponta dos dedos, com movimentos curtos das articulações). Essas manobras geralmente são feitas durante a higienização corporal do paciente ou em mudanças de decúbito programadas.

Os procedimentos para aplicação de massagem de conforto iniciam-se com o preparo do material necessário acompanhado da verificação do produto a ser utilizado. É necessário lavar as mãos, calçar as luvas de procedimentos e informar o paciente sobre o procedimento a ser realizado e, após a sua conscientização, abaixar a cabeceira da cama, colocar o paciente em decúbito lateral D (direito), E (esquerdo) ou ventral. Sob o pijama ou a camisola, descobrindo as costas até as nádegas.

Após, disponha a toalha no sentido longitudinal junto ao paciente, protegendo a cama, coloque pequena quantidade de creme na palma de uma mão e espalhe, friccionando uma mão na outra. Inicie o deslizamento, iniciando das nádegas junto à coluna vertebral aos ombros até os músculos deltoides, retornando pela superfície lateral. Em seguida, repita esses movimentos nesta sequência: três deslizamentos leves, três deslizamentos pesados e mais três leves. Troque a técnica para o amassamento na parte superior das nádegas, junto à coluna vertebral, procurando comprimir e descomprimir os músculos ritmicamente até o pescoço.

Deslize as mãos comprimindo os músculos, pela superfície lateral e repita o amassamento do outro lado, mantendo sempre as mãos sobre a pele do paciente e faça três deslizamentos leves. Una os dedos e realize movimentos conjuntos de fricção nas proeminências de cada vértebra, cintura escapulo-umeral, nuca e área de incisão do couro cabeludo, costelas e crista ilíaca. Finalizado, recomponha a camisola ou o pijama e retire a toalha, e coloque o paciente em posição confortável<sup>1-3</sup>.

Atentar-se a anotar o procedimento realizado com observações quanto ao aspecto da pele e intercorrências. Como observações importantes, é necessário observar com atenção as condições da pele nas regiões escapular, ilíaca e sacrococcígea e, antes de prosseguir, comunicar se houver eritema, edema, flictema ou solução de continuidade. Executar movimentos contínuos, longos e circulares e exercer pressão firme nos deslizamentos pesados e suaves assim como nos deslizamentos leves.

**LISTA DE MATERIAIS:**

- Luvas de procedimento
- Cremes hidratantes
- Toalha de banho

## CHECK LIST - HABILIDADE: MASSAGEM DE CONFORTO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Calçou as luvas de procedimentos.			
Informou ao paciente sobre a técnica que será realizada.			
Abaixou a cabeceira da cama.			
Colocou o paciente de maneira confortável.			
Descobriu a área que será massageada.			
Colocou a toalha longitudinalmente junto ao paciente.			
Aplicou o creme nas mãos e friccionou-as.			
Iniciou o deslizamento das mão em direção as nádegas, junto à coluna vertebral, e dos ombros em direção ao deltoides.			
Retornou pela superfície lateral.			
Repetiu o movimento nas sequências: três deslizamentos leves, três deslizamentos pesados e mais três deslizamentos leves.			
Trocou a técnica para o amassamento			
Amassou a parte superior das nádegas, junto à coluna vertebral.			
Procurou comprimir e descomprimir os músculos ritmicamente até o pescoço.			
Deslizou as mãos, comprimindo os músculos pela superfície lateral.			
Repetiu o amassamento do outro lado			
Retirou a luva			
Guardou o creme			
Higienizou as mãos			

## REFERÊNCIAS

Figueiredo NM, Machado A. Ensinando a cuidar. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

Giovanni T, et al. História da enfermagem e suas técnicas: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Record, 1995.

Volpato ACB, Passos VCS. Técnicas básicas de enfermagem. São Paulo: Martinari, 2018.

## 3.21 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A SONDA NASO ENTERAL: ADMINISTRAÇÃO DE DIETA E MEDICAÇÃO

Juliana Tironi<sup>23</sup>

**NOME DO PROCEDIMENTO** Cuidados de enfermagem com a Sonda Naso Enteral: Administração de dieta e medicação.

**CURSO** Técnico de enfermagem

**MÓDULO** 2 e 4 módulos

**CARGA HORÁRIA** 3 horas / aula.

**OBJETIVOS** Conhecer os principais cuidados de enfermagem em pacientes fazendo uso de Sonda Nasoenteral (SNE): decúbito, lavagem da sonda e administração de dietas e medicamentos;

Realizar administração de dietas, água e medicamentos por meio da SNE;

Definir os riscos relacionados ao uso da SNE;

**CONTEÚDO** Nutrição enteral é definida pela Resolução RCD nº 63 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, de 6/7/00, como sendo o alimento que é administrado por via enteral, ou seja, com o auxílio de sondas, conhecidas como Sondas Nasoenteral (SNE), de forma exclusiva ou complementar a alimentação oral, em pacientes desnutridos, com dificuldades de deglutição, pacientes que necessitem de cuidados intensivos ou na nutrição de pacientes no pós-cirúrgico, e ainda aqueles que devido a alguma patologia não possam utilizar algum órgão do sistema digestivo como a boca e o esôfago. Pode-se fazer uso da sonda nasoenteral pacientes em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, e a administração de fluídos por meio da sonda podem ser feitas de forma gravitacional, em bomba de infusão contínua ou com seringas “em bolus”, a depender do estado do paciente e da finalidade do uso da sonda.<sup>1</sup>

---

23. Etec Tenente Aviador Gustavo Klug – Pirassununga

Compete ao técnico de enfermagem a administração de dietas e medicações em pacientes que fazem uso de SNE, entretanto antes do manuseio da sonda deve-se seguir o protocolo institucional, devendo atentar-se para o decúbito do paciente que sempre deve estar numa posição elevada de no mínimo 30 graus para receber dietas, água ou qualquer medicação via sonda, o decúbito elevado minimiza os riscos de o paciente bronco-aspirar (aspiração de alimentos e fluídos na árvore brônquicas através da traqueia) e desenvolver posteriormente uma pneumonia aspirativa, esta posição deve ser mantida durante 1 h após a administração da dieta; esse cuidado previne o refluxo, oferecendo mais conforto ao paciente, outro cuidado de enfermagem a ser realizado é referente à lavagem da sonda com 20 ml de água após administração de medicamentos e 50 ml após administração de dietas; a lavagem da sonda visa impedir a obstrução da sonda devido ao acúmulo de fragmentos de medicação e restos de alimentos, o que impossibilitaria o uso da sonda, devendo se realizar a repassagem de uma nova sonda.<sup>2</sup>

As intercorrências da terapia nutricional por SNE estão em sua maioria relacionadas com o mau posicionamento da sonda e administração inadequada da dieta, a dieta por sua vez deve ser de preferência da consistência mais líquida do que pastosa, pois quanto mais líquida menor serão os riscos de obstrução da sonda.<sup>3</sup> Não devemos nos esquecer também de nos atentarmos ao posicionamento e fixação da sonda no nariz, cabendo ao técnico de enfermagem antes da administração e manuseio da sonda realizar a ausculta com estetoscópio posicionado na região mesogástrica para ter certeza que a sonda está localizada a nível do estômago, ou o mais próximo possível da primeira porção do intestino delgado (duodeno).<sup>2</sup>

O desconhecimento da importância da nutrição enteral na recuperação dos pacientes, faz com que a equipe de enfermagem não se atente com seus devidos cuidados, visto que praticamente não existem registros sobre a aceitação e intercorrências das dietas como as constantes suspensões das mesmas e dificuldades no posicionamento da sonda. Sendo assim, é muito importante que a equipe de enfermagem que assiste o paciente, receba treinamento adequado para os procedimentos relativos à terapia com nutrição enteral, e também compreenda o grau de importância da sua contribuição de forma a evitar muitas complicações com a administração das dietas e mesmo a desnutrição e piora do quadro clínico dos pacientes.<sup>3</sup>

#### **LISTA DE MATERIAIS:**

- Sonda nasoenterica
- Seringas de 20 ml
- Luva de procedimento
- Estetoscópio
- Equipo de administração de dietas
- Dieta líquida industrializada ou artesanal.

**CHECK LIST - HABILIDADE: CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM A SONDA NASO ENTERAL:**

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Observou se a sonda está bem fixada no nariz do paciente			
Orientou o paciente quanto ao procedimento			
Posicionou o paciente em decúbito elevado			
Testou a localização da sonda			
Verificou a temperatura da dieta a ser administrada (temperatura ambiente)			
Abriu a sonda e conectou o equipo da dieta ou a seringa com a medicação			
Ajustou o gotejamento administrando dieta ou medicação			
Lavou a sonda com 50 ml de água após a o término do procedimento da dieta			
Lavou a sonda com 20 ml de água após o término do procedimento da medicação			
Reuniu o material e organizou a unidade			
Anotou corretamente o procedimento			
Lavou as mãos			
Registrou o volume infundido			
Demonstrou segurança durante a realização do procedimento			

## REFERÊNCIAS

1- Fujino V, Nogueira L ABNS. Terapia nutricional enteral em pacientes graves: revisão de literatura. Arquivo Ciência Saúde Out./dez., São Paulo 2007; 220-226.

2 - Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. (I e II).

3 - Unamuno MRDL; Marchini JS. Sonda Nasogátrica/entérica: cuidados na instalação, na administração de dieta e prevenção de complicações. Descrição de métodos, técnicas e instrumentais. Ribeirão Preto, Jan./mar, 2002: 95-101

## 3.22 MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

Karine Bianco da Cruz<sup>24</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Monitorização Cardíaca
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	3º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	04 horas/aula
<b>OBJETIVOS</b>	<p>Explicar sobre a monitorização cardíaca: tipos, função, finalidade, importância;</p> <p>Capacitar os alunos a realizar a monitorização cardíaca;</p> <p>Orientar a posição correta dos eletrodos torácicos;</p> <p>Capacitar os alunos a interpretar os dados no monitor cardíaco.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A monitorização cardíaca ou eletrocardiográfica é a representação gráfica da atividade elétrica do coração, e é muito importante no atendimento dos pacientes críticos, podendo ser realizada por diversos aparelhos, como o eletrocardiograma e o monitor cardíaco, que de forma geral consistem em: uma tela com a representação gráfica; cabos para conduzir o sinal elétrico; eletrodos que serão colocados no tórax do paciente para captar os impulsos elétricos<sup>1</sup>.</p> <p>A monitorização cardíaca faz parte monitorização hemodinâmica não invasiva, que é a monitorização dos sinais vitais dos pacientes através de aparelhos externos. A maioria dos monitores utilizados são multiparâmetros, que são capazes de monitorar: a frequência cardíaca, o traçado eletrocardiográfico, a saturação de oxigênio, a frequência respiratória, a pressão arterial e a temperatura<sup>2</sup>.</p> <p>Ainda segundo Mendes e colaboradores<sup>2</sup>, a monitorização eletrocardiográfica contínua é muito relevante no acompanhamento do ritmo e da frequência cardíaca, para a identificação rápida de arritmias e ritmos de parada cardiorrespiratória, possibilitando uma intervenção rápida e eficaz. A derivação mais utilizada é a DII, pois permite uma melhor visualização do traçado.</p>

<sup>24</sup>. Etec Dr. José Luiz Viana Coutinho – Jales

Esse procedimento pode ser realizado por todos os profissionais da equipe de enfermagem, e deve ser executado com atenção, pois a colocação dos eletrodos ou cabos de forma incorreta pode acarretar uma interpretação errada dos sinais do paciente, prejudicando sua assistência. Por isso, é importante que essa habilidade seja estudada e ensinada corretamente, para promover uma assistência de enfermagem de qualidade aos pacientes críticos.

Monitor Multiparâmetro. Fonte: Arquivo pessoal.



Os pontos de instalação dos eletrodos torácicos são simbolizados pelas siglas em inglês: RA, LA, RL, LL e V, C ou G, que são iguais em todos os aparelhos e devem estar marcados nos cabos ou eletrodos. Existem monitores com 3 ou 5 eletrodos.

Para monitores com conjunto de 3 eletrodos:

**RA:** corresponde ao braço direito e deve ser colocado abaixo da clavícula direita

**LA:** corresponde ao braço esquerdo e deve ser colocado abaixo da clavícula esquerda

**LL:** corresponde à perna esquerda e deve ser colocado no quadrante inferior esquerdo do abdômen.

Para monitores com conjunto de 5 eletrodos:

**RA:** corresponde ao braço direito e deve ser colocado abaixo da clavícula direita

**LA:** corresponde ao braço esquerdo e deve ser colocado abaixo da clavícula esquerda

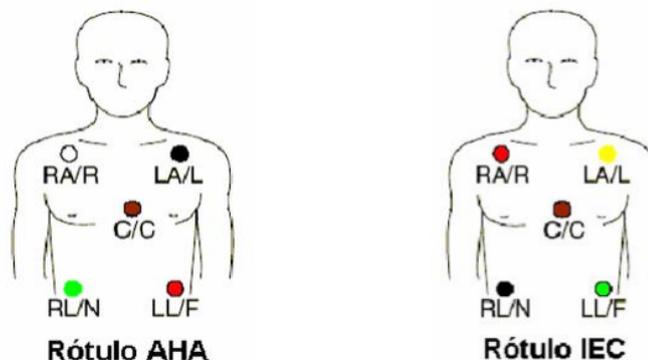
**RL:** corresponde à perna direita e deve ser colocado no quadrante inferior direito do abdômen.

**LL:** corresponde à perna esquerda e deve ser colocado no quadrante inferior esquerdo do abdômen.

**V, G ou C:** corresponde ao fio terra para reduzir interferências e de ser colocado no 3º espaço intercostal do hemitórax direito.

Tabela 1 : Código de cores para as derivações ECG (Lifepak®). Os cabos de derivação estão codificados de acordo com os padrões AHA e IEC, listados na tabela abaixo:

Derivação/membro	Rótulo AHA	Rótulo IEC
Braço Direito	RA	R
Perna Direita	RL	N
Braço Esquerdo	LA	L
Perna Esquerda	LL	F
Centro (Precordiais)	C	C



Fonte: NEU, Santa Catarina.

A interpretação dos dados do monitor se faz através da tela em que os dados são mostrados. O primeiro dado geralmente é a frequência cardíaca e o traçado eletrocardiográfico, como mostra a imagem a seguir:

Monitor multiparâmetro. Fonte: Arquivo pessoal.



## LISTA DE MATERIAIS

- Monitor Cardíaco
- Eletrodos descartáveis
- Luvas de procedimento
- Aparelho de barbear descartável
- Gaze

## CHECK LIST - HABILIDADE: MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Apresentou-se ao paciente			
Orientou o paciente sobre o procedimento			
Respeitou a privacidade do paciente com uso de biombo ou cortina			
Calçou as luvas de procedimento			
Posicionou o paciente em decúbito dorsal			
Realizou a tricotomia corretamente (quando necessário)			
Limpou o tórax do paciente com gaze			
Posicionou os eletrodos corretamente nos locais indicados			
Ligou o monitor			
Reconheceu o valor da frequência cardíaca no monitor			
Reconheceu o traçado eletrocardiográfico no monitor			
Reconheceu a presença de interferências no traçado			
Reuniu o material e organizou a unidade			
Lavou as mãos			
Registrou o procedimento no prontuário do paciente			

## REFERÊNCIAS

1. Murta GF. (org). Saberes e práticas: guias para ensino e aprendizado de enfermagem. 5 ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009. (Série curso de enfermagem).
2. Mendes NT. et al. Manual de enfermagem em emergências. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2014; 461.

## 3.23 INALOTERAPIA

Leidepaula da Rocha Belon<sup>25</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Inaloterapia
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	I Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	06 horas/aula
<b>OBJETIVOS</b>	Compreender os conceitos de inaloterapia;
<b>CONTEÚDO</b>	<p>Capacitar os alunos para compreender e aplicar o procedimento da inaloterapia</p> <p>Discutir com os alunos a importância da inaloterapia no tratamento do paciente</p> <p>É a administração de medicação nas vias aéreas superiores (VAS) por meio de dispositivos que liberam pequenas partículas de agentes farmacológicos no tecido epitelial mucoso do trato respiratório. Tem como principais objetivos umidificar a via aérea superior, facilitar a drenagem de muco das VAS e pulmonares, liquefazer a secreção brônquica resistente associando à nebulização o agente mucolítico e diminuir a inflamação através das associações de corticoides à nebulização. A inaloterapia pode ser dividida em fluidificação, oxigenoterapia e broncodilatação.<sup>1,2</sup></p>
<b>LISTA DE MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bandeja</li><li>• Kit de nebulização</li><li>• Fluxômetro</li><li>• Soro fisiológico 0,9% ou Água destilada</li><li>• Fonte de oxigênio ou ar comprimido</li><li>• Medicamento prescrito</li><li>• Etiqueta de identificação</li></ul>

<sup>25</sup>. Etec Dr. José Luiz Viana Coutinho – Jales

### CHECK LIST - HABILIDADE: INALOTERAPIA<sup>3</sup>

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Higienizou as mãos			
Conferiu adequadamente a prescrição médica			
Separou adequadamente o material			
Orientou o paciente sobre o procedimento			
Posicionou o paciente adequadamente			
Montou o sistema conectando o inalador ao sistema de ar comprimido ou oxigênio			
Regulou o fluxo de ar comprimido ou oxigênio de acordo com a prescrição,			
Verificou a presença de névoa no inalador			
Recolheu o material adequadamente			
Higienizou as mãos			
Realizou a checagem do procedimento em prontuário			
Realizou adequadamente as anotações de enfermagem			

## REFERÊNCIAS

1 - Bare BG, Suddarth DS. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

2 - Silva LD, Pereira SRM, Mesquita AMF. Procedimentos de enfermagem: Semiotécnica para o cuidado. Rio de Janeiro: Medsj; 2005.

3 - Universidade Federal Do Rio De Janeiro. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Divisão De Enfermagem. Sondagem Nasogástrica. 2013. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=245:pop-n-14-sondagem-nasogastrica>. Acesso em: 08 jan 2019.

## 3.24 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO

Lígia De Souza Pichinin<sup>26</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Assistência de Enfermagem no Pré-Operatório
<b>CURSO</b>	Auxiliar de Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	3 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Preparar o aluno no atendimento de enfermagem pré-operatório</p> <p>Orientar o paciente no pré-operatório sobre o procedimento a que será submetido.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>Durante a fase operatória, o paciente necessita de uma assistência de enfermagem individualizada e sistematizada. A assistência de enfermagem no período operatório pode ser dividida em três fases: pré, trans e pós-operatórias.</p> <p>A fase pré-operatória é o período compreendido desde a véspera da cirurgia até o momento em que é recebido no Centro Cirúrgico e nesta fase, que se identificam os problemas e fornece as informações que contribuirão para diminuir seus medos e, também, suas angústias, ansiedade e insegurança; levantando problemas, como também necessidades, físicas e psicológicas do paciente que será submetido a um procedimento cirúrgico. A fase pré-operatória se divide em: Mediato: período que vai desde a internação até 24 h antes da cirurgia (cirurgias programadas); Imediato: período que inicia 24h antes da cirurgia e termina no momento do ato cirúrgico<sup>1</sup>.</p>
<b>LISTA DE MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Caneta,</li><li>• Ficha Pré operatório.</li><li>• Prontuário do paciente.</li></ul>

<sup>26</sup>. Etec Orlando Quagliato

## CHECK LIST - HABILIDADE: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Higienizou as mãos			
Conferiu adequadamente a prescrição médica			
Separou o prontuário do paciente			
Orientou o paciente sobre o procedimento a que será submetido			
Verificou se houve o consentimento do paciente			
Verificou se houve a realização da avaliação anestésica			
Verificou se houve consentimento transfusional			
Solicitou a entrega de: Exames Laboratoriais, Exames por imagem, Exames (Biopsia) e outros.			
Encaminhou para banho			
Realizou a demarcação do Sítio cirúrgico			
Checeu se o paciente retirou próteses e adornos			
Questionou a presença de alergias a medicamentos			
Checeu o uso de medicação de rotina			
Realizou higienização das mãos			
Anotou no prontuário			

## REFERÊNCIA

1. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002; (10)5: 690-695

## 3.25 TROCA DE FIXAÇÃO DO TUBO OROTRAQUEAL

Marcelle Costa Bernardo Teixeira Gomes<sup>27</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Troca de Fixação do Tubo Orotraqueal
<b>CURSO</b>	Qualificação Técnica de Nível Médio de Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	III e IV Módulos
<b>CARGA HORÁRIA</b>	8 horas aula
<b>OBJETIVOS</b>	<p>Estabelecer protocolo para a troca de fixação do tubo orotraqueal</p> <p>Levar o aluno a desenvolver e treinar habilidades para a troca de fixação do tubo orotraqueal com segurança;</p> <p>Evitar a incidência da extubação acidental durante o procedimento.</p> <p>Conscientizar sobre a importância da realização do procedimento diariamente.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>O sistema respiratório é formado por diversos órgãos que trabalham interligados para que o processo de respiração possa acontecer de maneira eficiente. Quando, por algum motivo há a interrupção da respiração, se faz necessária a realização de medidas que permitam a sobrevivência<sup>1</sup>.</p> <p>Dentre essas medidas destacamos a intubação orotraqueal como um procedimento que exige cuidados de enfermagem específicos, dos quais destacamos aqui a fixação do dispositivo ventilatório.</p> <p>A atuação da enfermagem ao paciente crítico requer extremo cuidado, necessitando de profissionais adequados, experientes, protocolos bem elaborados e uma rotina no setor eficaz, objetivando reduzir ou evitar complicações favorecidas à está fase<sup>2</sup>.</p> <p>Entende-se que a fixação do dispositivo ventilatório, tubo endotraqueal, é muito importante para a sua estabilidade, pois além de estar relacionada com a diminuição de lesões traqueais, também previne o mal posicionamento diminuindo a incidência de extubação acidental. Logo, a troca de fixação do tubo orotraqueal é mais um procedimento realizado pela equipe de enfermagem (treinada e capacitada), a qual apesar de ser simples não pode ser banalizado, pois a inadequada fixação acarreta extubação acidental e pode danificar o guia do balonete por imperícia<sup>3</sup>.</p>

27. Etec Pedro Ferreira Alves – Mogi Mirim

Contudo, a troca de fixação de tubo orotraqueal deve ser realizada diariamente ou sempre que necessário, na presença de sujeira ou umidade, como parte integrante da higiene do paciente, sendo necessário ao profissional técnico de enfermagem treinamento e conhecimento para realizar este procedimento, acrescidas de cuidado ao mobilizar o dispositivo ventilatório na troca da fixação afim de garantir o posicionamento correto, evitando a compressão interna do balonete, o desconforto do paciente e a ocorrência de lesões na pele e infecções diversas, uma vez que o mesmo pode estar apertado, molhado e sujo<sup>4</sup>.

#### **LISTA DE MATERIAIS**

- Bandeja
- Cadarço de algodão
- Fixação adesiva;
- Tesoura;
- Gazes;
- SF 0,9%
- EPIs: Luva de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção
- Água morna e sabão;
- Solução de proteção para pele (Beijoim ou Cavilon);
- Lâmina de barbear se necessário.

## CHECK LIST - HABILIDADE: TROCA DE FIXAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL5

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Realizou higienização das mãos adequadamente.			
Reuniu todo o material necessário.			
Identificou o paciente observando a pulseira e dados no leito e prontuário.			
Explicou o procedimento ao paciente.			
Promoveu a privacidade do paciente.			
Colocou os EPIs: avental, máscara, óculos e luvas de procedimentos.			
Abaixou a grade lateral da cama do lado que você irá se posicionar.			
Posicionou o paciente em decúbito dorsal e cabeceira elevada a 30°.			
Cortou dois pedaços de cadarço no tamanho adequado, amarrando um ao outro formando três nós (ou quantos necessários de acordo com a distância mediana entre o nariz e o lábio).			
Verificou se o cuff está insuflado, mantendo o guia do balonete centralizado e visível.			
Cortou o fixador da parte superior com o auxílio da tesoura, mantendo o tubo estabilizado.			
Higienizou a pele do paciente com água morna e sabão, no local onde estava o fixador, na parte superior, enxaguou e secou com o auxílio de gazes.			
Passou solução de proteção na pele esperando secar.			
Posicionou e manteve o tubo estabilizado, na altura da arcada dentária, durante a execução do procedimento.			
Amarrou o fixador na parte inferior do tubo, afastando o fixador sujo, posicionou os nós na linha média entre nariz e lábios, passou as tiras ao redor da cabeça, amarrando as duas pontas acima das orelhas e garantindo boa fixação.			
Retirou a fixação anterior (suja) com auxílio da tesoura, mantendo o tubo estabilizado.			
Deu os nós, na parte inferior do tubo, posicionando o mesmo na região do queixo, respeitando a centralização do tubo.			

Higienizou a pele do paciente com água e sabão, no local onde estava o fixador, na parte inferior,			
Enxaguou e secou com o auxílio de gazes o fixador na pele.			
Realizou o retoque da barba se necessário.			
Passou solução de proteção na pele esperando secar.			
Amarrou a parte inferior do fixador, ao redor da cabeça, evitando o posicionamento na comissura labial para prevenir escaras.			
Colocou gaze ao redor do fixador e em cima das orelhas para não machucar a pele do paciente.			
Levantou a grade lateral do leito.			
Retirou as luvas e EPIs utilizados.			
Organizou o ambiente antes e após o procedimento.			
Calçou luvas de procedimentos e recolheu o material.			
Encaminhou materiais para o expurgo.			
Lavou bandeja com água e sabão;			
Higienizou a bandeja com álcool 70%.			
Higienizou as mãos após o procedimento.			
Checkou o procedimento na prescrição de enfermagem			
Realizou as anotações no prontuário.			

## REFERÊNCIAS

1. Goes RSS, Silva SOP, Lima CB. Traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva: visão do enfermeiro. João Pessoa: Temas em Saúde, Volume 17, Número 4, 2017. (Acesso em 04 dez 2018). Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17416.pdf>.
2. Amaral J, Wanderley H, Ferrari D Cuidados da Enfermagem na Intubação Endotraqueal. (Acesso em 04 dez 2018). Disponível em: <https://scholar.google.com.br>
3. COREN-SP. Orientação Fundamentada nº 112/2014. (Acesso em 07 nov 2018). Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/2015-06>.
4. Porto A, Viana DL. Curso Didático de Enfermagem - Módulo II. 6ª Edição. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.
5. Soares MAM, Gerelli AM, Amorim AS. Enfermagem: cuidados básicos ao indivíduo hospitalizado. Porto Alegre: Artmed, 2010.
6. São Paulo, Hospital São Paulo. Procedimento Operacional Padrão: Fixação de Dispositivo Traqueal (Cânula e Tubo). Maio 2013. (Acesso em 01 dez 2018). Disponível em: [www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/pop\\_fixacao\\_dispositivo\\_traqueal\\_2015](http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/pop_fixacao_dispositivo_traqueal_2015).

## 3.26 TROCA DE FIXAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

Marcelle Costa Bernardo Teixeira Gomes<sup>28</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Troca de Fixação da Cânula de Traqueostomia
<b>CURSO</b>	Qualificação Técnica de Nível Médio de Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	III e IV Módulos
<b>CARGA HORÁRIA</b>	8 horas aula
<b>OBJETIVOS</b>	<p>Estabelecer protocolo para a troca de fixação da cânula de traqueostomia.</p> <p>Levar o aluno a desenvolver e treinar habilidades de troca da fixação da cânula de traqueostomia com segurança;</p> <p>Evitar a incidência da extubação acidental da cânula de traqueostomia durante o procedimento.</p> <p>Conscientizar sobre a importância da realização do procedimento diariamente.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>O sistema respiratório é formado por diversos órgãos que trabalham interligados para que o processo de respiração possa acontecer de maneira eficiente. Quando, por algum motivo há a interrupção da respiração, se faz necessária a realização de medidas que permitam a sobrevivência<sup>1</sup>.</p> <p>Dentre essas medidas destacamos a traqueostomia como um procedimento que exigem cuidados de enfermagem específicos, dos quais destacamos aqui a fixação do dispositivo ventilatório.</p> <p>A atuação da enfermagem ao paciente crítico requer extremo cuidado, necessitando de profissionais adequados, experientes, protocolos bem elaborados e uma rotina no setor eficaz, objetivando reduzir ou evitar complicações favorecidas à esta fase<sup>2</sup>.</p> <p>Entende-se que a fixação do dispositivo ventilatório, cânula de traqueostomia é muito importante para a sua estabilidade, pois além de estar relacionada com a diminuição de lesões traqueais, também previne o mal posicionamento diminuindo a incidência de extubação acidental.<sup>3</sup></p>

28. Etec Pedro Ferreira Alves – Mogi Mirim

Contudo, a troca de fixação da cânula de traqueostomia deve ser realizada diariamente ou sempre que necessário, na presença de sujeira ou umidade, como parte integrante da higiene do paciente, sendo necessário ao profissional técnico de enfermagem treinamento e conhecimento para realizar este procedimento, acrescidas de cuidado ao mobilizar o dispositivo ventilatório na troca da fixação a fim de garantir o posicionamento correto, evitando a compressão interna do balonete, o desconforto do paciente e a ocorrência de lesões na pele e infecções diversas, uma vez que o mesmo pode estar apertado, molhado e sujo<sup>4,5</sup>.

#### **LISTA DE MATERIAIS**

- Bandeja
- Cadarço de algodão
- Fixação adesiva;
- Tesoura;
- Gazes;
- SF 0,9%;
- EPIs: Luva de procedimento, avental, máscara e óculos de proteção
- Água morna e sabão;
- Solução de proteção para pele (Beijoim ou Cavilon);
- Lâmina de barbear se necessário.

## CHECK LIST - HABILIDADE: TROCA DE FIXAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA<sup>6</sup>

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Realizou higienização das mãos adequadamente.			
Reuniu todo o material necessário.			
Identificou o paciente observando a pulseira e dados no leito e prontuário.			
Explicou o procedimento ao paciente.			
Promoveu a privacidade do paciente.			
Colocou os EPIs: Avental, Máscara, óculos e luvas de procedimentos.			
Abaixou a grade lateral da cama do lado que você irá se posicionar.			
Posicionou o paciente em decúbito dorsal e cabeceira elevada a 30°.			
Verificou se o cuff está insuflado, mantendo o guia do balonete centralizado e visível.			
Cortou um pedaço de cadarço no tamanho adequado.			
Retirou o fixador sujo de um lado da cânula com o auxílio da tesoura.			
Manteve a cânula estabilizada durante a execução do procedimento.			
Passou água e sabão na pele onde estava o fixador e enxaguou e secou com o auxílio de gazes.			
Realizou o retoque da barba se necessário.			
Passou solução de proteção na pele esperando secar.			
Realizou curativo no local de inserção da traqueostomia com SF 0,9%, colocando gazes nas laterais da cânula para proteger a pele.			
Passou o cadarço na parte posterior do pescoço e deixou centralizado.			
Passou uma ponta do cadarço na fenda lateral da cânula de ambos os lados, entrando pela parte posterior da fenda e puxando pela anterior.			
Ajustou o cadarço deixando cerca de 1 cm de folga (ou um dedo)			
Amarrou as duas pontas do fixador na região cervical.			

Retirou e descartou o cadarço sujo.			
Seguiu os passos garantindo a segurança do paciente.			
Levantou a grade lateral do leito.			
Retirou as luvas e EPIs utilizados.			
Organizou o ambiente antes e após o procedimento.			
Calçou luvas de procedimentos e recolheu o material.			
Encaminhou materiais para o expurgo.			
Lavou bandeja com água e sabão;			
Higienizou a bandeja com álcool 70%.			
Higienizou as mãos após o procedimento.			
Checou o procedimento na prescrição de enfermagem			
Realizou as anotações no prontuário.			

## REFERÊNCIAS

1. Goes RSS, Silva SOP, Lima CB. Traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva: visão do enfermeiro. João Pessoa: Temas em Saúde, Volume 17, Número 4, 2017. (Acesso em 04 dez 2018). Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17416.pdf>.
2. Amaral J, Wanderley H, Ferrari D. Cuidados da Enfermagem na Intubação Endotraqueal. (Acesso em 04 dez 2018). Disponível em: <https://scholar.google.com.br>
3. COREN-SP. Orientação Fundamentada nº 112/2014. (Acesso em 07 nov 2018). Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/2015-06>.
4. Porto A, Viana DL. Curso Didático de Enfermagem - Módulo II. 6ª Edição. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.
5. Soares MAM, Gerelli AM, Amorim AS. Enfermagem: cuidados básicos ao indivíduo hospitalizado. Porto Alegre: Artmed, 2010.
6. São Paulo, Hospital São Paulo. Procedimento Operacional Padrão: Fixação de Dispositivo Traqueal (Cânula e Tubo). Maio 2013. (Acesso em 01 dez 2018). Disponível em: [www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/pop\\_fixacao\\_dispositivo\\_traqueal\\_2015](http://www.hospitalsaopaulo.org.br/sites/pop_fixacao_dispositivo_traqueal_2015).

## 3.27 CURATIVO

Maria do Carmo Camargo<sup>29</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Curativo
<b>CURSO</b>	Técnico Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	I II IV
<b>CARGA HORÁRIA</b>	2 horas aula
<b>OBJETIVO</b>	<p>Ensinar o aluno a desenvolver a comunicação efetiva com paciente</p> <p>Estimular o aluno a demonstrar a técnica do curativo</p> <p>Orientar a importância de descrever os aspectos da lesão, ferida e incisão cirúrgica no prontuário do paciente.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>É o tratamento utilizado para promover uma melhor cicatrização de uma lesão ou ferida, bem como ser um meio adequado para que ocorra o processo de cicatrização.</p> <p>Procedimento curativo básico<sup>1</sup>:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Limpar bandeja que for utilizar, com álcool 70%.</li><li>2. Higienizar as mãos antes e após o procedimento.</li><li>3. 3- Reunir o material e levá-lo próximo ao leito do paciente; prender o saco de lixo em um lugar de fácil acesso.</li><li>4. 4- Comunicar o procedimento ao paciente, explicando a finalidade, e as etapas e as características do curativo solicitando sua autorização ou do acompanhante.</li><li>5. Descobrir a área a ser tratada e proteger a cama com forro.</li><li>6. Colocar o paciente em posição confortável de modo a evitar exposição, desnecessária, utilizar biombo se necessário.</li><li>7. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo.</li><li>8. Colocar gaze estéril em quantidade suficiente sobre o campo, abrir o soro e o material a ser utilizado.</li><li>9. Calçar luvas de procedimento.</li></ol>

---

<sup>29</sup> Etec Antonio Devisate – Marília

10. Retirar o curativo anterior com auxílio da pinça dente rato ou luva de procedimento e, se necessário em solução salina, auxiliando na remoção do curativo e desprezando-o no saco plástico.
11. Separar pinças utilizadas na periferia do campo estéril.
12. Manter a pinça *kelly* com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com soro fisiológico 0,9%.
13. Limpar a lesão utilizando as duas faces da gaze, da área menos contaminada para mais contaminada, utilizar quantas vezes forem necessárias.
14. Secar apenas a pele íntegra, ao redor da lesão.
15. Ocluir a lesão com cobertura prescrita, e o curativo secundário;(gaze ou gaze almofadada).
16. Reunir o material, desprezando o saco plástico em lixo apropriado e o material utilizado no expurgo, em recipiente apropriado, conforme recomendação do CCIH.
17. Retirar luvas de procedimento.18-Higienizar as mãos.
18. Checar o procedimento.
19. Registrar em prontuário aspecto da lesão, exsudato, odor, queixas do paciente durante procedimento, assinar e carimbar.

A construção de checklist é um instrumento que traz organização qualidade para assistência de enfermagem verificação de desempenho, torna essa assistência mais eficaz e dinâmica, evitando prejuízo ou falha para realizar que podem comprometer o processo de desenvolvimento dessa habilidade diretamente relacionado a qualidade e segurança do paciente.

#### LISTA DE MATERIAIS

- Kit de curativo,
- Pacote de tesoura,
- Pacotes de gazes esterilizada,
- Luva estéril,
- Fita adesiva: esparadrapo, micropore, tegardeme,
- Solução antisséptica prescrita,
- Solução fisiológica 0,9%,
- Luvas de procedimento,
- Agulha 40x12 (para irrigação)
- Seringa de 20 ml,
- Saco plástico,
- Forro ou impermeável,
- Biombo se necessário,
- Cobertura prescrita.

## CHECK LIST - HABILIDADE: CURATIVO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Realizou higienização das mãos			
Reuniu todo o material necessário.			
Identificou o paciente observando a pulseira e dados no leito e prontuário.			
Explicou o procedimento ao paciente.			
Promoveu a privacidade do paciente.			
Levou material próximo ao leito			
Prendeu o saco de lixo em local de fácil acesso			
Abaixou a grade do leito			
Colocou paciente posição confortável, evitou exposição desnecessária.			
Abriu o pacote do curativo na técnica asséptica			
Utilizou luvas procedimento para retirar curativo anterior			
Expos material estéril de forma correta			
Limou a lesão com soro fisiológico 0,9%, seguindo o princípio da área menos contaminada para mais contaminada.			
Observou o aspecto da lesão/ ferida durante o curativo			
Ocluiu a lesão, conforme prescrição ou protocolo da CCIH.			
Retirou as luvas e EPIs utilizados.			
Levantou a grade lateral do leito.			
Recolheu o material do procedimento e encaminhou p o expurgo			
Organizou o ambiente			
Lavou bandeja com água e sabão;			
Higienizou a bandeja com álcool 70%.			

Higienizou as mãos			
Checou o procedimento na prescrição de enfermagem			
Realizou as anotações no prontuário.			

## **REFERÊNCIA**

1. Bitencourt JJG, Conceicao SMP. (Org.) . Didático de enfermagem: teoria e prática I. 1. ed. São Paulo: Eureka, 2017. (1) 560

## 3.28 PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

Odilia Luiz da Cruz<sup>30</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Paramentação cirúrgica
<b>CURSO</b>	Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	I e II
<b>CARGA HORÁRIA</b>	8 horas/aula
<b>OBJETIVOS</b>	Demonstrar aos alunos a importância da paramentação cirúrgica para o controle e a prevenção de infecção do sítio cirúrgico.
<b>CONTEÚDO</b>	Todos os procedimentos cirúrgicos são necessários utilizar precauções para diminuir a contaminação de microrganismos e reduzir os riscos de infecção hospitalar <sup>1</sup> .

A paramentação cirúrgica é um conjunto de barreiras contra a invasão de microrganismos nos sítios cirúrgicos dos pacientes e para proteção de exposição dos profissionais a sangue e outros fluidos orgânicos de pacientes<sup>2</sup>. É a troca de vestimentas rotineiras por outras específicas para a entrada nas áreas críticas do centro cirúrgico (sala de cirurgia e central de material); criando barreiras contra invasão de microrganismo nos sítios cirúrgicos dos pacientes e para a proteção dos profissionais contra exposição de fluidos orgânicos<sup>2</sup>.

Todos os profissionais da saúde antes de entrarem na área restrita do Centro cirúrgico devem trocar de roupa no vestiário, pelo uniforme privativo (propés, blusa, calça, gorro, máscara...)<sup>1-2</sup>.

- Blusa e calça: normalmente são de tecidos de algodão não esterilizados e reprocessados.
- Propés: sobre os sapatos, tem como finalidade de proteção dos profissionais de saúde.
- Gorros ou toucas: Finalidade de evitar contaminação do campo cirúrgico por cabelo ou de sua microbiota.
- Máscaras cirúrgicas: Tem a finalidade de filtração de partículas maiores de 5 micra e proteção das mucosas dos profissionais contra fluidos orgânicos.
- Óculos de proteção: tem a finalidade de proteger os olhos do profissional contra o contato com fluidos de paciente.

<sup>30</sup>. Etec Prof. Carmine Biagio Tundisi – Atibaia

- Avental cirúrgico: São colocados por cima do uniforme privativo na sala cirúrgica após a degermação (escovação das mãos e braços com escovas com antissépticos degermantes; normalmente a base de clorexedine e secar com compressas estéreis); com a finalidade de evitar disseminação dos microrganismo do corpo do profissional ao sítio cirúrgico; bem como a proteção do profissional a exposição de fluidos orgânicos. Vem embalados e esterilizados, no qual a enfermagem deverá abri-lo na técnica para cirurgias e instrumentadores poderem utiliza-lo. São vestidos tocando somente ao seu lado interno, que ficará em contato com o corpo do profissional, seu fechamento será por meio de amarradeiras nas costas, pela enfermagem<sup>1-2</sup>.
- Luvas de procedimento: Deve-se usadas em qualquer procedimento que possa ter contato com fluidos orgânicos.
- Luva estéril: Utilizadas pela equipe cirúrgica para a proteção do Paciente e pela proteção dos profissionais contra fluidos orgânicos
- Campos cirúrgicos: Vem embalados e esterilizados, no qual a enfermagem deverá abri-lo na técnica; tem a finalidade de fornecer uma área de trabalho microbiologicamente limpa em torno da incisão cirúrgica com a finalidade de controlar a propagação de fluidos corporais, reduzindo a transferência da flora da pele do paciente para dentro da incisão cirúrgica<sup>1-2</sup>.

#### LISTA DE MATERIAIS

- Roupas privativas (calça, camisa, gorro ou touca, próteses e máscara, óculos de proteção)
- Escova impregnada com degermante (clorexedine degermante)
- Lavabo
- Avental estéril com compressas esteril
- Luvas esteril
- Campos cirúrgicos estéril

## CHECK LIST - HABILIDADE: PARAMENTAÇÃO CIRÚRGICA

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Verificou se há escovas suficiente no lavabo			
Assumiu postura corporal			
Realizou a lavagem e escovação das mãos na técnica correta			
Abriu o avental na técnica			
Pegou a face interna do dorso do avental,			
Ajustou-o o avental e amarrou na cintura.			
Abriu a luva estéril na técnica Correta			
Calçou as luvas estéril na técnica correta			
Abriu os campos cirúrgicos na técnica			
Verificou se a equipe cirúrgica fez a degermação e assepsia da área a ser operada.			

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Materiais e Esterilização. Práticas recomendadas SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC, 2009.
2. Smeltzer SC, Bare B.C Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

## 3.29 ASSEPSIA DO HUB DO CATETER

Rosmeri Sales Coelho Porto<sup>31</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Limpeza do hub do cateter
<b>CURSO</b>	Técnico de Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º <b>Módulo</b>
<b>CARGA HORÁRIA</b>	4 horas/aula
<b>OBJETIVO</b>	Ensinar os alunos sobre a importância de assepsia do hub do cateter para prevenção de infecções.
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A assistência à saúde dos pacientes, tem sido cada vez mais um dos processos mais complexos dentro das instituições hospitalares; as ações das equipes de enfermagem tendem a minimizar os riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)<sup>1</sup>.</p> <p>As IRAS estão diretamente associadas aos inúmeros dispositivos que são inseridos dentro das unidades de terapia intensiva, em pacientes críticos<sup>2</sup>.</p> <p>As infecções relacionadas aos dispositivos venosos invasivos centrais, ou periféricos têm sido cada vez mais comuns, dentro dos ambientes de terapia intensiva; essas infecções podem ser evitáveis se houver medidas seguras, referente às boas práticas nas inserções dos cateteres, e na manipulação pelo profissional e saúde, promovendo a segurança do paciente<sup>1</sup>.</p> <p>Uma das medidas que vem sendo utilizadas, é a limpeza do hub do cateter antes da administração de medicamentos com sache de álcool a 70%; ou clorexidini alcoólico de acordo com o protocolo institucional que cada serviço de saúde junto com CCIH e a educação permanente, preconizam para evitar ou diminuir dentro da instituição as IRAS, relacionadas aos dispositivos venosos<sup>1-2</sup>.</p> <p>A Limpeza do hub do cateter tem por finalidade diminuir a formação do biofilme, e evitar que na utilização da via venosa este venha para dentro da corrente sanguínea e ocasione a infecção<sup>1-2</sup>.</p>
<b>LISTA DE MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Swab de álcool a 70%</li><li>• Luvas de procedimento</li><li>• Óculos de proteção individual</li><li>• Máscara</li><li>• Bandeja</li><li>• Conector de cateter.</li></ul>

<sup>31</sup>. Etec Prof. Carmine Biagio Tundisi – Atibaia

## CHECK LIST – HABILIDADE ASEPSIA DO HUB DO CATETER

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Calçou as luvas de procedimento			
Conferiu a pulseira com nome completo e data de nascimento do paciente			
Colocou o óculo e máscara de proteção			
Fechou o clamp do cateter			
Retirou o conector do cateter			
Realizou a desinfecção do hub com sache de álcool 70% por 15 segundos.			
Realizou a infusão da solução/medicação			
Adaptou um novo conector ao cateter de infusão			
Reuniu o material			
Lavou as mãos			
Registou o procedimento no prontuário			

## REFERÊNCIA

1. Mendonça KM, Neves HCC, Barbosa DFS, Souza ACS, Tripple AFV, Prado MA. Atuação da Enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. Rev Enfermagem URJ 2011; 19 (2):330-3.
2. Dantas GD, Figueirêdo DSTO, Nobre AMD et al. Adesão da equipe de enfermagem, as medidas de prevenção de infecções de corrente sanguínea. Rev enferm UFPE 2017; 11(10): 3698-706.

## 3.30 RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO TERMO

Rossana Aparecida Fiorussi Gualtieri<sup>32</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Recepção do recém-nascido de termo
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º Módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	6 aulas/ aula
<b>OBJETIVOS</b>	<p>Ensinar o aluno a desenvolver habilidades para atender os cuidados imediatos do recém-nascido.</p> <p>Orientar o aluno a intervir adequadamente frente às intercorrências apresentadas pelo Recém-nascido.</p> <p>Estimular o aluno a prestar os cuidados na recepção do Recém-nascido;</p> <p>Orientar o aluno sobre a importância da anotação de enfermagem no prontuário do recém-nascido.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>É o cuidado imediato com a saúde do recém-nascido, tem importância fundamental para a redução das taxas de mortalidade infantil, assim como a promoção da uma melhor qualidade de vida ao nascer, recepcionar o recém-nascido é empregar técnicas que nos possibilite avaliar a vitalidade assim como ajuda-lo na adaptação da vida extra uterina, mantendo uma sequência lógica e ponderal de assistência - mantendo o calor, desobstruindo as vias aéreas seguindo os cuidados de peso e medida antropométrica, clampeamento do cordão, vacinas de acordo com o calendário nacional , medicações de acordo com a rotina do hospital, tais como vitamina K, colírio de nitrato de prata, seguem ainda a identificação plantar e pulseira.<sup>1,2</sup></p>

32. Etec Prof. Eudécio Luiz Vicente - Adamantina

### LISTA DE MATERIAIS<sup>3</sup>

- Berço aquecido, campos estéreis,
- Aspirador vácuo,
- Sondas de aspiração n 6, 8,10
- Seringa 20 ml, 1 ml,3ml, 5ml, 10ml
- Bolsa-Válvula- Mascara,
- Máscara facial,
- Fonte de O2
- Fluxometro,
- Laringoscópio cânulas traqueais 25, 30 35,
- Luvas estéreis
- Medicções: adrenalina, bicarbonato, glicose 10%, água destilada, solução fisiológica 0,9%,
- Estetoscópio,
- Esparadrapo,
- Gaze estéril,
- Clamp plástico,
- Pulseira de identificação,
- Régua antropométrica,
- Fita métrica,
- Almofada de tinta,
- Balança digital,
- Álcool 70%,
- Algodão,
- Solução de nitrato de prata colírio 1%,
- Termômetro,
- Frasco para coleta de exames.

## CHECK LIST - HABILIDADE: RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO TERMO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Calçou luvas estéril, corretamente			
Envolveu RN no campo cirúrgico estéril			
Colocou o Rn na posição correta para o transporte			
Colocou o Rn de barriga para cima no berço			
Procedeu as técnicas indicadas pelo pediatra em sequência correta			
Retirou a luva estéril			
Lavou as mãos			
Anotou os cuidados de enfermagem da recepção do Rn no prontuário			

## REFERÊNCIAS

1. Portal da educação. Etapas da recepção do recém-nascido. Disponível em: [www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/etapas-da-recepcao-do-recem-nascido/11771](http://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/etapas-da-recepcao-do-recem-nascido/11771). Acesso em: 24 jan 2019.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

3. Harrison BR, Stright BR. Enfermagem Materna e Neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

## 3.31 ESCALA DE SORO (CONFEÇÃO DE FITA DE HORÁRIO)

Ruth de Sousa Sobreira<sup>33</sup>

**NOME DO PROCEDIMENTO** Escala de Soro (Confeção de fita de horário)

**CURSO** Técnico em enfermagem

**MÓDULO** 1º módulo

**CARGA HORÁRIA** 4h/aula

**OBJETIVO** Ensinar o aluno a fazer a escala de soro;

Orientar o aluno sobre a importância da escala de soro para o controle de gotejamento.

**CONTEÚDO** Ensinar o aluno a fazer a escala de soro é importante, pois o mesmo pode acompanhar a infusão da solução (monitoramento). Portanto, após a realização do cálculo de medicação e da escala de soro, teremos o controle de gotejamento e conseqüentemente o envolvimento dos profissionais da enfermagem no processo para o controle e administração de medicamentos. Com isso, estaremos minimizando erros na infusão e administração de soluções.<sup>1, 2</sup>

A prevenção de IRM (Incidentes Relacionados a Medicamentos), passa pelo processo de monitoramento que consiste em observar continuamente o paciente tanto a curto, médio quanto longo prazo.

O monitoramento abrange os aspectos técnico e clínico. O técnico está relacionado às vias, acessos, características das infusões entre outros, e o clínico, relacionado à resposta esperada ou inesperada da ação do medicamento. A atividade de monitoramento deve ser também documentada, assim como todos os outros passos do processo de medicação<sup>1</sup>.

De acordo com o autor do livro, Enfermagem, Cálculo e Administração de medicamentos, de Arlete M. M., BI (Bomba de Infusão) tem um grande auxílio no controle do volume infundido<sup>2</sup>. Porém, nem sempre está disponível para uso. Por isso é importante saber fazer o cálculo do gotejamento bem como o controle do volume infundido por hora, através da confecção da fita de horário (Escala de soro), para monitoramento do mesmo<sup>1, 2</sup>.

<sup>33</sup>. Etec Parque da Juventude – Santana-São Paulo

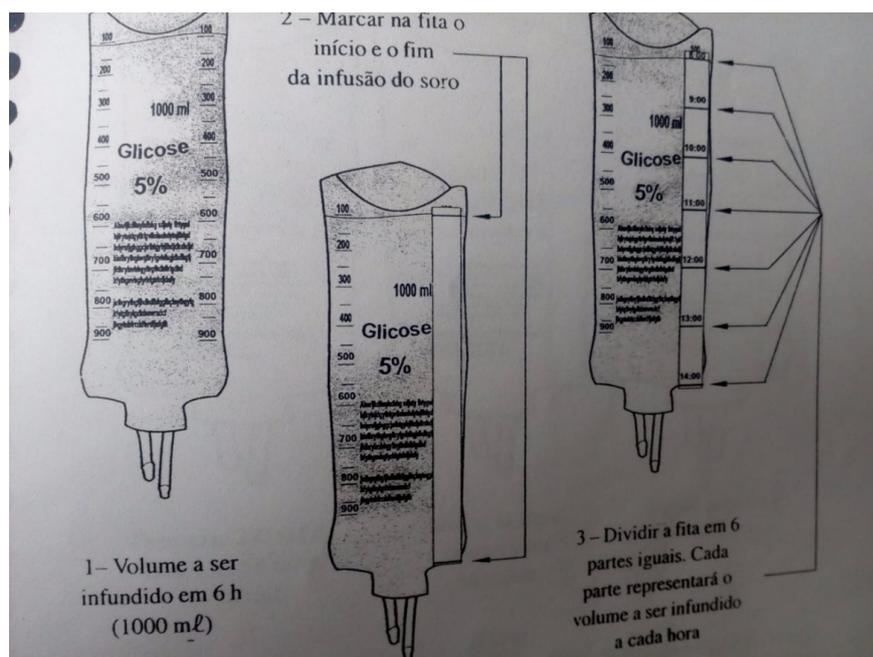
Na minha prática docente tenho observado que não se faz a escala de soro e o pior, os técnicos e auxiliares não tem o conhecimento da técnica trazendo prejuízo ao paciente no excesso de volume muitas vezes infundido sem que tenha dado tempo o organismo, distribuir, absorver, metabolizar e eliminar o líquido infundido, muitas vezes causando excesso de líquido, anasarca, nos pacientes<sup>1-2</sup>.

Como fazer a fita de horário (Escala de Soro) para controlar o volume infundido: <sup>1-2</sup>

### EXEMPLO

- Volume a ser infundido em 6 h (1000 ml)
- Marcar na fita o início e o fim da infusão do soro
- Dividir a fita em 6 partes iguais. Cada parte representará o volume a ser infundido a cada hora.

Foto do livro: Enfermagem, cálculo e administração de medicamentos/Arlete M.M. Giovane, pág. 29



Para ajustar a velocidade de infusão, conte as gotas durante um minuto, ajustando o fluxo com a pinça rolete, depois é ir monitorando a infusão, comparando o nível do soro com a marcação do horário na fita de horário (Escala de Soro)<sup>2</sup>.

### LISTA DE MATERIIIS

- Fita crepe,
- Folha pautada,
- Frasco de soro,
- Caneta,
- Relógio analógico,
- Equipio.

## CHECK LIST - HABILIDADE: ESCALA DE SORO (CONFEÇÃO DE FITA DE HORÁRIO)

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Lavou as Mãos			
Realizou o cálculo de gotejamento			
Preencheu o Rótulo com os 9 certos			
Realizou a escala de soro			
Retirou o ar do equipo			
Identificação do paciente			
Apresentou-se ao paciente			
Checou o nome correto ao paciente			
Orientou o paciente quanto ao procedimento a ser realizado			
Realizou a Assepsia com álcool 70% no dispositivo de inserção do cateter			
Realizou a instalação do soro			
Realizou o controle do gotejamento			
Realizou o acompanhamento da infusão no tempo prescrito			
Realizou a lavagem das mãos			
Realizou a anotação de enfermagem no prontuário do paciente			

## REFERÊNCIA

1. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. – São Paulo: COREN-SP, 2017. 124p. ISBN 978-85-68720-04-2.
2. Giovani AMM. Enfermagem, cálculo e administração de medicamentos – São Paulo: Scrinium, 2006.

## 3.32 APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA

Sandra Aparecida Pizani Albertino<sup>34</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Medicação por Via Subcutânea
<b>CURSO</b>	Técnico de Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	I e II
<b>CARGA HORÁRIA</b>	8h/aulas
<b>OBJETIVOS</b>	Orientar os alunos sobre o procedimento de aplicação e administração de medicamentos na via subcutânea.
<b>CONTEÚDO</b>	A administração da medicação subcutânea é realizada no tecido subcutâneo. Esta via é utilizada por fármacos que não irritam o tecido, pois o paciente teria muita dor, podendo levar a necrose e a descamação da pele no local da aplicação do medicamento. É uma região que possui uma absorção lenta, através dos capilares, de forma contínua e segura. Normalmente é a via utilizada para administração de vacinas, anticoagulantes e também para insulina <sup>1</sup> .

A via subcutânea é apropriada para a administração de soluções não irritantes, em um volume máximo de 1,5 ml, que necessitam ser absorvidas lentamente, assegurando uma ação contínua. Os locais mais utilizados para injeções subcutâneas são: Região do deltoide no terço proximal; Face superior externa do braço; Face anterior da coxa e Face anterior do antebraço.

### **Procedimento:**<sup>2,3</sup>

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Separe o medicamento do paciente e confira o nome, validade, dose prescrita e apresentação;
3. Confeccione uma etiqueta contendo o número do quarto, leito, nome completo do paciente, nome do medicamento, dose, horário da administração, via da administração, nome do médico responsável pela prescrição e seu nome como profissional responsável pelo preparo e administração. (Em ambulatório no caso de vacinas e insulinas, onde a medicação é administrada no ato do preparo, a identificação não se faz necessário);

<sup>34</sup>. Etec Prefeito Alberto Feres – Araras

4. Preparar o medicamento utilizando a agulha de aspiração e a seringa de 1 ml;
5. Retirar o ar que possa estar dentro da seringa usando o protetor de agulha para que o líquido não disperse no ar.
6. Retirar a agulha de aspiração e inserir a agulha 13 x 4,5 mm na seringa, (caso não tenha disponível utilizar a agulha de menor calibre existente) ;
7. Colar o rótulo de identificação no medicamento;
8. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
9. Reunir o material a ser utilizado na bandeja: recipiente com algodão hidrófilo embebido com álcool a 70% e a medicação preparada;
10. Levar a bandeja até a unidade do paciente;
11. Informar e explicar o procedimento ao paciente;
12. Conferir o rótulo com os dados do paciente;
13. Realizar a higienização das mãos;
14. Escolha a região da aplicação alternando os locais apropriados para injeção subcutânea;
15. Posicionar o paciente de forma adequada ao procedimento;
16. Calçar as luvas de procedimento;
17. Retire a proteção da agulha, segurando na mão dominante, entre o polegar e indicador;
18. Faça uma prega no local selecionado;
19. Insira a agulha num ângulo entre 45 ° e 90° com base na agulha utilizada avaliando a quantidade do tecido subcutâneo;
20. Injetar lentamente o medicamento com a mão oposta que segura a seringa, soltando a prega do tecido;
21. Retirar a agulha e a seringa em um movimento rápido;
22. Aplicar leve compressão ao local com o algodão embebido com álcool a 70%;

23. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
24. Desprezar os resíduos;
25. Descartar a seringa, sem desconectar a agulha, sem reencapá-la, em recipiente rígido para descarte de perfuro cortante;
26. Retirar a luva de procedimento;
27. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha e realizar a desinfecção com álcool a 70%;
28. Realizar a higienização das mãos;
29. Checar o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
30. Fazer anotação de enfermagem se houver intercorrências.

**LISTA DE MATERIAIS:**

- Bandeja,
- luvas de procedimento,
- agulha para aspiração 40x12,
- agulha 13 x 4,5,
- seringa de 1 ml,
- álcool a 70%,
- algodão hidrófilo e
- medicamento prescrito.

## CHECK LIST – HABILIDADE ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Separou o material corretamente			
Realizou a Higienização das mãos			
Realizou a higienização e desinfecção da bandeja			
Checou os 9 certos			
Realizou a etiqueta com os dados do paciente			
Aspirou a medicação prescrita			
Etiquetou a seringa com a medicação prescrita			
Colocou e checou o material para a realização da medicação na bandeja			
Apresentou-se para o paciente			
Explicou o procedimento ao paciente			
Calçou as luvas de procedimento			
Decidiu o melhor local da aplicação subcutânea			
Realizou a antisepsia no local de aplicação da Subcutânea.			
Realizou a aplicação medicamentosa.			
Realizou o descarte do material perfuro cortante no descarpack			
Reuniu os materiais			
Deixou a Unidade em ordem			
Higienizou as mãos			
Realizou a anotação de enfermagem no prontuário			

## REFERÊNCIA

1- Bare BG, SUDDARTH DS. Brunner - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

2- Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

3- Koch RM et. Al. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª ed. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

## 3.33 APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR

Silvania Galassi<sup>35</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Aplicação de medicação por via intramuscular
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	I e II
<b>CARGA HORÁRIA</b>	33 horas/ aula
<b>OBJETIVOS</b>	Orientar os alunos sobre o procedimento de aplicação e administração de medicamentos por via intramuscular, região ventroglútea.
<b>CONTEÚDO</b>	<p>A via intramuscular foi amplamente utilizada desde o início da chamada medicina moderna e mesmo antes da introdução da terapia penicilínica. Data do final do século XIX. Luton, 1882; Soffiantini, 1885; Schadeck, 1886; Balzer e Rebland, 1888.<sup>1</sup></p> <p>É responsabilidade de o Enfermeiro interpretar a prescrição médica, supervisionar o preparo e administração de medicamentos parenterais. Deve conhecer a anatomia da região em que vai administrar o fármaco. Deve observar as características farmacológicas da droga, considerando o risco, velocidade para atingirem o sítio de ação, absorção, distribuição, biotransformação (metabolismo) e excreção<sup>2</sup>.</p>

<sup>35</sup>. Etec Prefeito Alberto Feres – Araras

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe diretrizes para este procedimento tendo como objeto a segurança do paciente. Foram criadas seis metas internacionais de segurança que são: Identificar corretamente o paciente; Promover a efetividade da comunicação entre profissionais da assistência; Melhorar a segurança de medicações de alta vigilância; Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas<sup>3</sup>.

O Ministério da Saúde do Brasil, na portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013, normatiza as diretrizes e estabelece os seguintes procedimentos em Protocolos Básicos para a Segurança do Paciente no Brasil: Identificação do paciente; Prática de higiene das mãos em serviços de saúde; Cirurgia segura; Prevenção de úlcera por pressão; Prevenção de quedas; Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos<sup>3, 4</sup>.

## ETAPAS E OBSERVAÇÕES

O técnico de enfermagem deve estar atento às diversas etapas da habilidade. Deverá tomar alguns cuidados e seguir as normas de biossegurança:<sup>5</sup>

### 1ª etapa: Interpretação da prescrição médica

		NOME DO HOSPITAL						DATA	
		ENDEREÇO COMPLETO							
CNPJ									
PACIENTE:						PRONTUÁRIO			
ANDAR/SERVIÇO	ENFERMARIA	LEITO	DIABETES?	IDADE	PESO	ALTURA	ALERGIAS		
									
1. Prescrição completa, utilizando DCB ou DCI, seguindo estrutura mínima, de forma legível e sem rasuras, contendo as orientações necessárias ao seu adequado cumprimento.							Observações Enfermagem/Farmácia		
2. Prescrição completa, utilizando DCB ou DCI, seguindo estrutura mínima, de forma legível e sem rasuras, contendo as orientações necessárias ao seu adequado cumprimento.									
3. Prescrição completa, utilizando DCB ou DCI, seguindo estrutura mínima, de forma legível e sem rasuras, contendo as orientações necessárias ao seu adequado cumprimento.									
<i>Assinatura Legível</i> <b>CARIMBO</b> N° do registro profissional									
MÉDICO RESPONSÁVEL						RAMAL:			

**2ª etapa:** Identificação do produto a ser injetado, apresentação e dose.



**3ª etapa:** Escolha do material adequado



**4ª etapa:** Identificação do local de aplicação



## 5ª etapa: Seguir as normas de biossegurança

### Higienização das mãos



### Utilização de equipamentos de proteção



### Descartes

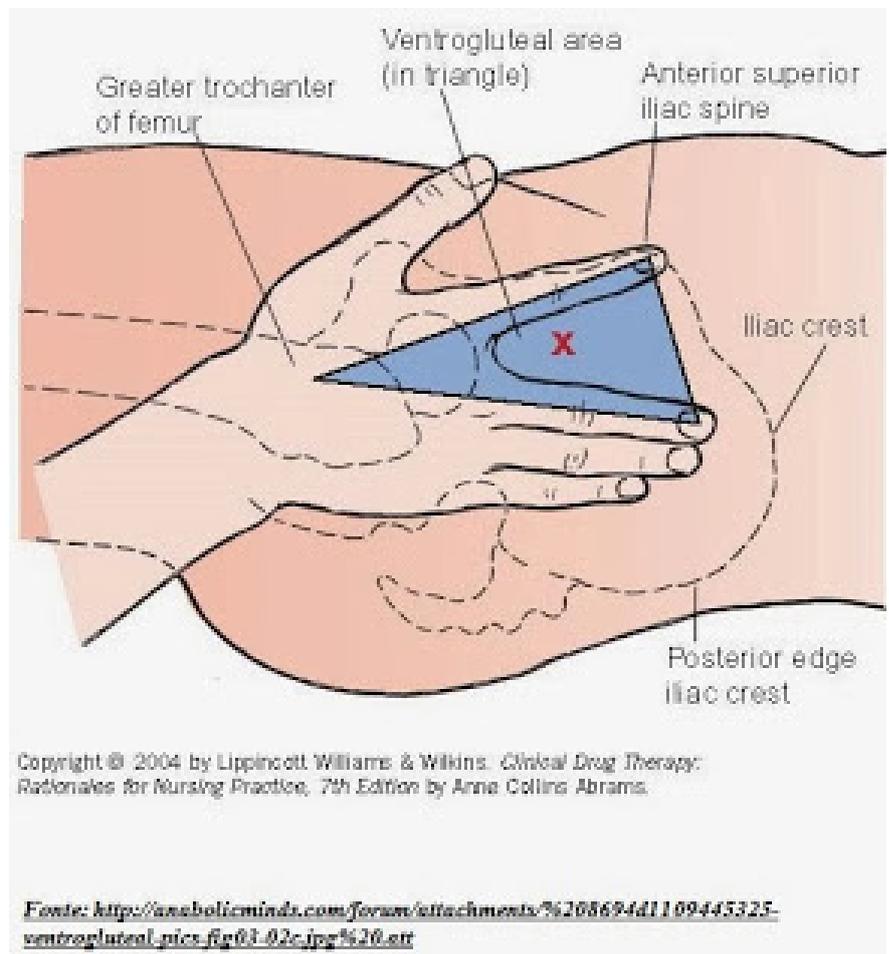


### Regiões de eleição para a via intramuscular:

Ventro-glúteo, dorso glúteo, vasto lateral da coxa e deltoide são, nesta ordem, as primeiras escolhas para o procedimento. O profissional ao realizar uma administração injetável no músculo deve estar atento aos fatores gerais de variação anatômica como: biótipo, idade, sexo, raça e condições locais. Deverá observar forma, comprimento, largura, espessura e disposição das fibras musculares, o que levará a definir a região mais apropriada e a escolher os materiais disponíveis adequados às características do fármaco prescrito pelo médico<sup>6</sup>.

## Descrição das etapas da administração de medicamentos

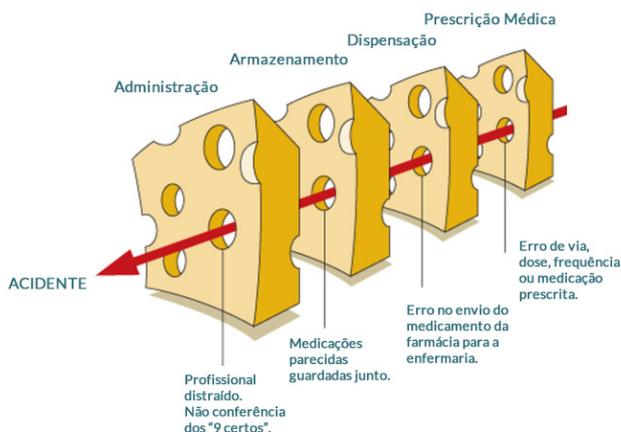
**Prescrição** - Consiste na escolha que o profissional médico faz da medicação apropriada para cada situação clínica, em que considera os fatores individuais dos pacientes, como as alergias, peso, entre outros, e na indicação da via de administração, dose, tempo e duração.



**Dispensação** - Consiste na distribuição do medicamento pelo serviço de farmácia/suprimentos para as unidades requisitantes.

**Preparo** - consiste na técnica de manipulação dos medicamentos para administrar ao paciente, de acordo com a prescrição e dispensação.

**Administração** - Consiste na aplicação de medicamentos, deve sempre checar, os “nove certos”: medicamento certo, dose certa, via certa, horário certo, paciente certo, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa.



### **Delimitação Geométrica:**

Coloca-se a mão não dominante no quadril direito do paciente, espalmando-se a mão sobre a base do trocânter maior do fêmur. Localiza-se com a falange distal do dedo indicador, a espinha íliaca Antero-superior direita. Estende-se o dedo médio ao longo da crista íliaca e forma-se, com o indicador, um triângulo. Como mostra a figura a seguir.

Em caso de aplicação do lado esquerdo do paciente, colocar o dedo médio na espinha íliaca Antero superior e depois afastar o indicador formando um triângulo. E no caso de crianças, colocar o espaço interdigital dos dedos médio e indicador na saliência do trocânter maior do fêmur<sup>7</sup>.

### **O passo a passo para realizar a habilidade:**

1. Lavar as mãos
2. Preparar o material na bandeja
3. Apresentar-se para o paciente
4. Explicar o procedimento ao paciente
5. Conferir o paciente (prescrição ao nome)
6. Calçar os equipamentos de proteção individual no momento da execução do procedimento (luvas, máscara, gorro e óculos)

7. Escolher músculo conforme o seu tamanho e o volume do medicamento a ser administrado.
8. Palpar o local selecionado para injeção em busca de edema, sensibilidade ou grânulos
9. Evitar áreas com cicatrizes, hematomas, escoriações ou infecções
10. Posicionar a mão não dominante em local anatômico adequado e segurar o músculo firmemente
11. Injetar rapidamente a agulha a um ângulo de 90°
12. Aspirar a seringa, e se não for aspirado sangue, injetar lentamente o medicamento
13. Retirar suavemente a agulha e soltar a pele.
14. Orientar sobre evitar massagem no local.

#### LISTA DE MATERIAIS

- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Luvas
- Gorro
- Máscara
- Óculos de proteção
- Seringa
- Agulha
- Medicação

## CHECK LIST - HABILIDADE: APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO PELA VIA INTRAMUSCULAR

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Realizou a Higienização das mãos			
Realizou a higienização e desinfecção da bandeja			
Checou os 9 certos			
Realizou a etiqueta com os dados do paciente			
Aspirou a medicação prescrita			
Etiquetou a seringa com a medicação prescrita			
Colocou e checou o material para a realização da medicação na bandeja			
Apresentou-se para o paciente			
Explicou o procedimento ao paciente			
Calçou as luvas de procedimento			
Decidiu o melhor local da aplicação intramuscular			
Realizou a antisepsia no local de aplicação da intramuscular.			
Realizou a aplicação medicamentosa.			
Realizou o descarte do material perfuro cortante no descarpack			
Reuniu os materiais			
Deixou a Unidade em ordem			
Higienizou as mãos			
Realizou a anotação de enfermagem no prontuário			

## REFERÊNCIAS

1 – Castellanos BEP. Estudo sobre as regiões para aplicação de injeção intramuscular. Rev. Esc. Enf. USP, 11 (3): 261-324, 1977.

2 – COREN-SP Administração de Medicamentos por Via Intramuscular. São Paulo: 2010. 2013 out 29. Disponível em: [http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/administacao\\_de\\_medicamentos\\_por\\_via\\_intramuscular.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/administacao_de_medicamentos_por_via_intramuscular.pdf)

3 – World Health Organization: World Alliance for Patient Safety, Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report. Genebra; 2009.

4 – Brasil, Ministério Da Saúde, Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013 Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jul 10;150(131 Seção 1):47.

4. Brasil, Ministério Da Saúde, Portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013 Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 set 25; 150(186 Seção 1):113. 5.

5 – Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 03: protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília (DF); 2013.

6 – Giovani AMM, organizadora. Cálculo e administração de medicamentos. 12ª ed. São Paulo: Scrinium, 2006.

7 - Menezes AS, Marques IR. Proposta de um modelo de delimitação geométrica para a injeção ventro-glútes. Ver Bras Enferm. 2007 set-out; 60(5): 552-8.

## 3.34 APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA / INTRAVENOSA

Sônia Dalva Ribeiro Peres Moura<sup>36</sup>

**NOME DO PROCEDIMENTO** Administração de medicamento por via Endovenosa/Intravenosa

**CURSO** Técnico em Enfermagem

**MÓDULO** 1 módulo

**CARGA HORÁRIA** 2 horas/aula

**CONTEÚDO** A administração de medicamento EV consiste na introdução de soluções medicamentosas diretamente na corrente sanguínea utilizando-se uma veia superficial<sup>1</sup>.

Diria que, a administração de medicamentos por via endovenosa consiste no preparo e administração de soluções na corrente sanguínea, através de uma veia periférica, prescritas nas consultas/atendimentos, com o objetivo de se obter uma ação terapêutica mais rápida<sup>2</sup>.

Essa via também permite administração de volumes maiores, de drogas contraindicadas por outras vias e tratamento endovenoso prolongado<sup>3</sup>.

A administração de medicação endovenosa é aquela utilizada para infundir medicamentos diretamente na veia. Preferencialmente, devemos punccionar, inicialmente, membros superiores, evitando principalmente as articulações. O melhor local para punção endovenosa é a face anterior do antebraço.

Na administração de medicação endovenosa a solução pode ser administrada em doses únicas ou por infusões contínuas. A escolha desta via também se dá pela administração de soluções irritantes que causariam dor e danificariam os tecidos se fossem administrados por injeção subcutânea ou intramuscular. Quando o medicamento é administrado por via endovenosa, ele apresenta um efeito mais rápido do que a opção por outra via.

---

36. Etec Prof. Alcídio de Souza Prado – Orlandia

#### **TÉCNICA<sup>4</sup> Pré - Execução:**

- Observar prescrição médica;
- Certificar-se dos 5 “C”;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução a ser administrada;
- Identificar a medicação
- Preparar o material.

#### **Execução:**

- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do paciente, se internado;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Proceder a antisepsia do local da infusão
- Certificar-se de que a agulha está na luz da veia/ Testar a permeabilidade da via;
- Injetar a medicação prescrita lentamente;
- Deixar o ambiente em ordem.

#### **Pós - Execução:**

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias.

#### **Avaliação:**

- Avaliar se há infiltração tecidual;
- Avaliar se houve contaminação;
- Avaliar os efeitos colaterais e reações pirogênicas.

### **Riscos / Tomada de Decisão:**

- Contaminação: Repetir o procedimento;
- Efeito Colateral: Avaliar a queixa do paciente comunicar ao enfermeiro/médico com urgência.
- Reações pirogênicas: seguir protocolo.

### **LISTA DE MATERIAIS**

- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Luvas
- Gorro
- Máscara
- Óculos de proteção
- Seringa
- Agulha
- Medicação

**CHECK LIST - HABILIDADE: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO  
POR VIA ENDOVENOSA/INTRAVENOSA**

<b>Nome do aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material			
Realizou a higienização e desinfecção da bandeja			
Lavou as mãos			
Conferiu medicação com a prescrição médica			
Checou os 9 certos da administração medicamentosa			
Preparou a medicação observando técnicas de assepsia			
Identificou a medicação			
Colocou e checou o material para a realização da medicação na bandeja			
Identificou-se ao paciente			
Conferiu nome do paciente			
Orientou o paciente e/ou acompanhante			
Calçou luvas			
Fez antisepsia do local			
Posicionou bisel da agulha corretamente			
Desgarroteou antes de injetar o medicamento			
Observou permeabilidade da veia			
Observou reação local/infiltração			
Observou reação adversa			
Realizou o descarte do material perfuro cortante no descartpack			
Reuniu os materiais			
Deixou a Unidade em ordem			
Lavou as mãos			
Fez anotação corretamente			

## REFERÊNCIAS

1. Porto A, Viana DL. Curso Didático e Enfermagem. 7 ed. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.
2. Bortolozzo NM. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.
3. Zorge CMF, Et al. Saberes e Práticas – Guia para o Ensino e Aprendizado de Enfermagem. São Paulo: Difusa. 2008.
4. Portal da Enfermagem. Protocolos. Disponível em: <https://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos>. Acesso em: 24 jan 2019.

## 3.35 ARRUMAÇÃO DE LEITO – CAMA FECHADA

Thayse Mitiko Akamatsu<sup>37</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Arrumação do leito – Cama fechada
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	6 horas/aula
<b>OBJETIVO</b>	Capacitar o aluno na realização do procedimento de arrumação do leito, cama fechada.
<b>CONTEÚDO</b>	<p>Arrumação do leito é a forma padronizada de distribuir e ordenar a roupa hospitalar, visando proporcionar conforto e segurança ao paciente, sendo essencial na manutenção e na recuperação da saúde<sup>1</sup>. Existem quatro tipos de arrumação de cama, de acordo com as finalidades: cama fechada, cama aberta, cama aberta com paciente acamado e cama de operado<sup>1,2</sup>.</p> <p>A Cama fechada é considerada cama fechada quando o leito está preparado para receber o paciente que será admitido no setor. É feita após a limpeza terminal<sup>2</sup>.</p>
<b>LISTA DE MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 Lençóis</li><li>• Fronha</li><li>• Travesseiro</li><li>• Cobertor s/n</li></ul>

37. Etec Dr. José Luiz Viana Coutinho – Jales

## CHECK LIST - HABILIDADE: ARRUMAÇÃO DE LEITO: CAMA FECHADA

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Higienizou as mãos;			
Reuniu o material na enfermaria e dispôs no assento de uma cadeira ao lado do leito;			
Colocou no encosto da cadeira cada roupa de cama a ser usada, na seguinte ordem: fronha, cobertor s/n, lençol de cima e lençol de baixo;			
Utilizou sempre lençóis limpos;			
Recolheu as roupas de cama sem sacudir ou arrastar			
Colocou o lençol de baixo sobre o colchão, no centro do colchão,			
Estendeu o lençol desdobrando e puxando pelas bordas;			
Realizou o encaixe das extremidades, com a prega triangular colocada por sobre a lateral do colchão e o lençol dobrado sob o colchão;			
Colocou o lençol de cima e fez uma meia dobra na cabeceira;			
Realizou o canto chanfrado (prega triangular, mas não dobrou a borda inferior sob o colchão) no lençol de cima nos pés da cama;			
Realizou primeiro o lado proximal, para depois passar para o lado			
Terminou a arrumação do leito;			
Colocou a fronha no travesseiro;			
Posicionou o travesseiro na vertical;			
Orientou o paciente que o cobertor está no armário			
Deixou o quarto organizado;			
Higienizou as mãos.			
Fez anotação corretamente no prontuário do paciente			

## **REFERÊNCIAS**

1. Viana DL, Almeida FNM, Alves MWC. Tratado Prático de Enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis. 2008.
2. Cheregatti AL, Jeronimo RA. Enfermagem técnicas e procedimentos. São Paulo: RIDEEL. 2011.

## 3.36 ARRUMAÇÃO DE LEITO – CAMA ABERTA

Thayse Mitiko Akamatsu<sup>38</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Arrumação do leito – cama aberta
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	6 horas/aula
<b>OBJETIVO</b>	Capacitar o aluno na realização do procedimento de arrumação do leito, cama aberta.
<b>CONTEÚDO</b>	<p>Arrumação do leito é a forma padronizada de distribuir e ordenar a roupa hospitalar, visando proporcionar conforto e segurança ao paciente, sendo essencial na manutenção e na recuperação da saúde<sup>1</sup>. Existem quatro tipos de arrumação de cama, de acordo com as finalidades: cama fechada, cama aberta, cama aberta com paciente acamado e cama de operado<sup>1,2</sup>.</p> <p>A Cama aberta é a arrumação feita quando a cama está ocupada por um paciente, mas ele não permanece no leito o tempo todo. No momento da arrumação de leito, o paciente não está ocupando o leito.<sup>2</sup></p>
<b>LISTA DE MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 Lençóis</li><li>• Fronha</li><li>• Travesseiro</li><li>• Cobertor s/n</li></ul>

---

38. Etec Dr. José Luiz Viana Coutinho – Jales

## CHECK LIST - HABILIDADE: ARRUMAÇÃO DE LEITO: CAMA ABERTA

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Crítérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Higienizou as mãos;			
Reuniu o material na enfermaria e dispôs no assento de uma cadeira ao lado do leito;			
Colocou no encosto da cadeira cada roupa de cama a ser usada, na seguinte ordem: fronha, cobertor s/n, lençol de cima e lençol de baixo;			
Orientou o paciente e seus familiares sobre o procedimento			
Utilizou sempre lençóis limpos;			
Recolheu as roupas de cama sem sacudir ou arrastar			
Colocou o lençol de baixo sobre o colchão, no centro do colchão,			
Estendeu o lençol desdobrando e puxando pelas bordas;			
Realizou o encaixe das extremidades, com a prega triangular colocada por sobre a lateral do colchão e o lençol dobrado sob o colchão;			
Colocou o lençol de cima e fez uma dobra em diagonal no sentido da porta;			
Realizou o canto chanfrado (prega triangular, mas não dobrou a borda inferior sob o colchão) no lençol de cima nos pés da cama;			
Realizou primeiro o lado proximal, para depois passar para o lado			
Terminou a arrumação do leito;			
Colocou a fronha no travesseiro;			
Posicionou o travesseiro na vertical;			
Orientou o paciente que o cobertor está no armário			
Deixou o quarto organizado;			
Higienizou as mãos.			
Fez anotação corretamente no prontuário do paciente			

## **REFERÊNCIAS**

1. Viana DL, Almeida FNM, Alves MWC. Tratado Prático de Enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis. 2008.
2. Cheregatti AL, Jeronimo RA. Enfermagem técnicas e procedimentos. São Paulo: RIDEEL. 2011.

## 3.37 ARRUMAÇÃO DE LEITO – CAMA ABERTA COM PACIENTE ACAMADO

Thayse Mitiko Akamatsu<sup>39</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Arrumação do leito – cama aberta com paciente
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	6 horas/aula
<b>OBJETIVO</b>	Capacitar o aluno na realização do procedimento de arrumação do leito, cama aberta com paciente.
<b>CONTEÚDO</b>	<p>Arrumação do leito é a forma padronizada de distribuir e ordenar a roupa hospitalar, visando proporcionar conforto e segurança ao paciente, sendo essencial na manutenção e na recuperação da saúde<sup>1</sup>. Existem quatro tipos de arrumação de cama, de acordo com as finalidades: cama fechada, cama aberta, cama aberta com paciente acamado e cama de operado<sup>1,2</sup>.</p> <p>A Cama aberta com paciente acamado é arrumação feita no momento do banho de leito ou higienização íntima, quando os lençóis são trocados com o paciente sobre o leito<sup>2</sup>.</p>
<b>LISTA DE MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 Lençóis;</li><li>• Fronha;</li><li>• Lençol de travessa;</li><li>• Travesseiro se permitido;</li><li>• Impermeável s/n;</li><li>• Forro para região da cabeça s/n;</li><li>• Cobertor s/n;</li><li>• Luvas de procedimentos;</li><li>• Hampers;</li><li>• Materiais para limpeza do leito.</li></ul>

39. Etec Dr. José Luiz Viana Coutinho – Jales

## CHECK LIST - HABILIDADE: ARRUMAÇÃO DE LEITO: CAMA ABERTA COM PACIENTE ACAMADO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
Critérios	Sim	Parcial	Não
Avaliou a necessidade de realizar o procedimento em duas pessoas (paciente totalmente depende);			
Higienizou as mãos;			
Reuniu o material na enfermaria			
Colocou o material no assento de uma cadeira ao lado do leito;			
Colocou no encosto da cadeira cada roupa de cama a ser usada, na seguinte ordem: fronha, cobertor s/n, lençol de cima, lençol para travessa, impermeável e lençol de baixo;			
Utilizou lençóis limpos;			
Deixou o hamper na porta do quarto;			
Orientou o paciente e seus familiares sobre o procedimento			
Colocou biombo;			
Calçou as luvas de procedimentos;			
Observou no paciente a presença de dispositivos, como Acesso Venoso, Sonda vesical de demora, drenos e outros;			
Cobriu o paciente com lençol;			
Abaixou a grade apenas do lado que está;			
Colocou o travesseiro sem fronha na mesa de cabeceira;			
Posicionou o paciente em posição lateral, do lado oposto à cadeira com as roupas de cama;			
Desprendeu a roupa do leito, do lado do paciente e depois foi soltando do outro lado;			
Dobrou as peças de roupa, deixando exposto metade do colchão sob o paciente;			
Realizou a limpeza concorrente do colchão;			
Recolheu as roupas de cama sem sacudir ou arrastar			
Estendeu as roupas limpas: lençol de baixo, impermeável e lençol para travessa até a metade da cama exposta;			

Elevou a grade e virou o paciente para o lado pronto, nunca expondo-o;			
Abaixou a grade e retirou os lençóis sujos, colocando-os no hamper;			
Recolheu as roupas de cama no chão;			
Realizou a limpeza concorrente do colchão;			
Completoou a arrumação da cama			
Esticou os lençóis limpos;			
Realizou os encaixes das extremidades, com a prega triangular colocada por sobre a lateral do colchão e o lençol dobrado sob o colchão;			
Colocou o lençol de cima (lençol protetor), fazendo a dobra sobre os ombros do paciente;			
Realizou a limpeza do travesseiro;			
Colocou a fronha no travesseiro			
Acomodou o paciente;			
Deixou o quarto organizado;			
Encaminhou o hamper para o expurgo;			
Higienização das mãos.			
Fez anotação corretamente no prontuário do paciente			

## **REFERÊNCIAS**

1. Viana DL, Almeida FNM, Alves MWC. Tratado Prático de Enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis. 2008.
2. Cheregatti AL, Jeronimo RA. Enfermagem técnicas e procedimentos. São Paulo: RIDEEL. 2011.

# 3.38 ARRUMAÇÃO DE LEITO – CAMA DE OPERADO

Thayse Mitiko Akamatsu<sup>40</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Arrumação do leito – cama de operado
<b>CURSO</b>	Técnico em enfermagem
<b>MÓDULO</b>	1º módulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	6 horas/aula
<b>OBJETIVO</b>	Capacitar o aluno na realização do procedimento de arrumação do leito, cama de operado.
<b>CONTEÚDO</b>	<p>Arrumação do leito é a forma padronizada de distribuir e ordenar a roupa hospitalar, visando proporcionar conforto e segurança ao paciente, sendo essencial na manutenção e na recuperação da saúde<sup>1</sup>. Existem quatro tipos de arrumação de cama, de acordo com as finalidades: cama fechada, cama aberta, cama aberta com paciente acamado e cama de operado<sup>2</sup>.</p> <p>A Cama de operado é a arrumação de leito destinado a receber o paciente no pós-operatório imediato.<sup>2</sup></p>
<b>LISTA DE MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 2 Lençóis;</li><li>• Travesseiro se permitido;</li><li>• Fronha;</li><li>• Lençol de travessa;</li><li>• Impermeável s/n;</li><li>• Forro para região da cabeça;</li><li>• Cobertor s/n;</li><li>• Luvas de procedimentos;</li><li>• Hampers;</li><li>• Materiais para limpeza do leito.</li></ul>

40. Etec Dr. José Luiz Viana Coutinho – Jales

## CHECK LIST - HABILIDADE: ARRUMAÇÃO DE LEITO: CAMA DE OPERADO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Higienizou as mãos;			
Reuniu o material na enfermaria			
Colocou o material no assento de uma cadeira ao lado do leito;			
Colocou no encosto da cadeira cada roupa de cama a ser usada, na seguinte ordem: fronha, cobertor s/n, lençol de cima, lençol para travessa, impermeável e lençol de baixo;			
Utilizou lençóis limpos;			
Deixou o hamper na porta do quarto;			
Calçou as luvas de procedimentos;			
Realizou limpeza concorrente do coxão;			
Retirou a luvas de procedimento;			
Recolheu as roupas de cama sem sacudir ou arrastar			
Colocou o lençol de baixo sobre o coxão, no centro do coxão.			
Estendeu o lençol desdobrando e puxando pelas bordas			
Colocou os encaixes das extremidades do lençol com a prega triangular colocada por sobre a lateral do coxão e o lençol dobrado sobi o coxão.			
Colocou o impermeável no terço médio da cama			
Colocou o lençol para a travessa sobre o impermeável e os prendeu por debaixo do coxão			
Terminou a arrumação do leito			
Colocou o lençol de cima, coberta.			
Colocou a vira do lençol na diagonal da cabeceira e outro vira na diagonal dos pés.			
Realizou as dobras tipo sanfona no sentido longitudinal em direção a lateral oposta da entrada do paciente, mantendo a lateral livre para receber o paciente.			

Colocou o forro na região da cabeça em forma de sanfona em suas laterais.			
Realizou a limpeza do travesseiro			
Colocou a fronha no travesseiro			
Deixou o quarto organizado;			
Encaminhou o hamper para o expurgo;			
Higienização das mãos.			
Fez anotação corretamente no prontuário do paciente			

## **REFERÊNCIAS**

1. Viana DL, Almeida FNM, Alves MWC. Tratado Prático de Enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis. 2008.
2. Cheregatti AL, Jeronimo RA. Enfermagem técnicas e procedimentos. São Paulo: RIDEEL. 2011.

## 3.39 MUDANÇA DE DECÚBITO

Zilda Lopes<sup>41</sup>

<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	Mudança de Decúbito
<b>CURSO</b>	Técnico em Enfermagem
<b>MÓDULO</b>	2º modulo
<b>CARGA HORÁRIA</b>	05 horas/ aula
<b>OBJETIVOS</b>	<p>Evitar complicações inerentes à integralidade da pele do paciente provenientes de pressão não aliviada pela falta de mudança de decúbito ou cisalhamento e fricção em lençóis;</p> <p>Proporcionar conforto físico, emocional e financeiro ao paciente e familiar;</p> <p>Estimular circulação prevenindo deformidades e contraturas musculares bem como tromboflebites e úlceras por pressão.</p> <p>Diminuir carga de estresse e força física desnecessária ao colaborador na técnica de mudança de decúbito.</p>
<b>CONTEÚDO</b>	<p>É o processo de movimentar e mudar o decúbito do paciente com limitações físicas, para descompressão de área sob proeminências ósseas, prevenção de fadiga, manutenção do tônus muscular e prevenção de complicações pulmonares. Tem como finalidades: prevenir contraturas musculares e deformidades; estimular a circulação, ajudando a prevenir tromboflebites, úlceras de pressão e edema de extremidades; promover a expansão pulmonar e a drenagem das secreções respiratórias, prevenindo complicações, aliviando a pressão sobre uma área corporal e prevenção de fadiga<sup>1</sup>.</p> <p>A mudança de decúbito é uma técnica que causa bem-estar ao paciente em qualquer nível de atenção em saúde, desde atenção básica (domiciliar) até a especializada (UTI, Unidade intermediária, etc.). Consiste em retirar/mudar o paciente que se encontra confinado em uma posição por longo período. Este período longo compreende a necessidade do paciente de acordo com suas comorbidades. A mudança deve ocorrer evitando danos ao usuário e também ao colaborador.</p>

41. Etec Amin Jundi – Oswaldo Cruz

### *Desenvolvimento da técnica<sup>1</sup>:*

Número de pessoas necessárias: 2 (duas) podendo ser colaboradores/estagiários. A técnica consiste em:

- Explicar ao paciente e acompanhante o QUE e COMO será realizada a técnica, transmitindo segurança e confiança;
- Posicionar os materiais a serem utilizados (lençol, rolo de conforto, travesseiros, cadeira, luvas de procedimento, máscara, etc.);
- Manter a individualidade do paciente, fechando a porta e ou usando biombos;

### **Mudança para fora do leito<sup>1</sup>:**

Se posicionar ao lado do paciente e trazê-lo com o uso de traçado para a lateral do leito mantendo – o em decúbito dorsal, em seguida colocar a cama em posição de Fowler. Os estagiários/colaboradores devem se posicionar 1 na cabeceira do paciente e outro na região dos membros inferiores região do joelho. Um dos estagiários deve se movimentar atrás do paciente colocando seus braços por baixo dos braços do paciente que vai estar cruzados, abraçá-lo (como se fosse realizar a manobra de Heimlich) segurando com firmeza na região dos punhos. A cabeça do paciente deve estar posicionada no seu ombro. O segundo estagiário deve segurar com firmeza as pernas do paciente na altura dos joelhos e após contagem iniciada pelo estagiário 1 realizar a mudança para a cadeira. Esta manobra alivia e distribui o peso e o paciente sente seguro e tranquilo, tornando colaborativo no procedimento.

### **Mudança no leito<sup>1</sup>:**

Inicia a técnica explicando ao paciente o que será realizado. Os estagiários devem se posicionar um de cada lado do leito do paciente. Um dos estagiários aproxima os joelhos do paciente e posiciona um dos braços especificamente a mão embaixo do joelho mais distante (região poplíteia) do paciente utilizando o mesmo braço por cima do joelho da outra perna até esta mão descansar no colchão, em seguida fazer um leve movimento tracionando para seu lado. Neste momento o paciente já se encontra 60% lateralizado. Com a outra mão trazer o braço do paciente para cima de seu próprio corpo e com a mão do estagiário na região do ombro realizar um discreto movimento, tracionando o tronco do paciente. Com esta técnica posicionamos o paciente sem sobrecarga física para o estagiário e transtorno para o paciente. Colocar rolo de conforto na região dorsal como apoio e entre os joelhos.

## LISTA DE MATERIAIS

- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção;
- Máscara cirúrgica;
- Lençol;
- Travesseiros/rolo de conforto;
- Cadeira/poltrona;

## CHECK LIST - HABILIDADE: MUDANÇA DE DECÚBITO

<b>Nome do Aluno:</b>			
<b>Nome do Professor:</b>			
<b>Data:</b>			
<b>Critérios</b>	<b>Sim</b>	<b>Parcial</b>	<b>Não</b>
Separou o material corretamente			
Realizou a Higienização das mãos			
Realizou a higienização e desinfecção da bandeja			
Apresentou-se ao paciente			
Realizou a mudança de decúbito com o paciente no leito, conforme técnica da mudança de decúbito			
Reuniu os materiais			
Deixou o quarto em ordem			
Higienizou as mãos			
Realizou a anotação de enfermagem no prontuário			

## REFERÊNCIAS

1. Carnevalli AL. Técnicas de mudança de decúbito. In: Normas, Rotina e Técnica de Enfermagem. 3. ed. São Paulo: Láttria, 2001.

**CETEC CAPACITAÇÕES**

**ENFERMAGEM**

**2020**

**CENTRO PAULA SOUZA**

**HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS**