

The background of the cover is a vibrant blue, densely packed with a variety of white line-art icons related to healthcare and medicine. These icons include syringes, stethoscopes, pills, band-aids, hearts, ECG lines, and various medical instruments, creating a busy, clinical atmosphere.

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Noélia Silva Oliveira
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima

 **Atena**
Editora

Ano 2020

The background of the cover is a dense, repeating pattern of white medical icons on a dark grey background. The icons include a variety of symbols such as hearts, syringes, stethoscopes, pills, bandages, and anatomical diagrams, creating a busy, clinical aesthetic.

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

Noélia Silva Oliveira
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima

The logo for Atena Editora, featuring a stylized 'A' inside a square frame followed by the text 'Atena' and 'Editora' below it.

Atena
Editora

Ano 2020

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Prof^ª Dr^ª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^ª Dr^ª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^ª Dr^ª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^ª Dr^ª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^ª Dr^ª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^ª Dr^ª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^ª Dr^ª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^ª Dr^ª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^ª Dr^ª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^ª Dr^ª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^ª Dr^ª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^ª Dr^ª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^ª Dr^ª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^ª Dr^ª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof^ª Dr^ª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^ª Dr^ª Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^ª Dr^ª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Procedimentos básicos de enfermagem no ambiente hospitalar

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Giovanna Sandrini de Azevedo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadores: Noélia Silva Oliveira
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P963 Procedimentos básicos de enfermagem no ambiente hospitalar / Organizadoras Noélia Silva Oliveira, Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira, Lucidalva Carvalho de Lima. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-5706-661-4
DOI 10.22533/at.ed.614201202

1. Enfermagem. 2. Procedimentos. 3. Ambiente Hospitalar. I. Oliveira, Noélia Silva (Organizadora). II. Ferreira, Maria do Rosário Andrade Barreto (Organizadora). III. Lima, Lucidalva Carvalho de (Organizadora). IV. Título.
CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

O fazer do enfermeiro e de toda a sua equipe envolve inúmeras atividades que vão da organização e provimento de materiais para o ambiente de trabalho ao cuidado direto e especializado do cliente e, por extensão, à sua família, seja qual for o local de atendimento. Nessa diversidade de atuação destaca-se, por exemplo, como o profissional que está presente nas 24h de internamento do cliente numa unidade hospitalar e que, portanto, garante continuidade da assistência nos diferentes momentos do processo de cuidar.

As técnicas e procedimentos realizados pela equipe de enfermagem fazem parte deste fazer e, por vezes, sofrem diversas influências sobre a forma de executar, o que pode vir a comprometer a qualidade da assistência de enfermagem num ambiente de saúde.

Pensando na disparidade da execução de técnicas, dentro de uma mesma equipe de saúde, fora pensado esse manual de PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR com a finalidade de subsidiar estudos e padronizar procedimentos que compõem o dia-a-dia da enfermagem.

Elaborado por professores e bolsistas do Programa de Extensão Gestão do Cuidar em Saúde do departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz, em parceria com enfermeiras do Hospital Regional Costa do Cacau, esta obra é constituída por 15 capítulos que tratam de técnicas específicas que tem carecido de padronização para o alcance da qualidade tão almejada no atendimento às necessidades de saúde do indivíduo hospitalizado.

Cada capítulo apresenta considerações iniciais fundamentada, diagnósticos de enfermagem relacionados à ação, os resultados esperados conforme a NOC (Classificação dos Resultados de Enfermagem), atividades de enfermagem de acordo com a NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem), a assistência de enfermagem com descrição do procedimento, e as referências utilizadas na construção do mesmo.

Específico, sucinto e completo no que se propõe, traz as técnicas básicas que fazem parte do cotidiano da equipe de enfermagem que, como tal, estar afinada é garantia de assistência de enfermagem individualizada e de qualidade. Uma leitura a ser realiza por quem busca este patamar.

Andréa Evangelista Lavinsky
Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO

Noélia Silva Oliveira
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos
Winy Éveny Alves Moura
Karine Andrade Britto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.6142012021

CAPÍTULO 2..... 4

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Noélia Silva Oliveira
Lucidalva Carvalho de Lima
Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos
Karine Andrade Britto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.6142012022

CAPÍTULO 3..... 7

ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Lucidalva Carvalho de Lima
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Noélia Silva Oliveira
Myria Ribeiro da Silva
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos
Karine Andrade Britto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.6142012023

CAPÍTULO 4..... 10

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

Sharon Shyrley Weyll Oliveira
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima
Noélia Silva Oliveira
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos
Winy Éveny Alves Moura

DOI 10.22533/at.ed.6142012024

CAPÍTULO 5..... 15

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima
Noélia Silva Oliveira
Jéssica dos Santos Simões
Sharon Shyrley Weyll Oliveira
Karine Andrade Britto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.6142012025

CAPÍTULO 6..... 20

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)

Jéssica dos Santos Simões
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima
Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira
Noélia Silva Oliveira
Grazielly Cerqueira Santos
Winy Éveny Alves Moura
Karine Andrade Britto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.6142012026

CAPÍTULO 7..... 25

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Grazielly Cerqueira Santos
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima
Jéssica dos Santos Simões
Noélia Silva Oliveira
Winy Éveny Alves Moura
Karine Andrade Britto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.6142012027

CAPÍTULO 8..... 33

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE OXIGENOTERAPIA

Winy Éveny Alves Moura
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos
Noélia Silva Oliveira
Karine Andrade Britto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.6142012028

CAPÍTULO 9.....39

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Karine Andrade Britto de Souza
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos
Winy Éveny Alves Moura
Noélia Silva Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.6142012029

CAPÍTULO 10.....46

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS COM SONDAS: GASTROINTESTINAL

Lucidalva Carvalho de Lima
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Noélia Silva Oliveira
Sharon Shyrley Weyll Oliveira
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos
Winy Éveny Alves Moura
Karine Andrade Britto de Souza

DOI 10.22533/at.ed.61420120210

CAPÍTULO 11.....51

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESTOMIZADO: COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

Myria Ribeiro da Silva
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Noélia Silva Oliveira
Lucidalva Carvalho de Lima
Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira
Karine Andrade Britto de Souza
Winy Éveny Alves Moura
Jéssica dos Santos Simões

DOI 10.22533/at.ed.61420120211

CAPÍTULO 12.....55

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE SONDAS: URINÁRIAS
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO**

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Noélia Silva Oliveira
Lucidalva Carvalho de Lima
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos

Winy Éveny Alves Moura
Karine Andrade Britto de Souza
DOI 10.22533/at.ed.61420120212

CAPÍTULO 13..... 61

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE SONDAS: URINÁRIAS
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA**

Karine Andrade Britto de Souza
Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira
Lucidalva Carvalho de Lima
Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira
Jéssica dos Santos Simões
Grazielly Cerqueira Santos
Winy Éveny Alves Moura
Noélia Silva Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.61420120213

CAPÍTULO 14..... 69

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE
EMERGÊNCIA**

Fabício José Souza Bastos
Myria Ribeiro da Silva
Tarcilene Daiane Goulart
Isnaile Alves Barberino

DOI 10.22533/at.ed.61420120214

CAPÍTULO 15..... 75

FERIDAS E CURATIVOS

Roseanne Montargil Rocha
Myria Ribeiro da Silva
Rayzza Santos Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.61420120215

SOBRE OS AUTORES 87

SOBRE OS ORGANIZADORES 89

Data de aceite: 01/10/2020

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Winy Éveny Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A assistência inicial prestada ao paciente no momento da admissão do mesmo. Consiste na realização da anamnese e exame físico cefalopodálico, questionando o paciente com relação aos antecedentes familiares, patológicos, socioeconômicos, socioculturais e hábitos de vida, dentre outros questionamentos. Na admissão devem ser prestados todos os cuidados que sejam necessários no momento.

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Proteção ineficaz (00043); Tensão do papel do cuidador (00061); Risco de tensão do papel do cuidador (00062); Risco de síndrome de estresse por mudança (00149); Risco de lesão por pressão (00249); Risco de quedas (00155); Risco de reação alérgica (00217). Além desses, podem estar presentes outros diagnósticos de Enfermagem voltados para o quadro clínico específico do paciente.

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Adaptação à mudança (1311);
Comunicação (0902);
Estressores do Cuidador (2208);
Participação Familiar no cuidado profissional (2605);
Participação nas Decisões sobre

Cuidados de Saúde (1606);

Adaptação do Cuidador à Institucionalização do Paciente (2200);

Comportamento de Aceitação (1601).

4 I CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Cuidados na admissão (7310);

Apoio à Tomada de Decisão (5250);

Prevenção de Úlceras por Pressão (3540);

Assistência no Autocuidado (1800).

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Apresentar-se e informar seu papel na prestação de cuidados;
- Estabelecer comunicação com o paciente já na admissão;
- Oferecer a privacidade apropriada ao paciente e sua família/significantes;
- Levar paciente e sua família/significantes ao ambiente em que ficarão;
- Orientar paciente e sua família/significantes sobre as instalações da instituição;
- Documentar o estado da pele na admissão e diariamente;
- Obter o histórico de admissão hospitalar, incluindo doenças anteriores, medicações e alergias;
- Realizar o exame físico de admissão, conforme apropriado;
- Realizar a investigação de dados religiosos de admissão, conforme apropriado;
- Realizar a investigação de riscos de admissão;
- Fornecer informação ao paciente com relação aos seus direitos e deveres;
- Obter informações sobre orientações de atendimento antecipadas;
- Documentar informações pertinentes;
- Manter a confidencialidade dos dados do paciente;
- Identificar pacientes com risco de readmissão;
- Elaborar o plano de cuidados do paciente, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem;
- Iniciar o planejamento da alta hospitalar;
- Implementar precauções de segurança, conforme apropriado;
- Identificar o prontuário do paciente, porta do quarto e/ou cabeceira da cama, conforme indicado;

- Notificar o médico sobre a admissão e o estado do paciente;
- Obter prescrição médica para o atendimento do paciente.

6 I MATERIAIS NECESSÁRIOS NA ADMISSÃO

Leito higienizado e preparado;
Suporte de soro;
Escada de dois degraus;
Luvas de procedimento e máscara descartável;
Máscara N95, se necessário;
Gorro;
Avental;
Aparadeira e/ou papagaio;
Caneta esferográfica da cor correspondente ao período;
Prontuário do paciente;
Exames existentes anexados;
Presença de um familiar ou responsável;
Termômetro;
Estetoscópio;
Tensiômetro;
Relógio;
Cuba rim.

REFERÊNCIAS

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data de aceite: 01/10/2020

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8370025222766215>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A segurança do paciente vem sendo amplamente discutida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza algumas medidas para garantir a segurança do paciente nos serviços de saúde, dentre as quais está a identificação correta. Identificar corretamente o paciente é um elemento primordial para a segurança do mesmo, e a ausência de um método normatizado para a identificação pode colaborar na ocorrência de falhas que são as causas mais comuns de evento adverso (ANVISA, 2017; BRITO, 2015; HOFFMEISTER, MOURA, 2015).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de enfermagem que podem estar presentes na identificação do paciente são: Proteção Ineficaz (00043); Risco de dignidade humana comprometida (00174); Risco de sentimento de impotência (00152); Conhecimento deficiente (00126). Além desses, podem ocorrer diagnósticos relacionados com erros decorrentes da identificação inadequada do paciente.

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Identidade (1202);

Satisfação do Cliente: Aspectos Técnicos dos Cuidados (3013);

Satisfação do Cliente: Comunicação

(3002);

Satisfação do Cliente: Segurança (3010).

4 I CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Cuidados na Admissão (7310);

Precauções Cirúrgicas (2920);

Preparo Cirúrgico (2930);

Punção de Vaso: Amostra de Sangue venoso (4238);

Transcrição de Prescrições (8060).

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Explicar ao paciente a importância da identificação apropriada durante toda sua permanência na instituição de saúde e identificá-lo no momento da admissão;
- Evitar receber oralmente prescrições através de outros provedores;
- Certificar-se de que a folha de prescrição está carimbada com a identificação do paciente;
- Verificar a identificação do paciente antes da realização dos procedimentos;
- Participar do time out pré-operatório para verificar se o paciente, o procedimento e o sítio estão corretos, conforme a política da instituição;
- Assegurar que o instrumento de identificação seja colocado em uma localização apropriada. Além das pulseiras podem ser utilizadas fichas de identificação que podem ser colocadas no leito ou na parede;
- Ter à mão várias pulseiras de identificação e um processo fácil para a personalização e colocação de uma nova pulseira se a anterior foi perdida ou teve que ser removida;
- Padronizar o formato das pulseiras por toda a instituição de saúde;
- Utilizar pelo menos dois identificadores do paciente quando amostras laboratoriais são obtidas ou medicamentos ou produtos sanguíneos são administrados;
- Confirmar se a pulseira de identificação do paciente e a pulseira do tipo sanguíneo estão corretas;
- Conduzir a verificação do paciente em múltiplos momentos no tempo quando o procedimento é complexo e envolve vários estágios;
- Utilizar a identificação por um membro familiar ou bom amigo quando o paciente não pode fornecer informações;
- Instituir uma política de “parar a fila” se um erro de identificação é suspeitado, ou seja, não continuar com uma ação até que seja feita uma identificação positiva;

- Comparar a informação fornecida por um membro familiar com a informação no instrumento de identificação após o óbito de um paciente;

6 I MATERIAIS NECESSÁRIOS NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Pulseiras de identificação;

Computador;

Impressora;

Fichas de identificação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BRITO, M.F.P. **Avaliação do Processo de Identificação do Paciente em Serviços de Saúde**. 2015.225 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. n.23, v.1, p. 36-43, 2015.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

ENFERMAGEM E A COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Data de aceite: 01/10/2020

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Myria Ribeiro da Silva

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A comunicação nos serviços de saúde é primordial para a qualidade da assistência pois, a partir dela, os trabalhadores se relacionarão entre si e com os usuários do serviço. Falhas na comunicação entre a equipe favorecem para que ocorram iatrogenias, eventos adversos e diminuição da qualidade da assistência. A passagem de plantão entre as equipes é considerada uma importante estratégia para evitar erros na assistência (ANVISA, 2017; CORIOLANO-MARINUS et al, 2014; NOGUEIRA, RODRIGUES, 2014).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Disposição para comunicação melhorada (00157); Comunicação verbal prejudicada (00051).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Comunicação (0902);
Comunicação: expressão (0903);
Comunicação: recepção (0904);
Satisfação do cliente: comunicação (3002).

4 | CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Passagem de Plantão (8140);

Gerenciamento de Caso (7320).

5 | ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Revisar dados demográficos pertinentes, incluindo nome, idade e número do quarto;
- Integrar as informações do gerenciamento de cuidados e intervenções revisadas (processos) na passagem de plantão entre os turnos e reuniões de prática em grupo, conforme necessário;
- Identificar a queixa principal e o motivo da internação, conforme apropriado;
- Resumir o histórico relevante, conforme necessário;
- Identificar diagnósticos médicos e de enfermagem essenciais, conforme apropriado;
- Identificar diagnósticos médicos e de enfermagem resolvidos, conforme apropriado;
- Estar sempre atento as informações verbais dos colegas e do paciente e do acompanhante;
- Apresentar informação de maneira sucinta, enfocando dados recentes e significativos necessários à equipe que assume a responsabilidade pelos cuidados;
- Descrever o regime de tratamento, incluindo dieta, terapia hídrica, medicamentos e exercício;
- Identificar exames laboratoriais e diagnósticos a serem concluídos no decorrer das próximas 24 horas;
- Revisar resultados de exames laboratoriais e diagnósticos recentes pertinentes, conforme apropriado;
- Descrever dados sobre o estado de saúde, incluindo sinais vitais e sinais e sintomas presentes durante a troca de turno;
- Descrever as intervenções de enfermagem que estão sendo implementadas
- Descrever a resposta do paciente e dos familiares às intervenções de enfermagem;
- Resumir a evolução na direção das metas;
- Resumir os planos de alta, conforme apropriado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

CORIOLO-MARINUS, M.W.de L. et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**. v.23, n.4, p.1356-1369, 2014.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

NOGUEIRA, J.W.S.; RODRIGUES, M.C.S. comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**. n.20, v.3, p.636-640, 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ADMINISTRAÇÃO SEGURA DE MEDICAMENTOS

Data de aceite: 01/10/2020

Sharon Shyrley Weyll Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0889949990725083>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Winy Éveny Alves Moura

Faculdade de Enfermagem da Universidade de
Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar que requer competência técnica e prática e, para que haja uma administração segura, são necessários conhecimentos sobre farmacologia, anatomia, fisiologia, microbiologia e bioquímica. Diante desse contexto, torna-se relevante a prevenção dos erros de medicação e do risco de dano em função da sua ocorrência, sendo necessário identificar a natureza e determinantes dos erros, bem como a criação de ações para a prevenção. Afinal, as falhas decorrentes do processo de utilização de medicamentos são consideradas importantes fatores contribuintes para a redução da segurança do paciente (BRASIL, 2013).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Risco de reação alérgica (00217) e Integridade tissular prejudicada (00044).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Comportamento de aceitação:
Medicamento Prescrito (1623);

Conhecimento: Medicamento (1808);

Resposta ao medicamento (2301).

4 I CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Cuidados na Admissão (7310);
Administração de Analgésicos (2210);
Administração de Hemoderivados (4030);
Administração de Medicamentos (2300);
Administração de Medicamentos: Endovenosa: (EV) (2314);
Administração de Medicamentos: Enteral (2301);
Administração de Medicamentos: Inalatória (2311);
Administração de Medicamentos: Interpleural (2302);
Administração de Medicamentos: Intradérmica (2312);
Administração de Medicamentos: Intraespinal (2319);
Administração de Medicamentos: Intramuscular (IM) (2313);
Administração de Medicamentos: Intraóssea (2303);
Administração de Medicamentos: Nasal (2320);
Administração de Medicamentos: Oftálmica (2310);
Administração de Medicamentos: Oral (2304);
Administração de Medicamentos: Otológica (2308);
Administração de Medicamentos: Reservatório Ventricular (2307);
Administração de Medicamentos: Retal (2315);
Administração de Medicamentos: Subcutânea (2317);
Administração de Medicamentos: Tópica (2316);
Administração de Medicamentos: Vaginal (2318);
Contenção Química (6430);
Controle da Sedação (2260);
Controle de Alergias (6410);
Controle de Imunização/Vacinação (6530);
Controle de Medicamentos (2380).

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Verificar se a informação fornecida pelo paciente é a mesma informação que consta no instrumento de identificação e no prontuário;
- Determinar quais fármacos são necessários e administrar de acordo com a autoridade e/ou protocolo prescritivo;
- Seguir políticas e protocolos da instituição para gerenciamento e monitoramento de cateteres interpleurais;
- Manter técnica asséptica;

- Monitorar para detecção de infiltração e flebite no local da infusão;
- Ensinar e monitorar técnica de autoadministração, conforme apropriado;
- Enxaguar o canal endovenoso com solução apropriada antes e depois da administração de medicamentos, de acordo com protocolo da instituição;
- Verificar histórico de alergias a medicamentos;
- Evitar administrar medicamentos ou líquidos IV, a não ser solução fisiológica, na via do sangue ou do hemoderivado;
- Desenvolver e utilizar um ambiente que maximize a administração segura e eficiente de medicamentos;
- Seguir os onze certos da administração de medicamentos;
- Verificar a prescrição ou a receita de um medicamento antes de administrá-lo.
- Prescrever e/ou recomendar medicamentos, conforme apropriado, conforme a autoridade prescritiva;
- Monitorar as alergias do paciente antes de oferecer cada medicamento e suspendê-lo, conforme apropriado;
- Monitorar paciente para o efeito terapêutico de todos os medicamentos, incluindo medicamentos isentos de prescrição e remédios fitoterápicos;
- Verificar o prazo de validade no frasco do medicamento;
- Monitorar os sinais vitais e os dados laboratoriais antes de administrar medicamentos, conforme apropriado;
- Manter as políticas e procedimentos da instituição para administração precisa e segura de medicamentos;
- Evitar interrupções durante preparação, verificação ou administração de medicamentos;
- Dar o medicamento usando técnica e via adequadas;
- Orientar o paciente e a família sobre ações e efeitos adversos esperados do medicamento;
- Monitorar o paciente quanto a efeitos adversos, toxicidade e interações dos medicamentos administrados;
- Colaborar com o médico se mudanças no medicamento, dose, via de administração ou intervalos forem indicadas, realizando as recomendações específicas com base em princípios equianalgésicos;
- Documentar a administração do medicamento e as reações do paciente, conforme o protocolo da instituição.

6 | CUIDADOS NA TERAPIA MEDICAMENTOSA - REGRA DOS “11 ACERTOS”

1. Paciente Certo: Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento.
2. Medicamento Certo: Conferir o nome do medicamento, o aprazamento, a diluição e o tempo de infusão de acordo com a prescrição médica. Além de observar se o paciente é alérgico a medicação.
3. Dose Certa: Conferir a dose prescrita para cada medicamento. Doses escritas com zero, vírgula e ponto devem receber uma atenção maior.
4. Aspecto da medicação Certa: Observar o aspecto da medicação, coloração, precipitação e violação da embalagem.
5. Validade Certa: Conferir data de validade de cada medicação a ser administrada.
6. Via Certa: Atestar e verificar se a via de administração prescrita é tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento.
7. Hora Certa: Preparar a medicação de forma a garantir que sua administração seja feita sempre no horário que foi aprazado para garantir adequada resposta terapêutica. Atentar para os termos: “ACM (à critério médico)”, “se necessário” e “agora”; estes, quando prescritos, deverão ser acompanhados da dose, posologia e condições de uso.
8. Compatibilidade medicamentosa Certa: Observar a possibilidade de ocorrer interação medicamentosa e/ou alimentar entre as drogas administradas.
9. Orientação Certa: Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), motivo da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.
10. Direito de recusa de medicação: O paciente tem o direito de recusar o uso da medicação.
11. Registro Certo: Checar na prescrição medicamentosa o horário da administração de cada dose e registrar, na anotação de enfermagem, a hora e o fármaco administrado, bem como o efeito desejado, adiamentos, cancelamentos, desabastecimentos e eventos adversos apresentados.

7 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Implementar o uso dos “11 certos” da terapia medicamentosa;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material necessário;
- Realizar checagem dos cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância e conferir com a prescrição médica;
- Fazer etiqueta para identificação do medicamento que será preparado/administrado com os seguintes dados: nome do paciente, leito, medicamento, dose,

- gotejamento, via de administração, hora de administração;
- Preencher o rótulo de soro para infusão contínua – soroterapia;
 - Preparar o medicamento conforme a via de administração;
 - Colocar o medicamento na bandeja e levar próximo ao paciente;
 - Higienizar as mãos;
 - Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante.
 - Conferir o nome do paciente;
 - Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
 - Realizar o medicamento conforme a via de administração;
 - Deixar paciente confortável no leito;
 - Desprezar o material utilizado em local apropriado;
 - Realizar desinfecção da bandeja utilizada;
 - Friccionar as mãos com solução alcoólica;
 - Checar o horário da medicação, com sua rubrica, na prescrição médica.
 - Manter o ambiente em ordem;
 - Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS 2.095/2 013** – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: 2013.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Data de aceite: 01/10/2020

Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8370025222766215>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Sharon Shyrley Weyll Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0889949990725083>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O ato cirúrgico envolve riscos e responsabilidades do paciente, do cirurgião e do hospital em diversos graus de intensidade. Nesta perspectiva, a assistência cirúrgica é um procedimento complexo e envolve dezenas de fases que devem ser otimizadas individualmente com a finalidade de reduzir a perda desnecessária de vidas e complicações sérias. Desse modo, as equipes operatórias devem seguir objetivos básicos e essenciais em qualquer caso cirúrgico, apoiados pelas orientações para a cirurgia segura da Organização Mundial de Saúde (OMS), (ANVISA, 2009).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Risco de infecção (00004); Risco de infecção no sítio cirúrgico (00266); Risco de recuperação cirúrgica retardada (00246); Risco de contaminação (00180) e Risco de hipotermia perioperatória (00254).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Cicatrização de feridas: Primeira Intenção (1102);

Cicatrização de feridas: Segunda Intenção (1103);

Controle de riscos: processo infeccioso (1924);
Integridade tissular: pele e mucosas (1101);
Recuperação cirúrgica: pós-operatório imediato (2305);
Controle de riscos: hipotermia (1923).

4 I CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Cuidados na Admissão (7310);
Coordenação Pré-Operatória (2880);
Controle de Infecção: Transoperatória (6545);
Cuidados da Pele: Local da Doação (3582);
Cuidados da Pele: Local do Enxerto (3583);
Ensino: Pré-Operatório (5610);
Precauções Cirúrgicas (2920);
Preparo Cirúrgico (2930);
Regulação da Temperatura: Perioperatória (3902);
Cuidados com local de incisão (3440).

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Informar ao paciente e à família quanto tempo se espera que a cirurgia demore;
- Determinar as experiências cirúrgicas anteriores do paciente, cultura e nível de conhecimento em relação à cirurgia;
- Dar tempo para o paciente fazer perguntas e discutir suas preocupações;
- Descrever os medicamentos pré-operatórios, os efeitos que irão causar no paciente e a razão para a sua utilização;
- Comparar a informação fornecida pelo paciente com a informação na identificação do paciente antes de cada administração de cuidados;
- Participar do time out pré-operatório, para verificar se o paciente, o procedimento e o sítio estão corretos, conforme a política da instituição;
- Minimizar a exposição do paciente durante o preparo cirúrgico e o procedimento, quando possível;
- Auxiliar na transferência do paciente para a mesa cirúrgica com os dispositivos de monitoramento;
- Rever a cirurgia planejada;
- Confirmar se os resultados de exames diagnósticos e laboratoriais requeridos estão incluídos no prontuário;

- Listar as alergias na frente do prontuário;
- Monitorar sinais vitais;
- Remover adornos e/ou colocar esparadrapo sobre os anéis, conforme apropriado;
- Remover esmalte escuro das unhas, maquiagem e grampos de cabelo, conforme apropriado;
- Remover dentaduras, óculos, lentes de contato ou outras próteses, conforme apropriado;
- Garantir que dinheiro ou outros itens de valor tenham sido guardados em local seguro, conforme apropriado;
- Obter a história do paciente, quando apropriado;
- Fazer uma avaliação clínica, quando apropriado;
- Rever as prescrições do médico;
- Descrever e explicar os tratamentos pré-internação e os testes diagnósticos;
- Interpretar os resultados de testes diagnósticos, quando apropriado;
- Informar o paciente e parentes sobre a data e a hora da cirurgia; hora de chegada e procedimentos para a internação;
- Obter autorização para o procedimento pelas fontes pagadoras, quando necessário;
- Confirmar o consentimento para cirurgia e outros tratamentos, conforme apropriado;
- Participar com os demais profissionais da equipe da instrução pré-operatória, conforme a política da instituição;
- Confirmar se a pulseira de identificação do paciente e a pulseira do tipo sanguíneo estão corretas;
- Contar e registrar as esponjas, objetos cortantes e instrumentos antes, durante e após a cirurgia, conforme a política da instituição;
- Discutir os planos de alta pós-hospitalar;
- Determinar a capacidade de cuidados pessoais;
- Verificar se os antibióticos profiláticos estão sendo administrados, conforme apropriado;
- Descrever as rotinas e equipamentos pós-operatórios e explicar seus objetivos;
- Preparar o quarto para o retorno do paciente no pós-operatório;
- Monitorar sinais de infecção e outras complicações pós-operatórias.

6 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO – PERÍODO PERIOPERATÓRIO

Período Pré-operatório

- Antes de adentrar no Centro Cirúrgico deve-se perguntar ao paciente seu nome completo;
- O prontuário do paciente deverá conter informações de identificação, assim como exames atuais que comprovam o tipo de cirurgia a ser realizado;
- A confirmação dos dados de identificação deverá ser feita em todo o período perioperatório;
- Todo o paciente tem direito de receber orientações sobre o procedimento cirúrgico e cuidados necessários no período perioperatório, desde o ambulatório até o momento de entrada no centro cirúrgico;
- É necessário oferecer apoio emocional e psicológico ao paciente no período perioperatório;
- Conferir no prontuário, história do paciente e mapa cirúrgico a cirurgia a ser realizada, bem como a confirmação do sítio cirúrgico;
- Planejar cuidados específicos de enfermagem de preparação para o procedimento cirúrgico;
- Checar a avaliação realizada com anestesista, medicamentos a serem administrados, bem como a presença da ficha de anestesia no prontuário;
- Rever a existência de alergias, comorbidades e estado geral do paciente através da coleta de dados inicial no histórico de enfermagem e ficha de anestesia;
- Atentar-se à existência de identificação de riscos para o paciente.

Período trans-operatório

- Antes da indução anestésica deve-se atentar para: lado a ser operado; operação a que vai ser submetido; consentimento esclarecido para cirurgia e anestesia; e monitorização adequada do paciente adequado.
- Conferência do prontuário, garantindo a integridade das informações, incluindo os exames solicitados atualizados.
- Preencher o check-list de cuidados pré-operatórios pela equipe de enfermagem, conferido e assinado pelo enfermeiro;
- Folha de avaliação anestésica, preenchida pelo anestesista.
- História clínica, anamnese e prescrição, preenchidas pela equipe médica de cirurgia.

Antes do paciente deixar Sala Operatória

- Tipo de procedimento registrado e relatório de cirurgia realizado;

- Instrumentos, compressas, gazes e agulhas contados;
- Paciente e peças devidamente identificados;
- Registro e revisão de qualquer equipamento com algum funcionamento inadequado;
- Revisão do plano de cuidado e providências quanto à abordagem operatória e recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Manual: Cirurgias seguras salvam vidas**. 1.ed. Brasília/DF.2009.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

CAPÍTULO 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)

Data de aceite: 01/10/2020

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8370025222766215>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Winy Éveny Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As lesões por pressão (LPP) são lesões decorrentes do comprometimento da integridade da pele e/ou tecido subjacente em resultado da pressão exercida sobre uma proeminência óssea, podendo ser acompanhada de cisalhamento (POTTER, 2018; OLKOSKI, ASSIS, 2016). As LPPs podem ser provocadas por fatores organizacionais decorrentes da assistência à saúde inadequada que trarão consequências de ordem física, emocional e social para o paciente e seus familiares. Já para a instituição de saúde acarretará na elevação total de custos e recursos humanos destinados ao cuidado (LIMA et al, 2015; SIMAN, BRITO, 2016).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Proteção Ineficaz (00043); Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002); Mobilidade física prejudicada (00085); Mobilidade no leito prejudicada (00091); Perfusão tissular periférica ineficaz (00204); Risco de perfusão tissular periférica ineficaz (00228); Risco de infecção (00004);

Integridade da pele prejudicada (00046); Risco de integridade da pele prejudicada (00047); Integridade tissular prejudicada (00044); Risco de integridade tissular prejudicada (00248); Risco de lesão por pressão (00249).

3 I CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Integridade Tissular: pele e mucosas (1101);
Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103);
Consequências da imobilidade: fisiológicas (0204);
Equilíbrio hídrico (0601);
Estado circulatório (0401);
Estado Nutricional (1004);
Perfusão tissular: periférica (0407).

4 I CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Controle de Prurido (3550);
Cuidados com Aparelho Gessado: Úmido (0764);
Cuidados com Lesões (3660);
Cuidados com Úlceras por Pressão (3520);
Cuidados na Incontinência Intestinal (0410);
Posicionamento: Cadeira de Rodas (0846);
Precauções Circulatórias (4070);
Prevenção de Úlceras por Pressão (3540);
Supervisão da Pele (3590).

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Fazer exame físico para identificar rupturas na pele;
- Utilizar uma ferramenta de avaliação de risco que seja reconhecida para monitorar os fatores de risco do indivíduo;
- Utilizar métodos de medir a temperatura da pele para determinar o risco de LPP pressão, de acordo com o protocolo da instituição;
- Encorajar o indivíduo a não fumar e a evitar o uso de álcool;
- Documentar quaisquer incidências prévias de formação de LPP;
- Documentar o peso e as mudanças de peso;
- Documentar o estado da pele na admissão e diariamente;
- Monitorar intensivamente áreas hiperemiadas;

- Remover a umidade excessiva da pele que resulta da perspiração, drenagem deferidas, e incontinência fecal e urinária;
- Aplicar barreiras protetoras, como cremes ou materiais absorventes de umidade, para remover o excesso de umidade, quando apropriado;
- Colocar o roteiro de mudanças de posição ao lado do leito, quando apropriado;
- Inspeccionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia durante os reposicionamentos;
- Evitar massagear sobre proeminências ósseas;
- Posicionar com travesseiros para elevar pontos de pressão do leito;
- Manter os lençóis limpos, secos e sem amassados;
- Utilizar leitos e colchões especializados, quando apropriado;
- Utilizar equipamentos no leito que protejam o paciente;
- Evitar equipamentos tipo “rosquinha” na área sacral;
- Evitar água quente e utilizar sabão neutro durante os banhos;
- Monitorar fontes de pressão e atrito;
- Aplicar protetores nos calcanhares e cotovelos, quando apropriado;
- Facilitar pequenas trocas frequentes na posição do paciente;
- Providenciar um trapézio para auxiliar nas mudanças frequentes da posição do paciente;
- Monitorar a mobilidade e atividade do indivíduo;
- Assegurar uma ingestão dietética adequada, especialmente de proteínas, vitaminas B e C, ferro e calorias, utilizando suplementos, quando apropriado;
- Aplicar cremes e loções para hidratar a pele íntegra, quando apropriado;
- Monitorar efeitos de períodos prolongados na posição sentada;
- Manusear a extremidade gessada apenas com as palmas das mãos até que o gesso esteja seco, para evitar endentações com o dedo que podem levar a úlceras por pressão;
- Administrar cuidados na lesão de pele, se necessário;
- Descrever as características da úlcera em intervalos regulares, incluindo o tamanho, estágio, localização, exsudato e tipo de tecido;
- Monitorar cor, temperatura, edema, umidade e aparência da pele vizinha;
- Manter a LPP umedecida para auxiliar na cicatrização;
- Aplicar calor úmido sobre a LPP para melhorar a perfusão sanguínea e o suprimento de oxigênio para a área;
- Limpar a pele ao redor da LPP com sabonete suave e água;
- Desbridar a LPP, quando necessário;

- Limpar a LPP com a solução não tóxica apropriada, trabalhando em movimentos circulares a partir do centro;
- Utilizar uma agulha de calibre 19 e uma seringa de 35 cc para limpar LPP profundas;
- Notar as características de qualquer drenagem;
- Aplicar uma membrana adesiva permeável sobre a LPP, quando apropriado
- Aplicar compressas de solução salina, quando apropriado;
- Aplicar pomadas, quando apropriado;
- Aplicar curativos, quando apropriado;
- Administrar medicamentos orais, quando apropriado;
- Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida;
- Posicionar o paciente a cada 2 horas para evitar uma pressão prolongada;
- Assegurar uma alimentação adequada;
- Monitorar o estado nutricional;
- Verificar a ingestão adequada de calorias e de proteínas de alta qualidade;
- Orientar o membro da família/cuidador sobre os sinais de colapso da pele, quando apropriado;
- Orientar o indivíduo ou membro familiar sobre os procedimentos de cuidados da ferida;
- Iniciar o contato com serviços de terapia de enfermagem enterostomal, quando necessário;
- Monitorar a pele perianal para o desenvolvimento de úlcera de pressão e para infecção.

Observação: Registrar no prontuário todas as medidas realizadas para a prevenção de lesão por pressão.

6 | MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Colchão especial, almofadas e/ou de coxins.
- Hidratantes e umectantes.
- Creme barreira, película semipermeável, espuma de poliuretano e/ou substâncias oleosas.

7 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realizar avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação.
- Realizar avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia, especialmen-

te nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares) e pelo menos duas vezes por dia nas regiões submetidas à pressão por dispositivos, como cateteres, tubos e drenos.

- Usar colchão especial, almofadas e/ou de coxins para redistribuir a pressão.
- Usar apoio (travesseiros, coxins ou espumas) na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares.
- Promover a manutenção da higiene corporal, mantendo a pele limpa e seca.
- Hidratar diariamente a pele do paciente com hidratantes e umectantes.
- Manter a ingestão nutricional (calórica e proteica) e hídrica adequadas.
- Usar barreiras protetoras da umidade excessiva, quando necessário, como, por exemplo: creme barreira, película semipermeável, espuma de poliuretano e/ou substâncias oleosas.
- Mudar de posição a cada duas horas para reduzir a pressão local.
- Orientar o paciente e a família na prevenção e tratamento das lesões por pressão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Práticas seguras para a prevenção de lesão por pressão em serviço de saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

LIMA, A.F.C; CASTILHO, V.; ROGENSKI, N.M.B.; BAPTISTA, C.M.C.; ROGENSKI, K.E. Custos da implantação de um protocolo de prevenção de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet].Out./dez.; 17(4), 2015.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

OLKOSKI, E.; ASSIS, G.M. Aplicação de medidas de prevenção para úlceras por pressão pela equipe de enfermagem antes e após uma campanha educativa. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 363-369, June 2016.

POTTER, P.A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SIMAN, A.G.; BRITO, M.J.M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. spe, e68271, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31051>> Acesso em: 31 de maio de 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE QUEDAS

Data de aceite: 01/10/2020

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Winy Éveny Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A queda é um dos principais problemas de saúde pública e de eventos adversos que ocorre com os indivíduos, e tem por consequências o aumento do tempo da hospitalização e repercussão negativamente na recuperação do paciente, provocando danos físicos e emocionais tanto para o paciente quanto a sua família que o assiste. Ademais, para a instituição pode acarretar em elevação dos custos aplicados à assistência do paciente além de problemas jurídicos para os profissionais e para a instituição de saúde (LUZIA, ALMEIDA, LUCENA, 2014; PASA, 2017; POTTER, 2018).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Proteção Ineficaz (00043); Capacidade de transferência prejudicada (00090); Síndrome do idoso frágil (000257); Deambulação prejudicada (00088); Levantar-se prejudicado (00238); Mobilidade física prejudicada (00085); Mobilidade no leito prejudicada (00091); Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada (00089); Sentar-se prejudicado (00237); Risco de quedas (00155).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Controle de Riscos (1902);

Conhecimento: segurança pessoal

(1809);

Mobilidade (0208);

Posicionamento do corpo: autoiniciado (0203);

Movimento coordenado (0212);

Conhecimento: prevenção de quedas (1828);

Conhecimento: mecânica corporal (1827);

Equilíbrio (0202);

Estado de conforto: ambiente (2009);

Locomoção: cadeira de rodas (0201);

Ocorrência de quedas (1912);

Comportamento de prevenção de quedas (1909);

Locomoção: caminhar (0200);

Marcha (0222).

4 I CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Assistência no Autocuidado: Atividades Essenciais da Vida Diária (1805);

Cuidados com o Repouso no Leito (0740);

Cuidados na Admissão (7310);

Posicionamento: Cadeira de Rodas (0846);

Prevenção contra Quedas (6490).

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM BASEADAS NA NIC

- Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial de quedas em um ambiente específico;
- Orientar o paciente sobre como operar uma cadeira de rodas, de modo apropriado, caso o mesmo esteja em uso de cadeira de rodas;
- Realizar a investigação de riscos de admissão;
- Identificar os comportamentos e fatores que afetam o risco de quedas;
- Rever o histórico de quedas com o paciente e sua família;
- Identificar as características do ambiente que podem aumentar o potencial de quedas;
- Monitorar o passo, o equilíbrio e o nível da fadiga ao caminhar;
- Compartilhar com os pacientes as observações sobre o passo e o movimento;
- Sugerir, ao paciente, mudanças no passo;
- Treinar o paciente a adaptar-se às modificações sugeridas no passo;

- Auxiliar o indivíduo instável durante o caminhar;
- Fornecer dispositivos de auxílio para a caminhada estável;
- Manter dispositivos de assistência em boas condições de funcionamento;
- Travar as rodas da cadeira de rodas, da cama ou da maca durante a transferência do paciente;
- Colocar os acessórios facilmente ao alcance do paciente;
- Orientar o paciente a pedir auxílio quando em movimento, conforme indicado;
- Ensinar o paciente a como cair para minimizar os ferimentos;
- Monitorar a habilidade de se transferir da cama para a cadeira e vice-versa;
- Usar as técnicas apropriadas para transferir o paciente da e para a cadeira de rodas, cama, banheiro, e assim por diante;
- Fornecer assento elevado no banheiro para fácil transferência;
- Fornecer cadeiras com a altura apropriada, com encostos para as costas e braços para fácil transferência;
- Providenciar colchão com bordas firmes para facilitar a transferência;
- Usar as grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama, conforme necessário;
- Colocar a cama mecânica na posição mais baixa;
- Fornecer almofadas no assento para limitar mobilidade, conforme indicado;
- Colocar um apoio de espuma no assento da cadeira para impedir que o paciente se levante, conforme indicado;
- Usar colchões de água parcialmente cheios na cama para limitar a mobilidade, conforme indicado;
- Fornecer ao paciente dependente um meio de chamar ajuda (p. ex., luz ou campainha) quando os cuidadores não estão presentes;
- Responder às chamadas imediatamente;
- Auxiliar com a higiene em intervalos frequentes e programados;
- Usar o alarme da cama para alertar o cuidador de que o indivíduo está levantando da cama, conforme indicado;
- Marcar a entrada das portas e as bordas dos degraus, conforme necessário;
- Remover a mobília que se encontra no nível próximo ao chão (p. ex., apoios para os pés e mesas) e que apresenta perigo para tropeçar;
- Fornecer a iluminação adequada para aumentar a visibilidade;
- Fornecer corrimãos e barras de apoio visíveis;
- Colocar portões nas entradas abertas que conduzem às escadas;
- Fornecer assoalhos antiderrapantes e antideslizantes;

- Fornecer uma superfície não deslizante na banheira ou chuveiro;
- Fornecer degraus de apoio estáveis e não deslizantes para facilitar o alcance;
- Fornecer áreas de armazenamento que sejam de fácil alcance;
- Fornecer mobília pesada que não se mova se usada como apoio;
- Evitar o rearranjo desnecessário do ambiente físico;
- Assegurar-se de que o paciente use sapatos que sirvam corretamente, prendam firmemente e tenham solas antiderrapantes;
- Orientar o paciente a usar os óculos prescritos, conforme indicado, quando fora da cama;
- Auxiliar a família a identificar perigos na casa e a modificá-los;
- Desenvolver maneiras para que o paciente participe com segurança de atividades de lazer;
- Orientar um programa de exercícios físicos de rotina que inclua caminhar;
- Afixar sinais para alertar a equipe que o paciente está em elevado risco de quedas;
- Colaborar com outros membros da equipe de cuidado à saúde para minimizar os efeitos colaterais dos medicamentos que contribuem com as quedas;
- Orientar o indivíduo e o cuidador com relação ao que fazer no caso de o indivíduo sofrer uma queda ou outro tipo de lesão;
- Fornecer supervisão de perto e/ou um dispositivo de contenção
- Remover objetos que forneçam à criança o apoio para escalar até às superfícies elevadas;
- Manter as grades laterais do berço na posição elevada quando o cuidador não estiver presente, conforme indicado;

6 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO – PREVENÇÃO DE QUEDAS

- Avaliar, no momento da admissão, o risco de queda do paciente;
- Orientar pacientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais, e entregar material educativo específico quando disponível;
- Implementar medidas específicas para a prevenção de queda conforme o(s) risco(s) identificado(s):

(Pacientes adultos hospitalizados)

Histórico de Queda

- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;

- Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação;
- Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.

Necessidades fisiológicas e higiene pessoal

- Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico;
- Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro;
- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Medicamentos

- Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda;
- Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente);
- Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal-estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.

Uso de Equipamentos/Dispositivos

- Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso;
- Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente;
- Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída;
- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Mobilidade/Equilíbrio

- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante;
- Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama;
- Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente.

Cognitivo

- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
- Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.

Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)

- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
- Em caso de **hipotensão postural** – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elear a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado;
- Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período.

Diagnóstico

- Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no aumento do risco de queda;
- Avaliar periodicamente pacientes com diagnósticos associados ao aumento do risco de queda;
- Avaliar se há condição de deambulação do paciente diariamente; registrar e informar para o responsável se o mesmo está liberado ou não para deambular;
- Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grades para fechar as aberturas entre elas;

- Avaliar risco psicológico ou psiquiátrico sempre que necessário;

História Progressiva/ Atividade

- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
- Não levantar do leito sozinho quando há história de queda progressiva com dano grave.

Cirurgia/ Sedação/ Anestesia

- Informar o paciente e/ou familiar/responsável sobre o risco de queda relacionado ao efeito do sedativo e/ou anestésico;
- Orientar o paciente e/ou familiar/responsável a levantar progressivamente (elevantar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama);
- Sair do leito acompanhado pela enfermagem;
- Se o paciente estiver em cama, permanecer com as grades elevadas e rodas travadas (pré-cirúrgico e pós-operatório imediato);
- O jejum por longo período deve ser levado em consideração, por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório;

Medicações

- Atentar para as classes medicamentosas que alterem a mobilidade e equilíbrio (de acordo com a avaliação clínica da enfermagem).
- Realizar reconciliação medicamentosa cuidadosa, na admissão;
- Orientar paciente e/ou familiar/acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associada ao risco de queda;
- Não levantar do leito sozinho;
- Orientar o paciente e/ou familiar/acompanhante, na hora da medicação, quanto aos efeitos colaterais e interações medicamentosas que podem potencializar sintomas, tais como: vertigens, tonturas, sonolência, hipotensão, hipoglicemia, alteração dos reflexos;
- O profissional responsável pode solicitar a avaliação do farmacêutico clínico quanto ao uso dos medicamentos e ao risco de queda.

Observações

- Reavaliar o risco diariamente e sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação; ajustando às medidas preventivas implantadas;

- Colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda equipe de cuidado. Anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados;
- Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
- Avaliar e tratar pacientes que sofreram queda e investigar o evento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de prevenção de quedas**. Brasília, DF: 2013

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

LUZIA, M.F. de; ALMEIDA, M.A. de; LUCENA, A.F. de. Mapeamento de cuidados de enfermagem para pacientes com risco de quedas na Nursing Interventions Classification. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 632-640, Aug. 2014.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

PASA, T.S. et al. Avaliação do risco e incidência de quedas em pacientes adultos hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. e2862-, jan. 2017. ISSN 1518-8345.

POTTER, P.A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE OXIGENOTERAPIA

Data de aceite: 01/10/2020

Winy Évény Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A administração de oxigênio é um procedimento essencial para pacientes internados ou em observação que estejam com hipóxia seja por doença respiratória, cardiovascular ou outras causas. O oxigênio é um fármaco e sua administração deve ser feita com atenção, pois como qualquer outra medicação pode causar efeitos tóxicos e graves ao organismo (BURANELLO, SHIMANO, PATRIZZI; 2016).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Troca de gases prejudicada (00030); Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (00200); Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (00201); Intolerância à atividade (00092); Ventilação espontânea prejudicada (00033); Resposta disfuncional ao desmame ventilatório (00034); Padrão respiratório ineficaz (00032).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Estado respiratório (0415);

Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas (0410);

Estado respiratório: troca gasosa (0402);

Estado respiratório: ventilação (0403);

Resposta ao desmame da ventilação mecânica: adulto (0412);

Resposta à ventilação mecânica: adulto (0411).

4 I CLASSIFICAÇÕES DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Administração de Anestesia (2840);
Aspiração de Vias Aéreas (3160);
Assistência Ventilatória (3390);
Controle Acidobásico (1910);
Controle da Anafilaxia (6412);
Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva (3300);
Controle da Ventilação Mecânica: Não Invasiva (3302);
Controle de Energia (0180);
Controle de Vias Aéreas Artificiais (3180);
Controle de Choque (4250);
Cuidados Cardíacos (4040);
Cuidados Cardíacos: Fase Aguda (4044);
Cuidados Cardíacos: Reabilitação (4046);
Cuidados na Embolia: Pulmonar (4106);
Cuidados Pós-Anestesia (2870);
Extubação Endotraqueal (3270);
Oxigenoterapia (3320);
Posicionamento (0840);
Controle do Choque (4250);
Promoção da Perfusão Cerebral (2550).

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Limpar secreções orais, nasais, traqueais, conforme apropriado;
- Restringir o fumo;
- Avaliar qualquer queixa de dor no peito, costas ou pleurítica;
- Monitorar o estado cardiovascular;
- Organizar atividades físicas que reduzam competição por suprimento de oxigênio às funções vitais do corpo;
- Monitorar sinais de oxigenação tecidual inadequada;
- Monitorar para detecção de contraindicações a suporte de ventilação não invasiva;
- Utilizar equipamento de proteção individual (p. ex., luvas, óculos de proteção e

máscara), conforme apropriado;

- Certificar-se de haver equipamento de emergência à beira do leito em todos os momentos;
- Lavar as mãos antes e após a atividade de atendimento ao paciente, especialmente depois de esvaziar os líquidos dos circuitos ventilatórios;
- Usar luvas e demais equipamentos de proteção individual, incluindo vestuário para cuidados, e trocar luvas para evitar a contaminação cruzada durante a higiene bucal;
- Monitorar cavidade oral para a placa dentária, inflamação, hemorragia, candidíase, matéria purulenta, cálculo e coloração;
- Monitorar atividades que aumentam o consumo de oxigênio que possam substituir as configurações de suporte ventilatório e causar dessaturação de oxigênio;
- Monitorar efeitos das mudanças do respirador na oxigenação;
- Monitorar sinais vitais;
- Monitorar o estado neurológico;
- Manter a permeabilidade das vias aéreas;
- Orientar o paciente a fazer várias respirações profundas antes da aspiração nasotraqueal e utilizar oxigênio suplementar, conforme apropriado;
- Monitorar o estado de oxigenação dos pacientes, estado neurológico e estado hemodinâmico imediatamente antes, durante e após a aspiração;
- Configurar o equipamento de oxigênio e administrá-lo através de um sistema aquecido e umidificado;
- Administrar oxigênio suplementar como prescrito;
- Avaliar e manter uma via aérea apropriada, garantindo oxigenação adequada durante todas as fases do cuidado anestésico;
- Transferir o paciente para a unidade pós-anestésica ou unidade de terapia intensiva com monitoramento e oxigenoterapia adequados;
- Monitorar o fluxo de oxigênio;
- Monitorar a posição do dispositivo de fornecimento de oxigênio;
- Orientar o paciente sobre a importância de deixar ligado o dispositivo de fornecimento de oxigênio durante o tratamento com O₂;
- Verificar periodicamente o dispositivo de fornecimento de oxigênio para garantir que a concentração prescrita esteja sendo liberada;
- Monitorar a eficácia da oxigenoterapia, conforme apropriado;
- Assegurar a substituição da máscara de oxigênio/cânula/cateter sempre que o dispositivo for removido, se apropriado;
- Monitorar a capacidade do paciente em tolerar a remoção do oxigênio, enquan-

to se alimenta;

- Alterar o fornecimento de oxigênio da máscara para tubos nasais durante as refeições, conforme tolerado;
- Observar se há sinais de hipoventilação induzida pelo oxigênio;;
- Monitorar os sinais de toxicidade do oxigênio e absorção de atelectasia;
- Monitorar o equipamento de oxigênio para garantir que ele não esteja interferindo na tentativa do paciente em respirar;
- Monitorar a ruptura da pele pelo atrito do aparelho de oxigênio;
- Fornecer oxigênio quando o paciente é transportado;
- Consultar outros profissionais de saúde sobre o uso de suplementação de oxigênio durante a atividade e/ou sono;
- Monitorar os valores laboratoriais para alterações na oxigenação ou no equilíbrio ácido-básico, conforme apropriado;
- Organizar o uso de dispositivos de oxigênio que facilitem a mobilidade e ensinar o paciente adequadamente;
- Converter para alternar o dispositivo de fornecimento de oxigênio para promover o conforto, conforme apropriado.

6 | MATERIAIS NECESSÁRIOS NA OXIGENOTERAPIA

Fonte de O₂;

Fluxômetro O₂;

Bandeja;

Luvas de procedimentos;

Cateter nasal/Cânula Nasal;

Umidificador;

Extensão de látex/silicone;

Água destilada ou solução fisiológica 0,9% estéreis;

Prescrição médica;

Gaze.

7 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir prescrição observando nome do paciente e o fluxo de oxigênio a ser administrado;
- Higienizar as mãos;
- Reunir material;
- Apresentar-se para o paciente e/ou acompanhante, explicando o procedimento;

- Dispor o material em cima da mesa de cabeceira;
- Posicionar o paciente de forma confortável;
- Aferir a frequência respiratória e a frequência cardíaca do paciente, avaliar os sinais de hipóxia e presença de secreção em vias aéreas; aspirando-a se necessário;
- Montar o umidificador, colocando água destilada ou solução fisiológica 0,9% estéreis (com preferência de frascos com volume menor para evitar desperdício), observando os níveis limites, demarcados;
- Ajustar o extensor de látex/silicone ao umidificador, encaixando o umidificador no fluxômetro, acoplando a fonte de oxigênio e testar o aparelho;
- Calçar as luvas.

Se cânula nasal

- Medir o cateter do lóbulo da orelha até a ponta do nariz, demarcando a sonda;
- Lubrificar o cateter com solução fisiológica;
- Introduzir o cateter delicadamente, até a área demarcada, fixando-o com esparadrapo na face do paciente;
- Abrir o dispositivo de fornecimento de oxigênio, controlando o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário.

Se cateter nasal tipo óculos

- Encaixar o cateter nasal nas narinas do paciente, ajustar a faixa elástica/ cordão em torno da cabeça ou das orelhas para prender o cateter firmemente, mas de maneira confortável de forma que o cateter fique direcionado às narinas do paciente;
- Abrir o dispositivo de fornecimento de oxigênio, controlando o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário.

REFERÊNCIAS

CHEEVER, K. H., HINKLE, J.L. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BURANELLO, M.C.; SHIMANO, S.G.N.; PATRIZZI, L.J. Oxigenoterapia inalatória em idosos internados em um hospital público. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**. Rio de Janeiro. n.19, v.2, p.247-256, 2016.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

POTTER, P.A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Data de aceite: 01/10/2020

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Winy Éveny Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A aspiração de vias aéreas é indicada em casos em que fármacos e técnicas não invasivas não são suficientes para manter pérvia a via aérea do paciente. A aspiração de vias aéreas é uma intervenção manual realizada em pacientes que não conseguem expelir as secreções orofaríngeas, traqueobrônquicas e pulmonares adequadamente. (GONÇALVES, TSUZUKI, CARVALHO, 2015; PERRY, POTTER, ELKIN, 2013).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Desobstrução ineficaz de vias aéreas (00031); Risco de aspiração (00039); Risco de infecção (00004); Padrão respiratório ineficaz (00032); Ventilação espontânea prejudicada (00033).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Estado respiratório (0415)

Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas (0410)

Estado respiratório: troca gasosa (0402)

Estado respiratório: ventilação (0403)

Prevenção de aspiração (1918)

4 | CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Aspiração de Vias aéreas (3160);
Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva (3300);
Controle da Ventilação Mecânica: Não Invasiva (3302);
Controle de Edema Cerebral (2540);
Controle de Vias Aéreas (3140);
Controle do Vômito (1570);
Cuidados com Sondas/Drenos (1870);
Monitoração Respiratória (3350);
Precauções Contra Aspiração (3200).

5 | ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Realizar higienização das mãos;
- Monitorar o nível de consciência, reflexo de tosse, reflexo de vômito e capacidade de deglutição;
- Minimizar o uso de narcóticos e sedativos;
- Minimizar o uso de medicamentos conhecidos por atrasar o esvaziamento gástrico, conforme apropriado;
- Monitorar o estado pulmonar;
- Determinar a necessidade de aspiração após a ausculta de estertores ou rôncos sobre as grandes vias aéreas;
- Limitar a aspiração a menos de 15 segundos;
- Facilitar o uso da cânula de Yankauer ou de aspiração suave para o cuidado oral, conforme necessário;
- Aspirar a traqueia, depois a cavidade oral e, em seguida, a faringe nasal para remover secreções acima do manguito endotraqueal a fim de diminuir o risco de aspiração;
- Considerar as contraindicações antes do procedimento;
- Realizar aspiração endotraqueal, conforme apropriado;
- Lavar a tubo de aspiração e as linhas de aspiração profundas após cada utilização e trocar todos os dias;
- Posicionar o paciente para prevenir aspiração;
- Conectar a sonda/dreno à aspiração ou dispositivo de drenagem adequadamente, conforme apropriado;
- Utilizar precauções universais;
- Utilizar equipamentos de proteção individual (EPI);

- Verificar a necessidade de aspiração oral e/ou traqueal;
- Prestar cuidados orais de rotina com cotonetes macios e úmidos, agente antiséptico e aspiração suave;
- Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração;
- Informar o paciente e a família sobre a aspiração;
- Aspirar a nasofaringe com um aspirador nasal ou dispositivo de aspiração, conforme apropriado;
- Providenciar sedação, conforme apropriado;
- Inserir uma via aérea nasal para facilitar a aspiração nasotraqueal, conforme apropriado;
- Orientar o paciente a fazer várias respirações profundas antes da aspiração nasotraqueal e utilizar oxigênio suplementar, conforme apropriado;
- Hiperoxigenar com 100% de oxigênio por pelo menos 30 segundos, utilizando ventilador ou bolsa de ventilação manual antes e após cada aspiração;
- Hiperinflar utilizando volumes correntes de acordo com o tamanho do paciente, conforme apropriado;
- Utilizar um sistema fechado de aspiração, conforme indicado;
- Utilizar equipamento descartável esterilizado para cada procedimento de aspiração traqueal;
- Selecionar um cateter de aspiração que tenha metade do diâmetro interno do tubo endotraqueal, da cânula de traqueostomia ou via aérea do paciente;
- Deixar o paciente conectado ao ventilador durante a aspiração caso esteja usando um sistema de aspiração nasotraqueal fechado ou um para administrar oxigênio estiver sendo utilizado;
- Utilizar a menor pressão de aspiração necessária para remover secreções (p. ex., 80 a 120 mmHg para adultos);
- Monitorar a presença de dor;
- Monitorar o estado de oxigenação dos pacientes, estado neurológico e estado hemodinâmico imediatamente antes, durante e após a aspiração;
- Embasar a duração de cada aspiração traqueal na necessidade de remoção de secreções e na resposta dos pacientes à aspiração;
- Limpar a área ao redor do estoma traqueal após finalizar a aspiração traqueal, conforme apropriado;
- Interromper a aspiração traqueal e fornecer oxigênio suplementar se o paciente apresentar bradicardia, aumento na ectopia ventricular e/ou dessaturação;
- Variar as técnicas de aspiração, com base na resposta clínica do paciente;
- Realizar aspiração com base na presença de sons respiratórios adventícios e/

ou aumento da pressão inspiratória;

- Suspender a alimentação por sonda durante a aspiração e 30 a 60 minutos antes da fisioterapia respiratória;
- Monitorar e atentar à coloração, quantidade e consistência da secreção;
- Enviar as secreções para cultura e testes de sensibilidade, conforme apropriado;

Observação: Caso o paciente necessite de aspiração das vias aéreas inferiores e superiores, deve-se iniciar pela via aérea inferior, seguida das narinas e cavidade oral para evitar contaminação.

6 | MATERIAIS NECESSÁRIOS NA ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS

Biombo;

Bandeja;

Sonda de aspiração, conforme indicação;

Extensão de látex/silicone;

Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;

Luvas estéreis;

Luvas de procedimento;

Pacotes de Gaze;

Gorro;

Óculos de proteção;

Máscara descartável;

Avental descartável;

Frasco de Aspiração;

Água destilada ou Solução Fisiológica estéreis, cerca de 100 ml;

Bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O₂ e máscara de silicone – Ambú, para aspiração das vias aéreas inferiores;

Cuba rim/redonda estéril.

7 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
- Dispor o material em cima da mesa de cabeceira;
- Privatizar o ambiente com biombo;
- Na aspiração de vias aéreas inferiores, o profissional deve checar sinais vitais

e parâmetros ventilatórios antes de iniciar a aspiração;

- Testar o ponto de vácuo;
- Pausar a infusão de dieta por Sonda Nasogástrica (SNG), Sonda Orogástrica (SOG), Sonda Nasoenteral (SNE), caso esteja em uso;
- Posicionar o paciente com elevação da cabeceira;
- Vestir o avental descartável, colocar a máscara, gorro e óculos de proteção;
- Conectar o vidro de aspiração no ponto de vácuo;
- Conectar a extensão ao ponto de vácuo ou ao aspirador portátil;
- Abrir a embalagem da sonda, conectando sua extremidade à extensão de látex/silicone;
- Abrir o pacote com a cuba rim/redonda;
- Despejar água destilada ou solução fisiológica estéril na cuba rim/redonda;
- Abrir o pacote de gaze;
- Calçar luva de procedimento, caso seja aspiração de vias aéreas superiores;
- Calçar luva estéril, caso seja aspiração de vias aéreas inferiores;
- Ligar o vácuo ou o aspirador portátil (com a mão não dominante, se utilizar luvas estéreis);
- Calçar luva de procedimento, caso seja aspiração de vias aéreas superiores;
- Calçar luva estéril, caso seja aspiração de vias aéreas inferiores;
- Verificar se aspiração está sendo feita de forma adequada, aspirando água destilada ou solução fisiológica;

Aspiração de vias aéreas superiores

- Segurar a face do paciente e pinçar a extensão;
- Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração pinçada na cavidade nasal para evitar asfixia e que a sucção lese a mucosa;
- Abrir a sonda, quando estiver introduzida;
- Fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha (10 a 15 segundos), retirando a sonda lentamente e com movimentos circulares;
- Aspirar água destilada/solução fisiológica para limpeza da extensão entre uma introdução e outra, sempre que necessário;
- Repetir o processo até a limpeza total das narinas;
- Introduzir a sonda pinçada na cavidade oral;
- Fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha (10 a 15 segundos) retirando a sonda lentamente e com movimentos circulares;
- Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral;

- Aspirar água destilada/solução fisiológica para limpeza da extensão entre uma introdução e outra, sempre que necessário;
- Deixar paciente confortável no leito;
- Desprezar o material descartável utilizado em local próprio;
- Encaminhar os materiais permanentes para a Central de Material Esterilizado (CME);
- Retirar as luvas;
- Retirar óculos de proteção;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário.

Aspiração de vias aéreas inferiores (recomendado que estejam dois profissionais para evitar a contaminação):

- Verificar sinais vitais e parâmetros respiratórios;
- Hiperoxigenar com 100% de oxigênio por pelo menos 30 segundos, utilizando ventilador ou bolsa de ventilação manual antes e após cada aspiração;
- Colocar EPIs;
- Desconectar do respirador mecânico;
- Introduzir a sonda com o auxílio da gaze na traqueostomia ou tubo endotraqueal com a borracha pinçada, para evitar que a sucção lese a mucosa e leve à asfixia;
- Fazer aspiração intermitente, pinçando e despinçando a borracha (10 a 15 segundos) retirando a sonda lentamente em movimentos circulares;
- Aspirar água destilada para limpeza da extensão entre uma introdução e outra, sempre que necessário;
- Se necessário, repita o procedimento e conceda tempo adequado (até um minuto) entre as aspirações para a ventilação e reoxigenação que pode ser feita com o a bolsa de manipulação manual ou respirador mecânico;
- Verificar sinais vitais e parâmetros respiratórios, comparar os valores com os obtidos antes de realizar o procedimento;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material estéril utilizado em local próprio;
- Encaminhar os materiais que necessitam de limpeza para a CME;
- Retirar luvas estéreis;
- Retirar óculos de proteção;

- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário.

REFERÊNCIAS

CHEEVER, K. H., HINKLE, J.L. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

BURANELLO, M.C.; SHIMANO, S.G.N.; PATRIZZI, L.J. Oxigenoterapia inalatória em idosos internados em um hospital público. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**. Rio de Janeiro. n.19, v.2, p.247-256, 2016.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

GONÇALVES, R.L.; TSUZUKI L.M.; CARVALHO, M.G.S. Aspiração endotraqueal em recém-nascidos intubados: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, n. 27, v.3, p.2844-292, 2015.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

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

POTTER, P.A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CAPÍTULO 10

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS COM SONDAS: GASTROINTESTINAL

Data de aceite: 01/10/2020

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Sharon Shyrley Weyll Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0889949990725083>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Winy Éveny Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAS

A sonda gastrointestinal é um dispositivo utilizado para fornecer nutrientes ao paciente impossibilitado de se alimentar por via oral, ou quando os nutrientes disponibilizados para o organismo são insuficientes. A sonda gastrointestinal pode ser fechada, quando é utilizada para gavagem e administração de medicamentos; ou aberta, quando utilizada para drenagem do conteúdo gástrico (PERRY, POTTER, ELKIN, 2013; POTTER et al., 2018). Este procedimento é privativo do Enfermeiro.

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Risco de aspiração (00039); Motilidade gastrintestinal disfuncional (00196); Risco de volume de líquidos deficiente (00028); Deglutição prejudicada (00103); Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais (00002).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Autocuidado: alimentação (0303);

Prevenção de aspiração (1918);
Eliminação intestinal (0501);
Função gastrointestinal (1015);
Estado da deglutição (1010);
Estado da deglutição: fase esofágica (1011);
Estado da deglutição: fase faríngea (1013);
Estado da deglutição: fase oral (1012);
Estado nutricional (1004);
Estado nutricional: ingestão alimentar (1009);
Estado nutricional: ingestão de alimentos e líquidos (1008).

4 I CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Alimentação por Sonda Enteral (1056);
Assistência para Ganho de Peso (1240);
Controle de Eletrólitos (2000);
Controle do Choque (4250);
Cuidados com Sondas/Drenos (1870);
Cuidados com Sondas: Gastrointestinal (1874);
Planejamento da Dieta (1020);
Precauções Contra Aspiração (3200);
Redução do Sangramento: Gastrointestinal (4022);
Sondagem Gastrointestinal (1080).

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Monitorar o posicionamento correto da sonda, conforme protocolo institucional;
- Verificar o posicionamento com raio X, conforme protocolo institucional antes de iniciar a alimentação;
- Conectar a sonda à aspiração, se indicado;
- Evitar alimentar se houver grande volume residual;
- Selecionar o tipo e o tamanho de sonda nasogástrica para inserir, considerando o uso e a justificativa para a inserção;
- Fixar a sonda a uma parte adequada do corpo, considerando o conforto do paciente e a integridade da pele;
- Clampear a sonda nasogástrica e monitorar a tolerância, conforme apropriado;
- Monitorar o estado de alerta e a presença de reflexo de vômito, conforme apropriado;

- Inserir sonda nasogástrica para aspiração e monitorar secreções, conforme apropriado;
- Monitorar quanto a sensações de plenitude, náuseas e vômitos;
- Monitorar sons intestinais;
- Monitorar quanto a diarreia;
- Monitorar o estado hídrico e eletrolítico;
- Irrigar a sonda nasogástrica com solução salina isotônica para evitar excreção de eletrólitos, conforme apropriado;
- Auxiliar o paciente a alimentar-se ou a alimentá-lo, conforme apropriado;
- Oferecer alimentos adequados ao paciente: dieta geral, pastosa, mista ou fórmula pronta, via sonda nasogástrica ou gastrostomia, ou nutrição parenteral total, conforme prescrição médica;
- Monitorar a quantidade, cor e consistência do débito nasogástrico;
- Substituir a quantidade de débito gastrointestinal com a solução EV apropriada, conforme prescrito;
- Providenciar cuidados ao nariz e boca de três a quatro vezes ao dia, ou conforme necessário;
- Comunicar ao serviço de nutrição da instituição;
- Iniciar e monitorizar a alimentação enteral que deverá ser feita preferencialmente por bomba de infusão enteral;
- Realizar cuidados à pele e ao redor do local de inserção da sonda;
- Remover a sonda quando indicado.

6 | MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA CUIDADOS COM SONDAS: GASTROINTESTINAIS

Bandeja;

Biombo;

Sonda nasogástrica (Levine) ou nasoenteral (DOBBHOFF) de tamanho adequado;

Gel anestésico;

Máscara descartável;

Gorro;

Luvas de procedimento;

01 extensão de látex ou silicone (caso sonda gástrica aberta para drenagem);

01 recipiente de 1000 ml ou saco coletor graduado (caso sonda gástrica aberta para drenagem);

Estetoscópio;

Gazes;

Seringa de 20 ml;

Esparradrapo/micropore;

7 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a indicação da sondagem;
- Higienizar as mãos
- Reunir material;
- Avaliar a desobstrução das narinas e/ou desvio de septo;
- Apresentar-se para o paciente e/ou acompanhante e explicar sobre a importância e a necessidade do uso da sonda;
- Colocar o biombo;
- Colocar máscara e gorro;
- Posicionar o paciente em posição Fowler, a menos que haja contraindicação. Caso o paciente não possa ter a cabeceira elevada, mantê-lo em decúbito dorsal horizontal, lateralizando a cabeça inclinando-a para frente;
- Inspeccionar a condição da cavidade oral do cliente ou uso de prótese dentária;
- Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide para sonda orogástrica/nasogástrica e até a cicatriz umbilical para sonda oroenteral/nasoenteral;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir o pacote de gaze e colocar uma pequena quantidade de gel anestésico para lubrificar a ponta proximal do cateter;
- Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax, se possível;
- Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo, curvÁ-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na narina ou cavidade oral até a Área demarcada;
- Observar possíveis sinais de cianose ou desconforto; se houver, retire a sonda imediatamente e reinicie a passagem;
- Orientar que o paciente relaxe os músculos da face e, quando sentir que a sonda chegou à garganta, parar de inspirar e engolir, para evitar a sensação de náusea, causada pela presença da sonda na faringe (Caso esteja consciente);
- Após a introdução da sonda, realizar os testes que confirmarão se a sonda está no local proposto (cavidade gÁstrica);
- Testar posicionamento da sonda nasogÁstrica/orogÁstrica: injetar 20 ml de ar

com seringa de bico e auscultar com estetoscópio simultaneamente a região epigástrica, e/ou aspirar ao conteúdo gástrico. **ATENÇÃO!** O teste de sonda nasoenteral/oroenteral será realizado através de exame de Raio X. Fazer o encaminhamento.

- Fixar a sonda na face com esparadrapo/micropore;
- Após confirmação do posicionamento adequado da sonda nasoenteral/oroenteral com radiografia, retirar o fio guia delicadamente;
- Conectar a sonda na extensão, conectá-la ao coletor e solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral, em caso de sonda aberta;
- Reunir todo o material e deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material descartável utilizado em local apropriado;
- Encaminhar materiais permanentes à CME;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Observações: Não forçar a introdução da sonda se encontrar resistência; a escolha da sonda depende de uma previa avaliação do paciente; em caso de sonda nasogástrica para lavagem, sempre observe e obedeça a quantidade de solução para realizar a mesma; comunicar a equipe médica: presença de sangramento, secreção ou resistência na passagem da sonda; atentar para o débito, se sonda aberta; anotar as perdas no prontuário e/ou folha de balanço hídrico.

REFERÊNCIAS

CHEEVER, K. H., HINKLE, J.L. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

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

POTTER, P.A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ESTOMIZADO: COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

Data de aceite: 01/10/2020

Myria Ribeiro da Silva

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8370025222766215>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

Winny Éveny Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Uma ostomia é uma intervenção cirúrgica na parede do abdome com o objetivo de permitir que o conteúdo intestinal passe do intestino para o meio externo através de uma abertura chamada estoma. As ostomias são classificadas de acordo sua localização e tipo., e a consistência e característica das fezes vão variar de acordo a porção do intestino em que foi feita a abertura (LEWIS et al., 2013).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Integridade da pele prejudicada (00046); Risco de integridade da pele prejudicada (00047); Conhecimento deficiente (00126); Déficit no autocuidado para higiene íntima (00110).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Autocuidado da ostomia (1615);
Conhecimento: cuidados da ostomia (1829);
Integridade tissular: pele e mucosas (1101).

4 | CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Controle de Eletrólitos (2000);

Cuidados com Ostomias (0480);

Cuidados da Pele: Tratamentos Tópicos (3584).

5 | ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Orientar o paciente/família com relação ao uso de equipamentos e cuidado em ostomias;
- Auxiliar o paciente na obtenção dos equipamentos necessários;
- Aplicar adequadamente o ajuste do aparelho da ostomia, conforme necessário;
- Monitorar a incisão/cicatrização do estoma;
- Monitorar complicações pós-operatórias, tais como obstrução intestinal, íleo paralítico, fístula, ou separação mucocutânea, conforme apropriado;
- Monitorar o tecido de cicatrização o do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia;
- Monitorar perda de líquidos ricos em eletrólitos;
- Alterar/esvaziar a bolsa de ostomia, conforme apropriado;
- Irrigar a ostomia, conforme apropriado;
- Auxiliar o paciente no fornecimento do autocuidado;
- Orientar o paciente como monitorar as complicações;
- Orientar o paciente sobre os mecanismos para reduzir o odor;
- Monitorar os padrões de eliminação;
- Auxiliar o paciente a identificar os fatores que afetam o padrão de eliminação;
- Orientar o paciente sobre a dieta adequada e alterações esperadas na função da eliminação;
- Orientar sobre a realização dos exercícios de Kegel se o paciente tiver reservatório ileoanal;
- Orientar o paciente a sondar e drenar a bolsa indiana sempre que observar que está cheia (a cada 4 a 6 horas);
- Discutir as preocupações sobre a função sexual, conforme apropriado;
- Expressar confiança de que o paciente pode retomar a vida normalmente, com a ostomia;

6 I MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA CUIDADOS AO PACIENTE ESTOMIZADO

Bandeja;

Luvas de procedimento;

Solução salina 0,9% ou água morna;

Gaze;

Compressa;

01 Bolsa para ostomia: dispositivo de 2 peças (placa adesiva e bolsa = Karaya) ou de 1 peça de acordo com as características do estoma e do efluente;

Máscara;

Gorro;

Óculos de proteção;

Avental;

Biombo;

01 Cuba rim;

Saco plástico;

Papel toalha

01 Tesoura com ponta romba;

01 Régua de mensuração de ostomia;

Sabonete líquido.

7 I DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
- Colocar o biombo;
- Colocar EP'Is;
- Proteger o lençol com saco plástico forrado com papel toalha;
- Desprender a bolsa da pele com delicadeza, pressionando a pele sob a placa, usar chumaço de gaze embebida em solução fisiológica, se necessário (para bolsa descartável). Para bolsa de Karaya desprender a bolsa da placa;
- Usar gaze úmida para remoção de fezes do estoma (se houver);
- Limpar a pele ao redor com água morna e sabão neutro/coco/dermacid (de acordo com a ABRASO), caso não seja possível, limpar com SF 0,9%. No estoma, utilize somente água ou SF 0,9%.
- Avaliar a pele do paciente periestoma e a ostomia;
- Enxugar a pele suavemente com chumaço de gaze seca;

- Aplicar barreiras protetoras na pele ao redor do estoma, caso necessário;
- Encaixar o guia medidor no estoma de modo que não toque na mucosa intestinal;
- Cortar o tamanho no guia medidor utilizando a tesoura;
- Friccionar ou colocar levemente a resina sintética na pele periestoma para ativar a adesividade e proteger a pele;
- Remover a cobertura de papel da placa, centralizando a abertura sobre o estoma e pressionando a bolsa sobre a pele, começando de baixo para cima;
- Descartar o material descartável utilizado em local adequado;
- Retirar os EPI's;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Observações: A bolsa deve ser trocada sempre que houver saturação da barreira protetora de pele ao redor do estoma; nunca esperar que a bolsa descole ou apresente vazamento; o esvaziamento da bolsa deve ser realizado sempre que as fezes ocupem um terço da capacidade da bolsa; a troca da bolsa de coletora deve ser realizada distante dos horários das refeições; durante a higienização, remova todo o resíduo de sabonete na pele evitando, assim, dermatite química; não utilize antissépticos ou solventes na pele ao redor do estoma; seque bem a pele próxima ao estoma, pois a placa não tem boa aderência em pele úmida, além de evitar a maceração; o recorte da placa não deve ultrapassar 3 mm entre o estoma e a placa adesiva da bolsa coletora evitando, assim, o contato de fezes na pele.

REFERÊNCIAS

ABRASO. Associação Brasileira de Ostomizados. **Cuidados com a pele**. Disponível em: <http://www.abraso.org.br/cuidados_pele.html>. Acesso em: 01 de setembro de 2017.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

LEWIS, S. L. et al. **Tratado de Enfermagem Médio-Cirúrgica: avaliação e assistência dos problemas clínicos**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE SONDAS: URINÁRIAS CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Data de aceite: 01/10/2020

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Winy Éveny Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cateterismo vesical de alívio é um sistema aberto de drenagem urinária. É uma intervenção invasiva em que um cateter é inserido até a bexiga para a drenagem da urina do paciente (ERCOLE et al. 2013), e retirado assim que a bexiga é esvaziada. O cateterismo vesical é uma intervenção privativa do Enfermeiro e não pode ser delegada.

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Risco de infecção (00004); Risco de integridade tissular prejudicada (00248); Eliminação urinária prejudicada (00016); Retenção urinária (00023); Risco de lesão do trato urinário (00250).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Eliminação urinária (0503);
Função renal (0504);
Nível de dor (2102);
Controle de riscos: processo infeccioso (1924).

4 | CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Cuidados com Sondas/Drenos (1870);
Cuidados com Sondas: Urinária (1876);
Cuidados na Retenção Urinária (0620);
Sondagem Vesical (0580);
Sondagem Vesical: Intermitente (0582).

5 | ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Determinar a indicação para sonda vesical;
- Manter higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação do cateter;
- Manter a perviedade do sistema de cateter urinário;
- Manter o recipiente de drenagem no nível adequado;
- Clampear a sonda/dreno, se apropriado, para facilitar a deambulação;
- Observar as características de drenagem urinária;
- Clampear cateter supra púbico ou de retenção, conforme solicitado;
- Posicionar o paciente e o sistema de drenagem urinária para promover drenagem urinária;
- Usar um dispositivo de fixação do cateter;
- Monitorar quanto a distensão da bexiga;
- Assegurar remoção do cateter logo que indicado pela condição do paciente;
- Explorar opções de eliminação para evitar reinserção.

6 | MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

Biombo;
Bandeja;
Luva Estéril e de Procedimento;
Kit de cateterismo vesical estéril;
Gel anestésico de uso único ou de primeiro uso;
Material para realizar higiene íntima, se necessário;
Cuba rim forrada/lixo;
Gazes;
Seringas de 20 ml, se cateterismo masculino;
Máscara descartável simples;
Gorro;

Óculos;
Avental;
Coletor urinário ou aparadeira;
Clorexidina aquosa 1%;
Sonda uretral descartável com tamanho adequado;
Frasco estéril para coleta de exames, se necessário.

7 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Avaliar a indicação;
- Reunir material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
- Dispor o material em cima da mesinha de cabeceira;
- Colocar o biombo;
- Colocar os EPI's;

Sexo feminino

- Posicionar a paciente em posição ginecológica/litotômica para realizar o procedimento;
- Se necessário, calçar as luvas de procedimento e proceder com a higiene íntima;
- Recolher o material de higiene íntima e retirar as luvas de procedimento;
- Abrir o kit de cateterismo utilizando técnica asséptica;
- Colocar a clorexidina aquosa na cuba redonda;
- Abrir o pacote da sonda e colocá-la dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-la dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Colocar o gel anestésico na gaze ou diretamente sobre a cuba rim, dentro do campo estéril sem tocar o bico da bisnaga na gaze ou na cuba;
- Abrir o pacote de luva estéril e calçá-las;
- Certifique-se de que a extremidade da sonda está fechada;
- Dispor o campo fenestrado sobre a paciente com a abertura centralizada sobre a região perianal;
- Montar a pinça com chumaço de gaze embebido em clorexidina aquosa;
- Com a mão não dominante e auxílio de gazes, exponha o meato urinário separando os grandes e pequenos lábios com o dedo indicador e polegar, atentan-

do-se para não soltá-los;

- Realizar, com a pinça na mão dominante, a antisepsia da região do meato uretral: limpe de cima para baixo, no sentido do clitóris para o ânus, em um único movimento. Limpe desde a dobra labial, iniciando pela extremidade distal, seguida da extremidade proximal, finalizando com a área central, sobre o meato urinário. Use uma nova gaze para cada área de antisepsia. O fechamento dos lábios durante o procedimento de limpeza exige que o mesmo seja reiniciado.
- Desprezar as gazes, já utilizadas, na cuba rim utilizada como lixo (disposta fora do campo estéril);
- Certifique-se do posicionamento da cuba rim dentro do campo estéril de maneira que a extremidade distal da sonda possa ser nela colocada ao iniciar a saída da urina após a inserção;
- Enrolar a sonda na palma da mão, de modo que a extremidade proximal não toque em uma superfície não estéril;
- Lubrificar o cateter com gel anestésico;
- Introduzir o cateter lentamente até o surgimento de urina; posicione a extremidade distal dentro da cuba rim;
- Abrir o dispositivo da sonda;
- Se for colher urina estéril para realização de urocultura, utilize técnica e recipiente apropriados;
- Permitir a drenagem de toda urina dentro da cuba rim;
- Retirar o cateter após o esvaziamento completo da bexiga;
- Deixar a paciente confortável no leito;
- Desprezar o material descartável utilizado em local próprio;
- Retirar os EPI's;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o volume urinário e condições apresentadas na ficha de controle;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Sexo masculino

- Posicionar o paciente em posição semi Fowler ou decúbito dorsal;
- Se necessário, calçar as luvas de procedimento e proceder com a higiene íntima;
- Recolher o material de higiene íntima e retirar as luvas de procedimento;
- Abrir o kit de cateterismo de acordo a técnica asséptica;
- Colocar a clorexidina aquosa na cuba redonda;

- Abrir o pacote da sonda e colocá-la dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-las dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir a embalagem da seringa e colocá-la dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir o pacote de luva estéril e calçá-las de acordo a técnica asséptica;
- Tirar o êmbolo da seringa de 20 ml;
- Solicitar que outro profissional coloque o gel anestésico dentro da seringa (5 ml), de forma que a bisnaga não toque no material estéril;
- Coloque o êmbolo de volta e reserve a seringa com o gel anestésico sobre o campo estéril;
- Certifique-se de que a extremidade da sonda está fechada;
- Dispor o campo fenestrado sobre o paciente com a abertura centralizada sobre o pênis;
- Montar a pinça com chumaço de gaze embebido em clorexidina aquosa;
- Com a mão não dominante e com auxílio de uma gaze, segure o corpo do pênis tracionando a glande e expondo o meato. Essa mão só deixará o pênis ao final da inserção do cateter;
- Realizar, com a pinça estéril na mão dominante, a antisepsia do meato urinário em direção ao prepúcio, com movimento circular único de dentro para fora (meato – glande). Repita três vezes utilizando novo chumaço embebido em clorexidina todas as vezes.
- Desprezar as gazes, já usadas, na cuba rim utilizada como lixo (disposta fora do campo estéril);
- Certifique-se do posicionamento da cuba rim de maneira que a extremidade distal da sonda possa ser nela colocada ao iniciar a saída da urina após a inserção;
- Introduzir o gel anestésico no meato uretral fazendo uma leve pressão com o bico da seringa;
- Enrolar a sonda na palma da mão, de modo que a extremidade proximal não toque em uma superfície não estéril;
- Introduzir o cateter lentamente até o surgimento de urina. Mantenha o pênis perpendicular ao corpo ao introduzir o cateter; posicione a extremidade distal dentro da cuba rim;
- Abrir o dispositivo da sonda;
- Se for colher urina estéril para realização de urocultura, utilize técnica e recipiente apropriados;

- Permitir a drenagem de toda urina dentro do recipiente da cuba rim;
- Retirar o cateter após o esvaziamento completo da bexiga;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material descartável utilizado em local próprio;
- Retirar os EPI's;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o volume urinário e condições apresentadas na ficha de controle;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Observação: Não force a inserção da sonda. Se você encontrar resistência ou o paciente sentir dor durante a inserção, interrompa o avanço da sonda imediatamente. Peça ao paciente para respirar algumas vezes, lenta e profundamente, a fim de promover o relaxamento enquanto você avança a sonda lentamente na uretra.

REFERÊNCIAS

CHEEVER, K. H., HINKLE, J.L. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

ERCOLE, F.F. et al. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. n.21, v.1, 10 telas, 2013.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

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

POTTER, P.A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE SONDAS: URINÁRIAS CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Data de aceite: 01/10/2020

Karine Andrade Britto de Souza

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

Maria do Rosário Andrade Barreto Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

Lucidalva Carvalho de Lima

Faculdade de Tecnologia e Ciência
Itabuna – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

Sonia Maria Isabel Lopes Ferreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8370025222766215>

Jéssica dos Santos Simões

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

Grazielly Cerqueira Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

Winy Éveny Alves Moura

Universidade Federal de Goiás
Goiânia – Goiás
<http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

Noélia Silva Oliveira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O cateterismo vesical de demora é um sistema fechado de drenagem urinária. É uma intervenção invasiva em que um cateter é inserido até a bexiga de pacientes com dificuldade ou impossibilidade para urinar (MAZZO et al., 2015). Dessa forma o cateter permanece na uretra por um tempo que vai variar a depender do que motivou a inserção da sonda. O cateterismo vesical é uma intervenção privativa do Enfermeiro e não pode ser delegada.

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação são: Risco de infecção (00004); Risco de integridade tissular prejudicada (00248); Eliminação urinária prejudicada (00016); Retenção urinária (00023); Risco de lesão do trato urinário (00250).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Eliminação urinária (0503);
Função renal (0504);
Nível de dor (2102);

Controle de riscos: processo infeccioso (1924).

4 | CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Cuidados com Sondas/Drenos (1870);
Cuidados com Sondas: Urinário (1876);
Cuidados na Retenção Urinária (0620);
Redução do Sangramento: Útero Pós-Parto (4026);
Sondagem Vesical (0580);
Sondagem Vesical: Intermitente (0582).

5 | ATIVIDADES DE ENFERMAGEM CONFORME A NIC

- Determinar a indicação para sonda vesical;
- Usar pedidos de interrupção e lembretes automáticos para solicitar remoção do dispositivo quando a indicação for resolvida;
- Manter higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação do cateter;
- Manter sistema de drenagem urinária fechado, estéril e sem obstruções;
- Assegurar posicionamento da bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga;
- Evitar inclinar bolsas de urina para esvaziar ou mensurar o débito urinário;
- Usar bolsas de urina com dispositivos de esvaziamento localizados na parte inferior do dispositivo;
- Irrigar sistema de cateter urinário utilizando técnica estéril, conforme apropriado;
- Realizar cuidados de rotina ao meato com água e sabão durante o banho diário;
- Limpar o cateter urinário externamente ao meato;
- Higienizar a área da pele circundante a intervalos regulares;
- Trocar o cateter urinário a intervalos regulares, conforme indicado e conforme protocolo institucional;
- Trocar o dispositivo de drenagem urinária a intervalos regulares, conforme indicado conforme protocolo institucional;
- Observar as características de drenagem urinária;
- Clampar cateter suprapúbico ou de retenção, conforme solicitado;
- Posicionar o paciente e o sistema de drenagem urinária para promover drenagem urinária;
- Usar um dispositivo de fixação do cateter;

- Esvaziar o dispositivo de drenagem urinária a intervalos regulares e específicos;
- Esvaziar a bolsa de drenagem antes de todos os transportes do paciente;
- Evitar colocar a bolsa de drenagem entre as pernas do paciente cliente durante o transporte;
- Verificar a fixação da bolsa na perna quanto a constrição a intervalos regulares;
- Manter cuidado meticuloso da pele para pacientes com bolsa fixada à perna;
- Higienizar o equipamento de drenagem urinária, conforme protocolo institucional;
- Obter amostra de urina através do sistema de drenagem urinária fechado;
- Monitorar quanto a distensão da bexiga;
- Assegurar remoção do cateter logo que indicado pela condição do paciente;
- Explorar opções de eliminação para evitar reinserção;

6 I MATERIAIS NECESSÁRIOS PARA CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Bombo;

Bandeja;

Luva estéril e de procedimento;

Kit de cateterismo vesical estéril;

Gel anestésico;

Material para realizar higiene íntima, se necessário;

Cuba rim;

Gaze;

Água destilada (flaconetes na quantidade de água indicada pelo fabricante da sonda disponibilizada);

Espadrado/micropore;

Seringa de 20 ml (utilizar 2 unidades para cateterismo masculino);

Máscara;

Gorro;

Óculos;

Avental;

Aparadeira;

Clorexidina aquosa 1%;

Bolsa coletora graduada de sistema fechado;

Sonda foley com tamanho adequado.

71 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Avaliar a indicação;
- Reunir material;
- Higienizar as mãos;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento;
- Dispor o material em cima da mesinha de cabeceira;
- Colocar o biombo;
- Colocar os EPI's;

Sexo feminino

- Posicionar a paciente em posição ginecológica/litotômica para realizar o procedimento;
- Se necessário, calçar as luvas de procedimento e proceder com à higiene íntima;
- Recolher o material de higiene íntima e retirar as luvas de procedimento;
- Abrir o kit de cateterismo de acordo a técnica asséptica;
- Colocar a clorexidina aquosa na cuba redonda;
- Colocar água destilada na cuba rim (outra opção é abrir os flaconetes de água destilada e deixá-los sobre a mesa de cabeceira para aspirá-los no momento da testagem do balão, sem tocá-los com a luva estéril);
- Abrir o pacote da sonda e colocá-la dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-la dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir o pacote da seringa e colocá-la dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Colocar o gel anestésico na gaze, dentro do campo estéril, sem tocar o bico da bisnaga na gaze;
- Abrir a embalagem do saco coletor de urina e colocá-lo dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir o pacote de luva estéril e calçá-las;
- Organizar o material dentro do campo;
- Testar o balão da sonda foley: preencher a seringa de 20 ml com água destilada contida na cuba rim (ou nos flaconetes que estão abertos sobre a mesa, sem tocá-los com a luva estéril), em quantidade de acordo com a orientação do fabricante da sonda foley;
- Esvaziar o balonete e reservar a seringa com a água destilada sobre o campo estéril para insuflar o balonete, posteriormente;

- Conectar a sonda ao saco coletor, de forma asséptica, e mantê-lo dentro do campo;
- Dispor o campo fenestrado sobre a paciente com a abertura centralizada sobre a região perineal;
- Montar a pinça com chumaço de gaze embebido em clorexidina aquosa;
- Com a mão não dominante e auxílio de gazes, expor o meato urinário separando os grandes e pequenos lábios com o dedo indicador e polegar, atentando-se para não os soltar;
- Realizar, com a pinça na mão dominante, a antisepsia da região do meato uretral: limpe de cima para baixo, no sentido do clitóris para o ânus, em um único movimento. Limpe desde a dobra labial, iniciando pela extremidade distal, seguida da extremidade proximal, finalizando com a área central, sobre o meato urinário. Use uma nova gaze para cada área de antisepsia. O fechamento dos lábios durante o procedimento de limpeza exige que o mesmo seja reiniciado.
- Desprezar as gazes, já utilizadas, na cuba rim utilizada como lixo (disposta fora do campo estéril);
- Lubrificar a ponta da sonda com gel anestésico;
- Introduzir o cateter de foley até o “Y” na uretra, lentamente;
- Conectar o bico da seringa, reservada com água destilada, na via correspondente do balão injetando a quantidade recomendada pelo fabricante;
- Testar se o cateter está fixado puxando-o delicadamente até apresentar resistência;
- Retirar o campo fenestrado;
- Fixar o cateter na coxa da paciente;
- Posicionar a bolsa coletora abaixo da cintura da paciente;
- Deixar a paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas estéreis;
- Identificar a bolsa coletora do sistema fechado com data, nº do cateter e nome do profissional;
- Retirar EPI’s;
- Organizar o ambiente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Observação: outra forma de testar o balonete é: antes de dispor o material no campo estéril do kit de cateterismo, aspirar a água destilada dos flaconetes e testar o balão segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento

do balonete. Em seguida, esvaziar o balonete e colocar a seringa com a água destilada em seu pacote próprio, tendo o cuidado de proteger o bico, e colocar a sonda (e demais materiais) no campo estéril.

Sexo Masculino

- Posicionar o paciente em posição semi-Fowler, decúbito dorsal ou decúbito lateral, se necessário;
- Se necessário, calçar as luvas de procedimento e proceder com a higiene íntima;
- Recolher o material de higiene íntima e retirar as luvas de procedimento;
- Abrir o kit de cateterismo de acordo a técnica asséptica;
- Colocar a clorexidina aquosa na cuba redonda;
- Colocar água destilada na cuba rim (outra opção é abrir os flaconetes de água destilada e deixá-los sobre a mesa de cabeceira para aspirá-los no momento da testagem do balão);
- Abrir o pacote da sonda e colocá-la dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir o pacote de gaze e colocá-las dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir as embalagens das duas seringas e colocá-las dentro do campo estéril do kit de cateterismo;
- Abrir o pacote de luva estéril e calçá-las de acordo a técnica asséptica;
- Tirar o êmbolo de uma seringa de 20 ml;
- Solicitar que outro profissional coloque o gel anestésico dentro da seringa, de forma que o bico da bisnaga não toque no material estéril;
- Coloque o êmbolo de volta e reserve a seringa com o gel anestésico sobre o campo estéril;
- Testar o balão com a segunda seringa de 20 ml: preencher a seringa com água destilada contida na cuba rim (ou nos flaconetes que estão abertos sobre a mesa, sem tocá-los com a luva estéril), em quantidade de acordo com a orientação do fabricante da sonda foley. Esvaziar o balonete.
- Reservar a segunda seringa de 20 ml com água destilada no campo estéril para insuflar o balonete, posteriormente;
- Conectar a sonda no saco coletor, de forma asséptica, mantê-lo dentro do campo estéril;
- Dispor o campo fenestrado sobre o paciente com a abertura centralizada sobre o pênis;

- Montar a pinça com chumaço de gaze embebido em clorexidina aquosa;
- Com a mão não dominante e com auxílio de uma gaze, segure o corpo do pênis tracionando a glândula e expondo o meato. Essa mão só deixará o pênis ao final da inserção do cateter.
- Realizar, com a pinça estéril na mão dominante, a antisepsia do meato urinário em direção ao prepúcio-com movimento circular único de dentro para fora (meato – glândula). Repita três vezes utilizando gaze limpa embebida em clorexidina todas as vezes;
- Desprezar as gazes, já usadas, na cuba rim utilizada como lixo (disposta fora do campo estéril);
- Introduza o gel anestésico no meato uretral fazendo uma leve pressão do bico da seringa contra o meato;
- Enrole a sonda na palma da mão de modo que a extremidade proximal não toque em uma superfície não estéril;
- Introduzir a sonda vesical até o “Y”, avançando delicadamente; mantenha o pênis perpendicular ao corpo ao introduzir o cateter;
- Conectar a seringa, reservada com água destilada, na via correspondente do balão e injetar a quantidade recomendada pelo fabricante;
- Testar se o cateter está fixado puxando-o delicadamente até apresentar resistência;
- Retirar o campo fenestrado;
- Fixar o cateter na coxa do paciente;
- Posicionar a bolsa coletora abaixo da cintura do paciente;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material descartável utilizado em local próprio;
- Retirar luvas estéreis;
- Identificar a bolsa coletora do sistema fechado com data, nº do cateter e nome do profissional;
- Retirar EPI's;
- Organizar o ambiente;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

Observação: outra forma de testar o balonete é: antes de dispor o material no campo estéril do kit de cateterismo, aspirar a água destilada dos flaconetes e testar o balão segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete. Em seguida, esvaziar o balonete e colocar a seringa com a água destilada em seu pacote próprio, tendo o cuidado de proteger o bico, e colocar a sonda (e demais materiais) no campo estéril.

Atenção! Não force a inserção da sonda. Se você encontrar resistência ou o paciente sentir dor durante a inserção, interrompa o avanço da sonda imediatamente. Peça ao paciente para respirar algumas vezes, lenta e profundamente, afim de promover o relaxamento enquanto você avança a sonda lentamente na uretra.

REFERÊNCIAS

CHEEVER, K. H., HINKLE, J.L. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MAZZO, A. et al. Cateterismo urinário de demora: prática clínica. **Enfermeriaglobal**.n. 38, v.1, p.61-68, 2015.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

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

POTTER, P.A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA

Data de aceite: 01/10/2020

Fabício José Souza Bastos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2727647113055554>

Myria Ribeiro da Silva

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

Tarcilene Daiane Goulart

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/1321622562229636>

Isnaile Alves Barberino

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/7223450565263118>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é a situação onde ocorre, de maneira inesperada, a cessação da atividade mecânica cardíaca. Tal situação tem como consequência a queda da função de outros órgãos vitais, de modo a desencadear hipóxia pela ausência da função circulatória e respiratória. Esse evento pode culminar em danos celulares e cerebrais irreversíveis, falência dos órgãos e morte. A PCR é identificada pelo estado de inconsciência do indivíduo, assim como pela ausência de pulso e respiração (FERREIRA et al., 2013).

A sobrevivência de um indivíduo acometido por uma parada cardiorrespiratória depende de inúmeros fatores, sobretudo de seu primeiro atendimento. A identificação iminente do ocorrido e da situação da pessoa vai indicar o manejo a ser realizado de maneira rápida, eficaz e objetiva. Para tanto a técnica utilizada na PCR é a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Existem alguns diagnósticos de Enfermagem que podem estar presentes nessa situação. Podemos citar: Risco de volume de líquidos deficiente (00028); Troca de gases prejudicada (00030), Desobstrução ineficaz das vias aéreas (00031); Ventilação espontânea prejudicada (00033); Risco de aspiração (00039); Risco de confusão aguda (00173); Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195); Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída (00200); Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz (00201); Risco de choque (00205); Risco de hipotermia (00253).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Estado cardiopulmonar (0414);
Estado respiratório (0415);
Estado circulatório (0401);
Perfusão tissular (0422);
Perfusão tissular: cardíaca (0405);

Perfusão tissular: cardíaca (0416);
Perfusão tissular: cerebral (0406);
Estado respiratório: troca gasosa (0402);
Estado respiratório: ventilação (0403);
Estado respiratório: permeabilidade das vias aéreas (0410);
Nível de delírio (0916);
Orientação cognitiva (0901);
Efetividade da bomba cardíaca (0400);
Equilíbrio hídrico (0601);
Equilíbrio eletrolítico (0606);
Equilíbrio eletrolítico e ácido-base (0600);
Gravidade do choque: cardiogênico (0418);

4 I CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Controle de Arritmias (4090);
Gerenciamento do Protocolo de Emergência (6140).
Reanimação cardiopulmonar (6320)

5 I ATIVIDADES DE ENFERMAGEM BASEADAS NA NIC

- Avaliar a responsividade do paciente para determinar a ação apropriada;
- Solicitar ajuda se não houver respiração ou não houver respiração normal e ausência de resposta;
- Acionar um código de acordo com a norma da instituição enquanto obtém o desfibrilador ou assegurar que alguém está obtendo o desfibrilador externo automático;
- Garantir que vias respiratórias do paciente estejam abertas;
- Realizar ressuscitação cardiopulmonar que se concentra nas compressões torácicas em adultos e compressões com esforços de respiração para crianças, conforme apropriado;
- Realizar cardioversão ou desfibrilação assim que possível;
- Minimizar o intervalo entre a interrupção das compressões torácicas e aplicação do choque, se indicado;
- Trazer carrinho de emergências para o lado do leito;
- Monitorar a qualidade da RCP realizada;
- Instalar monitor cardíaco e determinar o ritmo, assegurando que as desfibrilações não serão interrompidas;

- Assegurar que alguém esteja oxigenando o paciente e auxiliando na intubação, conforme indicado;
- Obter um acesso IV e administrar líquidos IV, conforme indicado;
- Assegurar que alguém esteja (1) preparando os medicamentos (2) administrando os medicamentos, (3) interpretando o ECG e realizando cardioversão/defibrilação, conforme necessário, e (4) documentando o atendimento;
- Lembrar à equipe os protocolos atuais de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, conforme apropriado;
- Assegurar que os protocolos especiais de reanimação sejam instituídos, quando apropriados;
- Assegurar que alguém esteja coordenando o cuidado dos outros pacientes na unidade de enfermagem;
- Finalizar o atendimento, conforme indicado pela condição do paciente;
- Assegurar cuidados pós-parada cardíaca organizados;
- Implementar procedimentos adequados para possível doação de tecidos e órgãos que sejam oportunos, efetivos e conforme os desejos dos membros da família e do paciente;
- Revisar as ações após o atendimento para identificar áreas de pontos positivos e aquelas que precisam ser melhoradas;
- Proporcionar oportunidades para que os membros da equipe sejam envolvidos nos questionamentos da equipe ou na reflexão sobre os esforços de reanimação após o evento;
- Verificar o histórico do paciente e familiar de doenças cardíacas e arritmias;
- Monitorar e corrigir déficits de oxigenação, desequilíbrios acidobásicos e desequilíbrios de eletrólitos, que podem precipitar arritmias;
- Orientar um familiar quanto a RCP, conforme apropriado;
- Realizar a verificação do carrinho de emergência de acordo com o protocolo da instituição.

6 | MATERIAIS NECESSÁRIOS NO GERENCIAMENTO DO PROTOCOLO DE EMERGÊNCIA

Fonte de O₂;

Desfibrilador;

Medicações (Epinefrina, Amiodarona, Bicarbonato de Sódio, Sulfato de Magnésio);

Máscara bolsa-válvula

Luvas de procedimentos;

Máscara;

Óculos;
Avental;
Gorro descartável;
Solução fisiológica 0,9% ou Ringer Lactato;
Oxímetro de pulso;
Carro de emergência.

7 | DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: MANOBRAS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

- Avaliar a responsividade do paciente: chamá-lo pelo nome;
- Avaliar a respiração e o pulso simultaneamente por 10 segundos;
- Na ausência de responsividade, respiração (ou *gasping*) e pulso, solicitar outro profissional;
- Acionar a equipe médica;
- Providenciar o carro de emergência;
- Providenciar o desfibrilador/desfibrilador externo automático (DEA);
- Iniciar imediatamente a sequência de atendimento C – A – B:

C - *Compressões torácicas de alta qualidade*: profundidade de 5 a 6 cm; frequência de 100 a 120/minuto; mãos bem posicionadas na metade inferior do esterno, na linha intermamilar no centro do tórax; somente interromper as compressões quando for checar se o ritmo é chocável com o desfibrilador ou houver movimentação espontânea.

A - *Vias aéreas*: abertura de vias aéreas; retirada de objetos estranhos e excesso de fluidos, elevação da mandíbula, hiperextensão da coluna cervical (exceto em casos de lesão cervical); tração da mandíbula.

B - *Respiração*: relação compressão/ventilação de 30 compressões e 02 ventilações; ou compressões ininterruptas com 10 ventilações por minuto (1 a cada 6 segundos) antes de colocação de via aérea avançada.

- Desfibrilação: Checar o ritmo:

Ritmo chocável (Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular Sem Pulso): aplicar 01 choque de 360 Joule (aparelho monofásico) ou 200 Joule (aparelho bifásico) - reiniciar a RCP por 02 minutos e conferir o ritmo no desfibrilador ou até o DEA avisar sobre a verificação do ritmo; continuar até que o Suporte Avançado de Vida assuma ou a vítima se movimente.

Ritmo não chocável (assistolia, atividade elétrica sem pulso AESP): reiniciar a RCP por 02 minutos e depois conferir o ritmo no desfibrilador ou até o DEA realizar nova verificação do ritmo; continuar até que o indivíduo se movimente ou até que seja necessária instalação de via aérea avançada.

8 | MANOBRAS DE SUPORTE AVANÇADO DE VIDA: VIA AÉREA AVANÇADA

- Intubação orotraqueal: verificação do correto posicionamento do tubo endotraqueal; exame físico; fixação da cânula.
- Via supraglótica (máscara laríngea, tubo laríngeo): verificação do posicionamento correto do tubo endotraqueal.
- Relação compressão/ventilação com via aérea avançada:

Compressões contínuas: frequência de 100 a 120/min;

Administrar: 01 ventilação a cada 06 segundos (10 respirações/min).

9 | MEDICAÇÕES

- Epinefrina: é a primeira droga a ser administrada na PCR. Utiliza-se 1mg a cada 3 a 5 minutos por via venosa ou intraóssea;
- Amiodarona (antiarrítmico): administrar 05 mg/kg de peso (300 mg) em *bolus*, com dose de manutenção de 1mg/min por 6 horas; após, 0,5 mg/min por mais 18 horas.
- Sulfato de magnésio: 1 a 2g, diluída em 10 mL de soro glicosado 5%. Uso rotineiro não é recomendado na RCP. Indicado para o tratamento de PCR com Taquicardia Ventricular do tipo Torsaide Points.
- Bicarbonato de sódio: administração não recomendada de forma rotineira na RCP. Pode ter indicação em algumas das causas da Atividade Elétrica sem Pulso (AESP).

10 | CUIDADOS PÓS-PARADA

- Melhorar a função cardiopulmonar e a perfusão dos órgãos vitais após o RCP;
- Transportar/transferir para um hospital apropriado ou UTI com completo sistema de tratamento pós-PCR;
- Manter a pressão arterial média > 65mmHg ou pressão arterial sistólica > 90mmHg;
- Controlar a temperatura entre 32°C e 36°C (evitar hipertermia) para a recuperação neurológica;

- Evitar hiperglicemia > 180mg/Dl;
- Evitar ventilação excessiva e hipóxia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaque das atualizações direcionadas nas Diretrizes de 2019 da American Heart Association para ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência.** Disponível em: < https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2019/11/2019-Focused-Updates_Highlights_PTBR.pdf>. Acesso em 19 de mai. de 2020.

ARAÚJO, J. S et al. **Manual prático para urgência e emergências clínicas.** Salvador: Sanar, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016.

BULECHEK, G.M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).** 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 640 p

FERREIRA, M. M. de M. et al. Ressuscitação cardiopulmonar: uma abordagem atualizada. **Revista Enfermagem Contemporânea.** 2013; v. 2, n. 1, p. 70-81.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020.** 11 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).** 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

SILVA, K. R et al. Parada cardiorrespiratória e o suporte básico de vida no ambiente pré-hospitalar: o saber acadêmico. **Saúde (Santa Maria),** 2017r, v. 43, n. 1, p. 53-59.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019.** Disponível em: < <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11303/pdf/11303025.pdf>>. Acesso em: 19/05/2020.

Data de aceite: 01/10/2020

Roseanne Montargil Rocha

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8084297326292440>

Myria Ribeiro da Silva

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

Rayza Santos Vasconcelos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Departamento de Ciências da Saúde (DCSAU)
Ilhéus – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/8142208385583571>

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Ferida é uma interrupção da integridade e da função de tecidos, onde há uma ruptura estrutural e fisiológica do tecido cutâneo, da membrana mucosa ou qualquer parte do corpo, e pode ter diferentes etiologias: agentes físicos, químicos ou biológicos (POTTER et al., 2018).

Os curativos são uma das formas de tratamento das feridas cutâneas e sua escolha depende de fatores intrínsecos e extrínsecos (CHEEVER, HINKLE, 2016).

2 | DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS

Os diagnósticos de Enfermagem que

podem estar presentes nessa situação são: Integridade da pele prejudicada (00046); Integridade tissular prejudicada (00044); Integridade da membrana mucosa oral prejudicada (00045); Risco de integridade da pele prejudicada (00047); Risco de Integridade tissular prejudicada (00248); Risco de lesão (00035); Risco de lesão por posicionamento perioperatório (00087); Risco de lesão térmica (00220).

3 | CLASSIFICAÇÃO DOS RESULTADOS DE ENFERMAGEM (NOC)

Integridade Tissular: pele e mucosas (1101);

Cicatrização de feridas: primeira intenção (1102);

Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103);

Consequências da imobilidade: fisiológicas (0204);

Perfusão tissular: periférica (0407);

Gravidade da lesão física (1913);

Cicatrização de queimaduras (1106);

Recuperação de queimaduras (1107);

Saúde oral (1120).

4 | CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC)

Controle de Infecção: Transoperatória (6545);

Cuidados Circulatorios: Insuficiência Venosa (4066);
Cuidados com Drenos: Torácico (1872);
Cuidados com Lesões (3660);
Cuidados com o Local de Incisão (3440);
Cuidados com Úlcera de Pressão (3520);
Irrigação de Lesões (3680);
Redução do Sangramento (4020).

5 | ATIVIDADES DE ENFERMAGEM BASEADAS NA NIC

- Limpar a área da incisão com uma solução fisiológica, gaze estéril e luva ou pinças estéreis e cobertura, conforme protocolo;
- Aplicar um curativo adequado para proteger a incisão (oclusivo), conforme protocolo;
- Identificar quaisquer alergias relacionadas aos produtos a serem utilizados;
- Manter a higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação dos curativos e drenos;
- Aplicar pressão direta ou curativo compressivo em caso de sangramentos;
- Trocar o curativo em torno do dreno conforme necessário, considerando o protocolo institucional;
- Examinar a lesão a cada troca de curativo;
- Aplicar e fixar curativos cirúrgicos;
- Medir o leito da lesão, conforme apropriado
- Aplicar curativo adequado ao tamanho e tipo de ferida, conforme apropriado;
- Monitorar o grau de desconforto ou dor;
- Proporcionar controle adequado da dor;
- Umedecer os curativos em solução fisiológica antes da remoção, conforme apropriado;
- Descrever as características da lesão, observando o tamanho, localização, secreção, cor, sangramento, dor, odor e edema;
- Registrar as alterações observadas ao longo da evolução da lesão;
- Observar os sinais e sintomas de infecção da lesão;
- Observar os sinais de dermatite na pele ao redor da lesão e utilizar cremes de barreira, conforme apropriado;
- Irrigar a lesão com água ou solução fisiológica, evitando pressão excessiva;
- Evitar esfregar ao limpar;
- Evitar o uso de antissépticos;

- Limpar a lesão, começando do local mais limpo e seguindo na direção do mais sujo;
- Secar cuidadosamente a pele ao redor da lesão;
- Evitar a remoção química ou mecânica de tecido;
- Aplicar medicamento tópico, se necessário;
- Utilizar curativos de carvão ativado, conforme apropriado;
- Utilizar curativos altamente absorventes sempre que houver secreção abundante;
- Instalar dispositivo de drenagem, se necessário;
- Aplicar pressão manual sobre os pontos de sangramento ou potenciais locais de sangramento;
- Determinar o impacto da lesão sobre a qualidade de vida do paciente;
- Demonstrar ao paciente ou aos familiares o procedimento de cuidados da lesão, conforme apropriado;
- Inspeccionar o local da incisão para detecção de vermelhidão, edema ou sinais de deiscência ou evisceração;
- Observar as características de qualquer secreção;
- Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão;
- Orientar o paciente sobre como cuidar da incisão durante o banho ou ducha conforme necessário;
- Ensinar o paciente e/ou família a cuidar do local da incisão, incluindo sinais e sintomas de infecção, conforme necessário.

6 | AVALIAÇÃO DA FERIDA

Além do estadiamento da lesão e da avaliação holística do paciente, outros elementos devem ser identificados, avaliados ou registrados pelo enfermeiro quando da investigação ou acompanhamento da evolução de uma ferida.

Verificar:

- Tipo de ferida
- Localização
- Dimensão da lesão:
 - Medir largura, comprimento e profundidade;

Obs.: Existem vários tipos de medição das feridas: medição simples (comprimento e largura); delineador de feridas; planimetria; medição tridimensional (determina o volume da ferida); e fotografia (MIRANDA,2014).

- **Tipo de tecido/coloração:**
 - **Granulação:** aspecto vermelho vivo, brilhante, úmido - indicativo de boa evolução do processo cicatricial;
 - **Epitelização:** revestimento novo, rosado e frágil - indicativo de encerramento da ferida, geralmente surge a partir das margens;
 - **Esfacelo:** tecido necrosado de consistência delgada, de coloração amarela ou acastanhada, podendo estar aderida ao leito e margens da ferida ou frouxamente ligada ao leito;
 - **Necrose:** Geralmente de coloração enegrecida e que pode ter consistência dura (necrose seca/escara) ou mole (necrose úmida).

- **Bordas:**
 - **Indistintas, difusa:** não há possibilidade de distinguir claramente o contorno da borda;
 - **Regular;**
 - **Íntegra;**
 - **Aderida:** plana, nivelada com o leito da ferida;
 - **Não aderida:** o leito da ferida é mais profundo que as bordas.

- **Características do exsudato:**
 - Tipo de exsudato
 - Serosa: plasma claro e aquoso;
 - Sanguinolenta/hemática vermelho-brilhante: indica sangramento ativo;
 - Serossanguinolenta: pálida, avermelhada, aquosa: mistura de fluido claro e avermelhado;
 - Purulenta: espessa, amarelada, esverdeada, castanha ou amarronzada.
 - Quantidade
 - Pouco: até 5 gazes;
 - Moderado: de 5 a 10 gazes;
 - Acentuado: mais de 10 gazes ou 1 compressa.
 - Consistência
 - Fluido;
 - Espesso;
 - Pegajoso;
 - Grau do Odor

- Grau 1: Sentido ao abrir o curativo;
- Grau 2: Sentido ao se aproximar do cliente;
- Grau 3: Sentido aos adentrar na enfermaria/ quarto.
- Coloração
 - Esbranquiçado;
 - Amarelado;
 - Avermelhado;
 - Esverdeado;
 - Achocolatado.
- Volume drenado.
- **Aspecto da área adjacente à pele:**
 - Íntegra ou intacta;
 - Laceração;
 - Macerada;
 - Eritema;
 - Edema;
 - Corpos estranhos;
 - Prurido.
- **Dor.**
- **Resposta ao tratamento.**

(PASSOS, 2015).

7 | PRINCÍPIOS IMPORTANTES

Antes de iniciar o curativo, deve-se avaliar o tipo de lesão e seguir a sequência do mais limpo para o mais contaminado.



Exemplo 01:

1º - Incisão Cirúrgica

2º - Duplo Lúmen/ Intracath

3º - Ferida aberta não contaminada

Exemplo 02:

1º - Dreno de Tórax

2º - Dreno de penrose

3º - Colostomia

Exemplo 03:

1º - Dreno de Tórax

2º - Lesão por pressão grau III

8 | CURATIVOS

8.1 Ferida Aberta, Fechada, Dreno de Penrose, Dreno de Tórax e Duplo Lúmen

Materiais Necessários

- Pacote de curativo (1 pinça hemostática, Pean, 1 pinça anatômica e 1 pinça de dissecação com dente (dente de rato)) ou luvas de procedimento e estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Luva estéril;
- Máscara;
- Solução fisiológica a 0,9%;
- Gaze estéril;
- Esparadrapo ou micropore;
- Cuba rim;
- Tesoura (se necessário);
- Saco plástico;
- Cobertura (se necessário);
- Atadura (se necessário);
- Agulha 40x20 ml (se necessário);
- Seringa de 20 ml (se necessário);
- Saco de lixo hospitalar (se necessário – ferida extensa).

Descrição do Procedimento para Ferida Fechada

1. Reunir o material;

2. Higienizar as mãos;
3. Levar o material e coloque sobre a mesinha de cabeceira;
4. Identificar-se;
5. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
6. Abrir o pacote de pinças utilizando técnica asséptica e dispor sobre a mesinha de cabeceira: dispor as pinças com 1/3 para fora do campo e as pontas voltadas para dentro do campo (OBS: Pode substituir o pacote de pinças por pacote de luvas estéreis e de procedimento);
7. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo;
8. Com as pinças anatômica e Pean fazer um chumaço de gaze, prendendo-o com a Pean. Embebê-lo em éter;
9. Trocar a pinça anatômica pela pinça dente de rato;
10. Remover o curativo anterior usando o chumaço com éter, com o auxílio da pinça dente de rato (se estiver realizando o curativo com luvas, use luvas de procedimento para fazer essa remoção);
11. Separar a pinça dente de rato no campo esquerdo, sobre uma gaze;
12. Com a pinça anatômica e a Pean fazer um novo chumaço de gaze, embebê-lo com soro fisiológico a 0,9%;
13. Começar a limpeza pelo local da incisão usando a pinça Pean (ou luva estéril, caso tenha optado fazer o curativo utilizando luvas), com gaze e SF 0,9%. Lembrando de realizar a limpeza de dentro para fora, em sentido único, do mais limpo para o mais contaminado;
14. Fazer a limpeza da borda com SF a 0,9%;
15. Limpar a pele ao redor com éter;
16. Coloque a gaze e depois o esparadrapo;
17. Recolher e despreze o material descartável contaminado em lixo hospitalar;
18. Guardar as pinças contaminadas para serem encaminhadas à Central de Material e Esterilização (CME), posteriormente;
19. Deixar o ambiente em ordem;
20. Higienizar as mãos;
21. Fazer o registro do procedimento.

Descrição do Procedimento para Ferida Aberta

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Levar o material e coloque sobre a mesinha de cabeceira;
4. Identificar-se;
5. Explique o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
6. Abrir o pacote de pinças utilizando técnica asséptica e dispor sobre a mesinha

de cabeceira: dispor as pinças com 1/3 para fora do campo e as pontas voltadas para dentro do campo (OBS: Pode substituir o pacote de pinças por pacote de luvas estéreis e de procedimento);

7. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo;
8. Com as pinças anatômica e Pean fazer um chumaço de gaze, prendendo-o com a Pean. Embebê-lo em éter;
9. Trocar a pinça anatômica pela pinça dente de rato;
10. Remover o curativo anterior usando o chumaço com éter, com o auxílio da pinça dente de rato (se estiver realizando o curativo com luvas, use luvas de procedimento para fazer essa remoção);
11. Separar a pinça dente de rato no campo esquerdo, sobre uma gaze;
12. Irrigar a ferida com SF 0,9%;
13. Remover exsudatos, fibrina e esfacelos (se necessário);
14. Secar a região perilesional aplicando, no leito da ferida, a cobertura indicada (caso prescrito);
15. Cobrir a ferida com gaze (usando pinça anatômica ou luva estéril) e fixe com esparadrapo;
16. Recolher e desprezar o material descartável contaminado em lixo hospitalar;
17. Guardar as pinças contaminadas para serem encaminhadas à Central de Material e Esterilização (CME), posteriormente;
18. Deixar o ambiente em ordem;
19. Proceder a lavagem das mãos;
20. Fazer o registro do procedimento.

8.2 Descrição do Procedimento para Dreno de Penrose

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Levar o material e coloque sobre a mesinha de cabeceira;
4. Identifique-se;
5. Explique o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
6. Abrir o pacote de pinças utilizando técnica asséptica e dispor sobre a mesinha de cabeceira: dispor as pinças com 1/3 para fora do campo e as pontas voltadas para dentro do campo (OBS: Pode substituir o pacote de pinças por pacote de luvas estéreis e de procedimentos);
7. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo;
8. Com as pinças anatômica e Pean fazer um chumaço de gaze, prendendo-o com a Pean. Embebê-lo em éter;
9. Trocar a pinça anatômica pela pinça dente de rato;
10. Remover o curativo anterior usando o chumaço com éter, com o auxílio da

- pinça dente de rato (se estiver realizando o curativo com luvas, use luvas de procedimento para fazer essa remoção);
11. Separar a pinça dente de rato no campo esquerdo, sobre uma gaze;
 12. Com a pinça anatômica e a Pean fazer um novo chumaço de gaze, embebê-lo com soro fisiológico a 0,9%;
 13. Realizar a limpeza com SF 0,9% da incisão, dreno e, por último, limpe a pele ao redor da incisão;
 14. Dispor as gazes de forma que o dreno não fique em contato com a pele (curativo sanduiche);
 15. Fixar com esparadrapo;
 16. Recolher e desprezar o material descartável contaminado em lixo hospitalar;
 17. Guardar as pinças contaminadas para serem encaminhadas à Central de Material e Esterilização (CME), posteriormente;
 18. Deixar o ambiente em ordem;
 19. Higienizar as mãos;
 20. Fazer o registro do procedimento.

Descrição do Procedimento para Dreno de Tórax

1. Reunir o material e levar até o paciente;
2. Higienizar as mãos;
3. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou ao acompanhante;
4. Posicionar o paciente lateralmente, sobre o lado onde não se encontra o dreno;
5. Dispor o material na mesa de cabeceira (previamente higienizada com álcool a 70%);
6. Abrir o pacote de pinças utilizando técnica asséptica e dispor sobre a mesinha de cabeceira: dispor as pinças com 1/3 para fora do campo e as pontas voltadas para dentro do campo (OBS: Pode substituir o pacote de pinças por pacote de luvas estéreis e de procedimento);
7. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo;
8. Com as pinças anatômica e Pean fazer um chumaço de gaze, prendendo-o com a Pean. Embebê-lo em éter;
9. Trocar a pinça anatômica pela pinça dente de rato;
10. Remover o curativo anterior usando o chumaço com éter, com o auxílio da pinça dente de rato (se estiver realizando o curativo com luvas, usar luvas de procedimento para fazer essa remoção);
11. Assim, separar a pinça dente de rato no campo esquerdo, sobre uma gaze;
12. Calçar as luvas de procedimento;
13. Manter, com uma das mãos, o dreno fixado ao local;
14. Remover com a outra mão, cuidadosamente, o curativo;

15. Observar se há presença de secreção nas gazes, para posterior anotação (pequena quantidade de secreção serossanguinolento no local de inserção do dreno é comum);
16. Observe a pele no local de inserção do dreno, para identificar se há presença de hiperemia e/ou edema, para posterior anotação;
17. Retirar as luvas de procedimento e utilizar a pinça anatômica e a pean já dispostas no campo. Caso opte por realizar esse curativo com luvas, esse é o momento de calçar luvas estéreis. Nesse caso, dispensa-se a abertura prévia do pacote de curativo);
18. Limpar, com solução fisiológica, o local da incisão, a extensão do dreno e, por fim, a pele ao redor (3-5 cm);
19. Secar com gaze seca, seguindo a mesma ordem de limpeza (incisão, extensão e pele ao redor);
20. Ocluir com gaze;
21. Colocar tiras largas de esparadrapo ou micropore para vedar completamente o curativo (a depender do tipo de cobertura, fazer um corte ao meio da tira para encaixar no dreno);
22. Observar o posicionamento correto do dreno, evitando dobras e voltas que possam prejudicar a drenagem;
23. Realizar a troca do selo d'água:
 - Pinçar a extensão do dreno;
 - Observar o aspecto da solução drenada e seu volume, para posterior anotação;
 - Abrir o frasco de drenagem;
 - Desprezar o conteúdo do frasco de drenagem na aparadeira ou outro recipiente;
 - Lavar o frasco com SF 0,9%, e desprezar seu conteúdo na aparadeira ou outro recipiente;
 - Preencher o frasco com SF 0,9% estéril até que o tubo do frasco de drenagem fique submerso na solução esterilizada (colocar 500 ml de SF 0,9%);
 - Fechar o frasco de drenagem;
 - Despinçar a extensão do dreno;
 - Anotar em uma fita adesiva e fixar ao frasco: o volume da nova solução que foi colocada no frasco de drenagem, data, hora e nome do profissional que realizou o procedimento.
24. Deixar o paciente confortável;
25. Recolher e desprezar o material descartável contaminado em lixo hospitalar;
26. Guardar as pinças contaminadas para serem encaminhadas à Central de Material e Esterilização (CME), posteriormente;
27. Manter a unidade em ordem;

28. Registrar no prontuário:

- Horário do curativo;
- Tipo do curativo;
- Local;
- Aspecto do local de inserção do dreno;
- Quantidade drenada (lembrando de descontar 500 ml da solução que foi colocada anteriormente);
- Aspecto da secreção drenada;
- Queixas do paciente;
- Material utilizado.

8.3 Descrição do Procedimento para Duplo Lúmen

1. Reunir o material;
2. Higienizar as mãos;
3. Levar o material e coloque sobre a mesinha de cabeceira;
4. Identificar-se e explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
5. Abrir o pacote de pinças utilizando técnica asséptica e dispor sobre a mesinha de cabeceira: dispor as pinças com 1/3 para fora do campo e as pontas voltadas para dentro do campo (OBS: Pode substituir o pacote de pinças por pacote de luvas estéreis e de procedimento);
6. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo;
7. Com as pinças anatômica e Pean fazer um chumaço de gaze, prendendo-o com a Pean. Embebê-lo em éter;
8. Trocar a pinça anatômica pela pinça dente de rato;
9. Remover o curativo anterior usando o chumaço com éter, com o auxílio da pinça dente de rato (se estiver realizando o curativo com luvas, use luvas de procedimento para fazer essa remoção);
10. Separar a pinça dente de rato no campo esquerdo, sobre uma gaze;
11. Com a pinça anatômica e a Pean fazer um novo chumaço de gaze, embebê-lo com soro fisiológico a 0,9%;
12. Limpar na inserção do cateter com o soro para remoção de sujidade ou crostas. Secar;
13. Fazer inspeção cuidadosa do local observando se há sinais flogísticos e/ou de infecção e traumas no corpo do cateter;
14. Em seguida, passar uma gaze embebida em álcool a 70% ou clorexidina alcoólica a 0,5% de maneira circular e de dentro para fora. Descarte as gazes e repita o procedimento 4 vezes;
15. Observar a secagem completa do antisséptico;

16. Ocluir o local de inserção do cateter com gazes;
17. Fixar o curativo com micropore ou adesivo transparente obedecendo a posição do cateter, evitando dobras e auxiliando na viabilidade do cateter;
18. Recolher e despreze o material descartável contaminado em lixo hospitalar;
19. Guardar as pinças contaminadas para serem encaminhadas à Central de Material e Esterilização (CME), posteriormente;
20. Deixar o ambiente em ordem;
21. Proceder a lavagem das mãos;
22. Fazer o registro do procedimento.

8.4 Registro de Enfermagem

1. Lesão:
 - Tipo de ferida
 - Localização
 - Tipo de tecido/coloração
 - Extensão
 - Características do exsudato
2. Bordas (irregular, macerada, rígida, etc.)
3. Medidas que usou (SF a 0,9%, Alginato, etc.).

REFERÊNCIAS

CHEEVER, K. H., HINKLE, J.L. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

BULECHEK, G. M. et al. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

MIRANDA, M. Avaliação e caracterização das feridas. In: AFONSO, C. et al. **Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática**. Hartmann, 2014.

MOORHEAD, S.J. et al. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. 712 p.

PASSOS, R. **Feridas e Drenos**. 15ed. São Paulo, 2015.

POTTER, P. A. et al. Integridade da Pele e Cuidados de Feridas. In: _____. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2018.

SOBRE OS AUTORES

NOÉLIA SILVA OLIVEIRA - Enfermeira. Doutora em Educação. Mestre em Enfermagem. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Coordenadora do Projeto de Extensão Gestão do Cuidar em Saúde. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. Ilhéus-Bahia. E-mail: nosilva@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

SONIA MARIA ISABEL LOPES FERREIRA - Enfermeira. Doutora em Desenvolvimento e Meio Ambiente. Mestre em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente. Especialista em Gestão Hospitalar. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. Ilhéus-Bahia. E-mail: smilferreira@uesc.br <http://lattes.cnpq.br/8370025222766215>

MARIA DO ROSÁRIO ANDRADE BARRETO FERREIRA - Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Residência Enfermagem Médico Cirúrgica (UFBA), Especialista em Metodologia do Ensino Superior (UESC), Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. Ilhéus-Bahia. E-mail: mrabferreira@uesc.br <http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

MYRIA RIBEIRO DA SILVA - Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Ciência da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Coordenadora do Laboratório de Infectologia do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Metodologia na Enfermagem – NEPEMNF – UESC. Ilhéus-Bahia. E-mail: mrsilva@uesc.br <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

LUCIDALVA CARVALHO DE LIMA - Enfermeira. Mestre em Saúde Pública, Especialista em Enfermagem Obstétrica e Educação em Saúde. Enfermeira Assistente do Hospital Costa do Cacaú. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciência-FTC/Itabuna-Ba. Ilhéus-Bahia. E-mail: lucidalva742@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

SHARON SHYRLEY WEYLL OLIVEIRA - Enfermeira. Advogada. Doutoranda em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina. Mestre em Enfermagem. Especialista em Direito Público e Privado. Especialista em Gestão Hospitalar. Especialista em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. Ilhéus-Bahia. Ilhéus-Bahia. E-mail: sswoliveira@uesc.br <http://lattes.cnpq.br/0889949990725083>

FABRÍCIO JOSÉ SOUZA BASTOS - Enfermeiro. Doutor em Ciências pela EERP-USP. Mestre em Enfermagem pela UFBA. Coordenador do Projeto de Ensino Cuidado de Enfermagem na Rede de Atenção às Urgências: construção do núcleo de saberes e práticas de urgência. Docente do Departamento Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) . Ilhéus-Bahia. E-mail: fjsbastos@uesc.com.br <http://lattes.cnpq.br/2727647113055554>

ROSEANNE MONTARGIL ROCHA - Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Coordenadora dos Projetos de Extensão Rede de Cuidados em Diabetes Mellitus e Núcleo de Estomaterapia. Docente do Departamento Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus-Bahia. rmrocha@uesc.br <http://lattes.cnpq.br/8084297326292440>

RAYZZA SANTOS VASCONCELOS - Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGS) da Universidade Estadual de Santa Cruz. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Sul da Bahia. Especialista em Enfermagem em Dermatologia pela Faculdade Futura. Ilhéus-Bahia. rayzzauesc@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/8142208385583571>

JÉSSICA DOS SANTOS SIMÕES - Enfermeira do Hospital Regional Costa do Cacaú. Colaboradora do Projeto de Extensão Gestão do Cuidar em Saúde. Ilhéus-Bahia. Email:jessica-b7@hotmail.com <http://lattes.cnpq.br/7115224925348904>

GRAZIELLY CERQUEIRA SANTOS - Enfermeira. Colaboradora do Projeto de Extensão Gestão do Cuidar em Saúde. Ilhéus-Bahia. Email: grazielly.cs29@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/5785703252323727>

WINNY ÉVENY ALVES MOURA - Enfermeira. Mestranda em Enfermagem no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF-FEN/UFG). Colaboradora do Projeto de Extensão Gestão do Cuidar em Saúde. Ilhéus-Bahia. E-mail:winnyeveny@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/7866415089747802>

TARCILENE DAIANE GOULART - Enfermeira. Colaboradora do Projeto de Ensino Cuidado de Enfermagem na Rede de Atenção às Urgências: construção do núcleo de saberes e práticas de urgência. Ilhéus-Bahia. E-mail: tarcigoulart@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/1321622562229636>

ISNAILE ALVES BARBERINO - Enfermeira. Colaboradora do Projeto de Ensino Cuidado de Enfermagem na Rede de Atenção às Urgências: construção do núcleo de saberes e práticas de urgência. Ilhéus-Bahia. E-mail: isnailebarberino@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/7223450565263118>

KARINE ANDRADE BRITTO DE SOUZA - Enfermeira. Colaboradora do Projeto de Extensão Gestão do Cuidar em Saúde. Ilhéus-Bahia. E-mail: karineabsouza@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/9530828466378377>

SOBRE OS ORGANIZADORES

NOÉLIA SILVA OLIVEIRA - Enfermeira. Doutora em Educação. Mestre em Enfermagem. Especialista em Metodologia do Ensino Superior. Coordenadora do Projeto de Extensão Gestão do Cuidar em Saúde. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Ilhéus-Bahia . E-mail: nosilva@uesc.br <http://lattes.cnpq.br/7621286320375356>

MARIA DO ROSÁRIO ANDRADE BARRETO FERREIRA - Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC). Especialista Residência Enfermagem Médico Cirúrgica (UFBA), Especialista em Metodologia do Ensino Superior (UESC), Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UESC. Ilhéus-Bahia. E-mail: mrabferreira@uesc.br <http://lattes.cnpq.br/8303872748899600>

LUCIDALVA CARVALHO DE LIMA - Enfermeira. Mestre em Saúde Pública, Especialista em Enfermagem Obstétrica e Educação em Saúde. Enfermeira Assistente do Hospital Regional Costa do Cacau. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciência-FTC/Itabuna-Ba. Ilhéus-Bahia. E-mail: lucidalva742@gmail.com <http://lattes.cnpq.br/8546511378940919>

The background of the entire page is a dense, repeating pattern of white medical icons on a dark grey background. These icons include various symbols such as hearts, syringes, pills, stethoscopes, bandages, and anatomical diagrams, creating a clinical and healthcare-themed texture.

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2020

PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2020