

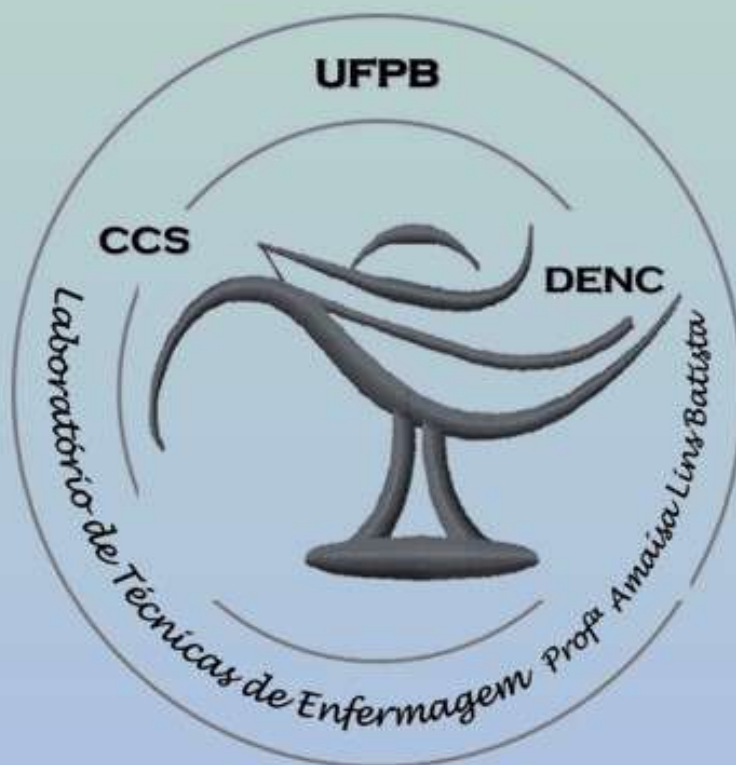


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA
ÁREA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM
LABORATÓRIO DE TÉCNICAS DE ENFERMAGEM – LTE
Profª Amaísa Lins Batista



PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

Pops



SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA DA ENFERMAGEM I

SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA DA ENFERMAGEM II

João Pessoa – PB
2023

Prof.^a Dra. Maria Auxiliadora Pereira
Prof.^a Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo
Prof.^a Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly
Prof.^a Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves
Prof.^a Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses
Prof.^a Dra. Marta Miriam Lopes Costa

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (Pops)

Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I

Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II

João Pessoa – PB

2023

Sumário

Apresentação

POPs - Medidas de Biossegurança

POP- DENC/LTE 01/2023 – Higienização das mãos	05
POP- DENC/LTE 02/2023 – Limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos no LTE	09
POP- DENC/LTE 03/2023 – Limpeza e desinfecção de ambientes e superfícies no LTE	11
POP- DENC/LTE 04/2023 – Sinalização de biossegurança nos ambientes do LTE	14
POP- DENC/LTE 05/2023 – Utilização de luvas cirúrgicas e de procedimento	17
POP- DENC/LTE 06/2023 – Utilização de máscara cirúrgica	20

Pops - Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I

POP- DENC/LTE 07/2023 – Aferição das medidas antropométricas	23
POP- DENC/LTE 08/2023 – Aferição dos sinais vitais	26
POP- DENC/LTE 09/2023 – Entrevista clínica	32
POP- DENC/LTE 10/2023 – Exame físico geral	37
POP- DENC/LTE 11/2023 – Exame físico da cabeça e pescoço	40
POP- DENC/LTE 12/2023 – Exame físico específico	43
POP- DENC/LTE 13/2023 – SAE - Processo de Enfermagem	48

Pops - Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II

POP- DENC/LTE 14/2023 – Administração de enema	52
POP- DENC/LTE 15/2023 – Administração de medicamentos via oral bucal	55
POP- DENC/LTE 16/2023 – Administração de medicamentos via parenteral	59
POP- DENC/LTE 17/2023 – Administração de oxigênio e nebulização	70
POP- DENC/LTE 18/2023 – Alimentação por cateter enteral.....	75
POP- DENC/LTE 19/2023 – Assistência no autocuidado - banho no leito	81
POP- DENC/LTE 20/2023 – Assistência no autocuidado - higiene corporal	85
POP- DENC/LTE 21/2023 – Balanço hídrico	92
POP- DENC/LTE 22/2023 – Cateterismo vesical	95
POP- DENC/LTE 23/2023 – Cuidados com lesões – curativos	101
POP- DENC/LTE 24/2023 – Cuidados com o corpo pós-morte	106
POP- DENC/LTE 25/2023 – Preparo do leito hospitalar	109

Apresentação

As disciplinas Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem I e Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem II são ofertadas, respectivamente, nos 3º e 4º períodos do Curso de Enfermagem da UFPB, pelo Departamento de Enfermagem Clínica (DENC) e sob a responsabilidade dos docentes da área de Fundamentos de Enfermagem. Tem como objetivo desenvolver habilidades na execução de procedimentos semiotécnicos, observando os princípios científicos, indispensáveis na prestação da assistência de enfermagem às pessoas em situações que demandem intervenções de menor complexidade.




Os planos de cursos das referidas disciplinas abrangem diversos conteúdos teóricos e práticos do processo de cuidar em enfermagem, envolvendo: medidas de biossegurança (precauções padrão e uso de Equipamento de proteção Individual (EPI); sinais vitais (temperatura, respiração, pulso e frequência cardíaca, pressão arterial, e dor); entrevista clínica; exame físico geral e exame físico específico; administração de medicamentos por via oral e parenteral; preparo da cama hospitalar; banho no leito e higiene pessoal (oral, dos cabelos, das unhas e dos pés); oxigenoterapia/ nebulização; cuidados com lesões e curativos; balanço hídrico; sonda nasogástrica; cateterismo vesical; administração de enema; cuidados pós-morte.

O treinamento de procedimentos e técnicas concentram-se no Laboratório de Técnicas de Enfermagem (LTE) onde os alunos são distribuídos, individualmente ou em grupos, de acordo com as atividades a serem desenvolvidas e utilizando-se de materiais, equipamentos e modelos anatômicos (manequins). Para facilitar o processo de aprendizagem, os treinamentos são realizados com simulações próximas da realidade dos cenários práticos, tendo inicialmente, a demonstração da prática pelo docente e devolução pelos discentes, acompanhados pelos monitores que programam plantões para reforço dessas práticas.

Mediante os diferentes procedimentos e as diversas técnicas relacionadas a cada um deles, destaca-se a importância do uso de uma linguagem padronizada no ensino das atividades práticas. A elaboração de um conjunto de Procedimentos Operacionais Padrão (Pops) surge como instrumento para guiar a execução dessas atividades práticas nas disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I e II tendo como campos de aplicação o LTE, os ambulatórios e as unidades de internamento hospitalar, nos quais os docentes e discentes terão a responsabilidade pelo treinamento das técnicas, cabendo aos colaboradores técnicos do LTE, a organização dos ambientes, solicitação de aquisição e reposição de materiais de consumo, a verificação do funcionamento dos equipamentos utilizados, bem como a solicitação de sua manutenção e reparos.

O conteúdo de cada POP deverá ser revisado a cada dois anos, para avaliação da eficácia e efetividade dos procedimentos técnicos, de forma a assegurar o desempenho de melhores práticas no processo de cuidar em enfermagem e proporcionar uma assistência de qualidade às pessoas e suas famílias.

Procedimentos Operacionais Padrão (Pops)
Medidas de Biossegurança

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amáisa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 01/2023
Título do Documento	HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	N° Páginas: 04
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira	Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.	
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly	Versão: 01 Emissão: 09/02/2023 Próxima revisão: 2025	

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre a higiene das mãos com o intuito de prevenir e controlar infecções visando à segurança de todos aqueles que compartilham os espaços comuns de convivência durante as atividades práticas em laboratório, nas unidades de saúde e nos setores de internação hospitalar.

2. Conceito

A higienização das mãos tem como finalidade remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA¹, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica. A seguir são definidas a higiene simples e a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, cujas técnicas são utilizadas no LTE/LHCE.

3. Campo de aplicação

A higienização das mãos deve ser realizada por todos os frequentadores dos ambientes dos laboratórios e dos setores de internação hospitalar (docentes, discentes, técnicos administrativos e visitantes) todas as vezes em que entrar ou antes de sair de quaisquer dos ambientes e antes e depois de manipular pacientes, materiais, equipamentos e em especial, os modelos anatômicos e manequins.

4. Responsabilidades

- Professores, monitores e discentes de Enfermagem sob supervisão e os Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo Laboratório.

5. Material necessário

- PIA COM TORNEIRA e água livre de contaminantes químicos e biológicos.
- SABONETE – em forma líquida, tipo refil, armazenado em dispensador de parede.
- AGENTES ANTISSÉPTICOS - Álcool gel a 70%.
- PAPEL TOALHA - Não reciclável, de boa qualidade, armazenado em dispensador de parede.

6. Descrição do procedimento

6.1. Higiene simples das mãos: ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

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

Duração do procedimento: A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Técnica

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir quantidade recomendada pelo fabricante).
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa.
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa.
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos dos dedos para os punhos.
- Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
- Enxugar as mãos com papel toalha.
- Fechar a torneira acionando o pedal; com o cotovelo ou utilizar o papel toalha; ou ainda, sem nenhum toque, se a torneira for fotoelétrica. Nunca use as mãos.

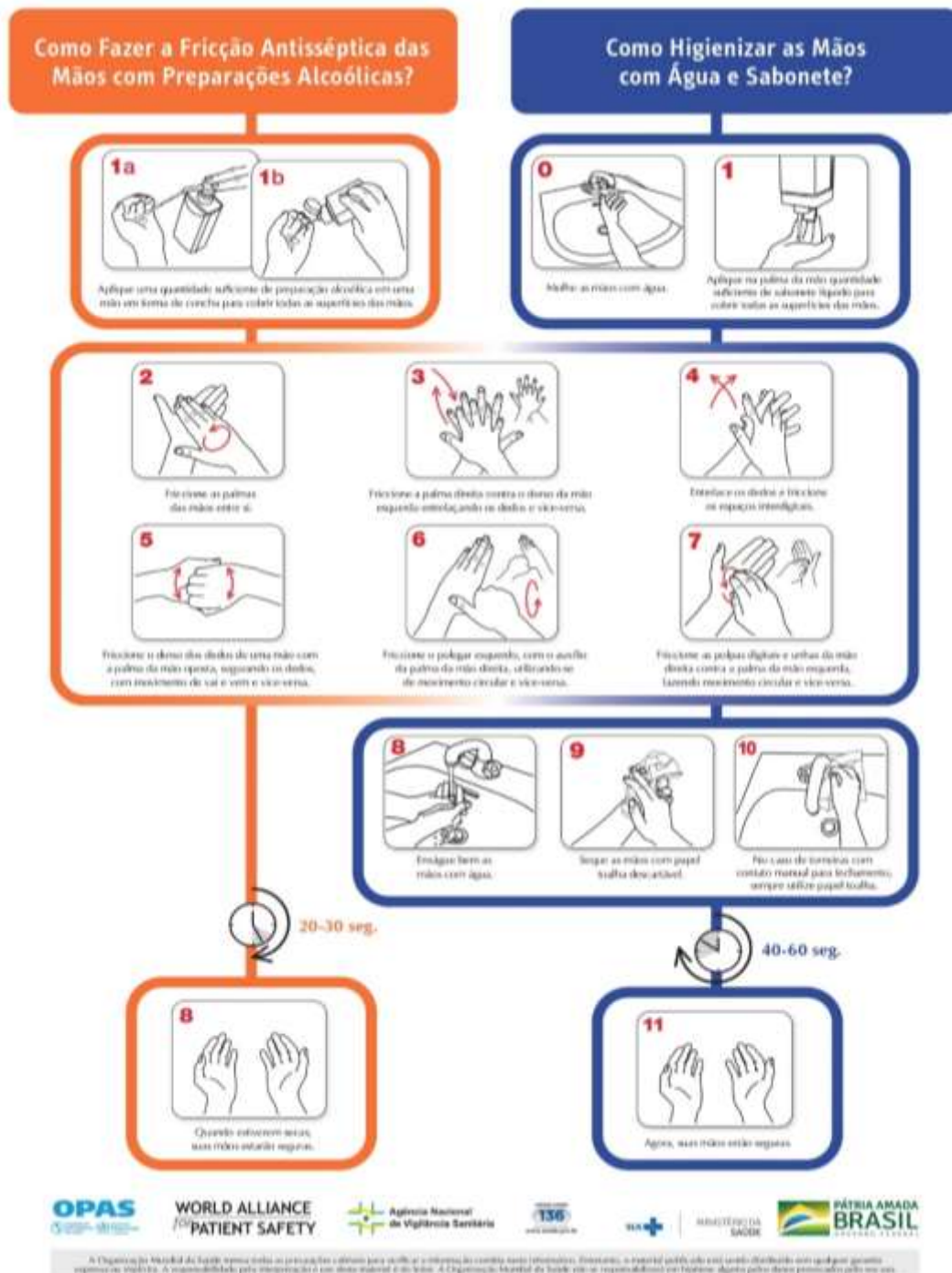
6.2. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica sob a forma gel na concentração de 70% para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.

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

Duração do procedimento: A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de, no mínimo, 20 a 30 segundos.

Técnica

- Aplicar uma quantidade suficiente de preparação alcóolica em gel a 70% em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Friccionar a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
- Friccionar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando- se de movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- Esperar que as mãos estejam secas para garantir uma higienização segura.



<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/cartaz-como-fazer-higiene-das-maos-com-preparacao-alcoolica-e-com-sabonete-liquido-e-agua>

7. Recomendações

- Não aplicar os antissépticos alcoólicos sobre mãos com sujidades aparentes (sangue, poeira, secreções, etc.). Neste caso, lavar com água e sabão previamente;
- Rotular os recipientes com álcool 70%, tanto na forma de solução como em gel, com validade, data de abertura e assinatura do responsável pela abertura do produto. (Em embalagem lacrada o álcool 70% possui prazo de validade determinado pelo fabricante que gira em torno de 6 meses a 2 anos; e quando acondicionado em almotolia pode ser utilizado em no máximo 7 dias).

- Para o álcool em gel 70%, utilizar preferencialmente bisnagas individuais ou dispensadores de parede com até 500 mL; para os antissépticos alcoólicos que não estão na forma de gel, utilizar preferencialmente dispensadores em spray em pequenas embalagens de 50 até 100 mL;
- Manter o álcool 70% em local limpo, fresco e com temperatura entre 15°C e 30°C. Não perfurar a tampa do produto ou deixar aberto, pois a evaporação do produto irá reduzir sua eficácia.

8. Referências




BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica N° 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: **Orientações Gerais para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília: ANVISA, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n° 1.377 de 9 de julho de 2013. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. 2013.

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

POTTER, PA., PERRY. AG. Fundamentos de Enfermagem. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 02/2023
Título do Documento	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NO LTE	N° Páginas: 02
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira	Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.	
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly	Versão: 01 Emissão: 10/02/2023 Próxima revisão: 2025	

1. Objetivo

Preparar o ambiente para maior segurança na prevenção de infecções por microrganismos promovendo a limpeza e desinfecção dos materiais e equipamentos e garantindo o bom desempenho das ações a serem desenvolvidas.

2. Conceito

A limpeza refere-se à remoção de microrganismos, sujeiras e impurezas das superfícies. A limpeza não mata os microrganismos, mas, ao removê-los, diminui o número e o risco de propagação da infecção. A desinfecção refere-se ao uso de produtos químicos para matar microrganismos em superfícies. Esse processo não limpa necessariamente superfícies sujas ou remove microrganismos, mas ao matar microrganismos em uma superfície após a limpeza, ele pode reduzir ainda mais o risco de propagação de infecções. A limpeza e a desinfecção com um desinfetante são eficazes em reduzir a infecção cruzada, veiculada pelo ambiente. A limpeza de determinados objetos e superfícies com água e sabão é considerada eficiente para descontaminação dos microrganismos. Quando isso não é possível, podem ser utilizados o álcool 70% nas formas líquida e em gel, além de hipoclorito de sódio e detergentes contendo cloro ativo.

3. Campo de aplicação

No LTE, a limpeza e desinfecção devem abranger todos os possíveis materiais, objetos e equipamentos que podem estar sujos e/ou contaminados com microrganismos, ou que foram utilizados nas atividades práticas incluindo bandejas, termômetros, estetoscópios, tensiômetros, instrumental cirúrgico, manequins, modelos ou peças anatômicas etc.

4. Responsabilidade

- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo Laboratório (limpeza dos materiais do LTE).
- Professores, monitores e discentes de Enfermagem (limpeza dos materiais de uso individual).

5. Material necessário

Materiais e EPIs necessários para a execução do procedimento:

- Material de limpeza (álcool 70% líquido ou em gel, hipoclorito), fornecidos pelo CCS.
- Luvas de procedimento, máscara, jaleco e calçados adequados.

6. Descrição do procedimento

Limpeza de materiais e equipamentos - (realizada pelas técnicas de enfermagem do laboratório)

Técnica:

- Reunir o material necessário;
- Lavar as mãos antes e após cada procedimento;
- Usar os EPIs recomendados durante todo o procedimento;
- Limpar, com água e sabão os materiais e equipamentos, as peças anatômicas e os manequins, os instrumentais cirúrgicos, a cada utilização pelos usuários.
- Limpar com álcool líquido 70%, após cada uso, os instrumentos clínicos, como termômetros, estetoscópios, glicosímetros, aparelho de pressão, bandejas, e outros equipamentos utilizados durante as práticas.

7. Recomendações




- Orientar os discentes a proceder a limpeza de seus materiais ou objetos de uso individual sob fricção com algodão ou toalha de papel e álcool líquido 70%.
- Realizar a limpeza dos manequins e peças anatômicas com pano úmido e sabão neutro, retirando todo o resíduo do sabão (não utilizar soluções contendo álcool em sua formulação).
- Certificar-se de que os produtos de higiene, como sabão, álcool 70%, algodão, papel toalha e outros, são suficientes para atender às necessidades do setor.
- Manter o álcool 70% em temperatura ambiente (15 a 30°C), protegido da luz, do calor e da umidade.
- Rotular os recipientes com álcool 70%, tanto na forma de solução como em gel, com validade, data de abertura e assinatura do responsável pela abertura do produto (o álcool 70% (em embalagem lacrada possui prazo de validade determinado pelo fabricante que gira em torno de 6 meses a 2 anos; e quando acondicionado em almotolia pode ser utilizado em no máximo 7 dias).
- O hipoclorito de sódio a 1% tem duração de 5 a 7 dias depois de aberto, se guardado em pulverizador ou bombona opaca.

8. Referências

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2012. 118 p.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. SEI/ANVISA - 0956502 - Nota Técnica Nº 3/2020/SEI/DIRE3/ANVISA. Brasília: Anvisa, 2020. 4 p. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/721json-file-1>. Acesso em 04 de março de 2023.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada nº 222 de 28 de março de 2018 - **Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.** Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em 02 de setembro de 2020.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA		
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>		
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 03/2023	Versão: 01
Título do Documento	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE AMBIENTES E SUPERFÍCIES NO LTE	N° Páginas: 03	Emissão: 10/02/2023 Próxima revisão: 2025
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.	
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly			

1. Objetivo

Remover sujidades visíveis ou não visíveis (pó, poeira, sujidade habitual e microrganismos) por meio da limpeza de superfícies e dos ambientes visando a segurança de todos que frequentam o LTE durante o desempenho das ações a serem desenvolvidas.

2. Conceito

Limpeza é definida como a remoção da sujidade do piso, paredes, teto, mobiliário e equipamentos, utilizando água e detergente e meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes). É um processo fundamental para que a desinfecção se processe adequadamente. A limpeza mecânica com detergente elimina 80% dos microrganismos e os desinfetantes químicos eliminam cerca de 90 a 95% destes¹. Desinfecção é o processo de destruição de microrganismos patogênicos na forma vegetativa existente em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos. A limpeza e a desinfecção com um desinfetante são eficazes em reduzir a infecção cruzada, veiculada pelo ambiente. A limpeza de determinados objetos e superfícies com água e sabão é considerada eficiente para descontaminação dos microrganismos. Quando isso não é possível, podem ser utilizados o álcool 70% nas formas líquida e em gel, além de hipoclorito de sódio e detergentes contendo cloro ativo.

3. Campo de aplicação

A limpeza e desinfecção das superfícies e dos ambientes do LTE devem ser realizados uma vez ao dia ou a cada turno (manhã e tarde) sempre que necessário. Deve abranger todos os possíveis locais e superfícies que podem estar sujos e/ou contaminados, ou que foram utilizados nas atividades teórico práticas incluindo as superfícies de móveis como mesas, cadeiras e teclados de computadores, chaves, celulares, embalagens de produtos, o piso do LTE, maçanetas, interruptores de luz, etc.

4. Responsabilidades

- Realizada pelos funcionários de empresa terceirizada sob a supervisão do encarregado pelo serviço de limpeza e acompanhado pelos Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo Laboratório.

5. Material necessário

Limpeza e desinfecção de superfícies e do piso.

Equipamento de proteção individual (EPIs) e materiais fornecidos pela empresa responsável pelo serviço de limpeza.

EPIs - luvas de borracha, máscara, calçado adequado e outros, de acordo com a atividade a ser executada e os produtos manipulados.

Material de limpeza - esfregão, rodo, balde, panos, produtos de limpeza (detergentes e desinfetantes), sacos de lixo e materiais para reposição (papel toalha, papel higiênico, sabonete outros).

6. Descrição do procedimento

- Reunir o material necessário;
- Lavar as mãos antes e após cada procedimento;
- Usar os EPIs recomendados durante todo o procedimento;
- Limpar, com álcool líquido 70%, as superfícies como mesas, cadeiras, balcões, maçanetas, e objetos como telefones, computadores, teclados, mouses, uma vez ao dia, ou se necessário, a cada utilização pelos usuários.
- Fazer a limpeza do piso uma vez ao dia ou a cada turno de utilização dos ambientes.
- Seguir as técnicas de varredura úmida (ensaboar, enxaguar e secar), com esfregação ou mop úmido com produtos padronizados e diluídos adequadamente (não utilizar pano de chão, pois aumentam o risco de contato do profissional da higiene).
- Não utilizar varredura seca, visto que esse ato favorece a dispersão de microrganismos que são veiculados pelas partículas de pó.
- Limpar todos os equipamentos (esfregão, vassouras, panos de chão e rodinhos) a cada término da jornada de trabalho, ainda usando EPI¹ e evitando contato com os materiais infectados.
- Retirar o lixo dos ambientes fazendo a higienização das lixeiras e o descarte do lixo diariamente de acordo com o tipo de resíduos.

Descartes dos resíduos

- Descartar os materiais perfurocortantes em recipientes identificados, rígidos, providos com tampa, resistentes à punctura, ruptura e vazamento (é vedada a desconexão e o reencape manual de agulhas e seringas).
- Acondicionar os resíduos comuns em saco constituído de material resistente a ruptura, vazamento ou impermeável.
- Respeitar os limites de peso de cada saco, assim como o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade, garantindo-se sua integridade e fechamento.
- Substituir os sacos ao atingirem o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade ou então a cada 48 (quarenta e oito) horas, independentemente do volume, visando o conforto ambiental e a segurança dos usuários e profissionais.

7. Recomendações




- Certificar de que os produtos de higiene, como esfregão, rodo, balde, panos, detergentes e desinfetantes (hipoclorito a 1%, álcool a 70% líquido ou em gel e outros), são suficientes para atender às necessidades do setor.
- Seguir as informações contidas nos rótulos dos produtos, que especificam as substâncias e fornecem as instruções de uso e armazenamento.

¹ Equipamento de proteção individual: todo dispositivo de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado a prevenir riscos que possam ameaçar a segurança e a saúde do trabalhador.

8. Referências

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2012. 118 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada nº 222 de 28 de março de 2018 - **Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf. Acesso em 02 de setembro de 2022.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 04/2023
Título do Documento	SINALIZAÇÃO DE BIOSSEGURANÇA NOS AMBIENTES DO LTE	N° Páginas: 03
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly		

1. Objetivo

Padronizar a sinalização de biossegurança nos ambientes do LTE.

2. Definições

- **Biossegurança:** conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais e a preservação do meio ambiente.
- **Sinalização de Biossegurança:** etiquetas com formas, cores e símbolos pré-definidos em função de seus objetivos específicos.
- **Avaliação de Risco:** é a avaliação dos riscos inerentes aos agentes (químicos, físicos, biológicos, entre outros) manipulados, associados tanto aos processos, como aos equipamentos utilizados nas instalações ou a estas.
- **Risco Biológico:** risco associado a atividade desenvolvida com agentes biológicos, ou substâncias deste oriunda que traz alguma ameaça à saúde humana e ou animal.
- **Nível de Biossegurança:** nível de proteção, crescente (de 1 a 4), que consiste na combinação de procedimentos laboratoriais somados a barreiras primárias e secundárias de um laboratório, de acordo com a classe do agente de risco e/ou volume nele manipulados.

3. Campo de aplicação

- Laboratório de Técnicas de Enfermagem - LTE

4. Responsabilidades

4.1. Da CBio/CCS

- Padronizar as placas de sinalizações relacionadas à biossegurança dos laboratórios do CCS;
- Disponibilizar as placas de sinalizações para o presidente da CBio/DENC, ou os arquivos para impressão.

4.2. Presidente da CBio/DENC

- Disponibilizar as placas de sinalizações padronizadas no POP, para que as mesmas sejam impressas;
- Orientar a colocação da sinalização de biossegurança dos laboratórios, conforme a avaliação de risco de cada ambiente.









4.3. Gestores dos laboratórios

- Solicitar a visita dos membros da CBio/DENC para orientar e posteriormente avaliar a sinalização de biossegurança instalada nos laboratórios;
- Manter e respeitar a sinalização dos ambientes sob sua responsabilidade, conforme este POP.





5. Procedimento

A NBR 7195:1995 estabelece as cores empregadas para a prevenção de acidentes, específicas para cada tipo de sinalização, formando um padrão para todos os trabalhadores no ambiente de trabalho, conforme apresentados abaixo.

5.1. Especificação do material e tipo de impressão.




<p>A especificação das cores, deverá obedecer a normatização da ABNT NBR 7195:1995, e aos seguintes padrões:</p> <p>amarela (5Y 8/12), azul (2.5 PB 4/10) e vermelha (5 R 4/14).</p>	CORES DE SINALIZAÇÃO NBR 7195 de 31.07.1995	
	COR	LOCAL DE APLICAÇÃO
		Equipamentos de proteção e combate á incêndios
		Usada em partes móveis e perigosas de máquinas e equipamentos
		Usada para identificar avisos de advertências
		Localização de caixas de primeiros – socorros e EPI's
		Determinar o uso de EPI's
		Marcar os locais onde foi enterrado esse material ou armazenado radioativo
		Faixa para demarcar passagem de pedestres
	Indica coletores de resíduos exceto os provenientes da saúde	

5.2. Etiquetas de sinalização de uso obrigatório de EPIs


<p>Lavagem de mãos: Etiqueta quadrada de fundo branco, com círculo de fundo azul a ser destacado, com símbolo lavagem de mãos, na cor branca, centralizado.</p>	
<p>Luvas: Etiqueta quadrada de fundo branco, com círculo de fundo azul a ser destacado, com símbolo luvas nas cores branca com borda azul e azul com borda branca, centralizado.</p>	
<p>Máscara facial: Etiqueta quadrada de fundo branco, com círculo de fundo azul a ser destacado, com símbolo máscara facial, na cor branca, centralizado.</p>	
<p>Jaleco: Etiqueta quadrada de fundo branco, com círculo de fundo azul a ser destacado, com símbolo jaleco, na cor branca, centralizado.</p>	

As etiquetas devem estar disponíveis em dois diferentes tamanhos: 8x8 cm e 10x10 cm

5.3. Etiquetas de sinalização de proibição

<p>Adornos: Etiqueta quadrada de fundo branco, com círculo contendo tarja diagonal na cor vermelha, fundo branco e símbolos relógio e anel, nas cores preta, centralizados, a ser destacado.</p>	 <p>PROIBIDO O USO DE ADORNOS</p>
<p>Fumar: Etiqueta quadrada de fundo branco, com círculo contendo tarja diagonal na cor vermelha, fundo branco e símbolo cigarro, na cor preta, centralizado, a ser destacado.</p>	 <p>PROIBIDO FUMAR</p>
<p>Comer e beber: Etiqueta quadrada de fundo branco, com círculo contendo tarja diagonal na cor vermelha, fundo branco e símbolos garfo/faca e copo, nas cores preta, centralizado, a ser destacado.</p>	 <p>PROIBIDO CONSUMIR ALIMENTOS E BEBIDAS.</p>

5.4. Etiquetas de sinalização de resíduos

<p>Resíduo Perfurocortante: Etiqueta retangular com fundo branco e borda na cor preta, símbolo universal de risco biológico na parte superior, com fundo branco. Na Parte inferior deste, retângulo com fundo branco e borda de cor preta, com letras na cor preta com a inscrição “Resíduo Perfurocortante”.</p>	 <p>RESÍDUO PERFURCORTANTE</p>
--	---

6. Recomendações



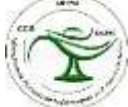
- As placas de sinalização devem ser colocadas em espaços que garantam a sua visibilidade por todos os ocupantes dos ambientes do LTE.
- As placas de sinalização devem ser substituídas sempre que apresentar desgaste de cor ou do material no qual foi confeccionado.

7. Referências

ABNT NBR 7195:1995 - estabelece as cores empregadas para a prevenção de acidentes.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>

NORMA REGULAMENTADORA Nº 26. Sinalização de Segurança.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.^a Amáisa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 05/2023
Título do Documento	UTILIZAÇÃO DE LUVAS CIRÚRGICAS E DE PROCEDIMENTO	N° Páginas: 03
Elaborado por: Prof. ^a Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 14/02/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof. ^a Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof. ^a Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly		

1. Objetivo

Tornar os discentes aptos a selecionar corretamente o tipo mais adequado de luvas a ser usado e a diferenciar as situações clínicas específicas em que devem ser usadas e trocadas e aquelas situações em que o seu uso não é recomendado.

2. Conceito

O uso de luvas pelos profissionais de saúde é recomendado para evitar que os microrganismos que estão colonizando a pele das mãos, ou estejam presentes transitoriamente nas mãos do profissional de saúde sejam transmitidos aos pacientes e de um paciente para outro; e para reduzir o risco dos próprios profissionais de saúde adquirirem infecções dos pacientes quando expostos ao sangue ou a outros fluidos corporais como secreções e excretas.

3. Campo de aplicação

As luvas devem ser usadas durante todas as atividades de assistência ao paciente que podem envolver exposição a sangue ou fluidos corporais. Além disso, as luvas podem ser usadas em procedimentos que incluam técnicas assépticas e o contato com material potencialmente infeccioso que não seja sangue, tais como membranas mucosas e pele não intacta ou durante as situações de surto, conforme recomendado pelas exigências específicas para uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).

4. Responsabilidades

Professores, monitores e discentes de Enfermagem sob supervisão docente nos ambientes de laboratório (atividades práticas) e em cenários de prática (ambulatórios e unidades de internamento) envolvendo a assistência ao paciente.

5. Material necessário

- Luvas cirúrgicas ou luvas de procedimento, de acordo com a indicação de uso.

6. Descrição do procedimento

6.1 Indicação de luvas de procedimentos (não-cirúrgicos) em situações clínicas - Possibilidade de contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções e objetos/artigos visivelmente sujos com fluidos corporais.

- *Exposição direta ao paciente:* contato com sangue, membrana mucosa e pele não intacta; possível presença de microrganismos altamente infecciosos ou danosos; inserção e remoção de cateter IV; drenagem de sangue; interrupção de linha venosa; exame pélvico ou vaginal; aspiração de sistemas abertos de tubos endotraqueais.
- *Exposição indireta ao paciente:* esvaziamento de utensílios de êmese; limpeza e manuseio de materiais; manuseio de resíduos; limpeza e desinfecção de fluidos corporais derramados.

Como calçar e retirar as luvas de procedimento de forma correta e segura:

- Retirar anéis, pulseiras e relógio;
- Higienizar as mãos, preferencialmente, com água e sabão, antes da colocação das luvas.
- Retirar as luvas acondicionada em caixa de acordo com o tamanho (P, M, G) e calcá-las.
- Ajustar as luvas e realizar o procedimento.
- Enquanto estiver utilizando as luvas, evitar tocar áreas ou falar para evitar contaminação.
- Remover as luvas evitando tocar na parte externa.
- Descartar as luvas lixeira destinada para este fim.
- Após a retirada e o descarte das luvas, lavar as mãos com água e sabonete.

6.2 Indicação de luvas cirúrgicas - Qualquer procedimento cirúrgico: parto vaginal; procedimentos radiológicos invasivos; procedimentos de acesso vascular (linhas centrais); preparo de nutrição parenteral total e de agentes quimioterápicos.

Como calçar e retirar as luvas estéreis de forma correta e segura:

- Retirar anéis, pulseiras e relógio;
- Higienizar as mãos, preferencialmente com água e sabonete;
- Reunir o material do procedimento a ser executado;
- Escolher a luva estéril de acordo com a numeração correspondente as mãos;
- Abrir o pacote primário (não estéril) pelas bordas superiores retirando o pacote secundário (estéril) e colocá-lo em uma superfície limpa;
- Proceder a abertura do pacote estéril segurando na parte externa de modo a desdobrar o papel e mantê-lo aberto sem tocar a área interna do mesmo e as luvas;
- Identificar a luva direita e a esquerda com os dedos das luvas para cima e os punhos em sua direção;
- Com o polegar e o dedo indicador da mão não dominante, segurar a borda do punho da luva da mão dominante a ser calçada (a parte interna do punho que tocará a pele);
- Unir os dedos da mão dominante com a palma da mão voltada para cima, introduzir a mão na abertura da luva tracionando-a para calçá-la com os dedos agora abertos e apontando para baixo;
- Segurar a segunda luva colocando os dedos da mão enluvada por dentro da dobra do punho da outra luva e levantá-la;
- Unir os dedos da mão não enluvada com a palma da mão voltada para cima e introduzir na luva até calçá-la totalmente, inclusive o punho;
- Ajustar as luvas (os dedos e espaços interdigitais) entrelaçando as mãos e desdobre os punhos com cuidado para tocar apenas nas partes estéreis;
- Realizar o procedimento;
- Retirar as luvas e desprez-las em local apropriado;
- Higienizar as mãos com água e sabonete;

Como retirar as luvas de procedimento e estéril de forma segura:

- Manter as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo;
- Com a mão dominante, segurar a face externa da luva, na altura do punho e puxar em direção as pontas dos dedos para retirá-la da mão, virando-a pelo avesso;
- Segurar a luva removida com a mão enluvada e tocar a parte interna do punho da mão enluvada com os dedos polegar e indicador da mão sem luvas;
- Retirar a outra luva arrastando-a em direção as pontas dos dedos e da outra luva de forma que uma luva permaneça dentro da outra e o lado contaminado para dentro;
- Descartar as luvas em local apropriado;
- Realizar a higienização as mãos.

7. Recomendações

Os profissionais de saúde devem ser informados de que as luvas não fornecem uma proteção completa contra a contaminação das mãos e por isso, o seu uso não substitui a necessidade de higienização das mãos com preparação alcoólica ou água e sabonete. Portanto, recomenda-se:




- Usar luvas quando puder ser prevista a ocorrência de contato com sangue ou outro material potencialmente infeccioso, membranas mucosas ou pele não intacta.
- Ao calçar as luvas estéreis, manter as mãos no nível mais elevado, distantes do corpo e de mobiliários, evitando a contaminação externa da mesma.
- Quando estiver usando luvas, trocá-las ou removê-las nas seguintes situações:
 - ✓ em caso de ruptura da luva;
 - ✓ ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;
 - ✓ após tocar um local ou superfície contaminada e antes de tocar um local limpo ou o ambiente de assistência.
- Remover as luvas após auxiliar um paciente e não usar o mesmo par de luvas para assistir mais de um paciente.
- Deve-se evitar o uso desnecessário de luvas em situações não recomendadas.
- Os profissionais de saúde devem ser lembrados de que uma remoção incorreta das luvas pode contribuir para a transmissão de microrganismos.

8. Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Boletim informativo de tecnovigilância: Luvas Cirúrgicas e Luvas de Procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Brasília: Anvisa; 2011.

POTTER, PA., PERRY. AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7. Ed. PortoAlegre: Artmed, 2014.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amáisa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 06/2023
Título do Documento	<i>UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA CIRÚRGICA</i>	Nº Páginas: 02
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 14/02/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly		
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Tornar os usuários aptos a utilizar a máscara de maneira correta, garantindo uma barreira física à disseminação de microrganismos nos ambientes por gotículas expelidas do nariz ou da boca, para diminuição de casos de contaminação.

2. Conceito

A transmissão por microrganismos ocorre quando a pessoa contaminada fala, espirra ou tosse lançando no ar gotículas respiratórias infectando outra(s) pessoa(s), através do contato com essas gotículas pela inspiração (nariz e boca) ou ao tocar superfícies onde essas gotículas de depositaram levam as mãos aos olhos, nariz e boca. O uso de máscaras é recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde para a redução da propagação de microrganismos, devendo ser adotado em conjunto com as medidas higienização das mãos, potencializando os efeitos da proteção contra as infecções.

3. Campo de aplicação

A máscara cirúrgica deve ser utilizada por docentes e discentes durante a execução das práticas que exijam o seu uso como equipamento de proteção individual (EPI) indicado nas atividades. A máscara também deve ser utilizada por todos os frequentadores dos ambientes do laboratório (docentes, discentes e funcionários) que apresentarem sintomas de infecções respiratórias durante o tempo em que permanecer nas dependências desses ambientes podendo ser utilizada por até 04 (quatro) horas e trocada após esse período, ou antes, se ficar úmida.

4. Responsabilidades

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I e II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

- Máscara Cirúrgica.

6. Descrição do procedimento

Como colocar a máscara de forma correta e segura:

- Higienizar as mãos, preferencialmente, com água e sabão, antes da colocação da máscara.
- Retirar a máscara acondicionada em caixa ou saco plástico segurando-a pelos elásticos ou tiras.
- Colocar a máscara prendendo-a atrás das orelhas pelos elásticos ou amarrando as tiras atrás da cabeça.
- Ajustar a máscara de forma a cobrir totalmente o nariz e o queixo, sem folgas nas laterais.
- Evitar tocar na parte de dentro ou na frente da máscara.

Como retirar a máscara de forma correta e segura:

- Higienizar as mãos, preferencialmente, com água e sabão, antes da retirada da máscara.
- Remover a máscara, tocando somente pelo elástico ou tiras, evitando tocar na parte da frente ou dentro da máscara.
- Descartar a máscara em lixeira destinada para este fim.
- Após a retirada e o descarte, lavar novamente as mãos com água e sabão ou higienizar álcool em gel a 70%.

7. Recomendações

- Evitar tocar na máscara ou falar constantemente enquanto estiver utilizando-a, para evitar contaminação ou umidade.
- Remover a máscara segurando somente pelo elástico ou tiras, evitando tocar na parte da frente ou dentro da máscara.
- Verificar o tipo de máscara utilizada em cenários práticos de ambulatórios e unidades de internamento hospitalar (se cirúrgica ou PFF2 e N95, seguindo o protocolo da instituição para colocação e retirada).

8. Referências




Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente – higienização das mãos**. Brasília: Anvisa. Disponível em https://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>

POTTER, PA., PERRY. AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7. Ed. PortoAlegre: Artmed, 2014.

Procedimentos Operacionais Padrão (Pops)
Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amáisa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 07/2023
Título do Documento	<i>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS</i>	Nº Páginas: 03
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly		

1. Objetivo

Estabelecer instruções para a prática de verificação das medidas antropométricas (peso, altura, IMC e circunferência abdominal) de modo a conduzir o discente a identificar os indicadores que reflitam a eficiência/deficiência do organismo na avaliação do estado nutricional e em risco de doenças do paciente.

2. Conceito

O peso é a medida que releva a concordância entre a massa corporal e a idade cronológica do indivíduo. A altura indica o comprimento total do indivíduo (dos pés até o ápice da cabeça) e reflete a normalidade do crescimento físico do indivíduo ou anormalidades decorrentes alterações genéticas, disfunções fisiológicas relacionados à deficiência nutricional, ou condições sociais ou ambientais desfavoráveis ao desenvolvimento humano. A proporção de peso corporal para determinada altura que cada indivíduo deve apresentar é representada pelo Índice de Massa Corporal (IMC), indicador utilizado para avaliar indivíduos adolescentes, adultos, idosos e gestantes, cujo resultado revela se o peso está dentro da faixa ideal, abaixo ou acima do desejado. A Circunferência abdominal é usada para avaliação de ganho ou perda de peso e em quadros de ascite. É medida na região do abdômen, no meio da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior, por ser o índice antropométrico mais representativo da gordura intra-abdominal, onde se concentra a gordura visceral, diretamente relacionada a diversos fatores que elevam o risco de doenças cardiovasculares (aumento da pressão arterial e do colesterol, diabetes).

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios e unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidades

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I e II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

- Balança antropométrica (mecânica ou digital)
- Calculadora
- Fita métrica
- Álcool 70%
- Gaze não estéril ou algodão
- Luva de procedimento
- Toalhas de papel
- Caneta e bloco de anotações

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo

Treinamento da prática no LTE

1. Revisar o conteúdo teórico sobre medidas antropométricas;
2. Formar duplas para aferição das medidas antropométricas (examinador e examinado);
3. Reunir o material necessário para o procedimento;
4. Pesquisar e medir a altura, calcular o IMC e medir a circunferência abdominal do colega;
5. Anotar os dados obtidos no bloco de anotações.
6. Inverter os papéis na dupla e realizar o procedimento (itens 3, 4 e 5)

Prática em Cenários de ambulatórios e unidades de internamento hospitalar

- Rever o prontuário e as prescrições médica e de enfermagem do paciente para quaisquer limitações ou recomendações durante a verificação das medidas antropométricas;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas de procedimento e máscara);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.2 Semiotécnica:

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Assegurar as condições do ambiente para o procedimento (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Coletar informações pessoais sobre valores anteriores de peso e altura e se houve ganho ou perda recente de peso;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante o procedimento;

Técnica

Verificação do peso e da altura com balança antropométrica mecânica

- Destruar a balança e calibrá-la (verificar se o fiel está nivelado com o braço da balança);
- Forrar a plataforma da balança com toalha de papel e ajudar o paciente a subir com os pés descalços;
- Posicionar o paciente de costas para a balança, e orientar a ficar ereto, com os pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo;
- Pedir para manter-se nessa posição, destravar a balança e mover o cursor maior sobre a escala numérica, para marcar em quilos;
- Mover, em seguida, o cursor menor para marcar em gramas;
- Assegura-se de que a agulha o nivelamento do braço e o fiel da balança;
- Realizar a leitura dos valores apresentados pelos cursores;
- Travar a balança e retornar os cursores ao zero na escala numérica;
- Ajudar o paciente a girar o corpo e posicionar-se de costas para a régua da balança;
- Orientar a manter-se de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo e a cabeça em extensão, olhando para a frente;
- Erguer a parte móvel da régua até o ápice da cabeça, fixá-la e proceder à leitura;
- Auxiliar o paciente a descer da balança e a calçar os sapatos;

- Acompanhar o paciente até o leito e deixá-lo em posição confortável;
- Remover as toalhas de papel sobre a plataforma da balança;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC);
- Anotar os valores encontrados em bloco de anotações.

Verificação do peso e da altura com balança antropométrica digital

- Ligar a balança e ajuste para zero (o visor deve apresentar uma sequência de zeros);
- As instruções seguem as mesmas das medidas verificadas com a balança mecânica, devendo desligar a balança digital ao final do procedimento;

Verificação da circunferência abdominal

- Colocar o paciente em posição dorsal;
- Higienizar a fita métrica com álcool 70%;
- Passar a fita métrica por baixo da cintura do paciente unindo a fita bem justa na pele e na altura da cicatriz umbilical;
- Fazer a leitura e retirar a fita com cuidado para não machucar o paciente;
- Higienizar a fita métrica com álcool 70%;
- Registrar o peso, altura, IMC e a circunferência abdominal no prontuário do paciente.

7. Recomendações




- Pesar o paciente em jejum, sempre na mesma hora e na mesma balança;
- Pesar o paciente descalço e com o mínimo de roupa possível;
- Durante a medida da altura assegurar que o paciente se mantenha no centro do equipamento e que a cabeça esteja livre de adereços;
- Para o cálculo do IMC, utilizar as informações abaixo:

Regra para o cálculo de IMC	MC (kg/m ²)	Classificação
$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$	< 16	Magreza grau III
	16.0 - 16.9	Magreza grau II
	17.0 - 18.4	Magreza grau I
	18.5 - 24.9	Normal
	25.0 - 29.9	Sobrepeso
	30.0 - 34.9	Obesidade grau I
	35.0 - 39.9	Obesidade grau II
	>= 40	Obesidade grau III

- Na medida da circunferência abdominal não dobrar, não torcer e nem apertar a fita sobre a pele.
- A medida da circunferência abdominal em níveis <80cm para mulheres e <94cm para homens, têm sido considerados mais apropriados para avaliação. Mulheres com circunferência de cintura abdominal entre 80-88cm e homens entre 94-102cm recomenda-se a monitorização mais frequente dos fatores de risco para doenças coronarianas.

8. Referências

- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658
- POTTER, PA., PERRY. AG. Fundamentos de Enfermagem. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, CR ET AL. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amáisa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 08/2023
Título do Documento	<i>AFERIÇÃO DOS SINAIS VITAIS: TEMPERATURA, RESPIRAÇÃO, PULSO, FREQUÊNCIA CARDÍACA, PRESSÃO ARTERIAL E DOR</i>	Nº Páginas: 06
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly		

1. Objetivo

Estabelecer instruções para a prática de verificação dos sinais vitais de modo a conduzir o discente a identificar os indicadores que reflitam a eficiência/deficiência da regulação térmica, das funções circulatória e respiratória e da percepção dolorosa do paciente.

2. Conceito

Sinais Vitais são indicadores do estado de saúde do cliente e incluem temperatura (T); respiração (R); pulso (P); pressão arterial (PA) e Dor. É uma maneira eficiente e rápida de monitorar a condição do cliente fornecendo dados para identificar problemas e avaliar a resposta do cliente a uma intervenção.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios e unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidades

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I e II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

Bandeja contendo:

- Termômetro clínico digital de contato (axilar) ou digital infravermelho sem contato (de testa)
- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Relógio (com indicador de segundos)
- Solução alcoólica 70%
- Cuba rim com bolas de algodão ou gaze
- Toalha de papel;
- Luvas de procedimento;
- Saco plástico para acondicionar o material usado;
- Bloco de bloco de notas e caneta

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo

Treinamento da prática no LTE

1. Revisar o conteúdo teórico sobre sinais vitais;
2. Formar duplas para aferição dos sinais vitais (examinador e examinado);

3. Reunir o material necessário para o procedimento;
4. Aferir os sinais vitais do colega;
5. Anotar os dados dos sinais vitais no bloco de anotações.
6. Inverter os papéis na dupla e realizar o procedimento (itens 3, 4 e 5)

Prática em Cenários de ambulatórios e unidades de internamento hospitalar

- Rever o prontuário e as prescrições médica e de enfermagem do paciente para quaisquer limitações ou recomendações durante a verificação dos sinais vitais;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscara, e outros, se necessário);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.3 Semiotécnica:

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Assegurar as condições do ambiente para o procedimento (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (confirmar a identificação com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Coletar informações pessoais sobre valores anteriores da pressão arterial e uso medicamentosos) e influências culturais e comportamentais para a automedicação (dor);
- Avaliar as condições físicas (peso, sexo, idade, estado nutricional), funcionamento dos sistemas orgânicos e as condições emocionais e psicológicas;
- Orientar sobre a posição adequada para cada sinal vital verificado, conforme necessidade.
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante o exame;
- Certificar-se de que o paciente esteve de repouso pelo menos, 30 minutos antes do procedimento.

Temperatura - Técnica

Termômetro digital

- Segurar o termômetro digital pelo lado oposto ao bulbo;
- Pressionar o botão Liga/Desliga localizado ao lado do visor de cristal líquido;
- Ao ouvir um sinal sonoro, esperar até que no visor apareça um «LO» e um «°C» intermitentes;
- Secar a axila com toalha de papel e colocar o bulbo do termômetro no oco axilar, posicionando o braço transversalmente sobre o tórax;
- Esperar alguns segundos até ouvir o sinal sonoro (aviso para retirar o aparelho), retirar segurando no corpo do termômetro;
- Proceder a leitura e fazer a limpeza do termômetro envolvendo-o com algodão embebido em álcool 70% com movimento na direção do bulbo (ponta), secar e guardar;
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
- Registrar o resultado e comunicar possíveis alterações da temperatura corporal.

Termômetro de testa

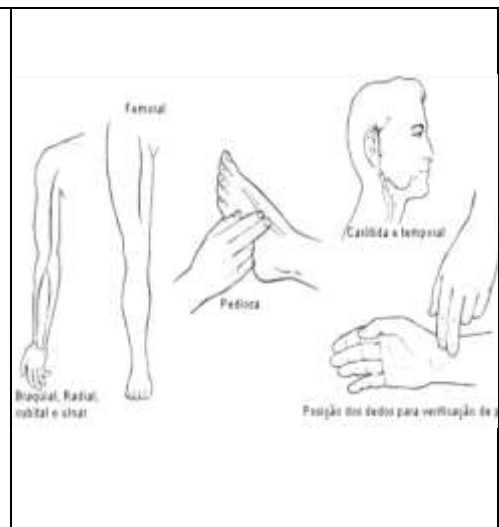
- Apontar o termômetro para a testa numa distância de aproximadamente 2 a 5cm, acionar o sensor e afastar ao ouvir o sinal sonoro e proceder a leitura;
- Registrar o resultado obtido e comunicar possíveis alterações da temperatura corporal ou intercorrências durante o procedimento.

Respiração – Técnica

- Contar a respiração sem que o paciente perceba, aproveitando o momento da contagem do pulso ou da frequência cardíaca;
- Observar os movimentos inspiratórios e expiratórios (torácicos e abdominais) e avaliar o ritmo e a profundidade da respiração;
- Contar a frequência respiratória durante um minuto;
- Suspender a contagem nos casos em que o paciente mudar o ritmo respiratório;
- Colocar o paciente em posição confortável nos casos de ritmo respiratório anormal;
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
- Registrar o resultado obtido e comunicar possíveis alterações da respiração (ruidos da respiração e/ou uso de musculatura acessória) ou intercorrências durante o procedimento.

Pulso (periférico) – Técnica

- Selecionar e palpar o local colocando os dedos indicador e médio sobre a artéria pulsante (braquial, radial, femoral, carótida, temporal, pediosa e poplítea);
- Aplicar ligeira pressão local e manter a mão firme;
- Avaliar o ritmo (regular ou irregular), a frequência e a qualidade do pulso (cheio, normal ou filiforme);
- Contar os batimentos por um minuto;
- Comparar os pulsos bilateralmente;
- Registrar as características do pulso quanto à frequência, ao ritmo e ao volume ou amplitude.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
- Registrar o resultado obtido;
- Comunicar possíveis alterações do pulso e intercorrências.



Frequência Cardíaca (Pulso apical) - Técnica

- Ajudar o paciente a assumir uma posição de repouso e cobri-lo se necessário;
- Limpar o diafragma do estetoscópio para diminuir o risco de transmissão de microrganismos;
- Aquecer o diafragma do estetoscópio com as mãos antes de aplicá-lo sobre o peito do paciente;
- Colocar o diafragma do estetoscópio no 5º EICE (espaço intercostal esquerdo) na linha hemiclavicular esquerda abaixo do mamilo esquerdo);
- Observar o ritmo e a intensidade dos batimentos cardíacos;
- Contar as batidas durante um minuto;
- Remover o estetoscópio e colocar o paciente em posição confortável;
- Higienizar o diafragma do estetoscópio com álcool 70%;
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
- Registrar o resultado obtido;
- Comunicar possíveis alterações do pulso ou intercorrências durante o procedimento.

Pulsos apical-radial - Técnica

- Dois examinadores deverão verificar, simultaneamente, os pulsos radial e apical;
- Cada examinador deverá localizar o pulso a ser contado (apical e radial) e determinar o momento de iniciar a contagem;
- Um examinador deverá colocar o estetoscópio na posição requerida (5º EICDE - pulso apical);
- O outro examinador deverá localizar o pulso radial e com a outra mão segurar o relógio de contagem mantendo-o visível aos dois examinadores;

- Os dois examinadores deverão fazer a contagem em um minuto e observar discrepâncias entre os valores dos pulsos.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%;
- Registrar o resultado obtido e possíveis alterações ou intercorrências durante o procedimento.

Pressão arterial - Técnica

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente:
 - a. Não está com a bexiga cheia;
 - b. Não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
 - c. Não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
 - d. Não fumou nos 30 minutos anteriores.
3. Posicionamento:
 - Orientar o paciente a permanecer sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
 - Manter o braço do paciente na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.
 - Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada.

Etapas para a realização da medição

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olecrano;
2. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (ver Quadro 3);
3. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
4. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
5. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial*;
6. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva*;
7. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação*;
8. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo) *;
9. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação*;
10. Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff) *;
11. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa*;
12. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero*.

*Itens realizados exclusivamente na técnica auscultatória. PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Para a medida da pressão arterial na coxa, o procedimento é o seguinte:

- Utilizar manguito de tamanho adequado, colocado no terço inferior da coxa.
- Colocar o paciente em decúbito ventral.
- Realizar a ausculta na artéria poplítea.

Dor – 5º sinal vital

Objetivo

Identificar a etiologia da dor e compreender a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva do indivíduo com dor para propor e implementar o seu manejo.

Conceito

A dor foi definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo por meio de suas experiências.

Procedimentos

- Avaliar a dor de forma sistemática e rotineira junto com os outros sinais vitais.;
- Explorar durante a investigação clínica:
 - ✓ localização e início da dor;
 - ✓ período e duração;
 - ✓ intensidade, sinais e sintomas associados;
 - ✓ fatores que pioram ou aliviam;
 - ✓ repercussões fisiológicas, psicológicas e nas atividades diárias;
 - ✓ tratamentos prévios.
- Utilizar-se de ferramentas (escalas) consolidadas na literatura para a mensuração da dor.






7. Recomendações

- Orientar o paciente a ficar em silêncio durante a verificação dos SSVV;
- Considerar a média normal da Temperatura corporal como parâmetro de referência na avaliação do paciente adulto (axilar : 35,9 a 37,5°C; retal normal: 36,2 a 38°C);
- Considerar a média normal da Respiração como parâmetro de referência na avaliação do paciente (12 a 20 Irpm em indivíduos adultos; 16 a 20 Irpm em adolescentes; 20 a 30 Irpm em crianças; 25 a 32 Irpm em crianças até dois anos; 30 a 50 Irpm em lactentes 6 meses; 30-60 Irpm recém-nascidos);

- Considerar a média normal do Pulso e da Frequência cardíaca como parâmetro de referência na avaliação do paciente (60 a 100 bpm em indivíduos adultos; 60 a 90 bpm em adolescentes; 75 a 100 bpm em crianças; 80 a 110 bpm em crianças até dois anos; 90 a 140 bpm em bebê 6 meses; 120 a 160 bpm em recém-nascidos);
- Considerar a média normal da Pressão arterial como parâmetro de referência na avaliação do paciente adulto (<120/<80 mmHg);
- Verificar o pulso periférico e a frequência cardíaca diretamente na pele do paciente;
- Na avaliação do pulso carotídeo, palpar um de cada vez;
- Se a frequência (de pulso periférico e cardíaco) for rápida (taquicardia), irregular, ou muito lenta (bradicardia), repetir a contagem durante um minuto dando atenção ao ritmo, tensão e volume;
- Verificar a PA, em pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso julgar adequado, considerar a média das medidas;
- Medir a PA em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência;
- Informar o valor de PA obtido para o paciente;
- Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a PA foi medida;
- Reforçar a necessidade do uso de equipamento validado e periodicamente calibrado;
- Avaliar sinais e sintomas relacionados as alterações dos sinais vitais e os fatores que influenciam o aparecimento dessas alterações;
- Considerar, como padrão-ouro para avaliar a dor do indivíduo, o seu relato pessoal e valorizar as suas queixas.

8. Referências

- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021; 116(3):516-658
- POTTER, PA., PERRY. AG. *Fundamentos de Enfermagem.* 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- TAYLOR, CR ET AL. *Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.* 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 09/2023
Título do Documento	<i>ENTREVISTA CLÍNICA</i>	N° Páginas: 05
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly		

1. Objetivo

Fornecer instruções para a prática da entrevista clínica de modo a conduzir o discente a identificar as formas mais adequadas de abordagem dos principais componentes da entrevista durante a coleta de dados com adultos e idosos.

2. Conceito

A investigação clínica é a primeira etapa do processo de enfermagem e consiste na coleta, validação e comunicação contínua e sistemática de dados do paciente, ou de informações. Através do Histórico de Enfermagem identifica-se o estado de saúde do paciente, seus recursos pessoais, problemas de saúde, riscos à saúde e a necessidade de cuidados de enfermagem. A entrevista clínica faz parte dessa etapa e significa trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com a pessoa doente e com a doença; é a pesquisa da história clínica do paciente, que requer uma cuidadosa abordagem de suas queixas através da coleta de dados.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem (LTE), ambulatórios e unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidades

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I e II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

- Formulários das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem.
- Formulários padronizados da clínica médica do HULW utilizados na Sistematização da Assistência de Enfermagem com pacientes internados.
- Prontuário do paciente.
- Material para aferição dos Sinais Vitais.
- Canetas e bloco de anotações.

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo

Treinamento da prática no LTE

1. Revisar o conteúdo teórico sobre entrevista clínica;
2. Formar duplas para realização da entrevista (entrevistador e entrevistado);
3. Reunir o material necessário para a entrevista;
4. Dirigir-se a ao colega a ser entrevistado e explicar o procedimento;
5. Assegurar as condições do ambiente para a entrevista (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);

7. Anotar os dados da entrevista no Formulário semiestruturado da disciplina.
8. Inverter os papéis na dupla e realizar o procedimento (itens 3, 4, 5 e 6)

Prática em Cenários de ambulatórios e unidades de internamento hospitalar

- Obter informações no prontuário do paciente sobre sua história de saúde, terapias e medicamentos prescritos, conforme apropriado;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscaras, avental);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.2 Semiotécnica:

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Assegurar as condições do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante a entrevista.
- Orientar sobre a posição adequada para a entrevista, conforme necessidade.

Coleta de dados da entrevista

- Coletar os dados utilizando os formulários padronizados, conforme apropriados (da disciplina ou da instituição);
- Avaliar, durante a entrevista, a capacidade do paciente em compreender as perguntas e se há necessidade de reformulação para maior clareza;
- Considerar e respeitar as barreiras culturais e socioeconômicas para a resposta do paciente a determinados temas abordados durante a entrevista;
- Responder as perguntas do paciente avaliando a compreensão quanto às informações prestadas;
- Envolver os familiares durante a coleta de dados da entrevista, conforme necessário.

Os dados a seguir, compõem os itens da entrevista clínica com a descrição da abordagem a ser realizada junto ao paciente. O entrevistador deverá familiarizar-se com os tópicos principais e entender que o curso das perguntas irá depender das respostas do entrevistado. Dessa forma, a recomendação é utilizar-se das técnicas adequadas da comunicação e deixar fluir o diálogo sem se preocupar em seguir, rigorosamente, a sequência dos tópicos contidos no Histórico de Enfermagem. O cruzamento das diversas informações prestadas pelo paciente faz parte do processo investigativo do entrevistador e servirá de guia para a identificação dos problemas reais e de risco apresentados pelo paciente e posteriormente, para o planejamento e implementação de intervenções de enfermagem.

Elementos componentes da coleta de dados durante o exame físico

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: deverá ser completo e o menos abreviado possível e como gostaria de ser chamado (em estudos, colocar letras iniciais). **Enfermaria, Leito e Prontuário:** em números

Idade/Data nascimento: dia, mês e ano; **Sexo:** Feminino (fem.), Masculino (masc.); **Gênero:** autopercepção ou a forma como a pessoa se vê socialmente.

Cor: branca/preta/parda/indígena/amarela;

Estado civil: solteiro, casado, separado, divorciado, viúvo (status de relacionamento: namorado, noivo, união estável).

Escolaridade: (analfabeto- assina o nome, alfabetizado- lê e escreve), ensino fundamental completo ou incompleto, ensino médio (completo/incompleto), ensino superior (completo/incompleto).

Religião: colocar nome e se é praticante ou não

Naturalidade/Nacionalidade: cidade onde nasceu/UF/País.

Procedência: se chegou de sua residência ou de outra instituição.

Profissão: função qualificada **Ocupações:** atual ou anteriores

Grupo sanguíneo (A, B, AB, O) e Fator Rh (+ ou -)

Data/Hora de Admissão: XX/XX/XXXX ____h. **Plano de Saúde:** Particular (especificar); Público (SUS).

OBS: se chegou acompanhado e de quem (especificar), condições em que deu entrada no setor (deambulando, cadeira de rodas, em maca).

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTOS

Motivo da internação: registrar queixas principais ou problemas que motivou a internação relatada pelo paciente ou responsável

▪ Queixa principal do paciente. Deve ser expressa de modo sumário e de preferência com os termos usados pelo doente. Exemplo: “*Dor nas costas há três dias, que aumenta com esforço físico*”.

Hospitalização e tratamentos anteriores: relato sucinto do motivo de outras hospitalizações, tipos de tratamentos (cirurgias, implantes) com data e duração.

Traumas/acidentes: (tipo, data).

Alergias: especificar substância (alimentos, medicações, produtos químicos) e reações.

Doenças agudas e imunopreveníveis: influenza, amigdalites, sarampo, rubéola, varicela, cachumba, coqueluche e outras.

Doenças crônicas transmissíveis (tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, outras), **e não transmissíveis:** doenças cardiovasculares (hipertensão); doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, rinite); doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia); doenças musculoesqueléticas (artrose, osteoporose) doenças renais (nefrite, cálculo renal); doenças neurológicas (epilepsia, Parkinson, Alzheimer), câncer, e outras. **Exposição à IST:** (especificar tipo, época, duração e tratamento).

Medicamentos anteriores: usados antes do internamento (prescrito ou automedicação; tipo, dose, horário);

Terapias alternativas e complementares (especificar): homeopatia, fitoterapia, cromoterapia, terapia floral, acupuntura, musicoterapia, massagem, outras.

Transfusões sanguíneas: (número, tipo, data, motivo); **Doação de sangue** (frequência/ano).

Imunizações (carteira de vacinação): tipo de vacina/doses/cartão atualizado.

Fatores de risco: tabagismo, etilismo, obesidade, perfil sanguíneo alterado, câncer, quimioterapia, radioterapia, outros.

Histórico de doenças na família: registrar doenças (crônicas, degenerativas, adquiridas, autoimunes) e grau de parentesco dos familiares (pais, irmãos, avós, tios, primos, cônjuge e filhos). Se estão vivos ou se falecidos (causa da morte).

HÁBITOS (costumes anteriores ao internamento):

Alimentação e Hidratação: nº refeições diárias, horário e quantidade, o que costuma comer com frequência (massas, frutas, laticínio, carnes, vegetais, cereais, doce, salgado, gorduroso, quente, frio), restrições pessoais e impostas, influências culturais (tabus alimentares), higiene dos alimentos, e ingesta hídrica (copos de água/dia).

Cuidado Corporal/Bucal: frequência e período dos banhos e lavagem do couro cabeludo; frequência de troca de roupas pessoais; lavagem das mãos; frequência da escovação dos dentes, exame dentário periódico.

Sono e repouso: padrão usual de sono (diurno, noturno); nº de horas dormidas; horário para deitar e problemas para adormecer, auxiliares para o sono; hábito em repousar durante o dia.

Atividade física/Exercício físico: atividade física no trabalho e em casa (sentado, em pé), atividade física/esportiva com ou sem orientação; tipo, frequência (diária/semanal), duração (minutos).

Recreação/Lazer/Criatividade: como utiliza o tempo livre, preferências (passeios, viagem, assistir TV, computador, jogos eletrônicos/esportivos, cinema, dança, leitura, trabalhos manuais, outros).

Atividade Sexual, Conhecimento e prevenção de ISTs: atividade sexual iniciada, não iniciada, ativo, inativo, mudanças devido ao estado de saúde/doença; parceiros fixos/variados conhecimento sobre ISTs; uso de métodos contraceptivos / proteção.

Consumo de bebida alcoólica: tipo de bebida, quantidade, frequência, duração do vício; abstinência.

Uso de cigarros: se fuma, se já fumou (início e tempo; tipo e quantidade de cigarros/dia) e se convive com fumantes.

Uso de outras substâncias: Se usou ou usa drogas ilícitas (tipo, quantidade, frequência, duração e abstinência). Se fez ou faz uso de outras substâncias ou tem outros vícios que considera prejudicial à saúde ou que interfere na sua vida (tipo, início e tempo de uso).

COMPOSIÇÃO FAMILIAR E CONDIÇÕES DE MORADIA:

Núcleo familiar (mora com): nº de pessoas residentes, grau de parentesco, presença de animais domésticos (especificar).

Estrutura física da moradia: onde reside (se zona urbana ou rural (cidade ou sítio), características (casa, apartamento, outro); nº de cômodos, tipo de cobertura, parede, piso, escadas, luz elétrica e **Saneamento básico (tratamento de água, coleta e tratamento de esgoto e de resíduos sólidos) e condições da rua:** água tratada, rede de esgoto, fossa, coleta do lixo; rua de terra, calçada, asfaltada, com iluminação, esgoto a céu aberto, terreno baldio, outro.

Recursos da comunidade próximo à moradia: posto de saúde, escola, ginásio, comércio, farmácia, etc.

INTERAÇÃO PSICOSSOCIAL:

Relacionamento conjugal e familiar: relação com cônjuge, filhos, pais, irmãos e outros familiares.

Ajustamento social e ambiental: relacionamento com amigos, pessoas da comunidade e do trabalho; adaptação a lugares e/ou situações novas.

Capacidade para Resolução de problemas: como conduz os problemas ou situações do cotidiano que requeiram a tomada de decisões (com facilidade ou não); costuma resolver sozinho, pede ajuda.

Equilíbrio Emocional: apresenta ansiedade, depressão, negação, euforia, raiva, carência, medo.

Suporte Financeiro: possui renda própria ou depende de outros para suprir suas necessidades; tem plano de saúde ou possui recursos para tratamento; utiliza o serviço público (SUS) para tratamento.

Conhecimento sobre a doença e tratamento atual: está orientado ou não sobre suas condições de saúde/doença/tratamento; prefere falar ou ignorar o problema; quer que a família ou outra pessoa tome conhecimento. O que gostaria de perguntar ou falar.

Condições apresentadas pelo paciente para o autocuidado: independente para o autocuidado, precisa de ajuda parcial (especificar), totalmente dependente (quem presta os cuidados no domicílio).

APOIO PSICOESPIRITUAL

Espiritualidade/Crença/Fé: se tem ou não crença/fé; se a crença/fé tem importância ou influência na vida, nas condições de saúde/doença; se busca apoio espiritual e de quem (pessoas, religiosos).

SINAIS VITAIS E MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: Aferir os SSVV e as medidas antropométricas seguindo as orientações das aulas práticas e anotar utilizando valores e abreviações padronizados.

IMPRESSÕES SOBRE O PACIENTE DURANTE A ENTREVISTA – descrição sumária da impressão subjetiva do entrevistador a respeito do paciente (comunicativo, colaborativo, otimista, desanimado, não aceita o problema, as condições ou doença).

DADOS DE INTERESSE PARA A ENFERMAGEM: Devem ser anotados os dados obtidos do prontuário e de registros para complementar informações do paciente: prescrições médicas e de enfermagem mais recentes; resultados de exames laboratoriais, e outros exames: Radiografia, Ultrassonografia (USG), Ressonância Magnética (RM), Tomografia Computadorizada (TC).

7. Recomendações

- Utilizar as técnicas de entrevista conforme a necessidade;
- Investigar com respeito à dignidade humana (tratar a pessoa pelo nome formal: sr., sra., srta., ...);
- Salvar o direito da pessoa entrevistada à privacidade;
- Ser honesto com a pessoa entrevistada;
- Respeitar as crenças culturais e religiosas do entrevistado.




8. Referências

BARROS, ALBL e cols. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Rio de Janeiro: Artmed, Grupo A, 2021. *E-book*. ISBN 9786558820284. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820284/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

JENSEN, Sharon. **Semiologia para Enfermagem -Conceitos e Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2013. *E-book*. ISBN 978-85-277-2403-6. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2403-6/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

POTTER, PA., PERRY. AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.^a Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 10/2023
Título do Documento	<i>EXAME FÍSICO GERAL</i>	N° Páginas: 03
Elaborado por: Prof. ^a Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.
Revisado por: Prof. ^a Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof. ^a Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly		

1. Objetivo

Fornecer instruções para a prática do exame físico geral, conduzindo o discente a aplicar os métodos propedêuticos adequados e os parâmetros de mensuração para identificação de aspectos normais ou anormais das condições gerais do corpo e do comportamento de pessoas adultas e idosas.

2. Conceito

O estado geral é a impressão que o examinador tem a respeito das condições gerais de saúde da pessoa examinada desde o seu estado nutricional, aparência de doença aguda ou crônica e o modo como se apresenta para o exame. Consiste na inspeção do comportamento e levantamento de dados gerais, independentemente dos vários sistemas orgânicos ou segmentos corporais, possibilitando uma visão global do paciente. Inclui a inspeção do estado geral, biotipo, tipo somático, peso, altura, circunferência abdominal, estado emocional e consciência, higiene e aparência pessoal, mucosas, pele e tecido subcutâneo, fâneros (cabelos, pelos e unhas). Inclui também os sinais vitais: temperatura, respiração, pressão arterial e frequência cardíaca.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem (LTE), ambulatórios e unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidades

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

- Materias para aferição dos sinais vitais (termômetro clínico, esfigmomanômetro, estetoscópio).
- Balança, fita métrica, lanterna clínica, espátula, luvas descartáveis, caneta e bloco de notas.

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo

Treinamento da prática no LTE

1. Revisar o conteúdo teórico sobre exame físico geral;
2. Formar duplas para a realização do exame físico (examinador e examinado);
3. Reunir o material necessário para o procedimento;
4. Avaliar as condições do ambiente para o exame (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
5. Dirigir-se ao colega a ser examinado e explicar o procedimento;
6. Orientar o colega a ser examinado a assumir a posição adequada;
7. Utilizar os processos de avaliação do exame físico (inspeção, palpação e ausculta) e os parâmetros de mensuração dos sinais vitais, estatura e peso;
8. Anotar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.
9. Inverter os papéis da dupla e realizar o procedimento (itens 3, 4, 5, 6, 7 e 8).

Prática em Cenários de ambulatórios e unidades de internamento hospitalar

- Obter informações no prontuário do paciente sobre sua história de saúde, terapias e medicamentos prescritos, conforme apropriado;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscaras, avental);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.2. Semiotécnica

Inspeção, palpação e Mensuração.

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante o exame;
- Orientar sobre a posição adequada para o exame de cada segmento ou região, conforme necessidade;
- Assegurar as condições do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito (se necessário).

Exame físico geral

- Observar o estado emocional e consciência: se ativo, hipoativo, cooperativo, ansioso, choroso, deprimido, agressivo, deambulando ou acamado, sonolento, torporoso (entorpecido), comatoso (estado de sono profundo com perda da sensibilidade, consciência e motilidade).
- Pesar e medir o paciente e calcular o IMC.
- Medir a circunferência abdominal (CA) com fita métrica na cintura (altura da cicatriz umbilical), com o paciente deitado e em jejum (medir com o paciente em pé para comparação, se necessário).
- Avaliar as condições de higiene: se preservada ou conservada (higiene do corpo, cabelos e unhas e vestuário).
- Inspeccionar as mucosas da conjuntiva labial, bucal, lingual e gengival para coloração (normocorado, palidez, cianose, hipercoloração e icterícia); umidade (se úmidas, ressecadas e com descamação) e integridade (ulcerações, fissuras e tumorações).
- Inspeccionar e palpar a superfície cutânea quanto a temperatura, umidade, textura, turgor, mobilidade, elasticidade, espessura e vascularização.
- Inspeccionar a distribuição do tecido subcutâneo (se harmônica ou abundante, se apresenta alterações tipo lipomas, celulites e processos infiltrativos).
- Inspeccionar os cabelos quanto ao tipo de implantação, distribuição, quantidade, coloração, espessura, consistência, brilho e comprimento.
- Inspeccionar os pelos quanto a espessura, consistência, brilho e comprimento conforme os caracteres sexuais (homem e mulher) e as alterações (hirsutismo e hipertricose).
- Inspeccionar as unhas com relação a consistência, brilho, coloração e continuidade de superfície e as alterações decorrentes de estados carenciais e onicomicoses (micose das unhas).
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.
- Comunicar possíveis alterações dos segmentos examinados ou intercorrências durante o procedimento.

7. Recomendações




- Utilizar os parâmetros de mensuração de sinais vitais, estatura e peso, e os processos de avaliação do exame físico (inspeção, palpação e ausculta), conforme a necessidade.

8. Referências

BARROS, ALBL e cols. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Rio de Janeiro: Artmed, Grupo A, 2021. *E-book*. ISBN 9786558820284. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820284/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

JENSEN, Sharon. **Semiologia para Enfermagem -Conceitos e Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2013. *E-book*. ISBN 978-85-277-2403-6. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2403-6/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

POTTER, PA., PERRY. AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 11/2023
Título do Documento	EXAME FÍSICO – CABEÇA E PESCOÇO	N° Páginas: 03
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly		
		Emissão: 07/03/2023 Próxima revisão: 2025

1. Objetivo

Fornecer instruções para o levantamento de dados de aspectos nomais ou anormais da cabeça, olhos, orelhas, nariz, boca, faringe e pescoço através da inspeção, palpação e ausculta de suas estruturas anatômicas.

2. Conceito

Inclui o exame da cabeça e couro cabeludo, olhos, orelhas, nariz, boca e faringe e o pescoço. O discente deve fazer o levantamento de dados dos sinais e sintomas e examinar a cabeça e o pescoço do paciente.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem (LTE), ambulatórios e unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidades

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

- Lanterna clínica, espátula, estetoscópio, otoscópio, luvas descartáveis, caneta e bloco de anotações.

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo

Treinamento da prática no LTE

1. Revisar o conteúdo teórico sobre o exame da cabeça e do pescoço;
2. Formar duplas para a realização do exame físico (examinador e examinado);
3. Reunir o material necessário para o procedimento;
4. Avaliar as condições do ambiente para o exame (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
5. Dirigir-se ao colega a ser examinado e explicar o procedimento;
6. Orientar o colega a ser examinado a assumir a posição adequada;
7. Utilizar os processos de avaliação do exame físico (inspeção, palpação e ausculta e mensuração) conforme a necessidade;
8. Anotar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.
9. Inverter os papéis da dupla e realizar o procedimento (itens 3, 4, 5, 6, 7 e 8).

Prática em Cenários de ambulatórios e unidades de internamento hospitalar

- Obter informações no prontuário do paciente sobre sua história de saúde, terapias e medicamentos prescritos, conforme apropriado;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;

- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscaras, avental);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.2. Semiotécnica

Inspeção, palpação e ausculta

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante o exame;
- Orientar sobre a posição adequada para o exame de cada segmento ou região, conforme necessidade;
- Assegurar as condições do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito (se necessário).

Exame da Cabeça

- Inspeção e palpação do crânio: observar o tamanho e o formato, palpar o couro cabeludo em busca de nódulos, protrusões ou depressões. Observar presença de movimentos involuntários.
- Inspeção e palpação dos Cabelos: observar a cor, textura, distribuição e condições de higiene.
- Palpação da articulação temporomandibular: colocar as mãos espalmadas sobre as articulações, solicitar que a pessoa abra e feche a boca e observar se os movimentos são suaves, se apresenta limitações, estalidos e dor;
- Palpar as artérias temporais acima do osso zigomático.

Face

- Inspeção da face: observar a expressão facial, o formato e a simetria das estruturas faciais e a pele.

Olhos

- Pesquisar acuidade visual – se diminuída (unilateral ou bilateral); uso de óculos (data do último exame)
- Inspeção das estruturas oculares externas: sobrancelhas, pálpebras e cílios – observar simetria, edema, secreções, lesões, movimentação.
- Examinar a mobilidade visual: pedir que a pessoa acompanhe com os olhos o dedo do examinador que se move nas 4 direções (o movimento deve ser conjugado).
- Inspeção da conjuntiva e esclera: examinar coloração rósea sobre as pálpebras e branca sobre a esclera, observar alterações na cor, presença de edema e lesões.
- Inspeção das pupilas: observar o tamanho, a forma, a localização e a igualdade entre as pupilas; testar reflexo fotomotor (direto e consensual) e acomodação-convergência.

Nariz

- Pesquisar acuidade olfativa
- Inspeção do nariz externo: observar desvio da linha média, deformidades, inflamações ou lesões
- Testar permeabilidade das narinas.
- Inspeção da cavidade nasal: com auxílio de lanterna visualizar mucosa (cor vermelha normal, úmida), septo nasal (desvios).
- Palpação dos seios paranasais: pressionar os seios frontais palpando acima e abaixo das sobrancelhas; pressionar os seios maxilares observar queixas de dor.

Boca

- Pesquisar acuidade gustativa
- Inspeção dos lábios: observar a cor, umidade, fissuras, lesões. Retrair e inspecionar face interna.
- Inspeção dos dentes e gengivas: observar anormalidades de posicionamento, ausência de dentes, presença de cáries. Observar as gengivas: coloração, se apresenta retração, edema ou sangramentos.

- Inspeção da mucosa oral e língua: observar cor, umidade, salivação, lesões.
- Inspeção do palato e da garganta: observar tamanho e posição da úvula, amígdalas (coloração, presença de exsudato).
- Palpação do assoalho da boca para pesquisar de nódulos ou ulcerações.

Ouvidos

- Pesquisar acuidade auditiva: voz sussurada
- Inspeção das orelhas: simetria, tamanho, edema, espessamento, lesões.
- Inspeção com otoscópio
- Movimentar o pavilhão auricular e empurrar o tragus; palpar processo mastoide - deve ser indolor.

Pescoço

- Inspeção, palpação e movimentação.
- Observar a posição da cabeça (centralizada na linha média do corpo) e dos músculos acessórios do pescoço (devem ser simétricos).
- Amplitude de movimento – solicitar que a pessoa realize os movimentos de extensão, flexão e rotação da cabeça (o movimento deve ser suave e controlado). A medida que a pessoa realiza os movimentos, observar se apresenta aumento no volume das glândulas salivares, tireoide e linfonodos.
- **Linfonodos** – Inspeccionar e palpar: pré-auriculares, auricular posterior, occipitais, cervicais superiores, submandibulares, submentonianos, cadeia cervical profunda, cervical posterior e supraclaviculares. Pesquisar características da pele, volume, forma, mobilidade e dor.
- **Traqueia** - Inspeção e palpação: observar a posição (deve situar-se na linha média do pescoço); palpar mobilidade, presença de crepitações ou massas.
- **Tireoide** - Inspeção e palpação: observar o movimento de deglutição; palpar volume (se normal ou aumentado); consistência (normal, firme, endurecida); mobilidade (móvel ou imóvel); superfície (lisa, nodular ou irregular).
- **Artérias carótidas** – palpar as artérias (uma de cada vez) e contar os batimentos.
- **Veias jugulares**: pesquisar ingurgitamento ângulo de 45° (normalmente não visíveis). Observar pulso venoso na base do pescoço (mais nítidos na posição deitada).

7. Recomendações




- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme necessário (luvas, máscaras e outros).
- Utilizar os processos de avaliação do exame físico (inspeção, palpação e ausculta) e os parâmetros de mensuração de sinais vitais, estatura e peso, conforme a necessidade.
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.
- Comunicar possíveis alterações dos segmentos examinados ou intercorrências durante o procedimento.

8. Referencias

BARROS, ALBL e cols. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Rio de Janeiro: Artmed, Grupo A, 2021. *E-book*. ISBN 9786558820284. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820284/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

JENSEN, Sharon. **Semiologia para Enfermagem -Conceitos e Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2013. *E-book*. ISBN 978-85-277-2403-6. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2403-6/> . Acesso em: 13 mar. 2023.

POTTER, PA., PERRY. AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA		
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>		
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 12/2023	Versão: 01
Título do Documento	<i>EXAME FÍSICO ESPECÍFICO DE ÓRGÃOS E DOS SISTEMAS DO CORPO</i>	Nº Páginas: 05	Emissão: 10/03/2023 Próxima revisão: 2025
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.	
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly			

1. Objetivos

Fornecer instruções para a prática do exame físico específico, conduzindo o discente a aplicar os métodos propedêuticos adequados para identificação de aspectos normais ou anormais dos vários sistemas orgânicos, segmentos corporais e órgãos de pessoas adultas e idosas.

2. Conceito

O exame físico específico é a investigação de órgãos e sistemas específicos do corpo do paciente para determinar o seu estado de saúde e requer habilidades na utilização dos processos propedêuticos de inspeção, palpação, percussão e ausculta. Os órgãos e sistemas incluem as mamas, o tórax, e os sistemas respiratório, cardiovascular, digestório, geniturinário, neurológico e músculoesquelético.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem (LTE), ambulatórios e unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidades

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

- Estetoscópio, lanterna clínica, fita métrica, martelo de reflexo, espátula, luvas descartáveis, caneta e bloco de notas.

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo

Treinamento da prática no LTE

1. Revisar o conteúdo teórico sobre os órgãos e sistemas do corpo;
2. Formar duplas para a realização do exame físico (examinador e examinado);
3. Reunir o material necessário para o procedimento;
4. Avaliar as condições do ambiente para o exame (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
5. Dirigir-se ao colega a ser examinado e explicar o procedimento;
6. Orientar o colega a ser examinado a assumir a posição adequada;
7. Utilizar os processos de avaliação do exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta) e os parâmetros de mensuração, conforme a necessidade;
8. Anotar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.
9. Inverter os papéis da dupla e realizar o procedimento (itens 3, 4, 5, 6, 7 e 8).

Prática em Cenários de ambulatórios e unidades de internamento hospitalar

- Obter informações no prontuário do paciente sobre sua história de saúde, terapias e medicamentos prescritos, conforme apropriado;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscaras, avental);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.2. Semiotécnica

Inspeção, palpação, percussão e ausculta

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante o exame;
- Orientar sobre a posição adequada para o exame de cada segmento ou região, conforme necessidade.
- Assegurar as condições do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito (se necessário).

Mamas e Axilas:

- Utilizar os processos de inspeção e palpação durante o exame físico das mamas e axilas;
- Observar as mamas quanto tamanho, forma, simetria, posição, padrão venoso, cor e textura da pele e aréola.
- Dar atenção aos achados anormais como assimetria, alterações na pele (cicatrizes, sinais de inflamação, edema e enrugamento), retração da aréola ou do mamilo (plano), inversão mamilar (invertido), drenagem de secreção papilar uni/ bilateral espontânea (galactorréia), edema, ulcerações, fissuras, hipersensibilidade, ausência de ereção aos estímulos.
- Observar as axilas e avaliar erupções da pele, pigmentação incomum e outras anormalidades.
- Palpar as mamas em cada quadrante (QSE=> QSI=>QII=>QIE=>), com movimentos circulares no sentido horário, comprimindo delicadamente o tecido mamário contra a parede torácica.
- Avaliar, durante a palpação, a elasticidade e consistência dos tecidos, resposta a estímulos táteis, sensibilidade dolorosa, presença de massas ou caroços ou outras anormalidades.
- Palpar o mamilo e a aréola com compressão mamilar para detectar secreções.
- Palpar as áreas axilares e as regiões supra e infraclaviculares em busca de nódulos linfáticos.
- Realizar o levantamento de dados sobre as medidas de detecção precoce de cancer de mamas (feminino e masculino).
- Realizar o exame das mamas masculinas durante o exame do tórax, inspecionando mamilo e aréola quanto à existência de nódulos, edemas e ulcerações. Mamas aumentadas podem ser resultantes de obesidade (tecido adiposo de consistência amolecida) ou aumento glandular (tecido glandular firme = ginecomastia)
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.

Tórax e Sistema respiratório

- Utilizar os processos de inspeção, palpação e ausculta durante o exame físico do tórax e sistema respiratório;

- Coletar a história do paciente (profissão, procedência, histórico social, tabagismo, etilismo, condições de habitação, animais domésticos e histórico pessoal e familiar de doenças alérgicas, malignas, contagiosas);
- Inspeccionar a parede torácica para forma e contorno, deformidades ou assimetrias, coloração da pele;
- Observar se há sofrimento respiratório, particularmente enquanto o paciente fala ou se movimentar;
- Observar quaisquer sinais ou sintomas como redução do estado de alerta mental, sonolência, cianose, hemoptise, dor, tosse e expectoração;
- Inspeccionar as membranas mucosas (lábios e língua), as mãos e os pés para cianose;
- Observar o padrão da respiração e aferir a frequência respiratória sem que o paciente perceba.
- Palpar o tórax anterior e posterior (ápices e bases pulmonares) para avaliar a expansão e qualquer assimetria.
- Palpar a parte anterior e posterior do tórax para frêmito toracovocal (FTV).
- Auscultar o tórax bilateralmente (anterior e posterior) verificando a presença e a natureza dos murmúrios (regiões brônquica, broncovesicular e vesicular).
- Observar quaisquer sons respiratórios anormais, enfatizando as regiões.
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.

Sistema Cardiovascular

- Utilizar os processos de inspeção, palpação e ausculta durante o exame físico do sistema cardiovascular;
- Coletar a história do paciente: hábitos e preferências alimentares (gordura, carne vermelha, sal, líquidos); história pessoal e familiar e fatores de risco (hipertensão, hiperlipidemia, diabetes melito, tabagismo, uso de álcool, obesidade, sedentarismo, estresse, anticoncepcionais);
- Observar a face do paciente para características de ansiedade, angústia, dispnéia ou achados de doenças específicas;
- Inspeccionar sinais e sintomas como dor torácica, palpitação, cansaço, fadiga, cianose, síncope, edema de MMII, claudicação, varizes;
- Inspeccionar as mãos para temperatura, sudorese e cianose periférica, examinando as unhas para baqueteamento ou hemorragias puntiformes;
- Palpar o pulso radial e avaliar a velocidade e o ritmo, comparando os pulsos em ambos os braços;
- Localizar e palpar o pulso braquial e avaliar o seu caráter (velocidade e ritmo);
- Aferir a Pressão Arterial em ambos os braços, e avaliar os resultados quanto as pressões sistólica, diastólica e pressão diferencial ou de pulso;
- Palpar o pulso carotídeo e avaliar seu caráter (velocidade e ritmo);
- Inspeccionar o precórdio e avaliar a presença de qualquer pulsação anormal (tórax do paciente exposto);
- Palpar o precórdio, localizar o ictus e avaliar seu caráter (velocidade e ritmo);
- Localizar os focos de ausculta cardíaca (aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral) e proceder a ausculta dos sons ou bulhas dando atenção ao ritmo, intensidade e frequência;
- Palpar os pulsos femorais, poplíteos e pediosos e avaliar seu caráter (velocidade e ritmo);
- Pesquisar edema (maleolar ou sacral);
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.

Sistema digestório

- Utilizar os parâmetros de mensuração da circunferência abdominal, estatura e peso, e os processos de inspeção, palpação, percussão e ausculta durante o exame físico do sistema digestório;

- Identificar dados semiológicos relacionados as estruturas do sistema digestório: polifagia, anorexia, emagrecimento, dor, dispepsia, disfagia, náusea, vômito, halitose, pirose, eructação, hematêmese; icterícia, constipação, diarreia, melena, hemorroidas, fissuras e fístulas, sangue nas fezes.
- Inspeccionar a forma do abdome, a pele e fâneros observando abaulamentos localizados, cicatrizes, estrias, manchas, circulação colateral e distribuição de pelos.
- Auscultar os ruídos hidroaéreos (RHA) nos quatro quadrantes, iniciando pelo quadrante inferior direito e finalizando no quadrante inferior esquerdo, fazendo referência sobre sua localização (quadrantes).
- Realizar a percussão, considerando os quadrantes, investigando timpanismo e macicez.
- Iniciar a palpação superficial progredindo de forma contínua e uniforme em todos os quadrantes, investigando a tensão e sensibilidade dolorosa.
- Realizar a palpação profunda do fígado e do baço, investigando sensibilidade dolorosa e aumento de vísceras.
- Palpar a região dos intestinos para identificar massas.
- Realizar a compressão/descompressão brusca do abdome na fossa ilíaca direita (ponto de McBurney) buscando sinais de dor (Sinal de Blumberg).
- Medir a circunferência abdominal tomando como parâmetro a linha da cicatriz umbilical.
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.

Sistema Geniturinário

- Utilizar os processos de inspeção, palpação e percussão durante o exame físico do sistema geniturinário;
- Realizar o levantamento de dados das vias urinárias, identificando as características da urina (oligúria, disúria, anúria, colúria, hematúria, piúria, glicosúria, poliúria, polaciúria, enurese, nictúria).
- Inspeccionar os rins, investigando processos inflamatórios, aumento do volume, história de rins policísticos.
- Fazer a percussão dos rins, colocando a mão espalmada sobre o ângulo costovertebral (no nível da 11° e 12° costela) e aplicando um golpe com a superfície ulnar do punho da mão oposta, para investigar sinais de dor.
- Inspeccionar a região suprapúbica quanto a abaulamentos, depressões ou processos inflamatórios;
- Fazer a palpação da bexiga na região suprapúbica, com as mãos em garra, aprofundando-as na expiração, deslizando de fora para dentro, buscando abaulamentos ou queixas de dor;
- Realizar o levantamento de dados dos genitais (masculinos e femininos), quanto a presença de dor ou desconforto, edema, lesões, irritações, secreções, alterações no padrão menstrual, aumento de próstata, doenças sexualmente transmissíveis.
- Realizar o levantamento de dados sobre os cuidados preventivos de ISTs, medidas de detecção precoce de câncer feminino e masculino (bexiga, próstata, útero, ovários).
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.

Sistema Neurológico

- Utilizar os processos de inspeção, palpação e percussão durante o exame físico do sistema neurológico;
- Fazer o levantamento de dados semiológicos que indiquem a presença de dor, tontura, vertigem, lipotimia, convulsão, náusea, vômito, sudorese, entre outros;
- Avaliar a função cerebral (estado mental), nível de consciência e percepção, comportamento, memória (remota, intermediária e atual), marcha, postura, coordenação estática e dinâmica;
- Realizar as provas para avaliação neurológica:
 - ✓ Prova Romberg (teste do equilíbrio estático) – pedir ao paciente para manter-se em posição ortostática, com os olhos abertos, por cerca de 1 minuto. Depois, fechar os olhos e permanecer parado por mais 1 minuto. (na presença da visão o equilíbrio é mantido, sem o apoio da visão sua capacidade de se equilibrar-se fica alterada).

- ✓ Prova de Lewinson (meningite) - Avaliar se o paciente toca o tórax com o mento sem abrir a boca.
- ✓ Prova de Brudzinski: Com o paciente em decúbito dorsal, o examinador faz uma flexão forçada da cabeça do paciente, apoiando a outra mão em seu tórax. É positivo quando o paciente flete os membros.
- ✓ Exame dedo-nariz (disfunção cerebelar);
- Realizar os testes de Percepção sensorial (tátil com algodão/caneta), térmica (calor/frio), dolorosa (com objeto pontiagudo).
- Realizar os testes de reflexos tendinosos de **MMSS** (Biceps e Triceps) e **MMII** (Patelar, Aquileu, reflexo plantar);
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.

Exame musculoesquelético:

- Utilizar os processos de inspeção, palpação, percussão e movimentação durante o exame físico do sistema musculoesquelético;
- Fazer o levantamento de dados como higiene, alimentação, movimentação, transporte, lazer, atividade ocupacional, peso, e sinais e sintomas de inflamação (dor, calor, rubor, edema), fraqueza, plegias, parestesias, inflamação, artralguas, crepitações, limitação das funções;
- Identificar alterações na massa muscular, tônus e força muscular dos MMSS e MMII, mobilidade e ruídos articulares músculos (atróficos e eutróficos).
- Inspeccionar coluna, ombros e cotovelos, avaliando alinhamento, postura, coordenação motora, dor, desconforto, escoliose, cifose, lordose;
- Avaliar as articulações utilizando a palpação e movimentação (amplitude, limitação e dor);
- Avaliar a cabeça e tronco, pedindo ao paciente para realizar flexão, extensão, rotação e inclinação lateral;
- Avaliar as mãos (abrir e fechar, palpar as articulações dos dedos e punho).
- Avaliar os joelhos (estender e fletir, palpar as laterais da rótula, comprimir a rótula), quadril (estender os membros, girar a perna, fletir a perna), tornozelos e pés.
- Investigar outros dados de interesse para Enfermagem (outras queixas, circunstâncias e condições na admissão, automedicação).
- Registrar os dados do exame físico no histórico de enfermagem na sequência de utilização dos processos.

7. Recomendações




- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) conforme necessário (luvas, máscaras e outros).
- Proceder o aquecimento das mãos e do estetoscópio antes de tocar a parede abdominal para exame.

8. Referências

BARROS, ALBL e cols. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação Diagnóstica de Enfermagem no Adulto**. Rio de Janeiro: Artmed, Grupo A, 2021. *E-book*. ISBN 9786558820284. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820284/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

JENSEN, Sharon. **Semiologia para Enfermagem -Conceitos e Prática Clínica**. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2013. *E-book*. ISBN 978-85-277-2403-6. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2403-6/>. Acesso em: 13 mar. 2023.

POTTER, PA., PERRY. AG. **Fundamentos de Enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA		
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>		
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 13/2023	Versão: 01
Título do Documento	<i>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) PROCESSO DE ENFERMAGEM</i>	N° Páginas: 03	Emissão: 14/03/2023 Próxima revisão: 2025
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.	
Revisado por: Prof.ª Dra. Cleide Rejane Damaso de Araújo Prof.ª Dra. Cizone Maria Carneiro Acioly			

1. Objetivo

Estabelecer instruções para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do processo de enfermagem (histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação) com foco nas necessidades básicas de cuidados de saúde de pessoas adultas e idosas.

2. Conceito

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a metodologia científica utilizada pelo enfermeiro na prática assistencial para aplicar seus conhecimentos técnicos, científicos e humanos contribuindo para a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem. Organiza o trabalho dos profissionais de Enfermagem, quanto ao método (Processo de Enfermagem), ao pessoal (enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem) e aos instrumentos e técnicas (formulários de coleta de dados, de diagnósticos, planejamento e avaliação, protocolos, escalas de serviços, etc.), tornando possível a implementação do Processo de Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) preconiza que a assistência de enfermagem deve ser sistematizada implementando-se o Processo de enfermagem (PE). A Resolução COFEn 358/2009 preconiza: Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem; Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes: Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem. Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. O Processo de Enfermagem é, portanto, um processo dinâmico e sistemático que direciona o enfermeiro para o julgamento clínico e a tomada de decisão com vistas a prestação do cuidado individualizado e de qualidade.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem (LTE), ambulatórios e unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidades

Professores, monitores e discentes de Enfermagem das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I e II.

5. Material necessário

- Formulários próprios das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem I e Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II disponibilizados no site SIGAA.

- Formulários padronizados da clínica médica do HULW utilizados na Sistematização da Assistência de Enfermagem com pacientes internados.
- Prontuário do paciente
- Canetas e bloco de anotações

6. Descrição do procedimento

6.1 Treinamento da prática no LTE

- A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é aplicada pelos discentes matriculados nas disciplinas de Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem.
- O Processo de Enfermagem segue as etapas do histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação e tem como base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de HORTA.
- Para a etapa do histórico de enfermagem são utilizados formulários (Entrevista clínica e exame físico) elaborados para as disciplinas.
- Para a etapa dos diagnósticos de enfermagem são utilizadas as classificações NANDA-I e CIPE®.
- Para a etapa do planejamento são utilizadas as classificações NOC, NIC e CIPE®.
- Os docentes das disciplinas são os responsáveis por orientar os discentes na elaboração das etapas do processo de enfermagem com o auxílio de monitores.
- Os discentes realizam a coleta de dados entre seus pares, utilizando os formulários de entrevista clínica e exame físico para preenchimento do histórico de enfermagem.
- Os discentes identificam e destacam os problemas e estabelecem os diagnósticos de enfermagem (NANDA-I e CIPE®).
- Os discentes elaboram um plano de cuidados estabelecendo resultados esperados e intervenções de enfermagem (NOC, NIC e CIPE®).
- Os discentes, em conjunto com os docentes e monitores das disciplinas, discutem os resultados em rodas de conversa, para avaliação e sugestões de mudanças que se fizer necessário.
- Os discentes elaboram a evolução de enfermagem, com base no registro da entrevista clínica e nos dados do exame físico realizado entre os pares, e registram no item “Dados de interesse para a enfermagem” do Formulário.

6.2 Prática na Clínica médica do HULW

- Na prática clínica, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) segue os formulários das disciplinas e os padronizados da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW).
- O Processo de Enfermagem (PE) segue as etapas do histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação, e tem como base a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de HORTA.
- Os docentes das disciplinas são os responsáveis por orientar os discentes na elaboração das etapas do processo de enfermagem com o auxílio de monitores.
- Para a etapa dos diagnósticos e intervenções de enfermagem são utilizadas as classificações adotadas pela clínica médica do HULW (NANDA-I, NOC, NIC).
- Os discentes realizam a coleta de dados com os pacientes internados preenchendo os históricos de enfermagem utilizados nas disciplinas e na clínica médica.
- Os discentes destacam do histórico de enfermagem, os problemas apresentados pelos pacientes e identificam as necessidades básicas afetadas.
- Os discentes de Semiologia I destacam os diagnósticos e as intervenções de enfermagem registradas pelos enfermeiros da clínica médica nos planos de cuidados dos pacientes.

- Os discentes de Semiologia II identificam os diagnósticos a partir da coleta realizada com os pacientes e elaboram as intervenções de enfermagem.
- Os discentes de Semiologia I e Semiologia II confrontam os problemas/necessidades afetadas identificadas no paciente, com os diagnósticos e as intervenções constantes nos planos de cuidados registrados pelos enfermeiros e checam a coerência entre as etapas do PE.
- Os discentes, em conjunto com os docentes e monitores das disciplinas, se reúnem em rodas de conversa para avaliação dos resultados (correlações e/ou inconsistências) e sugestões que se fizer necessário.
- Os discentes elaboram a evolução de enfermagem com base no registro da entrevista clínica, dos dados do exame físico, das informações obtidas de familiares/acompanhantes, outros profissionais de saúde e do prontuário.
- Os discentes registram a evolução de enfermagem no item “Dados de interesse para a enfermagem” do Formulário.

7. Recomendações

- Revisar os instrumentos básicos de comunicação, observação, destreza manual e criatividade para a entrevista e o exame físico.
- Estabelecer prioridade ao destacar os diagnósticos de enfermagem.
- Assegurar o cuidado/intervenção prescrito baseado em evidências observadas/apresentadas pelo paciente.
- Elaborar o plano de cuidados individualizado, com ênfase no ser humano e não na doença.

8. Referências

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico.** 8 ed. Porto Alegre. Artmed, 2014.

Classificação das Intervenções de Enfermagem NIC. BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

Classificação dos resultados de enfermagem NOC: mensuração dos resultados em saúde. Moorhead S [et al.]; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 6 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 358/2009.** Sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html




Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2021-2023. Organizadoras, Herdman, T.H. Kamitsuru, S. Lopes, CT; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 12. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2021.

GARCIA, TR. **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. CIPE® Versão 2019-2020.** Porto Alegre: Artmed, 2020.

HORTA, WA. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

POTTER, PA, PERRY. AG. **Fundamentos de Enfermagem.** 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

Procedimentos Operacionais Padrão (Pops)
Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.^a Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 14/2023
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO DE ENEMA	N° Páginas: 03
Elaborado por: Prof. ^a Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 11/04/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof. ^a Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof. ^a Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof. ^a Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre enema / lavagem intestinal de modo a preparar o discente nas habilidades técnicas necessárias ao atendimento de pessoas adultas e idosas hospitalizadas com necessidades de eliminação intestinal.

2. Conceito

O enema / lavagem intestinal consiste na introdução de uma solução no reto e cólon sigmoide por meio de sonda retal, também denominado de enteroclistma, para alívio temporário da constipação, esvaziamento do cólon nas situações em que o organismo não consegue eliminar o conteúdo fecal por meios fisiológicos, na remoção de melena, na instilação de determinados medicamentos, e ainda para o preparo de cólon nas situações de exames radiológicos ou cirurgias. Os tipos de soluções mais utilizadas são solução glicerínada; solução hipertônica de cloreto de sódio e solução oleosa. O volume máximo permitido para a lavagem intestinal depende da idade do paciente: Lactante: 150 a 250 ml; Pré-escolar: 250 a 350 ml; Escolar: 300 a 500 ml; Adolescente: 500 a 750 ml; Adulto: 750 a 1.000ml. Quando a quantidade de solução infundida é menor (de 50ml a 500ml) é denominada clister ou enema. Os tipos de enema são de limpeza (ou evacuação) e de retenção, sendo o de limpeza usado para o tratamento da obstipação, de fecalomas ou de retenção fecal em geral. O enema de retenção pode ser à base de óleo para lubrificar o reto, tornando as fezes mais moles e fáceis de serem eliminadas; carminativo para aliviar a distensão gasosa, facilitando a eliminação de flatos; e medicamentoso que contém fármacos (a exemplo da solução de neomicina), usado para diminuir a flora bacteriana do cólon antes de cirurgia retal.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material

- Solução prescrita
- Suporte de soro
- Equipo macrogotas
- Gaze
- Sonda retal

- Luvas de procedimento
- Impermeável
- Comadre ou fraldas descartáveis
- Papel higiênico

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre lavagem intestinal e enema;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar a anotação de acordo com as orientações fornecidas para o tipo de lavagem intestinal.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir na prescrição médica o motivo da realização (de limpeza, administração de medicamento ou redução de distensão), quantidade e tipo de solução e recomendações durante o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário.
- Reunir os EPIs recomendados durante o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções;

6.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas antes e após o procedimento;
- Orientar sobre a posição adequada para o procedimento, conforme necessidade.
- Avaliar as condições do paciente (histórico de hemorroidas, dor e sangramento retal e problemas de constipação ou diarreia recorrentes);
- Assegurar as condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito.

Técnica

- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Colocar os EPIs necessários (máscara, avental, touca e óculos de proteção) e calçar as luvas;
- Auxiliar o paciente a posicionar-se (decúbito lateral esquerdo com o joelho direito fletido);
- Colocar lençol impermeável ou absorvente sob os quadris e glúteos;
- Cobrir o paciente com o lençol protetor, deixando apenas a área retal descoberta;
- Aquecer a solução aquecida (a 37°C) de acordo com a prescrição médica;
- Conectar a solução à sonda retal;
- Lubrificar a sonda com a própria solução que será introduzida/irrigada;
- Separar gentilmente as pregas interglúteas/nádegas com auxílio de gazes e localizar o ânus;
- Instruir o paciente a relaxar inspirando e expirando lentamente através da boca;
- Introduzir a sonda lentamente no ânus, cerca de 5 a 7,5 cm nas crianças e 7,5 a 10 cm no adulto;
- Apertar o frasco até que toda a solução tenha penetrado no reto e colon;
- Determinar a altura apropriada da bolsa, (instilação) o volume de solução, a velocidade de instilação e o manuseio correto do tubo;
- Retirar a sonda retal e comprimir as nádegas;

- Encorajar o paciente a reter o líquido até que sinta urgência para defecar;
- Oferecer a comadre, colocar fraldas ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário de acordo com as condições clínicas;
- Monitorar as características da fezes e da solução (cor, quantidade e aspecto);
- Auxiliar ou realizar a higiene perineal, conforme necessário;
- Deixar o paciente confortável;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem;
- Registrar no prontuário o procedimento (quantidade e características das eliminações), a tolerância e queixas do paciente.

7. Recomendações

- Observar o tamanho da sonda retal, conforme o paciente (adulto: 22 a 30 Fr.; criança: 12 a 18 Fr).
- Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência;
- Observar lesões de pele e mucosas antes e após o procedimento;
- Observar sinais de sangramento retal e dor abdominal, antes e após o procedimento;
- Interromper a infusão imediatamente, na ocorrência de desconforto abdominal, palpitações, palidez e falta de ar.




8. Referências

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática.** 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnicas básicas de enfermagem.** 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari. 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA		
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.^a Amaísa Lins Batista</i>		
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 15/2023	Versão: 01
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL BUCAL	N° Páginas: 04	Emissão: 25/04/2023 Próxima revisão: 2025
Elaborado por: Prof. ^a Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.	
Revisado por: Prof. ^a Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof. ^a Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof. ^a Dra. Marta Miriam Lopes Costa.			

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre a administração de medicamentos por via oral / bucal de modo a conduzir o discente a desenvolver as habilidades técnicas adequadas ao atendimento de pessoas adultas e idosas em uso de medicamentos.

2. Conceito

A administração de medicamentos consiste em uma atividade que implica na execução segura de técnicas específicas onde o foco da atenção dos profissionais de enfermagem se estende em saber desde os conhecimentos básicos de anatomia, fisiologia, farmacologia, psicologia, ética, até as informações sobre os medicamentos como a ação, o propósito, a dosagem e aprazamentos dos horários, as vias e os efeitos colaterais, a avaliação e eficácia das medicações administradas.

O método de administração de medicamentos por via oral/ bucal pode ser por deglutição ou gavagem e sublingual e a absorção ocorre na mucosa oral, estômago e intestino delgado. A excreção é feita pelos pulmões, pele, intestino e rins. As vantagens por essa via é ser conveniente, confortável, econômica e raramente causar ansiedade e tem como desvantagens a possibilidade de irritar a mucosa gástrica, interferir na digestão, provocar náuseas e vômitos; descolorir ou manchar os dentes ou ter gosto desagradável. As contra indicações por essa via: evitar aplicação em pacientes com alteração na função gastrointestinal, náuseas e vômitos, motilidade reduzida (por anestesia geral, inflamação intestinal) e ressecção cirúrgica de parte do trato gastrointestinal; evitar aplicação em pacientes incapazes de deglutir, inconscientes ou confusos; em pacientes submetidos à sucção gástrica e antes de certos exames ou cirurgias.

3. Campos de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) da disciplina Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Materiais

Bandeja contendo:

- Luvas de procedimentos;
- Cuba rim;
- Copos descartáveis;
- Medicação e/ou medicações prescritas a serem preparadas;
- Etiqueta de identificação.

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo inicial

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre administração de medicamentos - via oral / bucal;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar a anotação conforme as orientações fornecidas para os tipos de vias de administração.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Rever o prontuário do paciente para quaisquer limitações ou recomendações durante o procedimento;
- Conferir na prescrição médica do paciente, o tipo de medicamento a ser administrado e quaisquer recomendações durante o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscara, e outros, se necessário);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas antes e após o procedimento;
- Coletar informações pessoais sobre uso de medicamentos (reações alérgicas, medicamentos de uso contínuo, possíveis interações medicamentosas e contraindicações), e influências culturais e comportamentais para a automedicação;
- Avaliar as condições físicas (peso, sexo, idade, estado nutricional), funcionamento dos sistemas orgânicos e as condições emocionais e psicológicas (conhecimento em relação à droga);
- Orientar sobre a posição adequada para o procedimento, conforme necessidade.
- Assegurar as condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);

Administração de Comprimidos, Cápsulas, Drágeas, Pós Oraís

- Separar o medicamento conforme a prescrição médica;
- Preparar o medicamento seguindo as normas da instituição e a técnica correta;
- Administrar os comprimidos, cápsulas e drágeas com um copo cheio de água.
- Preparar as apresentações em forma de pó oral um pouco antes de ser ingeridas, seguindo as orientações de diluição para o medicamento.
- Orientar a tomar a medicação logo após a diluição.

Suspensão Oral

- Separar o medicamento conforme a prescrição médica;
- Preparar o medicamento seguindo as normas da instituição e a técnica correta;
- Sacudir bem o frasco do medicamento para misturar as partículas que se depositam no fundo da embalagem;
- Usar a colher ou copo medida que acompanha a embalagem do produto para medir a dose do medicamento garantindo a quantidade correta a ser administrada;
- Colocar o medicamento na colher ou copo, observando a quantidade recomendada (2,5 ml, 5 ml, 7,5 ml, 10 ml, etc.);
- Orientar a tomar a medicação, ingerindo logo após, um copo de água.

Comprimidos Sublinguais

- Separar o medicamento conforme a prescrição médica;
- Preparar o medicamento seguindo as normas da instituição e a técnica correta;
- Orientar a colocar o comprimido embaixo da língua e a fechar a boca;
- Orientar a manter a boca fechada, retendo a saliva na boca, sem engolir, até que o comprimido se dissolva completamente;
- Informar que o gosto amargo, é sinal de que o comprimido ainda não foi completamente absorvido e de que deve permanecer retendo a saliva por mais algum tempo;
- Orientar a engolir a saliva após a completa dissolução do medicamento, e só depois beber ou comer.

Sprays para Garganta

- Separar o medicamento conforme a prescrição médica;
- Preparar o medicamento seguindo as normas da instituição e a técnica correta;
- Abrir bem a boca e apertar o spray, procurando atingir toda a parede da garganta.
- Fechar a boca e procurar não engolir a saliva durante 1 ou 2 minutos.
- Só beber água, ou outro líquido, após um bom tempo. Quanto mais a medicação permanecer em contato com a garganta, melhor será o seu efeito.

7. Recomendações

7.1 Durante o preparo e administração:

- Preparar o medicamento em local bem iluminado e evitar distrações ou conversas paralelas;
- Retirar os comprimidos dos frascos com a ajuda da tampa ou com gaze limpa, evitando tocá-los com os dedos;
- Não partir drágeas, não abrir as cápsulas e nem colocar medicamentos em pó diretamente na boca;
- Derramar o líquido do frasco pelo lado contrário ao do rótulo, enxugar o gargalo do frasco com papel toalha, lenço ou gaze antes de recolocar a tampa;
- Segurar o copo de medicamento graduado ou medida ao nível dos olhos e colocar o polegar no copo marcando o volume desejado;
- Seguir corretamente os “seis certos” da administração de medicamentos: ***paciente certo, medicamento certo, dose certa, via certa, hora e intervalos certos, registro certo***;
- Resolver as dúvidas do paciente sobre o uso do medicamento antes de administrá-lo (nome, propósito terapêutico);
- Ao administrar vários medicamentos a um paciente usar a seguinte sequência: comprimidos e cápsulas=> líquidos diluídos=> líquidos sem serem diluídos=>comprimidos sublinguais e bucais;
- Permanecer junto ao paciente até que toda a medicação tenha sido deglutida;
- Não deixar o medicamento na mesa de cabeceira do paciente; não permitir que outro paciente o administre; nem administrar medicamentos preparados por outras pessoas;
- Checar o medicamento na prescrição médica após a administração;
- Anotar no relatório de enfermagem logo que o medicamento for administrado (nome, dose, via e hora; recusa e reações do paciente ao medicamento).

7.2 Precauções para prevenção de erros

- Ler cuidadosamente os rótulos dos medicamentos antes de administrá-los;
- Questionar a administração de vários comprimidos ou frascos para uma única dose;
- Questionar aumentos abruptos e excessivos das doses;
- Consultar fonte de informação segura sempre que um medicamento novo ou pouco familiar for prescrito;
- Estar alerta para medicamentos com nomes similares;
- Não administrar um medicamento prescrito por meio de apelido;
- Não tentar decifrar letras ilegíveis nas prescrições;
- Estar atento aos pacientes que têm o mesmo nome ou sobrenome;
- Verificar a vírgula decimal nos cálculos preparações das doses do medicamento;

8. Referências




Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

MENESES, LBA (Org.); PEREIRA, MA (Org.) ; DINIZ, M. F. F. M. (Org.); BRITO, V. k. F (Org.); CARVALHO, C. A (Org.); MORAES, M. N (Org.); ARARUNA, M, H, M (Org.). **Um novo olhar sobre a administração de medicamentos.** 1. ed. JoãoPessoa - PB: Editora Universitária, 2012. v. 1. 360p.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática.** 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem.** 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnicas básicas de enfermagem.** 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 16/2023
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL	N° Páginas: 11
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 29/04/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre a administração de medicamentos por via parenteral de modo a iniciar o discente nas habilidades técnicas necessárias ao atendimento de pessoas adultas e idosas hospitalizadas em uso de medicamentos parenterais.

2. Conceito

A administração de medicamentos por via parenteral (Para = ao lado, fora; Entero = intestino) consiste na injeção de medicamentos através das vias intradérmica, subcutânea, intramuscular, endovenosa ou intravenosa, e outras (intra-arterial, intrapleural, intra-articular, intra-óssea, intra-raquidiana, intraneural). O uso dessa via é indicado em pacientes inconscientes; que se encontrem impossibilitados ou com dificuldade de deglutir; com distúrbios gastrintestinais ou em situações em que os medicamentos se tornam ineficientes em contato com o suco digestivo; quando se espera uma ação mais rápida da droga.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar

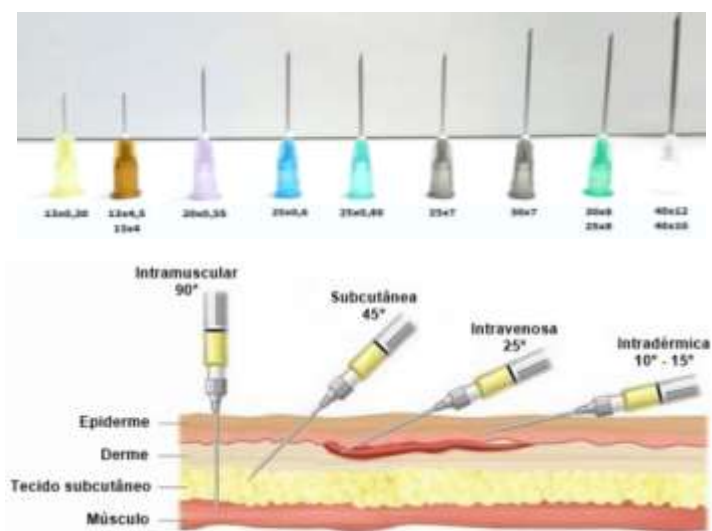
4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Materiais

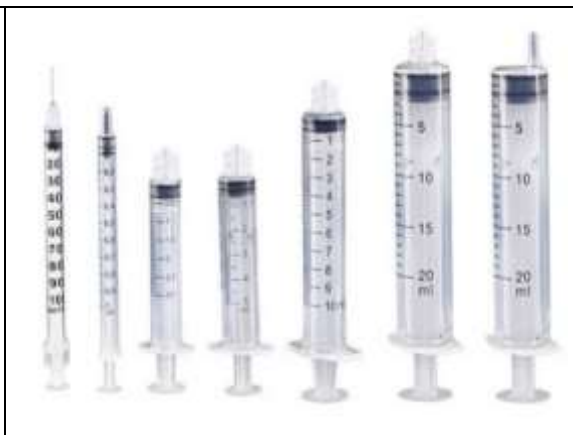
- Luvas de procedimentos;
- Bandeja ou cuba rim;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Seringas descartáveis de 1, 3, 5, 10 ou 20 ml conforme a via e a medicação a ser preparada;
- Agulha com comprimento e calibre adequados (a escolha dependerá da via, da solução, local de aplicação e idade) e com sistema de segurança.
- Medicação e/ou medicações prescritas a serem preparadas.

Agulhas mais utilizadas e angulação conforme a via



Principais tamanhos e indicações das seringas.

<p>1 ml: dividida em 100 partes iguais (unidades internacionais (UI). Indicada para administrar medicamentos por via intradérmica e subcutânea</p> <p>3 ml: dividida em mm³, ou seja, de 0,5 em 0,5 ml, e cada 0,5 ml é dividido em 0,1 ml. Indicada para administrar medicamentos por via intramuscular e endovenosa</p> <p>5 ml: também dividida em mm³, de 1 em 1 ml e cada 1 ml é dividido em 0,2 ml. Indicada para administrar medicamentos por via intramuscular e endovenosa</p> <p>10 ml: tem a mesma divisão da seringa de 5 ml. Indicada para a administração de medicamentos por via endovenosa</p> <p>20 ml: dividida em mm³, é graduada de 1 em 1 ml do início ao fim. Indicada para administrar medicamentos por via endovenosa e na alimentação enteral.</p>



6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre administração de medicamentos - via parenteral;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar a anotação conforme as orientações fornecidas para os tipos de vias de administração.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Rever o prontuário do paciente para quaisquer limitações ou recomendações durante o procedimento;
- Conferir na prescrição médica do paciente o tipo de medicamento e a via a ser administrado;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscara, e outros, se necessário);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas antes e após o procedimento;
- Orientar sobre a posição adequada, conforme o tipo de procedimento e a necessidade.
- Coletar informações pessoais sobre uso de medicamentos (reações alérgicas, medicamentos de uso contínuo, possíveis interações medicamentosas e contraindicações), e influências culturais e comportamentais para a automedicação;
- Avaliar condições físicas (peso, sexo, idade, estado nutricional) e variáveis fisiológicas funcionamento dos sistemas orgânicos) e as condições emocionais e psicológicas (conhecimento em relação à droga);
- Orientar sobre a posição adequada, conforme o procedimento e a necessidade.
- Assegurar as condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade).

VIA INTRADÉRMICA (ID)

É a aplicação de drogas na derme ou córion, por meio de punção. Indicada para a administração de vacinas e como auxiliares em testes diagnósticos e de sensibilidade.

Área de Aplicação:

- Face interna do antebraço ou região escapular (locais onde a pilosidade é menor e oferece acesso fácil à leitura da reação aos alérgenos). A vacina BCG é aplicada por essa via na inserção inferior do deltoide direito.

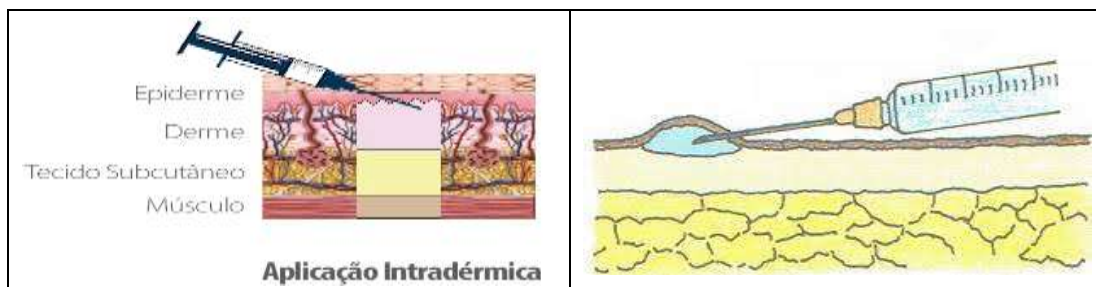
Material

Bandeja contendo:

- Luvas de procedimento
- Seringa de 1 ml, tipo insulina ou vacina;
- Agulha hipodérmica (10x5 ou 13 x 3,8 ou 4,5);
- Terapia medicamentosa prescrita;
- Cuba rim ou bandeja pequena;
- Etiqueta de identificação;
- Caixa para material perfurocortante.

Técnica

- Higienizar as mãos;
- Certificar-se da prescrição médica (medicação, via de administração, dosagem e horário certos);
- Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade;
- Aspirar a dose do medicamento e colocar a seringa em cuba rim protegida de forma adequada;
- Dirigir-se até o paciente conferindo o nome com o da prescrição, e esclarecer acerca da medicação;
- Calçar as luvas;
- Escolher o local adequado para aplicação do medicamento observando as condições da pele do paciente (teste de sensibilidade, face interna do antebraço e região escapular);
- Posicionar o paciente adequadamente conforme local escolhido para a administração;
- Fazer a antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, no caso de vacina proceder somente a higienização com água e sabão;
- Esticar a pele com a mão não dominante, usando o indicador e o polegar;
- Introduzir a agulha paralelamente à pele (com angulação de 15°) com o bisel voltado para cima com a mão dominante;
- Injetar o líquido empurrando lentamente o êmbolo e verificar a formação de pápula (elevação na pele);



- Retirar a agulha na mesma angulação de entrada na pele;
- Segurar a pele com o algodão, ao terminar a aplicação sem massagear ao retirar a agulha;
- Depositar a seringa já utilizada na bandeja ou cuba rim;
- Reposicionar o paciente confortavelmente e deixar o ambiente em ordem;
- Descartar a agulha e a seringa em local próprio (caixa para perfurocortante);
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica;
- Registrar no prontuário o nome do medicamento, dose, via e local de aplicação, reações do paciente, intercorrências, e as medidas tomadas.

Observações:

- A Injeção ID geralmente é feita sem antissepsia para não interferir na reação da droga;
- A quantidade máxima de medicamento por esta via é de 0,5 ml;
- A substância injetada deve formar uma pequena pápula na pele;
- A penetração da agulha não deve passar de 2 mm (somente o bisel)
- Realizar a aplicação longe de áreas hiperemiadas, com cicatrizes, inflamações, herniações, feridas operatórias ou escoriações;
- Usar sempre seringas e agulhas apropriadas e descartáveis;
- Nunca reencapar agulha;
- Realizar rodízio de locais;
- Após a aplicação do teste, deve-se demarcar o local onde foi injetado, para melhor identificação no momento da leitura (teste alérgico proceder a leitura após 15 ou 30 min).

Testes (reações alérgicas e PPD):

- Eleger local livre de pêlos para facilitar a leitura;
- Não comprimir o local, após a aplicação, para evitar a saída do medicamento;
- Após a aplicação de PPD demarcar o local onde foi injetado e fazer a leitura com 72 horas após a aplicação).

VIA SUBCUTÂNEA (SC) ou HIPODÉRMICA (HD):

É a introdução de medicamento no tecido subcutâneo quando se deseja eficiência da dosagem e também uma absorção contínua e segura do medicamento. Essa via é indicada para pacientes com necessidades de administração de insulina, anticoagulantes, vacinas ou outros medicamentos específicos por esta via e drogas que não necessitam ser rapidamente absorvidas.

Material:

Bandeja contendo:

- Seringa especial de 0,5 a 1 ml (seringa para insulina);
- Agulhas pequenas 13 x 3,8 ou 4,5;
- Álcool a 70% ;
- Algodão hidrófilo;
- Luva de procedimento;
- Etiqueta de identificação;
- Caixa para material perfuro cortante;
- Curativo adesivo.

Técnica

- Higienizar as mãos;
- Certificar-se da prescrição médica (medicação, via de administração, dosagem e horário certos);
- Ler o rótulo e a dosagem do medicamento, verificando a data de validade;
- Aspirar à medicação em seringa apropriada com agulha adequada ao paciente;
- Colocar a seringa em cuba rim protegida de forma adequada;
- Dirigir-se até o paciente conferindo o nome com o da prescrição, e esclarecer acerca da medicação;
- Calçar as luvas;
- Escolher o local adequado para aplicação do medicamento;
- Posicionar o paciente adequadamente conforme local escolhido para a administração;
- Fazer a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%;

- Fazer uma prega na pele com o dedo indicador e polegar da mão não dominante;
- Introduzir a agulha no tecido subcutâneo (com bisel lateralizado) com movimento firme e suave, em ângulo de 90° em relação a pele, com a mão dominante;

Áreas de Aplicação - locais afastados das articulações, nervos e grandes vasos sanguíneos:

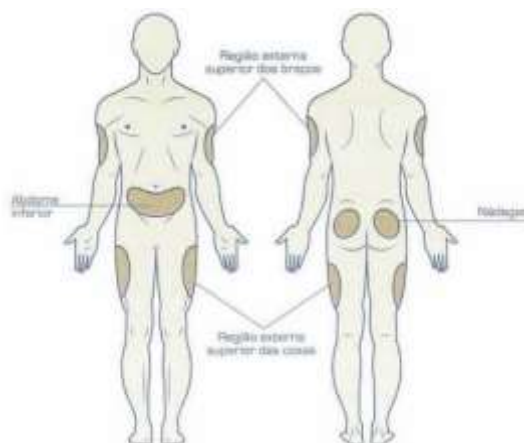
- partes externas e superiores dos braços
- laterais externas e frontais das coxas
- região gástrica e abdome (hipocôndrio D e E)
- nádegas e costas (logo acima da cintura)

Quantidade de medicamento:

- Utiliza-se no máximo 2 ml; não ultrapassar 1 ml.

Ângulo na aplicação:

- O ângulo de 90° será utilizado nesta via somente com agulha hipodérmica.



- Proceder à aspiração antes de injetar o medicamento (certificar-se que não atingiu nenhum vaso);
- Injetar o medicamento empurrando lentamente o êmbolo;
- Retirar a seringa com movimento rápido e firme segurando a pele com o algodão;
- Depositar a seringa já utilizada na bandeja ou cuba rim;
- Reposicionar o paciente confortavelmente e deixar o ambiente em ordem;
- Descartar a agulha e seringa nos recipientes apropriados (caixa para perfurocortante);
- Fazer higienização da bandeja;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica;
- Registrar no prontuário o nome do medicamento, dose, via e local de aplicação, reações do paciente, intercorrências, e as medidas tomadas.

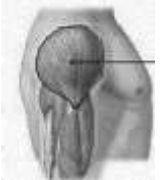

Observações:

- Não se deve aplicar nos antebraços e pernas, nas proximidades do umbigo e da cintura, próximo das articulações e na região genital e virilha;
- Não se deve massagear após aplicação de medicamentos anticoagulantes e insulina;
- Na aplicação de insulina, utilizar a técnica do revezamento, que é um sistema padronizado de rodízio dos locais das injeções para evitar abscessos, lipodistrofias e o endurecimento dos tecidos na área de injeção.
- Na falta de agulha hipodérmica, a angulação será de 45° para indivíduos normais, 60° para obesos e 30° para excessivamente magros.

VIA INTRAMUSCULAR (IM)

A administração por via intramuscular consiste na aplicação de medicamento direto no músculo. É indicada para obtenção de efeito mais rápido, quando a substância é muito irritante por outra via, quando é muito volumosa e quando é de difícil absorção (oleosa). A vascularização da via intramuscular garante uma absorção rápida, devendo estar atento a quantidade a ser administrada em cada músculo, sendo tolerado até 3 ml em paciente com massa muscular normal e recomendado até 2 ml em crianças e idosos.

Regiões de aplicação, faixa etária, posições, ângulo e contraindicações da administração de medicamentos por via Intramuscular

Região	Faixa etária	Posição do paciente	Ângulo e volume	Contraindicações
 DELTOÍDE	Adulto ou criança acima de 10 anos, como última escolha.	Deitado ou sentado, braço flexionado e relaxado sobre o abdome.	90°; até 2 ml	Crianças de 0 a 10 anos, adultos com pouca massa muscular, volume acima de 2 ml, injeções repetidas.
 VASTO LATERAL DA COXA	Do recém-nascido ao adulto.	Decúbito dorsal ou sentado (manter a perna fletida).	90° ou perpendicular ao músculo; até 3ml.	Pacientes desnutridos.

Deltóide - Técnica


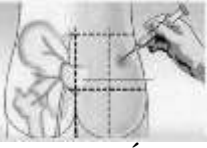
- Higienizar as mãos;
- Conferir a prescrição médica;
- Preparar uma bandeja com ampola ou frasco ampola, bolas de algodão com álcool, seringa compatível com o volume a ser aplicado, agulhas para aspiração e para a aplicação;
- Fazer o preparo da medicação observando a técnica asséptica;
- Calçar luva de procedimentos;
- Explicar o que vai ser realizado ao paciente numa linguagem acessível;
- Posicionar o braço do paciente paralelo ao corpo ou fletido sobre o abdômen (deltóide);
- Fazer a antisepsia de cima para baixo ou em espiral, iniciando no ponto de inserção da agulha;
- Segurar a bola de algodão entre os dedos mínimo e anelar da mão esquerda e retirar o protetor da agulha;
- Utilizar a prega axilar como referência;
- Distender a pele com o dedo polegar e o indicador da mão dominante e pinçar o músculo;
- Introduzir a agulha no músculo (com bisel lateralizado) com movimento firme e suave, em ângulo de 90° ou menos em relação a pele, com a mão dominante;
- Soltar o músculo e aspirar, para verificar se acidentalmente não foi puncionado um vaso sanguíneo.
- Retirar a seringa, se retornar sangue, trocar a agulha e fazer o procedimento em outro braço;
- Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo e aguarde de 3 a 5 segundos
- Retirar a seringa com movimento rápido e firme e acionar o dispositivo de segurança da agulha;
- Depositar a seringa já utilizada na bandeja ou cuba rim;
- Comprimir levemente o local da aplicação com o algodão que estava na mão não dominante, sem massagear, até a completa hemostasia;
- Deixar o paciente em posição confortável e o ambiente em ordem;
- Descartar a agulha e seringa nos recipientes apropriados (caixa para perfurocortante);
- Fazer higienização da bandeja;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica;
- Registrar no prontuário o nome do medicamento, dose, via e local de aplicação, reações do paciente, intercorrências e as medidas tomadas.

Região Anterolateral da Coxa (músculo vasto lateral, localizado na face anterolateral da coxa)

Técnica:

- Posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado mantendo a perna fletida (a posição sentada proporciona maior conforto durante a aplicação do medicamento);
- Delimitar o local para inserção da agulha: utilizar o terço médio do vasto lateral, 12 cm acima da parte superior do joelho e 12 cm abaixo da região inguinal;
- Introduzir a agulha no ângulo de 90° (perpendicular ao músculo);
- Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo e aguardar de 3 a 5 segundos;
- Retirar a seringa com movimento rápido e firme e acionar o dispositivo de segurança da agulha;
- Comprimir levemente o local da aplicação com o algodão que estava na mão não dominante, sem massagear, até a completa hemostasia;
- Deixar o paciente em posição confortável e o ambiente em ordem;
- Descartar a agulha e seringa nos recipientes apropriados (caixa para perfurocortante);
- Descartar os materiais utilizados e fazer higienização da bandeja;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica;
- Registrar no prontuário o nome do medicamento, dose, via e local de aplicação, reações do paciente, intercorrências e as medidas tomadas.

Regiões de aplicação, faixa etária, posições , ângulo e contraindicações da administração de medicamentos por via Intramuscular

 <p>VENTRO-GLÚTEA</p>	A partir dos 2 anos de idade.	Paciente sentado, decúbito lateral, decúbito ventral ou dorsal.	Agulha ligeiramente dirigida a crista ilíaca, com ângulo de 90°; até 4ml.	Crianças até dois anos, obesos.
 <p>DORSO-GLÚTEA</p>	Adolescente ou adulto, excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos.	De preferência decúbito ventral, lateral com membro inferior flexionado.	90° com agulha de comprimento apropriado; no máximo, 5 ml	Crianças de 0 a 2 anos, adulto muito magro, idoso com pouca massa muscular, posição do paciente em pé para aplicação.

Região Ventroglútea ou de Hochstetter (músculos glúteos médio e mínimo).

Técnica:

- Posicionar o paciente sentado, decúbito lateral, decúbito ventral ou dorsal;
- Delimitar a região colocando a mão esquerda no quadril direito do paciente;
- Identificar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita;
- Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca, deixando a mão espalmada sobre a base do grande trocânter do fêmur, formando com o indicador um triângulo;
- Dirigir a punção neste triângulo, com a agulha voltada ligeiramente para a crista ilíaca.



Fonte: Google imagens

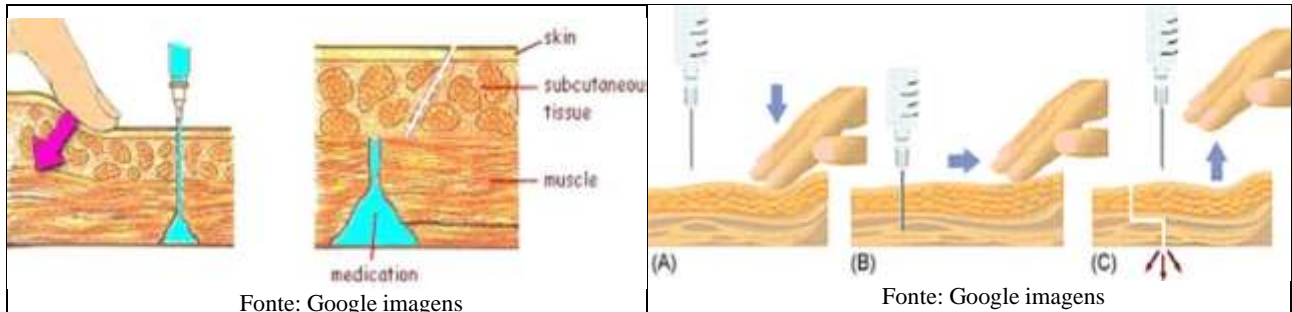


Fonte: Google imagens

Em Z ou com desvio: é usada para evitar o refluxo da medicação, prevenindo irritação subcutânea e manchas pelo extravasamento da solução medicamentosa, no trajeto da agulha.

Técnica:

- Puxar a pele e o tecido subcutâneo para um lado (2,5 a 3,5 cm) e manter assim até o final da aplicação;
- Com a outra mão inserir a agulha, aspirar a seringa com a ajuda dos dedos polegar e indicador;
- Empurrar o êmbolo com o dedo polegar para introduzir o medicamento e aguardar de 3 a 5 segundos;



- Retirar a seringa com movimento rápido e firme e acionar o dispositivo de segurança da agulha;
- Comprimir levemente o local da aplicação com o algodão que estava na mão não dominante, sem massagear, até a completa hemostasia;
- Deixar o paciente em posição confortável e o ambiente em ordem;
- Descartar a agulha e seringa nos recipientes apropriados (caixa para perfurocortante);
- Descartar os materiais utilizados e fazer higienização da bandeja;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica;
- Registrar no prontuário o nome do medicamento, dose, via e local de aplicação, reações do paciente, intercorrências e as medidas tomadas.

Região Dorso glútea (músculo glúteo máximo, quadrante superior externo).

Técnica:

- Posicionar o paciente em decúbito ventral com os pés em rotação interna;
- Delimitar a região passando uma linha horizontal da prega interglútea em direção a parte externa do músculo e outra vertical dividindo a região glútea em quatro quadrantes, a punção será realizada do quadrante superior externo;
- Introduzir a agulha no ângulo de 90° (perpendicular ao músculo);
- Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo e aguardar de 3 a 5 segundos;
- Retirar a agulha com movimento rápido e firme e acionar o dispositivo de segurança da agulha;
- Comprimir levemente o local da aplicação com o algodão que estava na mão não dominante, sem massagear, até a completa hemostasia;
- Deixar o paciente em posição confortável e o ambiente em ordem;
- Descartar a agulha e seringa nos recipientes apropriados (caixa para perfurocortante);
- Descartar os materiais utilizados e fazer higienização da bandeja;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica;
- Registrar no prontuário o nome do medicamento, dose, via e local de aplicação, reações do paciente, intercorrências e as medidas tomadas.

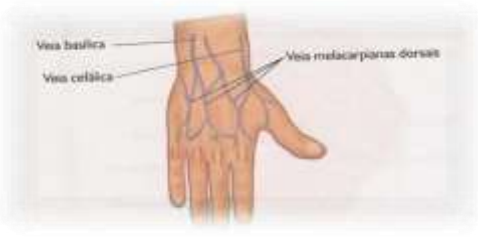
VIA INTRAVENOSA (IV)

A via intravenosa (IV) é utilizada para administração de medicamentos diretamente na corrente sanguínea a partir de uma veia. A administração pode variar desde uma única dose até infusão contínua. Como o medicamento/solução é absorvido de forma imediata, a resposta também é rápida, sendo a primeira escolha para administrar medicações de emergência. Esta via permite a infusão de grandes doses de substâncias (ex. desidratação, choque, hemorragias e cirurgias). A punção venosa consiste na introdução de uma agulha ou cateter central ou periférico na veia. Para tal, recomenda-se iniciar as punções nas veias periféricas distais para proximais, substituindo o dispositivo de punção a cada 48 a 72 horas, a fim de evitar infecção e ou flebite.

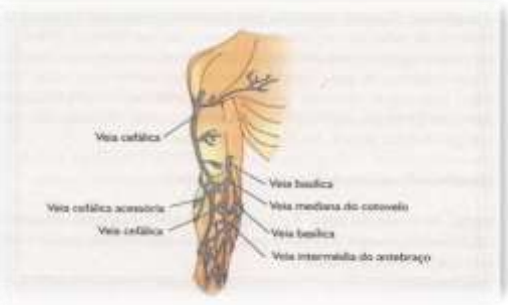
Para seleção da veia para punção deve-se inspecionar e palpar a veia devendo considerar firmeza, elasticidade, alinhamento, enchimento, ausência de manchas, equimose e cicatriz no local, bem como as que estão longe das articulações. Ângulo introdutório de 45°.

Locais mais indicados para punção endovenosa

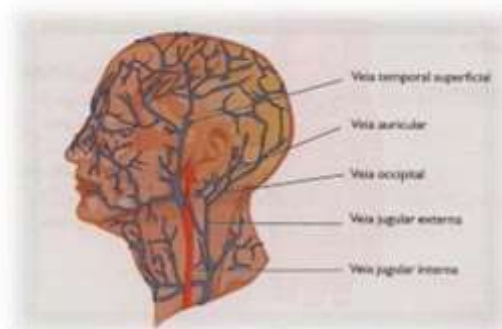
Região do dorso da mão: área em que encontramos veias superficiais de fácil acesso, porém, recomenda-se uma maior atenção à punção de longa duração nesse local, devido a limitação dos movimentos.

<ul style="list-style-type: none">- Veia basílica;- Veia cefálica;- Veias metacarpianas dorsais	 <p>Fonte: Google imagens</p>
---	--

Região dos membros superiores: Área em que são encontradas várias veias disponíveis para realizar punção:

<ul style="list-style-type: none">-Veia cefálica acessória;-Veia cefálica;-Veia basílica-Veia intermédia do cotovelo-Veia intermédia do antebraço	 <p>Fonte: Google imagens</p>
---	---

Região Cefálica: utilizada com mais frequência em pediatria, quando não há possibilidade de realizar a punção em regiões periféricas.



Fonte: Google imagens

Material - Bandeja contendo:

- seringa de preferência de bico lateral;
- Agulhas, scalp ou jelco;
- Algodão
- Álcool à 70%;
- Garrote;
- Toalha ou papel toalha;
- Etiqueta de identificação;
- Luva de procedimento;
- Curativo adesivo.
- Caixa para material perfuro cortante;
- Saco para resíduos.

Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material para punção;
- Explicar ao paciente o que será realizado;
- Deixar o paciente confortável com a área de punção apoiada;
- Calçar as luvas;
- Garrotear de 4 a 10 cm acima do local escolhido para punção a fim de facilitar a visualização e seleção das veias;
- Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70% no sentido proximal para distal ou em sentido centrífugo (circular de dentro pra fora);
- Fixar a veia e esticar a pele com auxílio do dedo polegar;
- Posicionar o bisel da agulha voltado para cima, introduzindo a agulha no ângulo de 45°, conduzindo para o ângulo de 30°, e em seguida para 15°, deixando a agulha plana a pele;
- Soltar o garrote;
- Aplicar o medicamento, lentamente, observando a reação do paciente;
- Retirar a agulha fazendo compressão no local, sem friccionar a pele;
- Descartar as agulhas e o material perfurocortante na bandeja;
- Deixar o paciente em posição confortável e o ambiente em ordem;
- Descartar a agulha e seringa nos recipientes apropriados (caixa para perfurocortante);
- Descartar os materiais utilizados e fazer higienização da bandeja;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o medicamento na prescrição médica;
- Registrar no prontuário o nome do medicamento, dose, via e local de aplicação, reações do paciente, intercorrências e as medidas tomadas.

Observação:

- Para facilitar o aparecimento de veia pode-se utilizar os seguintes recursos: aquecer o local; pedir ao paciente que faça movimentos com as mãos, com o braço voltado para baixo, aumentando assim o fluxo sanguíneo; fazer massagem no local.



Fonte: Google imagem.



Fonte: Google imagem.

Acidentes na aplicação de injeção por via endovenosa

- Infiltração: acúmulo de líquido no tecido em virtude da saída do acesso da veia;
- Hematoma: ocorre devido ao trauma na veia durante a inserção, sendo mais frequente quando relacionado à: transfixação da veia durante a tentativa de punção sem sucesso; retirada do cateter ou agulha, sem que a pressão seja realizada sobre o local depois da remoção da agulha;
- Equimose: pequeno derrame sanguíneo debaixo da pele, mancha escura;
- Esclerose da veia: endurecimento da veia provocado pelo excesso de tecido conjuntivo;
- Trombose: formação de coágulo, podendo bloquear a circulação sanguínea. A formação de trombose é manifestada pelo fluxo de solução intravenosa quando a velocidade de gotejamento é lenta e/ou o acesso não tem boa permeabilidade.
- Flebite: inflamação na veia onde as células endoteliais da parede venosa tornam-se inflamadas e ásperas, permitindo aderência de plaquetas e predispondo do vaso à flebite. O local fica dolorido e sensível ao toque;
- Tromboflebite: lesão dupla (trombose e inflamação).
- Choque: ocorre por infusão rápida quando uma substância estranha é rapidamente introduzida na veia;
- Embolia: coágulo de sangue ou partícula carregada ao longo da corrente sanguínea que pode alojar-se em um vaso sanguíneo e obstruí-lo.

7. Referências




Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

MENESES, LBA (Org.); PEREIRA, MA (Org.); DINIZ, M. F. F. M. (Org.); BRITO, V. k. F (Org.); CARVALHO, C. A (Org.); MORAES, M. N (Org.); ARARUNA, M, H, M (Org.). **Um novo olhar sobre a administração de medicamentos.** 1. ed. JoãoPessoa - PB: Editora Universitária, 2012. v. 1. 360p.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem:** conceitos, processos e prática. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem** - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnicas básicas de enfermagem.** 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 17/2023
Título do Documento	ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO E NEBULIZAÇÃO	Nº Páginas: 05
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 23/05/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre oxigenoterapia e nebulização de modo a preparar o discente nas habilidades técnicas necessárias ao atendimento de pessoas adultas e idosas hospitalizadas com necessidades de oxigenação.

2. Conceito

O oxigênio é um gás inodoro, insípido, transparente e ligeiramente mais pesado do que o ar indispensável para a vida humana. O suprimento constante de oxigênio no organismo é necessário porque essa substância gasosa não pode ser armazenada e sem oxigênio, mesmo que seja durante breves períodos, as células do organismo sofrem lesão irreversível e morrem em pouco tempo. A transferência do oxigênio da atmosfera para o organismo humano é função do sistema respiratório, através dos pulmões, onde os alvéolos fazem a troca desse gás pelo gás carbônico que é devolvido para a atmosfera.

A determinação desses gases arteriais é o melhor método para averiguar as demandas de oxigênio do paciente e a necessidade de oxigenoterapia, intervenção mais comum para melhorar as trocas gasosas entre alvéolos e sangue, aumentando a concentração de oxigênio no sangue, enquanto diminui o trabalho da respiração e o estresse do miocárdio. A oxigenoterapia consiste na administração de oxigênio medicinal, numa concentração de pressão superior à encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de oxigênio ou hipóxia, aplicada tanto em situações clínicas agudas quanto crônicas, ou seja, com finalidade terapêutica. O oxigênio, por ser uma droga terapêutica deve ser usado com cautela e necessita de um fluxômetro e um regulador de pressão para ser liberado por meio de sistema de umidificação e nebulização. A escolha do método de administração da oxigenoterapia depende de alguns fatores, principalmente, do grau de desconforto respiratório e da gravidade da hipoxemia, do fluxo e da via de introdução (se cavidade oral e/ou nasal), necessidade de umidificação e da tolerância do paciente.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Descrição do procedimento

5.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre oxigenoterapia e nebulização;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar a anotação de acordo com as orientações fornecidas para os tipos de oxigenoterapia.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir a prescrição médica e de enfermagem do paciente sobre quaisquer recomendações durante o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados durante o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão para prevenir infecções (antes e após o procedimento).

5.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas antes e após o procedimento;
- Orientar sobre a posição adequada, conforme a necessidade.
- Avaliar os fatores que afetam a oxigenação (fisiológicos, desenvolvimentais, comportamentais ou ambientais);
- Observar sinais de hipóxia (coloração da pele, esforço respiratório e sons pulmonares) e as causas (se respiratória, cardíaca ou neurológica);
- Considerar a idade do paciente e a tolerância às atividades do cuidado que afetam a oxigenação;
- Avaliar as habilidades (sensoriais, cognitivas, de resistência e mobilidade) e o grau de dependência requerida (independente, dependente parcial ou total) para a oxigenoterapia;
- Assegurar as condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);

Métodos de Administração de Oxigênio (Sistemas de baixo fluxo):

Cateter tipo óculos (cânula nasal) é empregado quando o paciente requer uma concentração média ou baixa de O² (até 6 litros por minutos). É relativamente simples e permite que o paciente converse e se alimente, sem interrupção de O².

Cateter Nasal: visa administrar concentrações baixas a moderadas de O² (6 a 10 litros por minutos). É de fácil aplicação, mas nem sempre é bem tolerada, principalmente por crianças, e em função do desconforto produzido pela irritação tecidual da nasofaringe.

Material

Bandeja contendo:

- Cateter nasal;
- Umidificador;
- Água destilada;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Cuba-rim forrada com papel;

- Gazes;
- Luvas de procedimento;
- Fita adesiva hipoalergênica (Micropore/esparadrapo);
- Intermediário de látex ou silicone
- Lenços de papel e saco para resíduos.

Técnica

- Conferir a prescrição do paciente para conferir o tipo de oxigenoterapia;
- Disponibilizar a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Explicar o procedimento, observando as condições do paciente (aferir a FC e PA);
- Posicionar o paciente em posição de fowler ou semi-fowler;
- Adaptar o cateter/cânula ao intermediário e este ao umidificador;
- Colocar os EPIs necessários e calçar as luvas;
- Orientar o paciente para limpar as narinas (ou fazer a limpeza) com gaze umedecida em SF 09%;
- Medir, com o cateter, a distância entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, marcando com esparadrapo, para determinar quanto o cateter deve ser introduzido (≥ 5 cm);
- Umedecer o cateter com soro fisiológico, segurando-o com a gaze;
- Elevar a ponta do nariz usando o dedo indicador da mão esquerda;
- Introduzir suavemente, o cateter com a mão direita em uma das narinas até a marca do esparadrapo;
- Solicitar ao paciente que abra a boca e observar a localização do cateter;
- Fixar o cateter com fita adesiva no nariz ou região temporal do paciente;
- Se for cateter nasal tipo óculos, posicioná-lo nas narinas e fixá-lo nas orelhas de maneira confortável;
- Abrir o fluxômetro e regular a quantidade de O² em litros por minuto, conforme prescrição médica;
- Observar as reações do paciente quanto à aceitação terapêutica e ao alívio dos sintomas respiratórios;
- Deixar o paciente confortável;
- Organizar o material e deixar a unidade em ordem;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem, se necessário.
- Registrar data e horário, tipo de dispositivo utilizado, velocidade do fluxo de oxigênio, sinais vitais, cor da pele e mucosas, esforço respiratório e sons pulmonares, bem como as reações do paciente antes e após a terapia.

Máscara facial simples ou com reservatório: constitui o método mais seguro e exato para liberar a concentração necessária de oxigênio, sem considerar a profundidade ou frequência da respiração. Se adapta bem a boca e nariz do paciente, sendo fixada com uma fita.

Máscara de aerossol: são utilizadas com dispositivo de aerossol, que podem ser ajustadas para concentrações que variam de 27% a 100%.

Ambu: dispositivo inflável que pode ser acoplado a uma máscara facial ou a um tubo endotraqueal ou de traqueostomia, para permitir a colocação manual de oxigênio ou ar ambiente nos pulmões de um paciente que não pode respirar por si próprio; pode ser indicado em emergências, tais como: durante uma troca de tubo, transporte, antes de uma aspiração ou quando estiver desconectado temporariamente a um respirador mecânico.

Material

São os mesmos da bandeja do cateter nasal, substituído pela máscara facial especificada na prescrição médica e acrescentando a traqueia ou extensor de látex/siliconado.

Técnica

As etapas são as mesmas do cateter nasal, substituído pela máscara facial que é conectado à traqueia ou extensor de látex e colocada sobre o nariz, a boca e o queixo do paciente. A máscara é ajustada em torno da cabeça por faixa elástica ou cadarço de modo que fique confortável para o paciente e o fluxo de O² ajustado conforme prescrição médica.

Nebulização

Conceito: é a administração de medicamentos, associados ao O² por inalação pulmonar, processo de adição de umidade ou medicações ao ar inspirado pela mistura de partículas de tamanhos variados com o ar. Tem o propósito de melhorar a eliminação das secreções pulmonares pela alteração da mucosa traqueobrônquica, sendo utilizada na administração de substâncias para exercer efeitos bronco dilatadores ou mucolíticos.

Materiais

- Fonte gasosa pressurizada;
- Fluxômetro;
- Cateter de oxigênio;
- Copo nebulizador;
- Máscara ou peça bucal;
- Soro fisiológico;
- Medicação prescrita.

Técnica

- Conferir a prescrição do paciente para conferir o tipo de oxigenoterapia;
- Preparar a medicação prescrita injetá-la no copo do nebulizador e adicionar a quantidade prescrita de soro fisiológico ou água destilada.
- Acoplar a peça bucal, máscara ou outro dispositivo de administração de mistura gasosa;
- Dispor o material na bandeja e dirigir-se ao quarto do paciente;
- Colocar a bandeja sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Explicar o procedimento, observando as condições do paciente;
- Posicionar o paciente em posição de fowler ou semi-fowler;
- Colocar os EPIs necessários e calçar as luvas;
- Aferir os sinais vitais e realizar ausculta pulmonar;
- Adaptar o cateter do nebulizador ao intermediário e este ao fluxômetro;
- Oferecer o dispositivo de nebulização ao paciente e ajudar a ajustar a máscara (cobrir nariz e boca);
- Abrir o fluxômetro até a formação da névoa e orientar o paciente a respirar lenta e uniformemente durante o tratamento;
- Fechar o fluxômetro após o término da solução;
- Recolher o material e deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Realizar a desinfecção do kit de nebulização;
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem, se necessário.
- Registrar no prontuário: data, horário, duração da terapia, tipo e quantidade de medicação, sinais vitais, quantidade e aspecto das secreções eliminadas e as reações do paciente ao tratamento.

6. Recomendações

Orientações relacionadas ao paciente

- Estender as explicações das condutas e necessidades da oxigenoterapia aos acompanhantes do paciente;
- Avaliar com frequência as condições do paciente aferindo sinais vitais e monitorando sinais de hipóxia;
- Fazer revezamento das narinas a cada 8 horas (paciente em uso de cateter nasal);
- Monitorar possíveis complicações na administração de O² como: irritação da mucosa oronasal, queimaduras das vias aéreas, infecção por equipamento contaminado;
- Monitorar reações adversas aos medicamentos utilizados na nebulização como: náusea, vômito, tontura e taquicardia.

Segurança relacionada ao uso de oxigênio

- Verificar no fluxômetro a saída de oxigênio, a válvula de controle de fluxo, pela observação da esfera flutuante, e a presença de vazamento.
- Verificar se o frasco do umidificador e a extensão estão limpos e secos.
- Colocar no umidificador água destilada ou esterilizada (a água usada deve ser estéril).
- Manter o umidificador sempre com água próximo a marca indicada ou, no mínimo, 2/3 de sua capacidade.
- Ao verificar que o nível da água no umidificador está baixo, desprezar a água restante e recolocar nova água (jamais acrescentar água ao volume restante, para evitar de torná-la meio de cultura).
- Observar se a máscara ou cateter estão bem adaptados e em bom funcionamento;
- Trocar diariamente a cânula, umidificadores, o tubo e outros equipamentos expostos à umidade;
- Avaliar o funcionamento do aparelho constantemente observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros por minuto.
- Manter os torpedos de O² na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor;
- Considerar os cinco certos da administração de medicamentos na oxigenoterapia (é uma droga terapêutica e possui efeitos colaterais).

7. Referências




BARROS, ALBL; LOPES, JL; MORAIS, SCR.V. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

POTTER, PA.; PERRY, AG. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnica básicas de enfermagem**. 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.^a Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 18/2023
Título do Documento	ALIMENTAÇÃO POR CATETER ENTERAL	N° Páginas: 06
Elaborado por: Prof. ^a Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01
Revisado por: Prof. ^a Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof. ^a Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof. ^a Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		Emissão: 20/05/2023 Próxima revisão: 2025
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre os diferentes tipos de cateterismo para alimentação do paciente de modo a preparar o discente nas habilidades técnicas necessárias ao atendimento de pessoas adultas e idosas hospitalizadas com necessidades nutricionais.

2. Conceito

Consiste na inserção de uma sonda por meio do nariz até o tubo gastrointestinal para o fornecimento de nutrientes e água. A introdução do cateter orogástrico, nasogástrico e nasoentérico é uma atividade privativa do enfermeiro, enquanto a introdução de alimentos, água e medicamentos (gavagem) é uma atividade que pode ser delegada, ambos asseguradas pela Lei do exercício profissional, Código de ética dos profissionais de enfermagem e RESOLUÇÃO COFEN – 619/2019. O cateterismo orogástrico é a introdução de uma sonda pela boca (SOG) até o estômago, feita de material plástico ou borracha, flexível, podendo ser curta ou longa. O cateterismo nasogástrico é a introdução de uma sonda pelo nariz (SNG) até o estômago, confeccionada de material plástico ou borracha, flexível, podendo ser curta ou longa. O cateterismo nasoentérico (SNE) é a introdução de uma sonda plástica com ponta metálica através do nariz, câmara gástrica até o intestino delgado. Este procedimento é realizado pelo enfermeiro e indicado para pacientes (idosos ou acamados) que precisam atender as necessidades metabólicas e nutricionais ou prevenir a deteriorização do estado nutricional e requer permanência do catéter por longo período de tempo, inclusive no domicílio, após a alta.

Os objetivos para esses procedimentos são estabelecer uma via para alimentar o paciente; examinar o conteúdo gástrico; administrar medicamentos; preparar para cirurgias e exames; para aspirar ou esvaziar o conteúdo gástrico; nas cirurgias e afecções da boca; estabelecer um meio de drenar o conteúdo gástrico; e aliviar distensão abdominal. São contraindicados para pacientes com tumor de mediastino, estenose de esôfago e varizes de esôfago. São considerados dois tipos de sondagem nasogástrica, a aberta e a fechada. A sondagem aberta é indicada para paciente que necessita de drenagem do conteúdo gástrico, devendo a sonda ser conectada a um dispositivo de drenagem (sistema aberto) e posicionado em nível inferior ao paciente para facilitar a drenagem pela gravidade, mas sem tocar no chão. Neste caso, a alimentação do paciente é suspensa até que se drene todo o conteúdo gástrico. Já a sondagem nasogástrica fechada, é indicada para administração de dietas, hidratação e medicações.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material

Bandeja contendo:

- Sonda gástrica (tipo e tamanho proporcional ao paciente);
- Cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto ou toalhas de papel;
- Gel hidrossolúvel lubrificante;
- Gazes;
- Seringa de 20 ml;
- Esparadrapo ou fita adesiva hipoalergênica;
- Abaixador de língua (se necessário)
- Estetoscópio;
- Biombo;
- Saco plástico para resíduos;
- EPI's (máscara, avental e outros, conforme necessário).

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre cateterismo orogástrico, nasogástrico e nasoentérico;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar a anotação do procedimento, conforme as orientações fornecidas para tipos de cateterismo.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir o tipo de cateterismo na prescrição médica do paciente e quaisquer recomendações durante o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados durante o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão para prevenir infecções (antes e após o procedimento).

6.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas antes e após o procedimento;
- Orientar sobre a posição adequada para o procedimento, conforme necessidade.
- Avaliar as condições do paciente (trauma orofacial ou nasal, desvio de septo, histórico de varizes ou estreitamento esofágico e problemas de coagulação);
- Assegurar condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito (se necessário).

Inserção da sonda

- Colocar a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Providenciar copo com água para o paciente deglutir durante a introdução da sonda (se não houver contraindicação);
- Colocar os EPIs necessários (máscara, avental e óculos de proteção);
- Calçar luvas;
- Posicionar o paciente na posição Fowler ou sentado;

- Higienizar as narinas do paciente com gaze, ou orientar o paciente a realizar a limpeza, se necessário;
- Trocar as luvas, se necessário;
- Cobrir o tórax com toalha rosto ou toalha de papel;
- Cortar o esparadrapo para fixação e para marcar a sonda;
- Medir a sonda da asa do nariz ao lóbulo da orelha, e deste, até o processo xifóide (NOX), marcá-la com um pedaço de esparadrapo pequeno (SOG e SNG);
- Medir a sonda da asa do nariz ao lóbulo da orelha e deste, até o processo xifóide.(NOX), e para posicionamento na segunda ou terceira porção do duodeno ou jejuno, acrescentar mais 20cm/25cm, marcá-la com um pedaço de esparadrapo pequeno (SNE);
- Lubrificar a extremidade distal da sonda (10cm) com água ou gel hidrosolúvel com auxílio de gaze;
- Introduzir a sonda no nariz, lentamente, sem forçar, com o auxílio da gaze;
- Orientar o paciente a deglutir e avançar a sonda até a marca predeterminada;
- Fletir a cabeça do paciente para frente quando a sonda ultrapassar o obstáculo da parede nasofaríngea;
- Pedir ao paciente para deglutir enquanto a sonda é introduzida até a marca do esparadrapo (oferecer copo com água, se não houver contra-indicação);
- Verificar se a sonda está no estômago através dos seguintes testes:
 - ✓ Aspirar o conteúdo gástrico, retornando-o após a verificação;
 - ✓ Colocar o estetoscópio na região epigástrica e introduzir 10 a 15 ml de ar pela seringa conectada a sonda (seringa de 20 ml).
 - ✓ Auscultar, através do estetoscópio, se o ar introduzido produzirá ruídos, confirmando a localização correta da sonda;
 - ✓ Retirar o ar introduzido;
 - ✓ Posicionar o paciente em decúbito lateral direito para a movimentação da sonda nasoentérica até o duodeno;
 - ✓ Confirmar o posicionamento da sonda nasoentérica por radiografia (observar protocolo da instituição para quem compete a solicitar, se o médico ou enfermeiro);
- Fixar a sonda com esparadrapo na face ou nariz, sem comprimir a narina, de modo que fique segura;
- Manter a sonda fechada ou aberta conforme a indicação da prescrição médica:
 - ✓ Para a sonda aberta, conectar um coletor de sistema aberto e prendê-lo na cama, manter abaixo do nível do estômago para facilitar a drenagem do conteúdo, deixando-o suspenso (sem encostar no chão);
 - ✓ Para sonda fechada, aguardar o recipiente do alimento para iniciar a gavagem;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

Após inserção da sonda

- Descartar o material utilizado em local apropriado (expurgo), e lavar a bandeja;
- Retirar as luvas, incluindo os EPI's;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Checar o procedimento na prescrição médica e de enfermagem;
- Registrar no prontuário: horário; tipo e nº da sonda; reações do paciente, volume do conteúdo, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Recomendações:

- Ao introduzir a sonda, se posicionar do lado direito do paciente se for destro, e do lado esquerdo se for canhoto;
- Caso o paciente apresente tosse durante o procedimento, parar a introdução da sonda e esperar passar o acesso. Se a tosse persistir, retirar totalmente a sonda.
- Monitorar a presença de ruídos hidroaéreos a cad 4 a 8 horas, conforme apropriado.
- Anotar volume e aspecto da secreção gástrica quando a sonda permanecer aberta.
- Limpar as narinas, duas vezes ao dia, com cotonete ou gazes.
- Trocar a fixação diariamente, massageando as narinas para evitar lesão.
- Em caso de cianose, ruídos sibilantes, ar saindo pela sonda, tosse intensa e rouquidão, retirar a sonda imediatamente.
- O material para o cateterismo nasoentérico é o mesmo utilizado para o cateterismo orogástrico e nasogástrico, diferenciando apenas o tipo de catéter inserido: Levine (SOG e SNG); Dobhoff (SNE).

- Retirar o mandril/guia (SNE) usando a tração suave e guardá-lo, identificado, nos pertences do paciente;
- Após a retirada do fio guia, nunca inserir novamente na sonda já posicionada no paciente, pois poderá prejudicar as estruturas anatômicas do paciente.
- A radiografia é o teste mais seguro para confirmação da localização da sonda de Dobhoff quando for indicada a inserção no intestino.

Gavagem

É a introdução de alimentos através de uma sonda orogástrica, nasogástrica ou nasoentérica, em pacientes que não conseguem alimentar-se pela boca, devido à perda de apetite, inconsciência, fraqueza ou debilidade excessiva, obstrução do esôfago, bebês prematuros ou crianças que sofreram cirurgias reparadoras da boca. Na administração de dieta enteral por **sistema aberto**, as embalagens contêm volume em torno de 200 a 300ml, permitem a manipulação da fórmula pelo setor de nutrição/copa. São administradas com intervalos de 3/3h ou de 4/4h, podendo variar de acordo com a prescrição médica. O tempo de infusão de cada dieta deve ocorrer entre 30 a 60 minutos, através da infusão contínua – gotejamento, ou em bolus (pela gravidade da seringa) neste último, deve-se respeitar o tempo de 3 minutos entre cada infusão. Na administração de dieta enteral por **sistema fechado**, as embalagens de alimentos são industrializadas com volume entre 500ml a 1000ml de dietas líquidas e prontas para instalação. Este sistema não permite a manipulação pelo setor de nutrição/copa e, dependendo do fabricante, tem validade de 24 horas a partir da instalação (ver rotinas do serviço), devendo ser administrada por gotejamento em Bomba de Infusão Contínua – BIC.

Material

- Seringa de 20 ml;
- Pacote de gaze;
- Estetoscópio;
- Recipiente com alimento;
- Equipo de alimento,
- Bolas de algodão com álcool
- Copo com água para limpeza da sonda após a infusão da dieta;
- Saco plástico para resíduos;

Técnica

- Conferir a prescrição médica para certificar-se do tipo de dieta;
- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Explicar o procedimento, observando as condições do paciente;
- Pedir ao paciente para se sentar ou elevar a cabeceira da cama a 30 ou 45° (conforme as condições do paciente);
- Colocar os EPIs necessários (máscara, avental e óculos de proteção) e calçar as luvas;
- Verificar se a sonda está no estômago conforme técnica da sondagem gástrica;
- Verificar temperatura do alimento (próxima à temperatura corporal);
- Limpar a extremidade da sonda com bola de algodão embebida em álcool;
- Aspirar a sonda, antes de administrar o alimento, para verificar se o estômago não está repleto de alimento introduzido anteriormente;
- Retirar o êmbolo da seringa, conectar o bico da seringa à sonda e colocar o alimento na seringa;
- Introduzir o alimento lentamente, controlando o fluxo através do pinçamento da sonda;
- Repetir o procedimento até o término do volume da alimentação, respeitando o intervalo de 3 minutos entre cada infusão, lembrando de pinçar a sonda para evitar a entrada de ar;
- Injetar 10 a 20% de água em relação à quantidade do alimento para lavar a sonda;
- Limpar a extremidade da sonda com algodão com álcool e novamente e fechá-la.
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.
- Descartar o material utilizado em local apropriado (expurgo), e lavar a bandeja;
- Retirar as luvas, incluindo os EPI's;

- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Checar o procedimento na prescrição médica e de enfermagem;
- Registrar no prontuário: horário; tipo de gavagem e a quantidade do alimento, intercorrências, se houver, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Recomendações

- Usar técnica limpa ao administrar alimento pelo cateter;
- Não deixar entrar ar mantendo a sonda fechada, evitando a distensão abdominal;
- Pinçar a sonda para evitar a entrada de ar sempre que for manuseá-la;
- Elevar o decúbito principalmente quando o paciente tiver facilidade de regurgitamento;
- Caso a alimentação seja oferecida pelo método de gotejamento, retirar o ar do equipo deixando escorrer um pouco de alimento por ele;
- Na alimentação pela **Gastrostomia**, o médico é o profissional responsável pela inserção do cateter, cabendo a equipe de enfermagem a introdução de alimentos/medicamentos por esta sonda;
- Os procedimentos referentes à introdução da alimentação por gastrostomia seguem os mesmos da gavagem pelas sondas oro/nasogástricas e nasoentéricas;
- Os alimentos por **Nutrição Parenteral Total (NPT)** devem ser administrados seguindo as normas da instituição.
- Descartar os recipientes de alimentação enteral e os conjuntos de administração a cada 24h;

Lavagem Gástrica

É a limpeza do estômago realizada através de uma sonda gástrica com o objetivo de remover substâncias tóxicas ou irritantes; preparar pacientes para cirurgias e/ou exames; e auxiliar no tratamento de hemorragia gástrica.

Materiais

São os mesmos materiais de sondagem gástrica, acrescido da solução prescrita para lavagem (soro fisiológico 0,9%, solução de bicarbonato de Na, água), látex/adaptador se necessário, EPI's.

Técnica

- Conferir a prescrição médica para certificar-se da solução prescrita para lavagem e se o paciente deverá permanecer com a sonda após a lavagem;
- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Explicar o procedimento, observando as condições do paciente;
- Elevar a cabeceira da cama, se não houver contraindicação;
- Colocar os EPIs necessários (máscara, avental e óculos de proteção) e calçar as luvas;
- Executar técnica de sondagem gástrica para introdução da sonda;
- Colocar o paciente em posição de Fowler ou decúbito lateral;
- Adaptar o frasco de soro fisiológico 0,9% à sonda e injetá-lo lentamente;
- Deixar a solução retornar ao frasco através da força da gravidade, deixando o frasco mais baixo que o corpo;
- Continuar o procedimento trocando o frasco, até que todos os frascos de soluções prescritos sejam injetados;
- Deixar o paciente confortável e o ambiente em ordem;
- Providenciar a limpeza e a guarda do material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem;
- Registrar o cuidado, incluindo: horário, volumes infundidos e drenados, aspecto do líquido drenado, e queixas do paciente, intercorrências, se houver, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Retirada da Sonda Nasogástrica/Nasoentérica

A retirada da sonda deve ser feita de acordo com a prescrição médica e após a dieta de prova realizada pelo Fonoaudiólogo.

Material

- Gaze;
- Álcool 70%;
- Toalha de rosto ou similar (compressa cirúrgica, toalha de papel);
- EPI's
- Recipiente para resíduos.

Técnica

- Conferir a prescrição médica para certificar-se da retirada da sonda;
- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Explicar o procedimento, observando as condições do paciente;
- Colocar os EPIs necessários (máscara, avental e óculos de proteção) e calçar as luvas;
- Colocar a toalha sobre o tórax do paciente;
- Fechar a sonda;
- Retirar o esparadrapo que fixa a sonda com auxílio do algodão embebido em álcool ou soro fisiológico;
- Retirar a sonda lentamente com auxílio de uma gaze;
- Proceder à limpeza das narinas (em caso de sonda nasogástrica e nasoentérica) com auxílio de gaze;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Providenciar a limpeza e a guarda do material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem;
- Registrar o procedimento incluindo horário e motivo da retirada da sonda e reações do paciente, intercorrências, se houver, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

7. Referências

BRASIL. Decreto. 94.406/87. Regulamenta a Lei 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1987.

BRASIL. LEI N 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.




CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 358/2009.** Sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 564/2017.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 6 de novembro de 2017. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 619/2019.** Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem:** conceitos, processos e prática. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnicas básicas de enfermagem.** 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 19/2023
Título do Documento	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO BANHO NO LEITO	Nº Páginas: 04
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 27/05/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre a importância e a sequência do banho no leito iniciando o discente nas habilidades técnicas necessárias ao atendimento de pessoas adultas e idosas acamadas impossibilitadas de realizar o banho de forma independente.

2. Conceito

O banho representa o principal método de tratamento da pele e tem como finalidade remover sujidade aderente à pele para manter a sua integridade e controlar os odores do corpo, estimular a circulação, aliviar a sensação de fadiga, proporcionar o relaxamento e o bem-estar e melhorar a autoimagem. O banho pode ser por aspensão (de chuveiro) com água na temperatura ambiente para os pacientes independentes ou dependentes parciais do cuidado de enfermagem e o banho no leito para pacientes acamados (banho completo ou parcial).

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Materiais necessários

Bandeja contendo:

- Luvas de procedimento;
- Luvas de banho (panos ou compressas macias);
- Jarra com água morna;
- Produtos de higiene pessoal (sabonete líquido, escova de cabelo ou pente, hidratante para pele conforme indicado, material para higiene oral);
- Bacias de banho e balde;
- Toalha de banho e de rosto;
- Camisola ou pijama;
- Fralda
- Roupas de cama para preparo do leito;
- Comadre coberta e papagaio;
- Impermeável;
- Saco plástico para resíduos;
- Hamper.
- Biombo.

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre higiene corporal – banho no leito;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar a anotação de acordo com as orientações fornecidas para o banho no leito.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir a prescrição médica e de enfermagem do paciente sobre quaisquer recomendações durante o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados durante o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão para prevenir infecções (antes e após o procedimento).

6.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante o procedimento;
- Orientar sobre a posição adequada para o procedimento, conforme necessidade.
- Coletar informações acerca da cultura, motivação, hábitos e preferências do paciente ao promover atividades de autocuidado (banho/higiene);
- Considerar a idade do paciente e a tolerância às atividades do cuidado;
- Avaliar as habilidades (sensoriais, cognitivas, de resistência e mobilidade) e o grau de dependência requerida (independente, dependente parcial ou total) para o banho;
- Assegurar condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito ou fechar a porta do quarto.

Sequência do Banho no leito: 1. Descobrir 2. Lavar (ensaboar, enxaguar) 3. Enxugar 4. Cobrir

1. Dispor o material necessário sobre a mesa de cabeceira;
2. Ajustar a cama a uma altura confortável para o trabalho;
3. Colocar EPIs e calçar luvas;
4. Abaixar as grades laterais da cama, soltar as roupas da cama, retirando o excesso (cobertor, lençóis e travesseiro);
5. Levantar as grades laterais e elevar a cabeceira da cama a 30 graus;
6. Encher a bacia com água morna e colocar em mesa próxima;
7. Abaixar a grade lateral do lado do leito em que irá iniciar o banho;
8. Despir o paciente mantendo-o coberto com lençol protetor;
9. Colocar a toalha de banho sobre o tórax e abaixar o lençol protetor em leque até a região pubiana, com os braços estendidos sobre a toalha;
10. Iniciar o banho lavando o rosto (testa, bochechas, nariz) e os olhos do paciente (sem o uso do sabonete) movendo a luva de banho do canto interno para o externo do olho utilizando diferentes partes da luva para cada olho e depois secar bem;
11. Lavar as orelhas e a parte anterior do pescoço com sabonete, retirando-o logo em seguida, secando com a toalha;
12. Realizar a higienização oral (ou permitir que o paciente o faça se tiver condições);
13. Abaixar a cabeceira da cama, se não houver contraindicações e manter o paciente em decúbito dorsal;
14. Colocar a toalha de banho longitudinalmente sob o braço do paciente (o braço mais afastado);

15. Expor, lavar (ensaboar e enxaguar), enxugar e secar o braço usando movimentos longos e firmes da área distal para proximal (punho para o ombro). Lavar e secar bem a axila;
16. Dobrar a toalha ao meio e colocá-la na cama ao lado do paciente. Colocar a bacia sobre a toalha e lavar a mão do paciente. Secar bem. Afastar a toalha de banho e cobrir com o lençol protetor;
17. Erguer a grade lateral, ir para o outro lado da cama e repetir o procedimento com o outro braço;
18. Repetir o procedimento com a outra mão e desprezar a água;
19. Abrir a toalha de banho e cobrir tórax e braços, dobrando o lençol protetor até o umbigo;
20. Elevar a toalha de banho do peito com uma mão; lavar (ensaboar e enxaguar) e enxugar o tórax usando a luva na outra mão com movimentos longos e firmes (cuidado especial com as dobras da pele sob os seios femininos);
21. Colocar a toalha de banho ao longo do tórax e abdome e dobrar o lençol protetor até a região pubiana;
22. Elevar a toalha de banho com uma mão; lavar (ensaboar e enxaguar) o abdome usando a luva na outra mão com movimentos de um lado para outro. Dar especial atenção ao umbigo, dobras do abdome e virilhas. Secar bem;
23. Recolocar o lençol protetor na posição original cobrindo o tórax e o abdome e membros inferiores do paciente;
24. Expor o membro inferior oposto a você dobrando o lençol protetor em direção à linha média. Colocar a toalha de banho sob a perna;
25. Lavar a perna com movimentos longos e firmes (sem esfregar ou massagear a panturrilha), do tornozelo ao joelho e deste até a virilha (área distal/proximal). Enxaguar e secar bem;
26. Lavar o pé imergindo-o na bacia colocada sobre a cama, forrada com a toalha. Secar bem entre os dedos. Desprezar a água utilizada;
27. Erguer a grade lateral, ir para o outro lado da cama e repetir o procedimento com a outra perna e pé;
28. Cobrir o paciente com o lençol protetor e elevar a grade lateral;
29. Desprezar a água e a luva de banho utilizada;
30. Remover as luvas sujas, higienizar as mãos e calçar luvas limpas;
31. Abaixar a grade da cama e colocar o paciente em decúbito lateral coberto com o lençol protetor;
32. Colocar a toalha de banho sob as costas e deslizar o lençol protetor sobre os ombros até coxas;
33. Lavar, enxaguar e secar as costas, do pescoço até as nádegas com movimentos longos e firmes.
34. Massagear as costas do paciente e aplicar loção ou similar na pele, conforme necessário;
35. Retirar os lençóis sujos até a metade empurrando para baixo do paciente e limpar a cama com álcool 70% e colocar os lençóis limpos;
36. Erguer a grade lateral, ir para o outro lado da cama para repetir o procedimento;
37. Virar o paciente para o lado oposto e lavar a outra metade das costas e massagear;
38. Retirar os lençóis sujos e desprezar no hamper; limpar a outra metade da cama com álcool 70%; puxar os lençóis limpos e colocar impermeável sob as nádegas;
39. Virar o paciente em decúbito dorsal e cobrir com o lençol protetor em diagonal mantendo a região perineal coberta;
40. Remover as luvas sujas, higienizar as mãos e calçar luvas limpas;
41. Realizar a higiene genital e perineal com luvas de banho limpas (ver protocolo de higiene feminina e masculina);
42. Retirar o impermeável, cobrir o paciente com o lençol protetor e elevar as grades laterais;
43. Desprezar a água e as luvas de banho utilizadas;
44. Remover as luvas sujas, higienizar as mãos e calçar luvas limpas;
45. Esticar e prender as roupas de cama no colchão;
46. Retornar ao paciente e ajudá-lo a se vestir e colocar o travesseiro;
47. Arrumar os cabelos e colocar desodorante ou cosmético, se for apropriado;
48. Deixar o paciente confortável com a campainha ao seu alcance;
49. Deixar o quarto em ordem;
50. Dar destino adequado aos materiais seguindo a política do serviço (devolver os materiais não utilizados, e encaminhar para o expurgo os materiais utilizados para limpeza e/ou descarte);
51. Remover as luvas e higienizar as mãos;
52. Checar o procedimento na prescrição de enfermagem;
53. Registrar no prontuário o tipo de banho, a tolerância do paciente e o nível de dependência para o cuidado.

7. Recomendações

- Dar o banho, de preferência pela manhã antes do desjejum.
- Manter as grades laterais elevadas ao se afastar do leito.
- Proteger a área do corpo a ser lavada, mantendo as demais cobertas com lençol (expor apenas as áreas a serem lavadas).
- Enxaguar bem para retirar todo o sabão.
- Desprezar a água da bacia, sempre que necessário (quando estiver fria ou com sabonete).
- Enxugar bem as axilas, os espaços interdigitais e a região inguinal.
- Realizar movimentos delicados, não demorando no banho para evitar cansar o paciente.
- Observar possíveis alterações dos sinais vitais (pulso, frequência cardíaca e respiratória).
- Fazer massagem com movimentos suaves e circulares, para estimular a circulação e prevenir lesões por pressão usando cremes ou loções para pele seca e talco ou álcool para pele oleosa. Evitar massagear áreas hiperemiadas.
- Observar as condições da pele e sensibilidade (erupções, edema e lesões) especialmente as áreas infra mamárias (em mulheres), a região axilar e perineal.
- Detectar possíveis irritações causadas pelo uso incorreto de sabões, cosméticos, desodorantes, depiladores.
- Encorajar o paciente a cooperar no banho, permitindo que o mesmo possa expressar seus sentimentos e participar do cuidado.
- Lavar as mãos do paciente, cortar as unhas corretamente e limpá-las.
- Orientar o paciente sobre a necessidade da limpeza diária das cavidades da face (ouvidos, nariz) e dos olhos.
- Realizar a lavagem dos cabelos em outro momento, para evitar cansar o paciente, especialmente quando este apresentar tolerância a atividade diminuída.
- Proceder a troca de curativos, de roupas pessoais e de cama após o banho.
- Se o paciente usar a comadre antes do banho, executar a higiene íntima nesse momento, prosseguindo depois com o banho e a troca das roupas de cama.
- Acompanhar e supervisionar os banhos de chuveiro de pacientes com alterações no psiquismo, motilidade, tontura, entre outras queixas.

Atenção

- Os banhos terapêuticos específicos (banho de imersão e de assento) necessitam de prescrição médica.
- Quando se trata banho de assento com o paciente sentado na bacia imergindo a região perineal e anal, a água deve estar na temperatura de 43° a 45°C.

8. Referências




BARROS, ALBL; LOPES, JL; MORAIS, SCR. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

POTTER, PA.; PERRY, AG. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnica básicas de enfermagem**. 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari, 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 20/2023
Título do Documento	ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO HIGIENE CORPORAL	Nº Páginas: 07
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 30/05/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre a importância da higiene corporal iniciando o discente nas habilidades técnicas necessárias ao atendimento de pessoas adultas e idosas acamadas e impossibilitadas de realizar a higiene de forma independente.

2. Conceito

As práticas de higiene referem-se ao cuidado pessoal e à limpeza da pele e anexos (cabelos e unhas), da cavidade oral e dos dentes, dos olhos, nariz, ouvidos, das áreas genital e perineal, através do uso de cosméticos e de roupas. As necessidades de higiene variam de acordo com as diferentes fases da vida (infância, adolescência, idade adulta e velhice) e com os fatores que podem influenciar as medidas de higiene como variáveis culturais, preferências pessoais, hábitos familiares, condição socioeconômica, práticas espirituais, crenças, religião, estado de saúde e doença, autoimagem, conhecimento/nível de aprendizagem sobre as práticas de saúde e de higiene. As práticas de higiene do corpo tem como propósitos evitar o aparecimento de infecções e combater infecções já instaladas, manter a integridade da pele, dos dentes e tecidos moles da cavidade oral em boas condições, além de promover conforto físico e emocional ao indivíduo.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Descrição do procedimento

5.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre higiene corporal;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar as anotações, de acordo com as orientações fornecidas para cada tipo de higiene.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir a prescrição médica e de enfermagem do paciente sobre quaisquer recomendações durante o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados durante o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão para prevenir infecções (antes e após o procedimento).

5.2 Semiotécnica:

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante o procedimento;
- Coletar informações acerca da cultura, motivação, hábitos e preferências do paciente ao promover atividades de autocuidado (higiene corporal);
- Considerar a idade do paciente e avaliar as habilidades (sensoriais, cognitivas, de resistência e mobilidade) nos cuidados pessoais:
 - comprometimento da força e coordenação dos músculos
 - diminuição da amplitude de movimentos das extremidades
 - redução/falta da coordenação e do equilíbrio
 - intolerância às atividades do cuidado
 - grau de dependência requerida (independente, dependente parcial ou total)
- Orientar sobre a posição adequada, conforme o tipo de procedimento e a necessidade.
- Assegurar condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito (se necessário).

Higiene oral e dos dentes

A higiene da boca (lábios, gengivas, bochechas e língua) e dos dentes é realizada para manutenção da hidratação e da integridade da mucosa oral, prevenção de infecções (estomatites, gengivite) e cáries dentárias e combate às infecções já instaladas e à halitose, proporcionando o conforto, bem-estar e autoestima do paciente. Deve ser feita após as refeições e antes de dormir; e em pacientes graves, inconscientes e com sonda nasogástrica (SNG) deve ser feita sempre que for necessário, de acordo com a situação de cada paciente.

Material necessário:

- Luvas de procedimento (e outros EPI's, conforme indicação);
- Escova de dentes (ou espátulas envolvidas em gazes) e creme dental ou antisséptico bucal;
- Copo descartável com água e canudo (se necessário);
- Abaixador de língua
- Cuba rim;
- Toalha de rosto ou toalhas de papel;
- Lubrificante para os lábios (vaselina, manteiga de cacau ou similar), se necessário;
- Saco plástico para resíduos.

Paciente com dependência parcial

Técnica:

- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente
- Informar sobre o que vai ser feito a fim de obter colaboração.
- Colocar os EPIs necessários e calçar as luvas.
- Abaixar as grades da cama.
- Posicionar o paciente em Fowler, ou com cabeceira elevada a 30°, ou em decúbito lateral, conforme suas condições.
- Colocar a toalha cobrindo o pescoço e o tórax.
- Auxiliar o paciente conforme o seu grau de dependência, orientando-o se necessário.
- Oferecer água para bochechar, e aproximar a cuba rim para escoar o líquido da boca.
- Secar os lábios e o queixo com a toalha.
- Lubrificar os lábios, se houver indicação.
- Manter o paciente em posição confortável e elevar as grades da cama.
- Recolher o material e deixar a unidade em ordem.

- Providenciar a limpeza e a guarda do material.
- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem
- Registrar o cuidado, incluindo possíveis anormalidades e queixas, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Paciente com dependência total ou inconsciente

Técnica:

- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente.
- Informar, se for possível, sobre o que vai ser feito.
- Abaixar as grades da cama.
- Posicionar o paciente em Fowler, ou com cabeceira elevada a 30°, ou em decúbito lateral, conforme suas condições.
- Colocar os EPIs necessários e calçar as luvas.
- Colocar toalha de rosto para proteger a roupa do paciente e de cama.
- Abrir a boca do paciente com abaixador de língua, com pressão suave e mantendo-o entre os molares posteriores.
- Limpar a boca com gaze molhada em solução antisséptica (dentes, gengivas, palato, bochechas e lábios), com movimentos delicados e trocando as gazes quantas vezes for necessário.
- Limpar a língua com espátula envolvida em gaze.
- Passar lubrificante nos lábios e língua, se houver necessidade.
- Manter o paciente em posição confortável e elevar as grades da cama.
- Recolher o material e deixar a unidade em ordem.
- Providenciar a limpeza e a guarda do material.
- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem
- Registrar o cuidado, incluindo possíveis anormalidades e reações do paciente, intercorrências, se houver, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Recomendações:

- ✓ Investigar os hábitos do paciente quanto à higiene oral (frequência com que escova os dentes, produtos de higiene usados, uso e cuidados com próteses, consultas ao dentista).
- ✓ Providenciar material necessário e colocar ao alcance do paciente (escova, creme dental, antisséptico)
- ✓ Permitir que o paciente execute o próprio cuidado, auxiliando-o conforme o seu grau de dependência e interferindo quando estritamente necessário.
- ✓ Orientar quanto à técnica correta de escovação, se necessário.
- ✓ Inspeccionar a cavidade oral para condições dos dentes e das mucosas, a existência de sangramento gengival, lesões, e outras anormalidades.
- ✓ Observar, notificar queixas odontálgicas e encaminhar ao serviço odontológico se necessário.
- ✓ Dispensar os cuidados necessários com próteses (orientar ou fazer a limpeza e se o paciente não tem condições de conservá-la na boca, guardar em lugar seguro).

Higiene dos olhos, nariz e ouvidos

Material:

Bandeja contendo:

- Luvas de procedimento (e outros EPI's, conforme indicação);
- Bolas de algodão, compressas de gazes, conforme necessário;
- Soro fisiológico ou água, conforme necessário;
- Toalha de rosto.

Técnica:

- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo ao paciente.
- Abaixar as grades da cama.
- Colocar os EPIs necessários e calçar as luvas.
- Posicionar o paciente em Fowler, ou com cabeceira elevada a 30°, ou em decúbito lateral.
- Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente.
- Umedecer algodão ou a gaze com a solução, não deixando líquido em excesso.
- Fazer a higiene dos olhos com movimento único e suave, do canto interno para o canto externo do olho
- Virar a gaze e usar a porção diferente em cada movimento, tocando-a quantas vezes for necessário.
- Limpar o outro olho do mesmo modo.
- Aplicar compressa úmida nos olhos fechados, por 3 a 5 minutos, se estiverem com secreções ressecadas, para facilitar a sua remoção e de forma indolor.
- Enxugar os olhos pressionando suavemente a toalha de rosto sobre os mesmos.
- Orientar o paciente sobre a importância e a técnica correta da limpeza do nariz e ouvidos.
- Ajudar ou fazer a higiene, conforme o grau de dependência do paciente e sempre que necessário.
- Manter o paciente em posição confortável e elevar as grades da cama.
- Recolher o material e deixar a unidade em ordem.
- Limpar e guardar o material.
- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem.
- Registrar o cuidado prestado, incluindo possíveis anormalidades e queixas, intercorrências, se houver, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Higiene da genitália e períneo de pacientes dependentes

Consiste na limpeza das regiões genital e perineal com a finalidade de proporcionar conforto do paciente, evitar assaduras e prevenir infecções em pacientes acamados e em uso de fraldas, ou combater as infecções já instaladas, além de preparar o paciente para exames e tratamentos. Deve ser realizada diariamente, pela manhã, por ocasião do banho; após micção e evacuação; nos casos de corrimento abundante e de menstruação, ou de secreções patológicas do trato urinário; no preparo para exames urológicos e ginecológicos, antes e após inserção de cateteres vesicais; e em paciente recuperando-se de cirurgias retais ou genitais e após o parto.

Material necessário:

- Luvas de procedimento (e outros EPI's, conforme indicação);
- Luva de banho (compressas não estéreis, pano macio ou bolas de algodão);
- Toalha de banho;
- Lençóis de cama (se for necessário a troca);
- Jarra com água morna;
- Sabonete líquido neutro;
- Bacia e Comadre;
- Lenços umedecidos (sem álcool) ou papel higiênico;
- Fralda e pomada antiassaduras (se necessário)
- Impermeável;
- Saco plástico para resíduos;
- Biombo.

Higiene da genitália e períneo feminino

Técnica:

- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo ao paciente.
- Cercar a cama com biombo e abaixar a grade lateral.
- Colocar os EPIs necessários e calçar as luvas.
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal ou posição ginecológica.

- Cobrir com o lençol protetor em diagonal, com a borda inferior sobre a área perineal.
- Descobrir a área perineal dobrando o lençol até o abdome e colocar impermeável e toalha sob as nádegas.
- Colocar a comadre (seca e forrada) sob as nádegas solicitando o auxílio da paciente para elevação dos quadris (pacientes impossibilitados de ajudar, pedir ajuda de outro colega, colocar em posição lateral, colocar a comadre e retornar a posição dorsal).
- Iniciar a limpeza retirando os resíduos de eliminação com lenços umedecidos no sentido da uretra para o períneo (na presença secreções abundantes e de fezes, limpar retirando o excesso e trocar as luvas).
- Lavar na seguinte sequência: ensaboar a parte superior das coxas e virilhas, região pubiana, grandes e pequenos lábios e região perianal, sempre no sentido anteroposterior (com movimento unidirecional da área pubiana para o períneo).
- Usar bolas de algodão ou pano macio para limpar a parte interna dos pequenos lábios (clitóris, orifício uretral e vaginal), com trocas quantas vezes for necessário.
- Usar toalhas de banho ou lenços umedecidos para limpar a área perineal/anal, quantas vezes for necessário.
- Irrigar a região genital e perianal com água morna em abundância.
- Retirar a comadre e trocar as luvas de procedimento.
- Secar bem a região (de frente para trás) e passar pomada antiassaduras (conforme indicado).
- Trocar as luvas de procedimento e colocar fralda.
- Proceder a troca dos lençóis de cama, se for necessário, e conforme técnica de preparo do leito.
- Cobrir a paciente e colocar em posição confortável.
- Elevar as grades da cama.
- Desprezar os resíduos no banheiro, recolher o material e o biombo, deixando o ambiente em ordem.
- Limpar e guardar o material.
- Retirar os EPIs e as luvas e higienizar as mãos.
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem.
- Registrar o cuidado prestado, incluindo anormalidades observadas e queixas da paciente, intercorrências, se houver, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Higiene da genitália e períneo masculino

Técnica:

- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Cercar a cama com biombo abaixar a grade lateral.
- Colocar os EPIs e calçar as luvas.
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e cabeça elevada a 30°, com os membros inferiores afastados.
- Colocar impermeável e toalha sob as nádegas.
- Colocar a comadre (seca e forrada) sob as nádegas solicitando o auxílio do paciente para elevação dos quadris. (Pacientes impossibilitados de ajudar, pedir ajuda de outro colega, colocar em posição lateral, colocar a comadre e retornar à posição dorsal).
- Iniciar a limpeza retirando os resíduos de eliminação com lenços umedecidos (na presença secreções abundantes e de fezes, limpar retirando o excesso e trocar as luvas).
- Segurar delicadamente o pênis e colocar sob ele uma toalha de banho ou compressa de algodão.
- Expor a glândula afastando o prepúcio e iniciar a higiene pelo meato urinário, limpando com movimentos circulares e delicados. Repetir quantas vezes for necessário. Retornar o prepúcio à sua posição natural.
- Molhar a região genital, ensaboar o corpo do pênis e a bolsa escrotal limpando com cuidado as dobras cutâneas adjacentes.
- Usar toalhas de banho ou lenços umedecidos para limpar a área perineal/anal, quantas vezes for necessário.
- Irrigar a região genital e perianal com água morna em abundância.
- Retirar a comadre e trocar as luvas de procedimento.
- Secar bem a região (de frente para trás) e passar pomada antiassaduras (conforme indicado).
- Trocar as luvas de procedimento e colocar fralda (se necessário).
- Proceder a troca dos lençóis de cama, se for necessário, e conforme técnica de preparo do leito.
- Vestir e cobrir o paciente, colocando em posição confortável.
- Elevar as grades da cama.
- Desprezar os resíduos no banheiro, recolher o material e o biombo, deixando o ambiente em ordem.
- Limpar e guardar o material.

- Retirar os EPIs e as luvas e higienizar as mãos.
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem
- Registrar o cuidado prestado, incluindo anormalidades observadas e queixas da paciente, intercorrências, se houver, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Recomendações:

- Encorajar o paciente a fazer a higiene íntima ao final do banho.
- Evitar expor o paciente, de forma desnecessária.
- Fazer a lavagem da região genital com delicadeza, por ser muito sensível.
- Observar a temperatura da água para não queimar o paciente.
- Forrar ou aquecer a comadre (especialmente para paciente idosos, magros, com lesões por pressão ou em períodos de frio).

Observações:

A higiene perineal com *técnica asséptica* deve ser feita após abortamentos, partos e cirurgias do trato geniturinário, do períneo ou do ânus e requer outros cuidados como:

- Calçar luvas cirúrgicas conforme a técnica
- Realizar o procedimento seguindo técnica asséptica rigorosa

Higiene dos cabelos e do couro cabeludo de pacientes dependentes

Consiste na limpeza dos cabelos e do couro cabeludo com a finalidade de remover sujidades, estimular a circulação da área, prevenir o aparecimento de parasitas e infecções e proporcionar conforto e bem-estar.

Material

- Luvas de procedimento;
- Jarros com água morna; balde e bacia;
- Bolas de algodão; xampu, sabonete ou sabão líquido;
- Toalha de banho e de rosto.
- Escova ou pente de uso individual;
- Impermeável, saco plástico grande, jornal.

Técnica

- Fechar portas e janelas para evitar corrente de ar.
- Orientar o paciente sobre o procedimento.
- Colocar os EPIs e calçar as luvas.
- Isolar a cama com biombos e baixar as grades, se necessário.
- Posicionar em decúbito dorsal com o travesseiro sob os ombros do paciente, forrando a cabeceira e o próprio travesseiro com impermeável e toalha.
- Ocluir os ouvidos do paciente com bolas de algodão.
- Posicionar a bacia sob a cabeça, segurando-se a nuca com uma das mãos e, com a outra, proceder à lavagem, molhando, ensaboando e friccionando bem o cabelo e o couro cabeludo.
- Enxaguar até tirar todo o sabão, despejando a água do jarro delicadamente sobre a cabeça. Desprezar a água da bacia no balde, sempre que for necessário.
- Escorrer bem a água do cabelo, impedir o seu contato com a água suja e retirar a bacia.
- Proteger a cabeça enrolando-a na toalha e posicionar o travesseiro.
- Desprezar os resíduos no banheiro e trocar as luvas de procedimento
- Pentear o cabelo do paciente e deixá-lo confortável no leito.
- Recolher o material e o biombo, deixando o ambiente em ordem.
- Providenciar a limpeza e a guarda do material.
- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem
- Registrar o cuidado, incluindo possíveis anormalidades e reações do paciente, intercorrências, se houver, assinatura e carimbo do discente e docente responsável, ou enfermeiro supervisor.

Recomendações:

- Fazer a inspeção dos cabelos e do couro cabeludo durante a lavagem.
- Evitar que escorra sabão ou xampu nos olhos, ensaboando a cabeça com cuidado.
- Enxugar e secar bem os cabelos para evitar molhar a cama.
- Pentear os cabelos com delicadeza.
- Orientar o paciente quanto a importância da manutenção da higiene do couro cabeludo e dos cabelos.
- Observar se há presença de parasitas (piolhos ou lêndeas) na cabeça e nas roupas de cada paciente no ato da admissão e diariamente por ocasião do banho.
- Para o tratamento de parasitas (piolhos ou lêndeas):
 - ✓ isolar o paciente caso sejam encontrados piolhos ou lêndeas para evitar a propagação;
 - ✓ aplicar soluções usadas no serviço (pediculicidas), de acordo com as instruções do fabricante
 - ✓ dar especial atenção as roupas pessoais e de cama (lavar com água quente).
 - ✓ mergulhar os pentes e escovas em álcool durante uma hora.

Observação. As lêndeas são ovos dos pedículos do couro cabeludo, que precisam ser removidos para extermínio completo do parasita. Pode ser aplicada uma solução hipertônica de cloreto de sódio para desidratá-las e em seguida removê-las com um pente fino.

6. Outras Recomendações:

- Instruir o paciente quanto aos bons hábitos de higiene corporal (limpeza do corpo e das cavidades, higiene oral, cuidados com os cabelos e com a barba), conforme necessidade.
- Providenciar o material de higiene de acordo com o tipo de cuidados de higiene e colocá-lo ao alcance do paciente
- Permitir que o paciente realize o autocuidado, interferindo quando estritamente necessário.

7. Referências




BARROS, ALBL; LOPES, JL; MORAIS, SCR. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática**. 9 ed. Riode Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnicas básicas de enfermagem**. 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 21/2023
Título do Documento	<i>BALANÇO HÍDRICO</i>	N° Páginas: 03
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 06/06/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre a importância e as etapas de execução do balanço hídrico de modo a preparar o discente para a avaliação do estado volêmico de pessoas adultas e idosas que apresentam perda da capacidade de regulação hídrica.

2. Conceito

O balanço hídrico é o controle da quantidade de líquidos e eletrólitos ganhos através de alimentação, medicamentos, sangue e seus derivados, e a perda por urina, fezes, vômito, sudorese, drenos, curativos, sangramentos, e outros, em 24 horas, pelo paciente. Cabe ao enfermeiro e sua equipe a realização desse procedimento indicado em pacientes em pós operatório imediato, com distúrbios instáveis e que apresentam febre, com perda excessiva de líquidos corporais (sangramentos, diarreia) e perda insuficiente de líquidos corporais (em decorrência de patologias renais); que estejam recebendo grande aporte de líquido por via oral ou endovenosa, ou que estão recebendo diuréticos ou que apresentam problemas físicos que comprometam a ingestão de líquidos e de alimentos.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Cálice graduado para medida das secreções eliminadas
- Seringa de 20 ml
- Saco plástico
- Impresso padronizado para registro e cálculo do balanço hídrico (BH)

6. Descrição do procedimento

6.1 Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre necessidade de hidratação e balanço hídrico;
- Treinar os cálculos do balanço hídrico utilizando casos clínicos empíricos fornecidos pelos docentes da disciplina.

Para o cálculo do Balanço hídrico

BH = LA-LE-PI (LI soma dos líquidos administrados; LE soma dos líquidos eliminados; PI perdas insensíveis)

- **LI** - inclui a mensuração de todos os líquidos administrados por via oral, pela sonda de alimentação e por via parenteral
- **LE** - inclui a mensuração de todos os líquidos eliminados como urina, diarreia, vômito, aspirado gástrico e drenagem proveniente de drenos pós-cirúrgicos.
- **PI** = inclui a mensuração das perdas através da pele, respiração, temperatura e outros, sendo difícil de calcular com precisão e podem ser estimadas através do cálculo: $PI = 0,5x \text{ peso} \times n^\circ \text{ de horas}$). Se o paciente apresentar temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$, acrescentar 150 ml; acrescentar ainda, 150ml para cada grau de elevação ou diminuição da temperatura.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir a prescrição médica e de enfermagem para a indicação de balanço hídrico e quaisquer recomendações durante o procedimento;
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão, antes e após o procedimento, para prevenir infecções.

6.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas sempre achar necessário;
- Avaliar o estado de hidratação do paciente (turgor e elasticidade da pele, umidade das mucosas, ingestão de líquidos e eliminações de secreções corporais);
- Assegurar as condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);

Técnica

- Abrir folha de balanço hídrico instituída pelo serviço ou dar continuidade aos registros já iniciados;
- Anotar, nas respectivas colunas da folha de controle, a ingesta de líquidos e dietas por via oral ou sondas; a introdução de líquidos por via parenteral, bem como a eliminação através da urina, fezes, vômitos, sudorese, drenos, curativos, sangramentos e outros;
- Anotar na folha de controle, o horário da instalação e o volume total das trocas dos frascos de infusões venosas;
- Anotar o volume de todas as medicações administradas, incluindo os pequenos volumes;
- Realizar o balanço parcial a cada seis horas (ou doze horas, ou até de hora em hora, conforme a gravidade do paciente);
- Realizar o balanço das 24 horas, somando separadamente, as colunas dos líquidos ingeridos e eliminados, subtrair para encontrar o resultado;
- Registrar no prontuário, indicando positivo (+) ou negativo (-) e especificando a data e o horário das anotações e assinar.

7. Recomendações




- Mensurar adequadamente as entradas e débitos, utilizando instrumentos de medidas com graduação adequada;
- Desprezar os débitos no vaso sanitário do quarto/enfermaria ou local apropriado;
- Mensurar o volume drenado em cálice graduado quando o volume for superior a 100 ml, e utilizar seringa de 20 ml para volumes inferiores;
- Verificar, frequentemente, o posicionamento e a permeabilidade das sondas, drenos e cateteres;
- As fraldas, forros ou lençóis molhados podem ser pesados e descontados o peso obtido do valor do peso desses produtos quando secos.

8. Referências

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**: conceitos, processos e prática. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem** - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnicas básicas de enfermagem**. 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 22/2023
Título do Documento	<i>CATETERISMO VESICAL</i>	Nº Páginas: 06
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 10/06/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre os tipos de cateterismo vesical de modo a preparar o discente nas habilidades técnicas necessárias ao atendimento de pessoas adultas e idosas hospitalizadas com necessidades de eliminação urinária.

2. Conceito

O cateterismo vesical é a introdução de uma sonda (cateter) estéril através da uretra até a bexiga, com o objetivo de drenar a urina nas situações em que o paciente necessita: contornar a incontinência; monitorar o débito urinário nos estados críticos; esvaziar a bexiga para procedimentos cirúrgicos em estrutura circunjacente; mensurar a urina residual da bexiga após a micção; permitir irrigação vesical de medicamentos ou de líquidos por instilação repetida; coletar urina estéril para exames; aliviar a retenção urinária, quando as medidas para estimular a micção forem ineficazes. O procedimento requer prescrição médica e é uma atividade privativa do enfermeiro, executada com o auxílio do técnico de enfermagem, assegurados pela Lei do exercício profissional, Código de ética dos profissionais de enfermagem e RESOLUÇÃO COFEN 04050/2013 que normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema COFEN / Conselhos Regionais de Enfermagem. Os tipos de cateterização são: intermitentes ou de alívio com sonda de Nelaton, de alívio, reta, descartável com saída única para drenagem da urina; ou de demora com sonda Foley com a saída dupla e com um balão inflável que rodeia o cateter e sonda Three Way para instilação de medicamentos ou líquidos na bexiga. Os tamanhos variam conforme a idade e sexo do paciente (Mulher: 14, 16 e 18; homem; 16, 18, 20 e 22 crianças: 08 a 10). Deve-se utilizar técnica asséptica/estéril durante a execução, a fim de evitar infecção urinária no paciente.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material necessário

- Bandeja de cateterismo contendo material estéril: pinça Kocher ou Pean, cuba rim, cuba redonda, campo fenestrado, gases.
- Sonda (tamanho e tipo adequado de acordo com a indicação);
- Bolsa coletora (se for SVD);

- Luvas estéreis e de procedimento;
- Ampolas com água estéril e seringa com agulha de 20ml (se for 20ml);
- Lubrificante hidrossolúvel estéril;
- Solução antisséptica;
- Esparadrapo;
- Lençol móvel e impermeável;
- Material para a higiene íntima: toalha, luva de higiene, sabão líquido, jarro com água morna e comadre;
- Saco plástico para resíduos;
- Foco ou lanterna;
- Biombo.

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre cateterismo vesical intermitente e de demora;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar a anotação do procedimento conforme as orientações fornecidas para tipos de cateterismo.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir o tipo de cateterismo na prescrição médica do paciente e quaisquer recomendações durante o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário.
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

6.3 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas durante o procedimento;
- Avaliar as condições do paciente (histórico de retenção ou incontinência urinária, infecção urinária e sintomas de alterações urinárias (disúria, oligúria, poliúria, nocturia, urgência incontinência, retenção, hesitação, hematúria);
- Orientar sobre a posição adequada, conforme a necessidade.
- Assegurar as condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito (se necessário).

Inserção da Sonda Vesical de Demora (SVD)

- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Elevar o leito a uma altura apropriada ao conforto do profissional na execução do procedimento;
- Baixar a grade do leito do lado operacional e manter a grade do lado oposto elevada;
- Colocar os EPIs necessários (máscara, avental e óculos de proteção);
- Colocar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente de modo adequado (mulheres em decúbito dorsal com as pernas separadas, e homens decúbito dorsal com as pernas fletidas, levemente afastadas);
- Colocar um impermeável forrado com lençol móvel sob a paciente;
- Colocar uma comadre estéril sob o (a) paciente;
- Realizar a lavagem externa (conforme orientações do POP de higiene íntima);
- Retirar a comadre e as luvas de procedimento e higienizar as mãos;

- Manter o paciente coberto com lençol;
- Abrir o pacote de cateterismo vesical observando rigorosamente a técnica asséptica;
- Calçar as luvas estéreis;
- Solicitar auxílio do técnico de enfermagem para abrir as embalagens externas dos materiais estéreis (seringas, cateter);
- Pegar os materiais pela embalagem interna e colocar sobre o campo estéril;
- Aspirar, com auxílio do técnico de enfermagem, a água destilada com seringa de 20 ml e colocá-la sobre o campo;
- Colocar gel lubrificante na outra seringa com auxílio do técnico de enfermagem;
- Pegar a cuba redonda e pedir que técnico de enfermagem coloque solução antisséptica observando a técnica asséptica;
- Organizar o material sobre o campo estéril;
- Testar o balão da sonda vesical de demora se esta for a recomendação do fabricante;
- Solicitar do técnico de enfermagem, o lubrificante hidrossolúvel e lubrificar o cateter deixando-o protegida com gazes;
- Colocar o campo fenestrado sobre a região genital, expondo o órgão e observando rigorosamente a técnica asséptica;
- Proceder a antisepsia da região genital feminina:
 - ✓ Com a mão não dominante, separar os grandes e pequenos lábios e expor o meato urinário e o vestibulo vaginal, permanecendo com a mão nessa posição até o final da técnica;
 - ✓ Com a mão dominante, segurar pinça montada em gazes umedecida em solução antisséptica e iniciar a limpeza no sentido antero posterior, de cima para baixo e do distal para o proximal (grandes lábios, pequenos lábios e uretra) usando uma gaze por vez para cada região, desprezando a gaze próxima a região perineal.
- Proceder a antisepsia da região genital masculina:
 - ✓ Com a mão não dominante, segurar o pênis perpendicular ao corpo do paciente e retraindo o prepúcio com gaze seca para expor a glande (permanecer nesta posição até o final do procedimento).
 - ✓ Com a mão dominante, segurar pinça montada em gaze umedecida em solução antisséptica e iniciar a limpeza pelo meato urinário como movimentos circulares em direção externa; limpar o corpo com movimentos unidirecional de cima para baixo, desprezando a gaze próxima á região perineal.
- Pegar o cateter pela extremidade enrolando frouxamente na palma da mão dominante, certificando-se que a cuba rim está posicionada para coletar a urina (se o cateter não estiver conectado a bolsa de drenagem);
- Proceder a inserção do cateter feminino
 - ✓ Localizar o meato urinário e introduzir o cateter (previamente lubrificado) pedindo que a paciente respire lentamente a medida que o cateter é inserido;
 - ✓ Avançar o cateter até a saída do fluxo de urina pela sua extremidade (aproximadamente 5 a 8 cm); liberar os grandes lábios e segurar o cateter finemente com a mão não dominante até o fluxo de urina cessar;
- Proceder a inserção do cateter masculino
 - ✓ Introduzir o bico da seringa no meato e injetar, lentamente, gel lubrificante estéril;
 - ✓ introduzir o cateter pedindo que a paciente respire lentamente a medida que o cateter é inserido;
 - ✓ Avançar o cateter até a saída do fluxo de urina pela sua extremidade (aproximadamente 18 a 22 cm no homem); abaixar o pênis e segurar o cateter finemente com a mão não dominante até o fluxo de urina cessar;
 - ✓ Recobrir a glande
- Encher o balão do cateter
 - ✓ Conectar, com a mão dominante livre, a seringa na extremidade do cateter preparada com água destilada (de acordo com a especificação do fabricante),
 - ✓ Injetar lentamente a solução para encher o balão;
- Tracionar o cateter suavemente até sentir resistência;
- Retirar o campo fenestrado e conectar o cateter ao sistema de drenagem (se não foi previamente conectado);

- Fixar o cateter com adesivo hipoalergênico
 - ✓ Na mulher: na face interna da coxa;
 - ✓ No homem: na parte superior da coxa ou na região suprapúbica (colocar o prepúcio sobre a glande peniana a fim de evitar edema).
- Prender o tubo de drenagem com clipe na borda do colchão, tendo o cuidado de enrolar o excesso;
- Prender a bolsa de drenagem nas grades laterais da cama posicionando-a abaixo do nível da bexiga;
- Averiguar se bracedeira sobre o tubo drenagem está aberta para facilitar a drenagem da urina;
- Deixar o paciente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Remover o material e deixar a enfermagem em ordem;
- Dar destino adequado aos materiais, seguindo a política do serviço (devolver os materiais não utilizados, e encaminhar para o expurgo os materiais utilizados para limpeza e/ou descarte).
- Remover as luvas e higienizar as mãos.
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem
- Registrar no prontuário (tipo e calibre da sonda, volume de água no balão, volume e aspecto da urina drenada e intercorrências e reações do paciente durante o procedimento).

Inserção de Sonda Vesical de Alívio - SVA

- O material para a sonda vesical de alívio (SVA) é o mesmo da sonda vesical de demora (SVD) com exceção da sonda que contém lúmen único e não contém balão de insuflação.
- As etapas para a inserção da SVA são as mesmas da SVD. A diferença consiste na retirada do cateter logo após cessar o fluxo de urina.
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem.
- Registrar no prontuário (tipo e calibre da sonda, volume e aspecto da urina drenada e intercorrências e reações do paciente durante o procedimento).

Retirada de Sonda Vesical de Demora (SVD)

Material:

- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml;
- Gazes;
- Material para higiene íntima;
- Saco plástico para resíduos.

Técnica:

- Conferir a prescrição do paciente para se certificar da retirada do cateter;
- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Explicar o procedimento, observando as condições do paciente;
- Cercar a cama com biombo, ou fechar a porta do quarto, se necessário.
- Elevar o leito a uma altura apropriada ao conforto do profissional na execução do procedimento;
- Baixar a grade do leito do lado operacional e manter a grade do lado oposto elevada;
- Colocar os EPIs necessários e calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal (**sexo feminino**); e em decúbito dorsal ou fowler (**sexo masculino**);
- Colocar um impermeável forrado com lençol móvel sob a paciente;
- Retirar a fixação do esparadrapo com auxílio de gazes;
- Efetuar a higiene da área genital com água e sabão, se necessário;
- Mover o êmbolo da seringa para afrouxá-lo e adaptar o bico na válvula do cateter e esvaziar o balão;
- Deixar o líquido do balão drenar para a seringa por gravidade, certificando que a quantidade drenada é a mesma da insuflação.
- Retirar a sonda, puxando para fora suave e lentamente, sem forçar.
- Enrolar o cateter contaminado em saco plástico e desprender do leito o tubo e a bolsa de drenagem;
- Realizar a higiene (conforme orientações do POP de higiene íntima);
- Colocar a paciente em posição confortável;
- Esvaziar, medir e registrar a urina presente na bolsa de drenagem e descartá-la em local apropriado.

- Remover o material e deixar a enfermaria em ordem;
- Providenciar a limpeza e a guarda do material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem;
- Registrar no prontuário (tipo e calibre da sonda retirada, volume de água no balão, volume e aspecto da urina drenada e intercorrências e reações do paciente durante o procedimento).

Observações:

- Fechar a sonda por duas horas antes de retirá-la;
- Observar a ocorrência de micção espontânea após a retirada da sonda.

Irrigação Vesical

É a instilação de solução na bexiga indicada para pacientes em uso de sondas por longa permanência e pós-operatório para limpeza (remoção de segmentos, coágulos pós cirúrgicos, urina turva) ou medicação (remover e limitar a multiplicação de microrganismos). O paciente deve estar cateterizado com uma sonda Foley 3 vias siliconada estéril: 1ª via que conecta no sistema coletor, 2ª via responsável pela insuflação do balão com água destilada e 3ª via usada para a irrigação.

Material

Em pacientes não sondados, separar o material para cateterismo vesical com sonda de três vias.

Em pacientes sondados:

- Solução prescrita (geralmente SF-0,9% de 1000ml, gelado, rotulado como solução para Irrigação Vesical) conectado em equipo de macrogotas (se necessário, tubo extensor).

Técnica:

- Conferir a prescrição do paciente para se certificar da irrigação vesical (se contínua ou intermitente);
- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Explicar o procedimento, observando as condições do paciente;
- Cercar a cama com biombo, ou fechar a porta do quarto, se necessário.
- Elevar o leito a uma altura apropriada ao conforto do profissional na execução do procedimento;
- Colocar os EPIs necessários e calçar as luvas de procedimento;
- Conectar o equipo de soro, retirar o ar e colocar no suporte à altura superior a 50 cm do paciente;
- Calçar luvas estéreis e fazer antisepsia na conexão da terceira via da sonda com a tampa de oclusão da via;
- Conectar o equipo à terceira via da sonda;
- Controlar o gotejamento conforme prescrição médica, trocando o frasco antes do término;
- Monitorar o nível de conforto do paciente e a facilidade da irrigação a cada instilação;
- Controlar a quantidade de líquido infundido com o drenado para o balanço hídrico;
- Colocar a paciente em posição confortável, ao final da irrigação;
- Esvaziar, medir e registrar a urina presente na bolsa de drenagem e descartá-la em local apropriado.
- Remover o material e deixar a enfermaria/quarto em ordem;
- Encaminhar o material para o expurgo e desprezar os resíduos em local apropriado;
- Providenciar a limpeza e a guarda da bandeja;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar o procedimento nas prescrições médica e de enfermagem;
- Registrar no prontuário e formulários de anotações de enfermagem (hora, volume de líquido utilizado e drenado, intercorrências e reações do paciente durante o procedimento) e assinar.

7. Recomendações

Relacionadas ao paciente

- Respeitar a preferência do paciente sobre o sexo do profissional que irá executar o procedimento (se feminino ou masculino), por se tratar de procedimento que exige exposição íntima;
- Assegurar um tempo sem interrupções durante o procedimento e manter a privacidade do paciente;
- Assegurar o conforto ao paciente até o final do procedimento.
- Instituir esquema de higiene íntima, conforme apropriado (de acordo com os protocolos do serviço).

Relacionadas ao procedimento técnico

- Observar precauções universais e manter técnica asséptica, conforme protocolo da instituição;
- No cateterismo masculino ao invés de injetar a geleia anestésica na uretra pode-se lubrificar a sonda com a geleia;
- Nunca forçar a introdução da sonda;
- Assegurar-se de que o cateter esteja suficiente introduzido na bexiga para impedir o trauma dos tecidos uretrais com a insuflação do balão;
- Evitar que a extremidade da extensão fique mergulhada na urina coletada, para facilitar a saída da urina e prevenir a infecção;
- Não desconectar a junção sonda-tubo de drenagem;
- Descontinuar a irrigação se parecer que o cateter esteja obstruído e notificar o médico;
- Assegurar posicionamento do sistema de drenagem abaixo do nível da bexiga;
- Esvaziar a bolsa coletora a intervalos regulares e situações específicas (antes do transporte do paciente)
- Registrar o volume urinário esvaziado em planilha de balanço hídrico ou formulários de anotações de enfermagem).

8. Referências

BRASIL. Decreto. 94.406/87. Regulamenta a Lei 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1987.

BRASIL. LEI N 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.




CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 358/2009.** Sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 564/2017.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 6 de novembro de 2017. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 04050/2013.** Normatiza o procedimento de sondagem vesical no âmbito do sistema COFEN / Conselhos Regionais de Enfermagem. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática.** 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnicas básicas de enfermagem.** 6ª Edição -São Paulo: Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP Nº 23/2023
Título do Documento	<i>CUIDADOS COM LESÕES – CURATIVOS</i>	Nº Páginas: 05
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 14/07/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre os diferentes tipos de tratamento de feridas/curativos de modo a preparar o discente nas habilidades técnicas necessárias ao atendimento de pessoas adultas e idosas hospitalizadas com necessidades de cicatrização.

2. Conceito

O cuidado com lesões é uma atividade da equipe de enfermagem visando a promoção de cicatrização e a prevenção de complicações em paciente com integridade da pele e das mucosas prejudicadas, assegurado pela Lei do exercício profissional, Código de ética dos profissionais de enfermagem e as Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em ambientes públicos e privados (Res. 358/2009); aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente (Res. 0514/2016) e aprova o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas (Res. 567/2018).

O curativo é a utilização de um conjunto de técnicas que vão desde a limpeza da área lesionada com irrigação de solução fisiológica para a remoção de corpo estranho e quaisquer partículas que impeçam a otimização da cicatrização, até o uso de coberturas específicas para proteger a lesão de traumatismo mecânico, prevenir de contaminação exógena, absorver secreções e minimizar acúmulo de fluidos por compressão. Para a escolha da técnica deve-se avaliar os riscos de contaminação, os aspectos da lesão e as características individuais do paciente. Devem ser consideradas duas técnicas distintas para a execução do cuidado com a lesão: a *técnica asséptica ou estéril* e a *técnica limpa*. Na primeira, as mãos devem ser lavadas com solução antisséptica, antes e após o curativo, e protegidas com luvas estéreis, e os materiais utilizados para manipulação e limpeza da lesão devem ser estéreis, devido aos riscos aumentados de colonização da área. Na técnica limpa as mãos devem ser lavadas com solução antisséptica ou água e sabão, antes e após o curativo, e utilizado material limpo para manipulação da lesão, podendo a limpeza ser feita com água limpa e tratada, porém, deve-se dar preferência a cobertura estéril. Essa técnica pode ser utilizada no ambiente domiciliar, onde o paciente não dispõe de recursos para o tratamento com materiais estéreis.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar.

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Descrição do procedimento

5.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre tratamento de feridas e curativos;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar a anotação conforme as orientações fornecidas para os tipos de curativos.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Rever o prontuário para quaisquer limitações ou recomendações durante o procedimento;
- Conferir, nas prescrições médica e de enfermagem, o tipo de curativo, medicamentos, soluções e coberturas prescritas;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados para o procedimento (luvas, máscara, avental e outros, se necessário);
- Higienizar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções.

5.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter seu consentimento e colaboração, conforme necessário;
- Informar ao paciente que as dúvidas podem ser esclarecidas antes e após o procedimento;
- Coletar informações pessoais sobre:
 - ✓ doenças de base (doenças autoimunes, diabetes, hipertensão);
 - ✓ funcionamento dos sistemas (distúrbios hematológicos, problemas cardiovasculares);
 - ✓ uso de medicamentos sistêmicos (anti-inflamatórios não esteróides, anticoagulantes e alguns antibióticos, corticóides, quimioterápicos, drogas antineoplásicas e imunossupressoras,) que interferem no processo fisiológico de cicatrização;
- Avaliar condições físicas do paciente (peso, idade, estado nutricional), e as condições emocionais e psicológicas relacionados a lesão (dor, ansiedade, medo e alterações na imagem corporal);
- Orientar sobre a posição adequada, conforme o tipo de procedimento e a necessidade.
- Assegurar condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade).

Ferida com incisão simples

Materiais:

- Bandeja contendo:
- Pacote de curativo estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Esparadrapo ou micropore;
- Luvas de procedimento;
- Saco plástico para resíduos.

Técnica:

- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Elevar o leito a uma altura apropriada ao conforto do profissional na execução do procedimento;
- Baixar a grade do leito do lado operacional e manter a grade do lado oposto elevada;
- Proteger o paciente com biombo, ou fechar a porta para privacidade do paciente, ou se necessário;
- Colocar os EPIs necessários (máscara, avental e óculos de proteção);

- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada.
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
- Abrir os pacotes de gazes com técnica asséptica e colocar sobre o campo em quantidade suficiente;
- Umedecer o micropore da cobertura a ser removida com SF 0,9%, para facilitar a retirada;
- Remover a cobertura com a pinça dente de rato, puxando-a paralela à pele no sentido da ferida;
- Desprezar a pinça na borda do campo e a cobertura suja no saco plástico para resíduos;
- Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9 %;
- Limpar a incisão, sem voltar ao início da incisão;
- Secar a incisão com movimentos delicados;
- Limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica no sentido único;
- Ocluir a incisão com gaze e fixar com esparadrapo ou micropore (ou deixar descoberta, conforme indicação);
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Encaminhar os materiais contaminados para o expurgo;
- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- Checar a prescrição médica e de enfermagem;
- Registrar no prontuário: hora, data, descrição da ferida (local, tipo e extensão da incisão, sinais e sintomas de processo inflamatório e presença de exsudato cor, quantidade, consistência e odor). e assinatura.

Feridas abertas

Materiais

Bandeja contendo:

- Pacote de curativo estéril;
- Gazes estéreis;
- Luvas estéreis e de procedimento;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Seringa 20 ml;
- Agulha 18 (40x12) de preferência, (ou 21 - 25x8);
- Ataduras de crepe estéril;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bacia ou cuba estéreis;
- Saco plástico para resíduos.

Técnica

- Dispor a bandeja com o material sobre a mesa de cabeceira e próximo do paciente;
- Elevar o leito a uma altura apropriada ao conforto do profissional na execução do procedimento;
- Baixar a grade do leito do lado operacional e manter a grade do lado oposto elevada;
- Proteger o paciente com biombo, ou fechar a porta para privacidade do paciente, ou se necessário;
- Colocar os EPIs necessários (máscara, avental e óculos de proteção);
- Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Proteger a cama do paciente com impermeável sob o local do curativo;
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica;
- Abrir a embalagem do SF 0,9, da seringa, da agulha e colocá-los sobre o campo estéril ou solicitar ajuda do técnico de enfermagem;
- Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril (ou solicitar ajuda);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Remover a cobertura com a pinça dente de rato, puxando-o paralela à pele no sentido da ferida;
- Desprezar a pinça na borda do campo e a cobertura suja no saco plástico para resíduos;
- Retirar as luvas de procedimento e calçar luvas estéreis;
- Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica e umedecê-la com SF 0,9 %;

- Limpar ao redor da ferida;
- Lavar o leito da ferida com grande quantidade de SF 0,9%, através de pequenos jatos com seringa de 20ml e agulha 40x12 (ou com soro fisiológico sob pressão);
- Colocar gazes ou compressas próximas à ferida para reter a solução drenada;
- Se necessário, remover os resíduos de fibrina ou tecido desvitalizado utilizando desbridamento cirúrgico ou remoção mecânica com gaze embebida em SF 0,9 %, com movimentos suaves e lentos para não prejudicar o processo cicatricial;
- Embeber a gaze com SF 0,9 % e cobrir o leito da ferida (cobertura primária), em quantidade suficiente para manter o leito úmido ou utilizar um curativo apropriado para o tipo da ferida.
- Ocluir a ferida com gaze estéril seca e fixar com esparadrapo, ou micropore, ou atadura de crepe;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Encaminhar os materiais contaminados para o expurgo;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar a prescrição médica e de enfermagem;
- Registrar no prontuário: data, hora, descrição da ferida (local, tamanho, presença de granulação, esfacelos e tecidos necróticos; características do exsudato: cor, quantidade, consistência e odor) e assinatura.

Observações:

No registro do curativo deve constar: (Resolução COFEN nº 514/2016 - 9.20 – Curativos).

- Data e horário;
- Localização e tamanho da lesão;
- Bordas da lesão- regular, irregular, elevada ou escavada.
- Leito da ferida: característica do tecido (granulação, necrose, crostas, visualização de tecido ósseo, muscular etc.) e necessidade de desbridamento;
- Exsudato: aspecto (seroso, purulento, sanguinolento), quantidade, cor e odor.
- Sinais e sintomas observados (processo inflamatório com relato de dor em pontos de pressão e nível de dor do paciente ao procedimento, a fim de avaliar necessidade de analgesia previa);
- Tipo de curativo (oclusivo, aberto, simples, compressivo, com dreno, etc.);
- Nome completo do responsável pelo procedimento com nº do registro profissional.

6. Recomendações

Relacionadas aos materiais

- Os curativos devem ser realizados no leito com toda técnica asséptica.
- Utilizar sempre material esterilizado, verificando a data de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo (observar protocolo do serviço);
- Considerar contaminado qualquer material que toque sobre locais não esterilizados;
- Usar luvas de procedimentos em todos os curativos, fazendo-os com pinças (técnica asséptica).
- Utilizar luvas estéreis em curativos de cavidades ou quando houver necessidade de contato direto com a lesão ou com o material que irá entrar em contato com a ferida;
- Manter a ponta da pinça voltada para baixo, principalmente quando embeber a gaze com solução;
- Colocar o material sobre a mesa auxiliar ou carrinho de curativo e nunca na cama do cliente;
- Fazer a desinfecção da mesa auxiliar ou carrinho de curativo, após cada uso com álcool 70%;
- Usar os EPI's necessários: luva, máscara, avental e óculos. Em caso de curativos de grande porte e curativos infectados (feridas infectadas com áreas extensas, lesões em membros inferiores, e ferida cirúrgica infectada) usar capote como paramentação.

Relacionadas à ferida

- Lavar as mãos, antes e após cada curativo, mesmo que seja em um mesmo cliente;
- Expor a lesão e o material o mínimo de tempo possível;
- Nunca abrir e trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em que troca de ferida contaminada (quando uma mesma pessoa for trocar vários curativos no mesmo cliente, deve iniciar pela incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos, e por último, as colostomias e fístulas em geral);

- Umedecer as gazes aderidas na ferida com soro fisiológico 0,9% antes de retirá-las;
- Realizar os curativos contaminados com S. F. 0,9 % aquecido (morno) em torno de 37°C, para não ocorrer resfriamento no leito da lesão, o que retarda o processo de cicatrização;
- Fazer a limpeza com jatos de SF 0,9% sempre que a lesão estiver com tecido de granulação vermelho vivo para evitar o atrito da gaze (utilizar o próprio recipiente do soro ou seringa de 20ml e agulha 40x12 que geram pressões de 9,5 e 12,5 psi - a pressão exercida no leito da lesão não deve ultrapassar 15 psi, para preservar os neotecidos formados);
- Fazer a limpeza da ferida a partir da área mais limpa para a menos limpa (com movimentos do centro para a periferia e de cima para baixo em feridas limpas; e da periferia para o centro com movimentos suaves e meticulosos em feridas contaminadas) usando quantas gazes forem necessárias;
- Para feridas contaminadas com muita secreção, especialmente quando se trata de membros inferiores ou superiores, colocar uma bacia sob a área a ser tratada, lavando-a com SF 0,9 %.
- Cobrir a ferida com drenagem abundante, com compressas absorventes ou cirúrgicas; se a ferida requer uma cobertura oclusiva deve-se anotar no esparadrapo a data, a hora e o nome de quem realizou o curativo.
- Aplicar a atadura no sentido da circulação venosa, com o membro apoiado, tendo o cuidado de não deixar apertado;
- Avaliar o nível de dor do paciente durante o procedimento, para a necessidade de analgesia previa.
- Medir o tamanho da ferida multiplicando o comprimento (de cima para baixo) pela largura (da esquerda para a direita) para obter a extensão da lesão;
- Utilizar um aplicador com ponta de algodão estéril ou sonda de nelaton estéril para medir a profundidade da ferida e verificar a presença de cavidade e fístula;
- Desenhar a forma e o tamanho da ferida em filme plástico para posteriores comparações no decorrer do tratamento da ferida (utilizar caneta de retrojetor e registrar a data).

7. Referências

BRASIL. Decreto. 94.406/87. Regulamenta a Lei 7.498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1987.

BRASIL. LEI N 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 358/2009.** Sistematização da assistência de enfermagem – SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html




CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0514/2016.** Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Acesso em 10/08/2018. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 564/2017.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 6 de novembro de 2017. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 567/2018.** Aprova o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas na conformidade do anexo a esta Resolução. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-567-2018_60340.html

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem:** conceitos, processos e prática. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnicas básicas de enfermagem.** 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 24/2023
Título do Documento	<i>CUIDADOS COM O CORPO PÓS-MORTE</i>	N° Páginas: 03
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre os cuidados para o paciente falecido e sua família, iniciando o discente nas habilidades técnicas necessárias ao preparo do corpo e ao apoio aos familiares na ocorrência da morte em um ambiente de cuidado hospitalar.

2. Conceito

O Código de ética dos profissionais de enfermagem estabelece, em seus princípios fundamentais, que o cuidado de enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas, e é executadas pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar. O mesmo código, em seu artigo 48, cita que o profissional de enfermagem tem como dever, prestar assistência de enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto. Em se tratando da morte, esta constitui um evento inevitável na prática profissional, e mesmo assim, muitos evitam falar a respeito, por sentimento de medo, incerteza e desconforto em lidar com a expectativa de fim de vida. Apesar de ser um tema sensível, morrer é um processo como parte da vida e que precisa ser discutido entre os profissionais de saúde a fim de que possam ajudar o paciente e a família nesse momento tão delicado e significativo. As habilidades de cuidar do corpo após a morte, quando esta ocorre no ambiente hospitalar, fazem parte do trabalho da equipe de enfermagem e tem como finalidade deixar o corpo limpo e asseado; colocar em boa posição para preservar a aparência natural e facilitar a sua identificação. O corpo da pessoa falecida deve ser cuidado com o mesmo respeito e dignidade que o da pessoa viva, conforme o art. 43 do mesmo código que dispõe como dever do profissional de enfermagem respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo o seu ciclo vital e na situações de morte e pós-morte.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Material

- Bandeja contendo:
- Bacia, jarra com água morna e sabão líquido
- Compressas e toalhas de banho
- Esparadrapos, gazes, algodão e kit de curativos

- Absorventes
- Etiquetas adesivas para identificação

Outros materiais

- EPI's (Luvas de procedimento, máscaras e aventais limpos)
- Saco plástico para resíduos
- Avental descartável para o corpo
- Lençóis para cobrir o corpo
- Biombo
- Hamper ou sacos plásticos para descarte das roupas sujas
- Sacos plásticos para guarda de pertences do paciente a serem devolvidos à família.

6. Descrição do procedimento

6.1. Preparo para o procedimento

Prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre Cuidados com o corpo após a morte;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática em manequim, individualmente ou em dupla;
- Treinar as anotações, de acordo com as orientações fornecidas.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir a prescrição médica e de enfermagem sobre quaisquer recomendações sobre o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes a após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados durante o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão para prevenir infecções (antes a após o procedimento).

6.2 Semiotécnica

Preparo do corpo logo após o óbito para ser visto pelos familiares

- Paramentar-se com avental, máscara e luvas de procedimentos;
- Remover objetos externos do corpo (roupas, equipamentos, monitores) conforme a necessidade;
- Limpar as partes do corpo sujas (com sangue, urina, fezes), colocando um absorvente sob as nádegas e entre as pernas;
- Colocar um travesseiro sob a cabeça do falecido ou elevar ligeiramente a cabeceira do leito para evitar represamento de líquidos na cabeça ou face;
- Pentear ou arrumar os cabelos removendo grampos, presilhas ou elásticos;
- Colocar a prótese dentária (se houver) e fechar a boca colocando um rolo de toalha sob o queixo;
- Fechar os olhos (fazer compressão nas pálpebras ou colocar compressas de gaze umedecidas);
- Vestir o corpo com avental descartável e cobrir com um lençol limpo deixando a cabeça e os ombros expostos;
- Manter o alinhamento corporal adequado;
- Rotular e colocar os pertences em lugar seguro para devolver à família.

Preparo do corpo para a transferência ao necrotério (seguir o protocolo da instituição)

- Fazer a troca dos curativos, se houver drenagem, substituindo-os por curativos oclusivos;
- Tamponar, se necessário, as cavidades naturais do corpo;
- Vestir o corpo ou enrolar em lençol descartável de acordo com a política da instituição;
- Identificar o corpo, de acordo com a política da instituição;
- Providenciar o transporte do corpo para o necrotério.

7. Recomendações

Com relação ao preparo do corpo

- Usar EPIs apropriados (avental, luvas, óculos e máscara) e seguir as precauções na manipulação do corpo;
- Manter atitude de respeito ao corpo durante o preparo e evitar comentários desnecessários;
- Seguir a política da instituição para o preparo do corpo (somente poderá ser iniciado após a constatação do óbito pelo médico e deve seguir o protocolo institucional);
- Providenciar a entrega dos objetos de uso pessoal (roupas, óculos, aliança, relógio, etc.) à família ou encaminhar ao setor competente da instituição;
- Consultar a política da instituição, sobre a remoção de objetos internos ao corpo (tubos, sondas) e o tamponamento de cavidades naturais, pois o procedimento pode ser diferente ou até proibido em caso de encaminhamento ao Instituto Médico-Legal para necropsia;
- Consultar a política da instituição, sobre o manuseio do corpo em casos de doenças transmissíveis, pois requer cuidados apropriados para prevenir a disseminação da doença e as exigências para o manuseio devem ser especificadas em lei ou protocolos.

Com relação ao apoio à família (e pessoas significativas)




- Facilitar para que a família veja o corpo, e evitar restringir o número de visitantes;
- Permitir que a família passe o tempo necessário com seu ente falecido, se assim desejarem;
- Providenciar a privacidade e o apoio aos familiares;
- Permanecer junto aos familiares, se estes assim desejarem.
- Respeitar as crenças e rituais religiosos da família;
- Providenciar a presença de líder religioso ou espiritual, se solicitado pela família;
- Esclarecer questões relacionadas à doação de órgãos, ou solicitar a presença da equipe responsável pela captação de órgãos, se solicitado pela família.

8. Referências

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 564/2017.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, de 6 de novembro de 2017. Acesso em 10/08/2023. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem:** conceitos, processos e prática. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

	UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA	
Área/Setor	FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM Laboratório de Técnicas De Enfermagem – LTE <i>Prof.ª Amaísa Lins Batista</i>	
Tipo do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP N° 25/2023
Título do Documento	<i>PREPARO DO LEITO HOSPITALAR</i>	N° Páginas: 04
Elaborado por: Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora Pereira		Versão: 01 Emissão: 21/07/2023 Próxima revisão: 2025
Revisado por: Prof.ª Dra. Adriana Marques Pereira de Melo Alves, Prof.ª Dra. Lenilma Bento de Araújo Meneses, Prof.ª Dra. Marta Miriam Lopes Costa.		
		Homologado em agosto de 2023, em Reunião de área Fundamentos de Enfermagem do DENC/CCS/UFPB.

1. Objetivo

Fornecer instruções sobre os diferentes tipos de preparo do leito hospitalar de modo a preparar o discente nas habilidades técnicas necessárias ao preparo e arumação da cama de pessoas adultas e idosas hospitalizadas.

2. Conceito

O leito do paciente representa o principal mobiliário da unidade de internação hospitalar (quarto ou enfermaria) onde o paciente permanece a maior parte do tempo. Por esta razão, deve assegurar que a unidade tenha um aspecto agradável, garantindo segurança e conforto ao paciente e proporcionando repouso e sono adequados. Conforme prevê as Normas Regulamentadoras 32 (Padronização da NR 32) o preparo do leito consiste em preparar a cama de forma sistematizada e adequada ao paciente após o banho; após a alta do paciente; quando o paciente é encaminhado para procedimento cirúrgico, representados por quatro tipos: cama fechada, cama aberta sem paciente, cama aberta com o cliente e cama para operado.

3. Campo de aplicação

Laboratório de técnicas de enfermagem, ambulatórios, unidades de internamento hospitalar

4. Responsabilidade

- Professores e acadêmicos de Enfermagem (monitores e discentes) das disciplinas Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem II.
- Técnicos de Enfermagem responsáveis pelo LTE para a organização, manutenção e pedidos de reposição dos materiais.

5. Descrição do procedimento

5.1. Preparo para o procedimento

Treinamento da prática no LTE

- Revisar o conteúdo teórico sobre preparo do leito hospitalar;
- Reunir o material necessário para o procedimento;
- Treinar a prática no LTE, individualmente ou em dupla, utilizando camas e manequim;
- Treinar a anotação de acordo com as orientações fornecidas para os tipos de camas preparadas.

Prática em cenário de internamento hospitalar

- Conferir o tipo de cama a ser preparada e quaisquer recomendações durante o procedimento;
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes a após o procedimento);
- Reunir o material necessário;
- Reunir os EPIs recomendados durante o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Higienizar as mãos com água e sabão para prevenir infecções (antes a após o procedimento).

5.2 Semiotécnica

Preparo do paciente/família e do ambiente

- Cumprimentar o paciente chamando-o pelo primeiro nome e perguntar seu nome completo para certificar-se de que se trata do paciente certo (ou confirmar com o familiar, conforme apropriado);
- Identificar-se, explicar (ao paciente e/ou familiar) sobre o procedimento e obter sua colaboração, conforme necessário (preparo de cama com e sem paciente);
- Coletar informações acerca da cultura, motivação e hábitos do paciente para a arrumação do leito, conforme apropriado;
- Avaliar as habilidades (sensoriais, cognitivas, de resistência e mobilidade) e o grau de dependência requerida (independente, dependente parcial ou total) para o preparo da cama;
- Assegurar as condições adequadas do ambiente (conforto térmico e sonoro, iluminação e privacidade);
- Providenciar biombo para isolar o leito ou fechar a porta do quarto.

Cama fechada - é o preparo da cama para ser ocupada por um novo paciente que será admitido.

Material

Ordem de colocação na cadeira: colcha/cobertor, lençol protetor do paciente, traçado ou lençol, móvel, impermeável, lençol protetor do colchão, fronha, travesseiro, toalha de banho e rosto.

Técnica:

- Higienizar as mãos;
- Disponibilizar a bandeja com o material preparado próximo ao leito;
- Colocar a cadeira com o espaldar alinhado ao pé da cama e com o assento voltado para fora;
- Colocar a roupa de cama no espaldar da cadeira observando a ordem de colocação das roupas na cadeira;
- Observar a técnica de dobradura: LENÇOL DE BAIXO: dobrar o lençol uma vez no comprimento e duas vezes na largura, deixando-o pelo lado avesso e colocando na cadeira de modo que as bordas longitudinais fiquem voltadas para dentro e para a cama;
- Colocar as toalhas no espaldar da cabeceira;
- Enfronhar o travesseiro e colocá-lo na cadeira;
- Colocar o lençol protetor do colchão na metade proximal dele;
- Desdobrar o lençol, abrir e prender sob o colchão fazendo as cantoneiras na cabeceira e nos pés da cama;
- Colocar o impermeável e em seguida o lençol móvel à 03 palmos da cabeceira, fazendo osleques,
- Estender lençol protetor do paciente colocando o barrado rente à cabeceira da cama, utilizando o mesmo método para abrir o lençol de baixo, porém, sem fixar sob o colchão.
- Estender a colcha a dois palmos da cabeceira e prender a cantoneira sob o colchão, juntamente com o lençol protetor do paciente;
- Terminando o lado proximal do colchão dar sequência ao lado distal, desfazendo os leques e puxando um por um utilizando a mesma técnica aplicada para o lado proximal do colchão.
- Fazer a prega de conforto nos pés da cama.
- Colocar o travesseiro no lugar (*em pé junto à cabeceira da cama*).
- Disponibilizar as toalhas sobre a cama.
- Deixar a unidade em ordem.
- Registrar o tipo de cama preparada e assinar.

Cama aberta (sem paciente) - consiste no preparo de uma cama ocupada por um paciente que pode locomover-se.

Material:

São utilizados os mesmos materiais da cama fechada adicionando-se a roupa individual do paciente (bata/camisola) acrescidos de luvas de procedimento, hamper ou saco para coleta das roupas sujas e dos resíduos.

Técnica:

Os passos para preparação do leito são os mesmo do preparo da cama fechada. A única diferença é a posição do travesseiro que deverá ficar deitado e o lençol protetor do paciente dobrado para cima da colcha e com uma vira.

Cama aberta (com paciente) - consiste no preparo da cama com o paciente restrito à mesma, sendo arrumado na ocasião do banho ou nas situações em que o leito apresenta sujidades ou secreções eliminadas pelo paciente.

Material: o mesmo da cama aberta sem paciente adicionando-se a roupa individual do paciente (bata/camisola) acrescidos de luvas de procedimento, hamper ou saco de lixo para coleta das roupas sujas e dos resíduos.

Técnica:

- Higienizar as mãos;
- Preparar o material necessário e levar até o quarto/enfermaria;
- Dispor o material necessário sobre a mesa de cabeceira.
- Colocar EPIs e calçar luvas;
- Colocar a roupa no espaldar da cadeira na ordem de uso e no sentido do comprimento para facilitar o uso;
- Ajustar a cama a uma altura confortável para o trabalho e abaixar as grades laterais da cama, se necessário;
- Soltar toda a roupa de cama, afastar a mesinha de cabeceira;
- Colocar o hamper ou saco plástico;
- Retirar o cobertor, dobrá-lo e colocá-lo no espaldar ou assento da cadeira;
- Colocar o paciente em decúbito lateral observando a sua segurança e dobrar as roupas de baixo usadas para o centro do colchão;
- Fazer desinfecção da parte do colchão que ficou descoberta;
- Colocar o lençol de baixo limpo, o impermeável e traçado, conforme descrito anteriormente, fixando-o sob o colchão;
- Virar o paciente em decúbito lateral, de modo que fique sobre as roupas limpas, removendo as roupas usadas;
- Colocar as roupas usadas no hamper e proceder à desinfecção do restante do colchão;
- Puxar com cuidado as roupas limpas, peça por peça, esticá-las e fixá-las sob o colchão;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Dobrar o lençol de cima usado longitudinalmente, tendo o cuidado de não expor o paciente.
- Colocar o lençol limpo com a técnica conhecida e estender o lençol sobre o paciente, ao mesmo tempo em que é retirado o lençol usado.
- Colocar o cobertor e/ou colcha, dobrando sobre o lençol sobre a colcha, e fixá-lo;
- Retirar a fronha do travesseiro, fazer desinfecção e colocar a fronha limpa;
- Limpar a mesinha de cabeceira
- Deixar o quarto em ordem e com a campainha ao alcance do paciente;
- Dar destino adequado as roupas usadas seguindo a política do serviço (expurgo);
- Remover as luvas e higienizar as mãos;
- Checar o procedimento na prescrição de enfermagem, se necessário.
- Registrar no prontuário a troca das roupas de cama, a tolerância e queixas do paciente durante o procedimento.

Cama para operado - o preparo da cama para receber o paciente que foi encaminhado para cirurgia ou exames sob efeito da anestesia.

Material:

O mesmo da cama fechada acrescido de forro para cabeceira, suporte de soró, esfigmomanômetro e estetoscópio, compressa, cuba rim, comadre ou papagaio e saco plástico.

Técnica:

Os passos são os mesmos da cama aberta, observando as seguintes modificações:

- Remover a roupa da cama, fazer desinfecção terminal (cirurgias) ou desinfecção concorrente (exames);
- Os impermeáveis e lençóis móveis devem ficar no centro da cama;
- Colocar as demais peças sem fixá-las aos pés da cama, dobrar o sobre lençol por sobre a colcha, tanto na cabeceira como nos pés da cama;
- Enrolar ou dobrar todas as peças (sobre lençol, cobertor e colcha) em sentido longitudinal, de forma a facilitar a entrada do paciente;
- Colocar a fronha e arrumar o travesseiro de encontro à cabeceira ou inserindo-o nas grades.
- Deixar na mesinha de cabeceira apenas o material necessário.

6. Recomendações

Na prática em cenários de internamento hospitalar

- Lavar as mãos com água e sabão antes e após o procedimento para prevenir infecções;
- Usar os EPIs recomendados durante o procedimento (luvas, máscaras, avental, óculos de proteção);
- Limpar a bandeja com álcool líquido 70% (antes e após o procedimento);
- Reunir os materiais e preparar o leito, conforme o POP adotado pela instituição.
- Verificar as condições do leito e do paciente, antes de iniciar o preparo, para um adequado planejamento das atividades.
- Durante o procedimento de arrumação da cama com paciente, manter diálogo com o mesmo, a fim de deixá-lo tranquilo e confiante.
- Não encostar as roupas de cama no uniforme, no chão, na cama de outro paciente.
- Não sacudir as roupas de cama para evitar a propagação de microrganismos.
- Não deixar o cobertor em contato direto com o paciente, para evitar que o tecido áspero irrite a pele.
- Esticar bem as peças de roupa de cama que ficam sob o paciente para evitar desconforto e a formação de lesões por pressão.
- Não deixar o impermeável em contato com a pele do paciente, pois favorece a conservação do calor, umidade, aparecimento de lesões e desconforto.
- Quando o paciente apresentar secreções de feridas em grande quantidade, incontinência urinária ou fecal, deve-se utilizar um impermeável com lençol móvel para facilitar a troca de roupas e proporcionar conforto.

7. Referências

BARROS, ALBL; LOPES, JL; MORAIS, SCR. **Procedimentos de Enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). BUTCHER, HK. [et al.]; tradução Vilma Ribeiro de Sousa Vargas, Denise Costa Rodrigues. 7 ed. Rio de Janeiro: GEN- Grupo Editorial Nacional S.A. Publicado pelo selo Editora Guanabara Koogan Ltda., 2020.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processos e prática**. 9 ed. Riode Janeiro: Elsevier, 2017.

TAYLOR, CR, et al. **Fundamentos de Enfermagem - a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

VOLPATO, ACB; PASSOS, VCS. **Técnica básicas de enfermagem**. 6ª Edição -São Paulo:Triall Editorial- Editora Martinari - 476p. 2023.