

Aprendizagens em Contexto Simulado

Normas de Procedimento de Enfermagem
Fundamentos de Enfermagem
Volume II

APRENDIZAGENS EM CONTEXTO SIMULADO

Fundamentos de Enfermagem -Volume II

NORMAS DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA TÉCNICA

Coordenadores

Andreia Ferreri Cerqueira & Ana Lúcia Ramos

Revisão Científica

Ana Lúcia Ramos

Andreia Ferreri Cerqueira

Lucília Nunes

Autores dos capítulos

Ana Lúcia Ramos

Andreia Ferreri Cerqueira

António Freitas

Celso Ribeiro

Guida Amaral

Hugo Franco

Nara Batalha

Susana Duarte

Tatiana Silva

Colaboradores

Estudantes do 15.º, 16.º e 17.º CLE da ESS | IPS

Ano letivo 2015/2016; 2016/2017

Edição

Departamento de Enfermagem ESS | IPS

Campus do IPS, Estefanilha

2914-503 Setúbal, Portugal

www.ess.ips.pt

ISBN: 978-989-98206-6-1

Data: setembro de 2018

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACS – Aprendizagens em Contexto Simulado

ATP - adenosina trifosfato

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CM – Centímetros

CC – Centímetros cúbicos

CO₂ - dióxido de carbono

DE – Departamento de Enfermagem

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESS IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FiO₂ - Fração Inspirada de Oxigénio

H₂O - Água

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IC - Insuficiência cardíaca

ml - mililitro

MRSA – Mycobacterium tuberculosis, Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

pH - Potencial de hidrogénio

SABA – Solução antisséptica de Base Alcoólica

SC - Subcutânea

SpO₂. Saturação periférica de O₂

ÍNDICE GERAL

APRESENTAÇÃO	7
GARANTIR A SEGURANÇA DOS ATORES NO CONTEXTO DE CUIDADOS	11
NORMA 01. APLICAR MEDIDAS DE SEGURANÇA: EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL 13	
<i>Tatiana Silva, Celso Ribeiro, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
PROMOVER INTEGRIDADE CUTÂNEA EFETIVA	25
Norma 02. ASSISTIR A PESSOA NO AUTOCUIDADO HIGIENE.....	27
<i>Susana Duarte, Tatiana Silva, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
Norma 03. EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA	49
<i>Nara Batalha, António Freitas, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
PROMOVER RESPIRAÇÃO EFETIVA	63
Norma 04. EXECUTAR OXIGENOTERAPIA	65
<i>Celso Ribeiro, Hugo Franco, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
PROMOVER ALIMENTAÇÃO EFETIVA	83
NORMA 05. OTIMIZAR SONDA GÁSTRICA.....	85
<i>Susana Duarte, Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
NORMA 06. ALIMENTAR ENTERICAMENTE A PESSOA.....	97
<i>Tatiana Silva, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
PROMOVER ELIMINAÇÃO EFETIVA.....	115
NORMA 07. OTIMIZAR CATETER VESICAL	117
<i>Hugo Franco, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
AVALIAR RISCO DE COMPLICAÇÃO	135
NORMA 08. MONITORIZAR GLICÉMIA CAPILAR E CETONEMIA	137
<i>Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
NORMA 09. EXECUTAR COLHEITA DE PRODUTOS PARA ANÁLISE LABORATORIAL	143
<i>Hugo Franco, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
NORMA 10. EXECUTAR: COLHEITA DE URINA NA PESSOA COM CATETER VESICAL	165
<i>Hugo Franco, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
NORMA 11. MONITORIZAR PROPRIEDADES QUÍMICAS DA URINA.....	177
<i>Susana Duarte, Hugo Franco, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira</i>	
NOTA FINAL	181

APRESENTAÇÃO

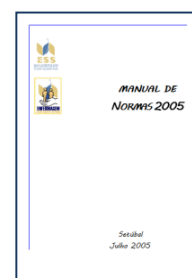
Este livro/e-book, sob a epígrafe **Aprendizagens em Contexto Simulado. Normas de Procedimento de Enfermagem**, que ora se apresenta com *Fundamentos de Enfermagem. Volume II*, tanto representa uma etapa do percurso iniciado em 2000, com a decisão de lecionação das aulas práticas a partir de normas de procedimento, como abre uma nova etapa de desenvolvimento curricular.

Vejamos a questão das etapas anteriores, num percurso que reconhecemos integrador e de continuidade, integrando alterações e atualização.

A primeira edição do estilo, o então designado *Manual 2002: Normas de Procedimento*, decorreu de um Projeto de Elaboração de Normas de Procedimento, desenvolvido no âmbito da colaboração interinstitucional, da responsabilidade de um grupo de professores e de enfermeiros nomeados pelas instituições, nomeadamente, Hospital de São Bernardo - Setúbal, Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro, Centro de Saúde do Bonfim, de São Sebastião e do Seixal, que laboraram em conjunto no ano letivo de 2001/2002. Esse Manual, num volume que continha 37 normas, com a intencionalidade de sistematizar a lecionação das práticas, foi utilizado como suporte ao ensino prático nos anos subsequentes.



Entendeu-se necessário atualizar bem como ampliar o número de normas disponíveis – um grupo de elaboração de normas e um grupo de revisão assumiu essa tarefa no ano letivo de 2004/2005, com o *Manual de Normas 2005*. Ainda assim, verificámos que não existiam normas formalizadas para todos os procedimentos lecionados e que existiam procedimentos que, não sendo passíveis de uma estrutura de norma, podiam ser sujeitos a Guias ou a Recomendações.



No ano letivo de 2005/2006, com reforço do mesmo objetivo pedagógico e em continuidade com os objetivos científicos da aprendizagem das práticas, foi efetivado o *Projeto de Normas 2006*. Nas estratégias então definidas, incluímos a constituição do GEN - Grupo de Elaboração de Normas, com um docente de cada unidade curricular, e o Grupo de Revisão Científica de Normas.



À época, aferimos alguns pressupostos, centrados na lecionação das práticas de Enfermagem e entendemos que uma *norma de procedimento* é a descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada; fornece regras, diretrizes e etapas para um procedimento técnico, cuja observância é obrigatória, tendendo à obtenção de um desempenho relativamente padronizado; é baseada em princípios científicos e suportada pelas teorias e práticas mais recentes, destinando-se a uso comum e repetido de lecionação e de aprendizagem, foi harmonizador fixar a estrutura técnica da norma. Além das normas de procedimento, o



Manual 2006 incluiu *guias de atuação* [seguem a lógica das Guidelines, linhas orientadoras para a abordagem de um problema, atividade, equipamento ou recurso; podem integrar itens mais complexos, incluindo objetivos, técnicas, atuação terapêutica, etc.] e *recomendações* [explicitação, por tópicos ou temas, de um conjunto de aspetos a ter em conta relativamente a um assunto concreto, com a flexibilidade de se adaptarem num contexto específico; são suportadas pela teoria, pela evidência e/ou por resultados de investigação. Constitui exemplo as recomendações para a manutenção de um ambiente seguro].



Assim surgiu o *Manual 2006 – Técnicas de Enfermagem*, com três volumes - organizado de acordo com o Eixo-ação (maioritariamente) e o Eixo-cliente (adulto, no volume I e criança no volume II). No volume I, contavam-se 50 Normas de Procedimento e 14 no Volume II, existindo 11 Recomendações e 19 Guias no Volume III.

Em 2010/2011, começámos a rever as normas, com a integração de algumas questões temáticas e/ou mais problemáticas nas unidades curriculares de Investigação (do 3º e 4º anos) e a estabelecer um processo de revisão com sede no desenvolvimento da lecionação nas unidades curriculares. Assim, procedemos a partir da lecionação para a revisão das normas e utilizando a revisão sistemática ou integrativa para recolha de contributos de revisão/atualização das normas.

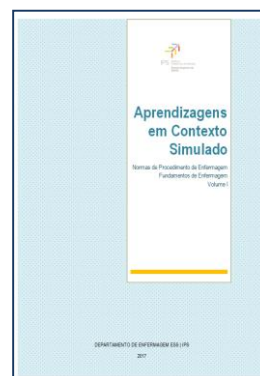
Neste percurso, com a meta temporal da produção do Relatório de Autoavaliação do curso, submetido à Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, na conjugação de diversos fatores, tornou-se claro que procederíamos a um natural e desejável desenvolvimento curricular.

No processo de reformulação do plano de estudos do curso de Licenciatura em Enfermagem, deliberámos que as aulas teórico-práticas e práticas, que integravam quase todas as unidades curriculares de Enfermagem e eram relativas a procedimentos, técnicas e práticas poderiam constituir unidades curriculares autónomas, como eixo transversal nos quatro anos do curso. E criámos as novas unidades curriculares "**Aprendizagens em Contexto Simulado**" (ACS's), para as quais definimos objetivos de aprendizagem (conhecimentos, aptidões e competências a desenvolver pelos estudantes), visando o desenvolvimento de competências procedimentais aliadas às de raciocínio crítico, tomada de decisão e de gestão clínica. Assim, o currículo passa a ter seis unidades curriculares ACS, distribuídas ao longo dos anos do curso - mais concretamente no primeiro e segundo semestre do primeiro ano e do segundo anos, no primeiro semestre do terceiro e do quarto anos.

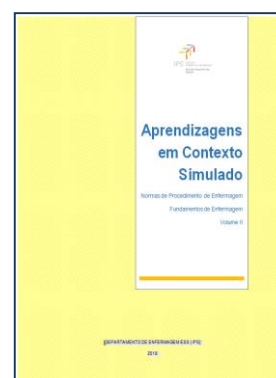
Fica, então, explicado este novo título - "Aprendizagens em Contexto Simulado" -, a partir do percurso do próprio plano de estudos do curso, e porque é que representa a abertura de uma nova etapa curricular - construído a partir das experiências pedagógicas e dos manuais anteriores, perspetivando alterações e projetando, em conformidade, a publicação de seis volumes, um de e para cada unidade curricular.

Não obstante ir longa esta *apresentação*, que visava um volume e se debruçou também sobre a coleção, gostaríamos de assinalar as mudanças na estrutura destes manuais de procedimentos, escolhas que não são aleatórias ou fortuitas, mas que correspondem ao próprio desenvolvimento paradigmático, epistémico, científico, dos fundamentos, consolidação e implementação de processos de ensino-aprendizagem do curso.

A coleção dos manuais de ACS começou com o volume I, que incluiu 5 partes, relativas a *Envolver e avaliar a pessoa e a sua família no contexto de cuidados* (3 normas), *Garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados* (3 normas), *Providenciar cuidados de conforto* (6 normas), *Promover a mobilidade física* (5 normas) e *Promover eliminação efetiva* (4 normas). Com um total de 21 normas, este volume cobre os conteúdos programáticos da nova unidade curricular *Aprendizagens em Contexto Simulado I*, relativa a *Fundamentos de Enfermagem I*, destinado à lecionação no primeiro semestre do primeiro ano do CLE.



Neste volume que ora se apresenta, *Fundamentos de Enfermagem II*, a estrutura considera 5 partes, relativas a *Garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados* (3 normas), *Promover respiração efetiva* (1 norma), *Promover alimentação efetiva* (2 normas), *Promover eliminação efetiva* (1 norma) e *Avaliar risco de complicação* (4 normas). Com um total de 11 normas, cobre os conteúdos programáticos da nova unidade curricular *Aprendizagens em Contexto Simulado II*, relativa a *Fundamentos de Enfermagem II*, destinado à lecionação no segundo semestre do primeiro ano do CLE.



Como todos os manuais pedagógicos de matriz científica, conta-se que a sua utilidade possa ir além dos espaços académicos, para os contextos clínicos de prestação de cuidados.

A todos os docentes que colaboraram, aos autores, aos estudantes que participaram nas revisões e validações em espaço de laboratório nos anos letivos de 2014/15 e 2015/16, e, especialmente, a Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira, no zelo e diligência necessários para a coordenação desta obra, o nosso profundo agradecimento.

E se o percurso que permite, hoje, materializar esta produção é relevante, tanto ou mais será a sua implementação, discussão, e, no tempo, a natural revisão e atualização futura. Porque em matérias de ensinar e aprender Enfermagem, um marco de etapa serve, fundamentalmente, para prosseguir caminho.

Lucília Nunes

Coordenadora do Departamento de Enfermagem
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal

GARANTIR A SEGURANÇA DOS ATORES NO CONTEXTO DE CUIDADOS

Norma 01. Aplicar medidas de segurança: equipamento de proteção individual

Vestir equipamento de proteção individual

Colocar equipamento de proteção individual: luvas esterilizadas

Remover Equipamento de Proteção Individual

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 01. APLICAR MEDIDAS DE SEGURANÇA: EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Tatiana Silva, Celso Ribeiro, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

A **infecção** é o processo que se traduz na transmissão de microrganismos para um hospedeiro após invasão ou superação dos mecanismos de defesa, ocorrendo a multiplicação microbiana e invasão dos tecidos do hospedeiro.

A **colonização**, o processo em que ocorre a multiplicação de microrganismos em locais do corpo sem resposta imunitária detetável, dano celular, ou expressão clínica, sendo que a permanência de microrganismos no hospedeiro pode ter duração variável e representar uma fonte potencial de transmissão.

O **isolamento** corresponde à colocação de pessoas com infecção ou colonizadas, em lugar e condições que evitem a transmissão do agente infeccioso, estabelecendo-se barreiras físicas para evitar a transmissão desses agentes de uma pessoa para outra

O **isolamento geográfico** corresponde à colocação da pessoa em quarto individual, com portas e janelas fechadas, e com tráfego de outras pessoas restringido ao essencial (INSA, 2009).

O **isolamento em coortes** corresponde à delimitação de um espaço ou zona no serviço da unidade de saúde, para pessoas com necessidade de isolamento, que pode surgir com uma alternativa ao isolamento geográfico nas situações em que a transmissão do microrganismo suspeito ou isolado ocorre por gotículas ou contato (INSA, 2009).

As **precauções dependentes da via de transmissão** são um conjunto de precauções baseadas em princípios de isolamento, que devem ser utilizadas com pessoas com suspeita ou confirmação de colonização ou infecção por microrganismos altamente virulentos, que implicam a aplicação de medidas extras para além das precauções básicas de forma a interromper a cadeia de transmissão (CDC, 2007).

As **precauções de isolamento dependentes da transmissão por contacto** são um conjunto de medidas que têm como objetivo impedir o risco de transmissão de agentes infecciosos, ou microrganismos epidemiologicamente importantes, através do contacto direto ou indireto com os mesmos. Esta transmissão pode ocorrer através do contacto pele-a-pele ou entre a pele das pessoas infetadas e as mãos dos profissionais/famílias (contacto direto) ou através do contacto com os equipamentos ou superfícies do ambiente da pessoa infetada com a qual ela contactou (contacto indireto) (INSA, 2009; CDC, 2007). O **isolamento de contacto** aplica-se em situações de suspeita ou confirmação de infecção ou colonização por

microrganismos epidemiologicamente importantes, os quais podem ser transmitidos por contacto direto ou indireto com a pessoa. Por este motivo, habitualmente, o utilizador utiliza bata e luvas, para proteção.

As **precauções de isolamento dependentes da transmissão por gotículas** são um conjunto de medidas que visam prevenir a transmissão de agentes infecciosos através de gotículas (partículas superiores a 5mm) que podem ser produzidas através da tosse, espirros, saliva ou procedimentos geradores de aerossóis como aspiração de secreções, broncoscopia ou cinesioterapia respiratória (CDC, 2007). O **isolamento de gotículas** aplica-se em situações de suspeita ou confirmação de infeção ou colonização por microrganismos transmitidos por gotículas ($> 5 \mu\text{m}$), sendo, geralmente, necessário o uso de bata, luvas e máscara, como equipamento de proteção individual.

As **precauções de isolamento dependentes da transmissão por via aérea** são um conjunto de precauções a adotar em pessoas infetadas ou com suspeita de infeção, com microrganismos que são transmitidos pelo ar através de pequenas partículas (inferior a 5mm), produzidas pelo trato respiratório da pessoa infetada, e que permanecem em suspensão durante elevados períodos de tempo, dissipando-se facilmente através de correntes de ar (CDC, 2007). O **isolamento da via aérea** aplica-se em pessoas com infeções suspeitas ou confirmadas por microrganismos transmitidos por núcleos de gotículas ($\leq 5 \mu\text{m}$) transportadas pelo ar, nestas situações, recomenda-se o uso de respirador de partículas (equipamento facial com elevada capacidade de filtragem utilizado para prevenir a inalação de partículas de pequenas dimensões que transportam microrganismos transmissíveis por via aérea (CDC, 2007).

Para além do isolamento, torna-se imprescindível, a utilização de **equipamento de proteção individual (EPI)**, um conjunto de barreiras protetoras utilizadas, isoladas ou em conjunto, tendo em vista proteger as mucosas, a pele e a roupa do contacto com agentes infecciosos. O EPI abrange luvas, máscaras, respiradores de partículas, óculos, viseiras e aventais ou batas. A seleção do EPI a utilizar é baseada na natureza da pessoa recetora dos cuidados, no grau de cuidados a prestar e ainda no modo da possível ou confirmada transmissão (CDC, 2007).

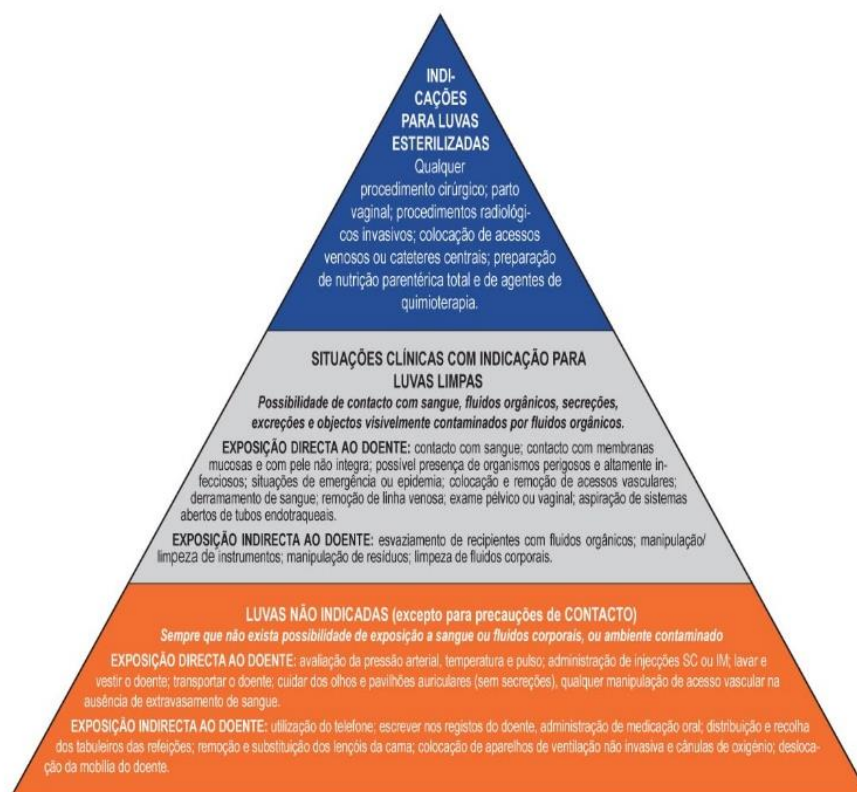
OBJETIVOS:

Proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o nível de cuidados a prestar.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Considere a forma de transmissão dos microrganismos e a funcionalidade de cada EPI, nomeadamente a utilização de luvas (ver figura seguinte).



As luvas devem usadas de acordo com PRECAUÇÕES BÁSICAS e de CONTACTO. A pirâmide explica alguns exemplos clínicos em que as luvas não estão indicadas, e outras em que estão indicadas luvas limpas ou esterilizadas. A higiene das mãos deve ser executada quando apropriado independentemente das indicações para utilização de luvas.

Pirâmide das Luvas e Higiene das Mãos

Certifique-se que o EPI se encontra disponível, junto ao local de utilização, acondicionado em local limpo e seco.

Assegure-se que o uso do EPI é único, a não ser que o fabricante especifique o contrário, sendo que a situação de reutilização requer um programa de descontaminação.

Selecione o equipamento dependendo do nível de precaução necessário (precaução relacionada com o risco de transmissão de microrganismos infecciosos por contacto, gotículas ou via área).

Recorde-se que as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), nas quais se integram a utilização adequada de EPI, destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Devem ser aplicadas a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos, sendo que o princípio subjacente é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”.

Considere que as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, nomeadamente nos casos de *Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina (MRSA), *Acinetobacter* multirresistente, entre outros agentes

multirresistentes. Pelo que, nesses casos estão indicadas medidas adicionais em função da via de transmissão do agente (precauções de isolamento de contacto, aérea e gotículas).

Durante o procedimento:

Coloque o EPI pela sequência correta: 1) bata; 2) máscara ou respirador; 3) óculos de proteção; 4) touca; 5) luvas.

- Via aérea - bata, respirador de partículas, óculos de proteção, touca e luvas
- Gotículas - bata/avental, máscara de alto risco com viseira, touca e luvas
- Contato - bata/avental e luvas. Se ocorrer necessidade de colocação de máscara e proteção ocular a ordem de colocação será a seguinte: bata/avental, máscara, proteção ocular e luvas

Certifique-se que o EPI se mantém em condições de segurança. No caso de tal não se suceder (luva danificada, por exemplo), proceder à sua correta substituição.

Após o procedimento:

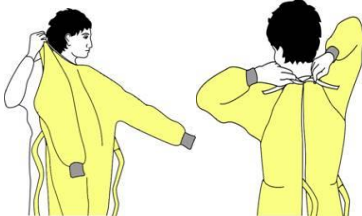
Remova o EPI pela sequência correta: 1) luvas; 2) óculos de proteção; 3) bata; 4) máscara ou respirador

Elimine, de forma adequada, o EPI.

- Via aérea - luvas, bata, touca, óculos de proteção e respirador de partículas
- Gotículas - luvas, bata/avental, touca e máscara de alto risco com viseira
- Contato – luvas, avental/bata. Se tiver havido necessidade de utilização de máscara e proteção ocular ou máscara com viseira a ordem de remoção é a seguinte: luvas, bata/avental proteção ocular e máscara ou máscara com viseira.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Bata	Óculos de proteção
Avental	Luvas limpas
Máscara ou respirador de partículas	Luvas esterilizadas

VESTIR EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	1. Previne a contaminação.
2. Reúna o material e transporte-o, se necessário, para junto da unidade da pessoa.	2. Evita perda de tempo e previne a contaminação.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.
4. Selecione uma bata adequada, que cubra todo o corpo, do pescoço aos joelhos.	4. Protege de possíveis salpicos na pele e/ou farda.
5. Abra a bata pela parte posterior e vista-a, fixando a mesma na região posterior do pescoço e lombar.  <p>Fig. 1: Colocação da bata.</p>	5. Permite uma correta colocação da bata, facilitando o procedimento e previne a contaminação.
6. Selecione a máscara ou respirador de partículas ¹ adequado, que cubra o nariz, a boca e o queixo. a) <u>Máscara com fitas</u> : coloque a parte externa da máscara para fora, com o grampo da máscara para fora e o grampo metálico para cima; leve as fitas superiores de ambos os lados por cima do pavilhão auricular até à região occipital e dê um laço; leve as fitas inferiores de ambos os lados por baixo do pavilhão auricular até ao pescoço;	6. Protege da transmissão de microrganismos infecciosos por via aérea.

¹ **Máscara cirúrgica** – Equipamento que permite cobrir a boca e nariz durante procedimentos cirúrgicos visando proteger os doentes e os profissionais da contaminação com microrganismos ou fluidos orgânicos. As máscaras cirúrgicas também são usadas para proteção do pessoal, do contacto com gotículas potencialmente infecciosas.

Respirador - Equipamento de proteção que protege o utilizador da inalação de partículas de pequenas dimensões (<5 µm de tamanho), nomeadamente, nos casos em que o agente infeccioso se transmite por via aérea (ex. Mycobacterium tuberculosis) ou é transitoriamente transportado por esta via (ex. Aspergillus sp. transportados pelas partículas de pó, durante a renovação de edifícios).

ajuste o grampo metálico ao nariz e acomode a máscara à face e por baixo do mento.



Fig. 2: Colocação da máscara.

b) Máscara com elásticos: coloque a parte externa da máscara para fora, com o grampo da máscara para fora e o grampo metálico para cima; fixe os elásticos no pavilhão auricular; ajuste o grampo metálico ao nariz e acomode a máscara à face e por baixo do mento.


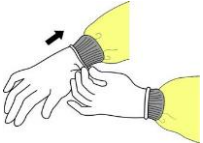



Fig. 3: Adaptação da máscara

c) Respirador de partículas: separe as pontas e abra o respirador por completo; dobre o grampo metálico do nariz para formar uma curva; segure a máscara ao contrário para que os elásticos fiquem expostos; separe os elásticos com os dedos indicador e polegar; enquanto segura nos elásticos, posicione o respirador abaixo do mento; mova os elásticos para a região occipital; solte o elástico inferior dos polegares e coloque-o no pescoço; coloque o outro na região occipital; ajuste o grampo metálico ao nariz e acomode o respirador à face.


7.Coloque os óculos de proteção. Em alternativa pode usar uma máscara com viseira.

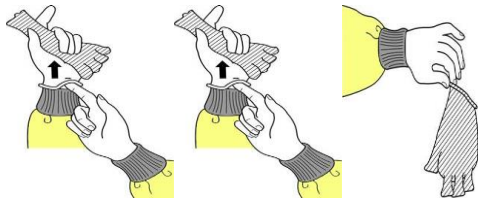
7.Protege de possíveis salpicos na mucosa ocular.




 <p>Fig. 4: Colocação dos óculos de proteção.</p>	
<p>8. Se tiver de abrir e /ou fechar portas para entrar num espaço de isolamento, faça-o neste momento.</p>	<p>8. Previne a contaminação.</p>
<p>9. Realize a higiene das mãos.</p>	<p>9. Previne a contaminação (as mãos estão contaminadas porque precisou de abrir e/ou fechar a porta).</p>
<p>10. Selecione as luvas adequadas, que devem cobrir os punhos da bata. No caso de necessitar de utilizar luvas esterilizadas, proceda conforme a técnica descrita na tabela que se segue.</p>  <p>Fig.5: Colocação das luvas.</p>	<p>10. Previne a contaminação, por contacto.</p>

<p style="text-align: center;">COLOCAR EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - LUVAS ESTERILIZADAS</p>	
<p style="text-align: center;">Sequência do procedimento</p>	<p style="text-align: center;">Fundamentação</p>
<p>1. Realize a higiene das mãos.</p>	<p>1. Previne a contaminação.</p>
<p>2. Selecione as luvas de acordo com o tamanho mais adequado para as suas mãos.</p>	<p>2. Facilita o procedimento e promove o conforto.</p>
<p>3. Abra a embalagem externa pelo local indicado na mesma.</p>  <p>Fig. 6: Abertura da embalagem.</p>	<p>3. Facilita o procedimento e previne a contaminação.</p>

<p>4. Abra o campo, afastando as dobras centrais e tendo em atenção a disposição das luvas. O ideal será não tocar nas extremidades do mesmo, especialmente se utilizar o campo para adição de material esterilizado.</p>  <p>Fig. 7: Abertura do campo.</p>	<p>4. Idem.</p>
<p>5. Abra a dobra distal e depois a proximal, sem tocar nas extremidades do mesmo, especialmente se utilizar o campo para adição de material esterilizado.</p>  <p>Fig. 8: Continuação da abertura do campo.</p>	<p>5. Ibidem.</p>
<p>6. Com os dedos indicador e polegar de uma das mãos segure na dobra da luva da mão oposta.</p>  <p>Fig. 9: Remoção da 1ª luva.</p>	<p>6. Facilita o procedimento e previne a contaminação.</p>
<p>7. Para introduzir a mão oposta na luva, aproxime todos os dedos da mão a calçar e puxe a luva na direção do punho.</p>  <p>Fig. 10: Colocação da 1ª luva</p>	<p>7. Idem.</p>

<p>8. Coloque os dedos da mão com luva na parte interna da luva (exceto o polegar) e retire-a do campo. Calce a outra mão, colocando os dedos da mão com luva na dobra do punho (exceto o polegar). Aproxime todos os dedos da mão a calçar e introduza-os na luva. Puxe a luva na direção do punho.</p>  <p>Fig. 11: Colocação da 2ª luva</p>	<p>8. Ibidem.</p>
<p>9. Ajuste os dedos das luvas e os punhos.</p>	<p>9. Facilita o procedimento e promove o conforto.</p>

REMOVER EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>1. Remova as luvas contaminadas, utilizando a seguinte técnica: com os dedos indicador e polegar de uma das mãos, puxe pela porção distal da luva 1, enrolando-a na mão da luva 2; com os dedos da mão livre, segura na parte interna da luva 2, puxando-a na totalidade, de forma a cobrir a luva 1.</p>  <p>Fig. 12: Remoção das luvas.</p>	<p>1. Inicia o procedimento e previne a contaminação (a parte externa das luvas encontra-se contaminada).</p>
<p>2. Remova os óculos de proteção, segurando pelas hastes dos mesmos.</p>	<p>2. Continua o procedimento e previne a contaminação (a parte frontal dos óculos encontra-se contaminada).</p>

 <p>Fig. 13: Remoção dos óculos de proteção.</p>	
<p>3. Remova a bata, desatando as fitas e tocando apenas na parte interior da mesma (remova-a de cada um dos lados do pescoço para as mãos até ficar totalmente virada do avesso).</p>  <p>Fig. 14: Remoção da bata.</p>	<p>3. Continua o procedimento e previne a contaminação (a parte externa da bata encontra-se contaminada).</p>
<p>4. Se estiver num espaço de isolamento e tiver de abrir e /ou fechar portas para sair, faça-o neste momento.</p>	<p>4. Permite a saída do local em segurança (vias aéreas protegidas).</p>
<p>5. Remova a máscara ou respirador:</p> <p>a) <u>Máscaras com fitas</u>: desate as fitas inferiores e com uma das mãos retire a máscara puxando pela fita superior.</p>  <p>Fig. 15: Remoção da bata.</p> <p>b) <u>Máscaras com elásticos</u>: retire os elásticos de cada um dos pavilhões auriculares com ambas as mãos.</p> <p>c) <u>Respiradores</u>: puxe os elásticos inferiores e superiores com ambas as mãos.</p>	<p>5. Termina a remoção do equipamento de proteção com segurança e previne contaminação.</p>

6.Realize a higiene das mãos.

6.Previne a contaminação.

REFERÊNCIAS:

Centers for Disease Control and Prevention (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Obtido de <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention (2016) Infection Prevention and Control Assessment Tool for Acute Care Hospitals. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/icar/hospital.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2013), Norma n.º 029/2012 - *Precauções Básicas do Controlo da Infeção* (PBCI). Obtido de DGS: <http://www.dgs.pt>.

Direção-Geral da Saúde (2014), Norma n.º 020/2014 – *Doença por vírus Ébola. Equipamento de Proteção Individual* (EPI). Obtido de DGS: <http://www.dgs.pt>.

Edição atualizada e revista de:

Cruchinho, P. (2006) – Recomendação Aplicar máscaras ou respiradores. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp.5-7). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Cruchinho, P. (2006) – Recomendação Medidas de segurança na utilização de equipamento de proteção individual. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp. 45-47). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Bicho, F. & Cruchinho, P. (2006) – Guia Executar colocação de luvas esterilizadas. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp.79-82). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Cruchinho, P. (2006) – Guia Executar remoção de luvas contaminadas. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp.85). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROMOVER INTEGRIDADE CUTÂNEA EFETIVA

Norma 02 Assistir a pessoa no autocuidado higiene

Executar: lavar o cabelo

Executar: realizar a higiene oral

Executar: banho total no leito / banho parcial no leito

Executar: banho parcial e total no wc

Norma 03. Executar cuidados à pessoa com ferida crónica

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 02. ASSISTIR A PESSOA NO AUTOCUIDADO HIGIENE

Susana Duarte, Tatiana Silva, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo, que consiste em providenciar todo o material necessário ao banho² e em ajudar a pessoa a lavar os tegumentos e a trocar de roupa, mediante as suas capacidades.

OBJETIVOS:

Promover o autocuidado.

Manter a integridade da pele.

Eliminar secreções e microrganismos do cabelo e da pele.

Promover a regeneração do tecido epitelial.

Promover o conforto.

Promover o relaxamento.

Diminuir o risco de infeção.

Realizar observação física.

Aumentar a autoestima e o bem-estar.

Estimular a função respiratória, circulatória, de mobilidade e de eliminação.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Avalie a capacidade da pessoa para o autocuidado (equilíbrio, tolerância à atividade, coordenação motora e força muscular).

Verifique se existe alguma contraindicação em relação ao levantar da pessoa.

² Tomar banho (ou seja, a limpeza da pele) é uma componente básica da higiene pessoal. Dependendo do estado de consciência, mobilidade, nível de cooperação, e saúde física da pessoa, o banho pode ser realizado na banheira, chuveiro ou na cama. O banho na cama é uma alternativa ao banho na banheira ou duche. Ele pode ser indicado nas pessoas que têm a mobilidade comprometida, indicação de repouso no leito ou existe incapacidade para tomar banho, na banheira ou no chuveiro, com segurança. Além de promover a higiene pessoal, tomar banho proporciona uma oportunidade para o enfermeiro realizar uma avaliação cuidadosa da pele exposta, verificando: humidade da pele, turgor cutâneo, cor, temperatura, presença de alguma solução de continuidade, lesão ou irritação (Richards & Schub, 2014).

Avalie os hábitos pessoais de higiene para manter as preferências da pessoa.

Atenda ao facto que a frequência da realização do banho total no leito e da lavagem do cabelo depende da condição de higiene da pessoa e das suas preferências pessoais.

Avalie o ambiente (condições ambientais da unidade: temperatura (22 – 24°C), ventilação e iluminação, portas e janelas fechadas para evitar correntes de ar) e pondere a necessidade de realizar o procedimento com ajuda de outro(s) elemento(s).

Confirme sempre se o WC está lavado e desinfetado.

Negoceie com a pessoa, antes de preparar o material, o banho total ou parcial no leito ou no WC, de acordo com o seu estado clínico, os seus hábitos pessoais e as suas limitações.

Solicite à pessoa que retire o relógio, guardando-o na gaveta da mesa-de-cabeceira.

Verifique se existe necessidade de proteger alguma área que deverá ser mantida seca e proteja-a convenientemente.

Durante o procedimento:

Respeite a preferência na utilização dos produtos de higiene e objetos pessoais.

Use, de forma adequada, equipamento que promova a segurança da pessoa durante um banho. São exemplos: "barras de suporte" presas à parede acima da banheira ou na base de duche, para fornecer uma fonte estável de apoio; tapete de borracha ou antiderrapante no fundo da banheira ou na base de duche para impedir quedas; cadeira de banho.

Instrua a pessoa que deve segurar a barra de suporte quando entra e sai da banheira ou base de duche.

Garanta a existência de espaço suficiente para manobrar e desempenhar as atividades necessárias.

Regule, de forma adequada, a temperatura da água. A temperatura pode ser verificada colocando a região interna do pulso ou o cotovelo, para sentir se está confortavelmente morna. Sempre que possível solicitar à pessoa para verificar se a temperatura da água está de acordo com as suas preferências. A utilização de água que está muito quente pode queimar a pele da pessoa e/ou causar vasodilatação, levando a tonturas e/ou síncope.

Substitua a água, sempre que necessário.

Mantenha a porta destrancada por questões de segurança.

Verifique, regularmente, a pessoa se esta estiver a realizar autocuidado autonomamente no WC, certificando-se que a campainha da casa de banho está ao alcance do mesmo.

Acompanhe todo o procedimento, no caso de a pessoa estar confusa e/ ou desorientada.

Respeite a privacidade / intimidade da pessoa, evitando a exposição desnecessária.

Esteja atento ao conforto da pessoa e adote as medidas de segurança adequadas.

Use luvas limpas sempre que necessário, sendo que na higiene perineal, deve usar sempre luvas limpas.

Realize a lavagem da superfície cutânea começando das zonas mais limpas para as menos limpas, dando especial atenção às orelhas, axilas, umbigo, pregas cutâneas e espaços interdigitais.

Envolva, sempre que possível e adequado, o prestador de cuidados no procedimento de forma a ensinar, instruir e treinar sobre a técnica de lavar o cabelo, lavar a cavidade oral, banho total ou parcial na cama e banho ou WC.

Após o procedimento:

Seque bem a pessoa, dando especial atenção às orelhas, axilas, umbigo, pregas cutâneas e espaços interdigitais.

Aproveite para observar e avaliar a integridade cutânea. A pele deve ser limpa, seca e hidratada;

Coloque sempre a roupa suja – do hospital - diretamente no respetivo contentor para roupa suja – deve ser fechado e acionado por pedal; se a roupa for da pessoa, guarde-a dentro de um saco de plástico e coloque-o na mesa-de-cabeceira ou no roupeiro da unidade.

Certifique-se que as bacias utilizadas para realizar o banho são cuidadosamente lavadas e secas após o uso para diminuir o risco de contaminação e proliferação de microrganismos, conforme protocolo instituído.

Notas:

Usar equipamento de proteção individual pode ser necessário, se existe risco de salpicos ou exposição a fluidos corporais ou se forem necessárias precauções adicionais em função do risco de transmissão de agentes infecciosos.

Pessoas com mobilidade comprometida têm risco aumentado de quedas;

MATERIAL NECESSÁRIO:

Toalhas	Champô, sabão líquido e creme hidratante
Resguardos impermeáveis	Dispositivo próprio para lavar o cabelo no leito (se possível)
Jarro com água	Cotonetes
Taça riniforme	Bolas de algodão ou tampões para os ouvidos.
Bacias	Absorvente, dispositivo urinário, penso higiénico (se necessário)
Roupa da cama	Contentor de resíduos
Roupa da pessoa	Arrastadeira ou urinol
Equipamento de proteção individual	Mesa auxiliar
Manámulas ou esponjas	Contentor para roupa suja
Objetos de higiene pessoal (pasta dentífrica, escova de dentes, desodorizante, pente, máquina de barbear, maquiagem, espelho, pente ou escova de cabelo)	

EXECUTAR: LAVAR O CABELO

Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Previne erros.
2. Se quarto partilhado com outras pessoas, feche as cortinas da unidade e/ou coloque biombo.	2. Proporciona privacidade à pessoa.
3. Coloque avental de proteção.	3. Protege a roupa do prestador de cuidados de salpicos.
4. Realize a higiene das mãos.	4. Previne a contaminação.
5. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	5. Economiza tempo e facilita o procedimento.
6. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e a sua colaboração.	6. Obtém a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
7. Negoceie o nível de assistência no autocuidado, atendendo às capacidades da pessoa.	7. Envolve a pessoa na prestação de cuidados e promove a independência no autocuidado.

EXECUTAR: LAVAR O CABELO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
8.Caso se encontre sozinho a realizar o procedimento, movimente ou assista a pessoa a movimentar-se para o lado da cama que se encontra mais próximo de si.	8.Permite realizar o procedimento com um menor esforço e reduzindo o risco de lesões músculo-articulares.
9.Retire toda a roupa da cama deixando a pessoa protegida com o lençol de cima, desentalando-o nos pés da cama e faça uma prega longitudinal, deixando os pés da pessoa cobertos.	9.Proporciona privacidade à pessoa e assegura a realização correta da técnica.
10.Calce luvas limpas, se o cabelo se apresentar demasiado sujo, se possuir sinais de sangue ou vômito ou se existiram pedículos.	10.Preve a contaminação.
11.Retire a almofada. Se necessário, ofereça à pessoa uma toalha enrolada para colocar sob o pescoço.	11.Facilita a realização do procedimento e promove o conforto.
12.Caso a cabeceira da cama seja removível, posicione a pessoa, com a cabeça em hiperextensão, sobre a extremidade superior do colchão (se não existir nenhuma contraindicação) ³ .	12.Facilita a realização do procedimento.
13.Coloque o dispositivo próprio para lavar o cabelo no leito ⁴ .	13.Protege a base da cama e permite a drenagem da água para o balde/recipiente. Promove conforto durante a lavagem do cabelo.
14.Coloque a toalha sob o mento e dobre cada uma das extremidades até ao pescoço.	14.Protege a camisa do pijama durante a realização da lavagem do cabelo.
15.Proteja os ouvidos com bolas de algodão ou tampões (se necessário).	15.Evita a entrada de água para o canal auditivo.
16.Verifique a temperatura da água.	16.Adequa a temperatura da água ao gosto da pessoa e evita a ocorrência de queimaduras.

³ Caso a cabeceira da cama não seja removível, posicione a pessoa/cliente com a cabeça em hiperextensão sobre uma das extremidades laterais do colchão.

⁴ Se não existir dispositivo próprio para lavar o cabelo no leito, pode colocar uma toalha no sentido da largura da cama. Posteriormente sobre a toalha coloque um plástico ou um resguardo impermeável invertido e enrole as extremidades laterais e do pescoço e deixando a extremidade contígua da cabeça, cair dentro do balde/ recipiente.

EXECUTAR: LAVAR O CABELO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
17. Molhe a cabeça da pessoa, vertendo água tépida a partir do jarro até o cabelo da pessoa ficar completamente molhado.	17. Permite a remoção de vestígios e dá continuidade ao procedimento.
18. Aplique uma pequena quantidade de champô e massage o couro cabeludo ⁵ com as duas mãos até fazer espuma – sem utilizar as unhas.	18. Ajuda a formar espuma que contribui para uma boa emulsão.
19. Enxagúe o couro cabeludo e coloque de imediato sob a cabeça a toalha que se encontrava a proteger o mento e envolva-a com esta. Apoie a cabeça na almofada e retire os algodões dos ouvidos;	19. Possibilita a remoção do champô e da sujidade do cabelo. Permite retirar o excesso de água.
20. Retire o excesso de água, secando o cabelo com a toalha. Se necessário utilize um secador elétrico.	20. Reduz a presença de humidade no couro cabeludo.
21. Penteie ou assista a pessoa no autocuidado pentear-se.	21. Promove a autonomia no autocuidado e permite que o cabelo se mantenha penteado e limpo.
22. Descalce as luvas e realize a higiene das mãos.	22. Previne a contaminação.
23. Proceda à substituição da roupa da cama, se necessário e assista a pessoa no autocuidado: vestir-se – se a seguir não necessitar de dar banho à pessoa no leito.	23. Promove o conforto.
24. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	24. Mantém o material arrumado e previne a contaminação.
25. Realize a higiene das mãos.	25. Previne a contaminação.
26. Registe e documente os resultados (data, hora, colaboração e reação da pessoa/cliente, produtos utilizados e outros dados considerados necessários).	26. Confirma e descreve o procedimento, identifica quem o executou e promove a continuidade dos cuidados.

⁵ **Se o cabelo tiver sangue**, aplique peróxido de hidrogénio, lave posteriormente com uma solução salina e proceda depois a uma lavagem com champô;

EXECUTAR: REALIZAR A HIGIENE ORAL⁶	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Previne erros.
2. Se quarto partilhado com outras pessoas, feche as cortinas da unidade e/ou coloque biombo.	2. Proporciona privacidade à pessoa.
3. Coloque avental de proteção.	3. Protege a roupa do prestador de cuidados de salpicos.
4. Realize a higiene das mãos.	4. Previne a contaminação.
5. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	5. Economiza tempo e facilita o procedimento.
6. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e a sua colaboração.	6. Obtém a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
7. Negocie o nível de assistência no autocuidado, atendendo às capacidades da pessoa.	7. Envolve a pessoa na prestação de cuidados e promove a independência no autocuidado.
8. Calce luvas limpas.	8. Previne a contaminação.
9. Solicite ou assista a pessoa a colocar a toalha sob o mento e dobre cada uma das extremidades até ao pescoço ou, em alternativa, proteja a base da cama com a toalha.	9. Promove a autonomia e protege a camisa do pijama ou a base da cama durante a realização do procedimento.
10. Assista ou posicione a pessoa em decúbito lateral ou posição de fowler ou semi-fowler.	10. Facilita a execução do procedimento e previne a aspiração.
11. Irrigue ou assista a pessoa a irrigar a escova de dentes e a aplicar a pasta dentífrica ou ensopar a espátula montada, com água e elixir.	11. Permite realizar o procedimento.

⁶ "A dentição é fundamental na promoção da saúde e bem-estar, pelo que a higiene oral se constitui como um momento importante para promover a limpeza da boca, dentes e língua, bem como prevenir potenciais problemas. A escovagem dos dentes deve ser realizada, pelo menos, duas vezes por dia, uma delas, antes de dormir (DGS, 2016). A cavidade oral deverá ser limpa, mesmo nas pessoas que utilizam prótese dentária, a qual deverá ser limpa após as refeições, com dentífrico não abrasivo e posteriormente deverá ser passada por água. Duas vezes por semana, deverão ser utilizados produtos efervescentes, próprios para a limpeza de próteses (DGS, 2016).

EXECUTAR: REALIZAR A HIGIENE ORAL⁶	
Sequência do procedimento	Fundamentação
12.Providencie copo com água para a pessoa poder bochechar (se adequado à sua situação).	12.Permite realizar o procedimento.
13.Coloque a taça riniforme junto ao queixo da pessoa (se adequado à sua situação).	13.Facilita a execução do procedimento.
14.Solicite ou assista a pessoa a escovar os dentes da raiz para a coroa, em movimentos circulares e a lavar a língua; ou com a ajuda de uma espátula ou esponja ensopada em água e elixir, limpar a língua, gengivas e face interna da boca. Se necessário e adequado, aspire a boca da pessoa em simultâneo (este procedimento deve ser realizado por duas pessoas, atendendo ao risco de aspiração).	14.Permite remover os resíduos da cavidade oral e evitar a formação de caries dentárias.
15.Solicite ou assista a pessoa a bochechar e a secar a cara com uma toalha.	15.Permite remover o excesso de pasta dentífrica e promove o conforto.
16.Descalce as luvas e realize a higiene das mãos.	16.Preve a contaminação.
17.Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se.	17.Promove o conforto.
18.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	18.Mantém o material arrumado.
25.Realize a higiene das mãos.	25.Preve a contaminação.
26.Registe e documente os resultados (data, hora, colaboração e reação da pessoa, produtos utilizados e outros dados considerados relevantes).	26.Confirma e descreve o procedimento, identifica quem o executou e promove a continuidade dos cuidados.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Identifique a pessoa.	1.Preve erros.
2.Explique o procedimento à pessoa.	2.Obtém a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
3.Negoceie o nível de assistência no autocuidado, atendendo às capacidades da pessoa.	3.Envolve a pessoa na prestação de cuidados e promove a independência no autocuidado.
4. Se o banho for realizado no leito, num quarto partilhado com outras pessoas, feche as cortinas da unidade e/ou coloque biombo: a) coloque avental de proteção; b) realize a higiene das mãos; c) reúna o material e transporte-o para junto da pessoa; d) se a pessoa apresentar continência vesical/fecal, ofereça a arrastadeira (calce luvas limpas, limpe a pessoa e realize a higiene das mãos); e) caso se encontre sozinho a realizar o procedimento, mobilize ou assista a pessoa a movimentar-se para o lado da cama que se encontra mais próximo de si; e) retire toda a roupa da cama deixando a pessoa protegida com o lençol de cima (desentale-o nos pés da cama e faça uma prega longitudinal, deixando os pés da pessoa cobertos).	4. Proporciona privacidade à pessoa: a) protege a roupa do prestador de cuidados de salpicos; b) previne a contaminação; c) economiza tempo e facilita o procedimento; d) promove a eliminação vesical e intestinal da pessoa/cliente e previne a contaminação; e) permite realizar o procedimento com um menor esforço e reduzindo o risco de lesões músculo-articulares; f) proporciona privacidade à pessoa e assegura a realização correta da técnica.
<u>Lavar o cabelo:</u> 5.Lave ou assista a pessoa a cuidar do cabelo, se necessário.	5.Promove o conforto.
<u>Lavar a cavidade oral:</u> 6.Realize ou assista a pessoa a realizar a higiene da cavidade oral.	6.Permite remover os resíduos da cavidade oral e evitar a formação de caries dentárias.
<u>Higiene do rosto:</u> 7.Coloque a toalha sob o mento e dobre cada uma das extremidades até ao pescoço.	7.Protege a camisa do pijama durante a realização da higiene do rosto.
8.Verifique a temperatura da água.	8.Adequa a temperatura da água ao gosto da pessoa e evita a ocorrência de queimaduras.
9.Lave ou assista a pessoa a: a) lavar cada um dos olhos com água simples, da zona mais limpa para a menos limpa e posteriormente seque bem. Utilize,	9.Promove a independência no autocuidado: banho e higiene.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO

Sequência do procedimento	Fundamentação
se necessário, uma manápula/ compressa para cada olho; b) lavar o rosto, região frontal e pavilhão auricular e posteriormente enxague e seque bem; c) limpar a face externa dos pavilhões auriculares com cotonetes - movimento circular; d) limpar as fossas nasais (se necessário com cotonetes em movimento circular); e) Se a pessoa apresentar lábios secos, aplique ou assista a aplicar uma substância hidratante (ou no final da higiene) e observe a língua e palato superior com vista à identificação de placas de secreções.	
10. Se a pessoa possuir uma sonda gástrica ou uma sonda de oxigenoterapia, substitua no final da higiene, os adesivos de fixação nasal e observe as características da pele nessa zona.	10. Permite a eliminação de adesivos sujos, reforça a fixação das sondas e permite o despistar feridas na asa do nariz.
11. No caso de pessoa do sexo masculino, corte ou assista a pessoa a cortar a barba e bigode, se necessário.	11. Promove a independência no autocuidado arranjar-se.
<u>Higiene dos membros superiores</u>	
12. Dispa ou assista a pessoa a despir-se e coloque a camisa de pijama no contentor de roupa suja- se a roupa for da pessoa, guarde-a dentro de um saco de plástico e coloque-o na mesa-de-cabeceira ou armário da unidade.	12. Dá continuidade ao procedimento e permite a eliminação da roupa suja.
13. Faça uma prega lateral no lado oposto do lençol de cima, destapando o membro superior mais afastado.	13. Expõe o membro superior mais afastado e proporciona privacidade à pessoa.
14. Coloque o membro superior mais afastado sobre a toalha de rosto dobrada em harmónio.	14. Protege a base da cama durante a higiene dos membros superiores.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
15. Lave ou assista a pessoa a lavar o membro superior do lado oposto da parte distal para a proximal e dando especial atenção à região axilar.	15. Dá continuidade ao procedimento e promove a eliminação das secreções cutâneas na região axilar.
16. Coloque a bacia com água a temperatura adequada sobre a cama, de modo a que a pessoa possa pôr a mão em imersão na água e lave ou assista a lavar a mão ⁷ .	16. Proporciona uma limpeza mais eficaz.
17. Observe o estado das unhas e as características da pele nesse membro, sobretudo ao nível do cotovelo.	17. Permite determinar a necessidade de cortar as unhas após o banho e identificar a existência de pele seca, edema, equimoses e úlceras por pressão.
18. Seque bem toda a pele, com especial atenção à região axilar e zonas interdigitais; posteriormente retire a toalha e desfaça a prega lateral.	18. Evita que a pele húmida favoreça o aparecimento de maceração da pele.
19. Proceda do mesmo modo para o membro mais próximo.	19. Dá continuidade ao procedimento.
20. Se a pessoa apresentar pele seca, ou macerada, aplique substância apropriada nesta altura ou no final da higiene.	20. Favorece a integridade cutânea.
<u>Higiene do tórax e abdómen:</u> 21. Coloque uma toalha de banho sobre o tórax dobrada em harmónio e solicite à pessoa que segure na parte superior com as mãos ou queixo. Se a pessoa não for capaz, prenda-a nos ombros.	21. Envolve a pessoa na prestação de cuidados.
22. Puxe simultaneamente a toalha para baixo até às cristas ilíacas de forma a retirar o lençol do tórax e do abdómen.	22. Proporciona privacidade à pessoa e assegura a realização correta da técnica.
23. Levante a toalha ligeiramente. Lave ou assista a pessoa a lavar o pescoço, tórax, abdómen e	23. Dá continuidade ao procedimento e promove a eliminação das secreções cutâneas nas pregas do

⁷ Observe a coloração da pele da unha, de modo a avaliar a perfusão periférica.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
flancos, com especial atenção às pregas do pescoço, região infra mamária e umbigo. Observe as características da pele nessas zonas.	pescoço, região infra mamária e umbigo e permite a identificação de maceração e soluções de continuidade da pele.
24. Seque ou assista a secar bem toda a pele, com especial atenção às pregas do pescoço, região infra mamária e umbigo.	24. Evita que a pele húmida favoreça o aparecimento de maceração da pele.
25. Puxe o lençol até aos ombros retirando simultaneamente a toalha.	25. Proporciona privacidade à pessoa e assegura a realização correta da técnica.
<u>Higiene dos Membros Inferiores:</u>	
26. Dispa ou assista a pessoa a despir-se e coloque as calças de pijama no contentor de roupa suja – se a roupa for da pessoa, guarde-a dentro do saco de plástico onde colocou a camisa.	26. Dá continuidade ao procedimento e permite a eliminação da roupa suja.
27. Dobre a extremidade inferior do lençol até aos joelhos e faça uma prega lateral no lado oposto, destapando o membro inferior mais afastado.	27. Expõe o membro inferior mais afastado e proporciona privacidade à pessoa.
28. Coloque o membro inferior mais afastado sobre a toalha de banho dobrada em harmónio.	28. Protege a base da cama durante a higiene dos membros inferiores.
29. Lave ou assista a pessoa a lavar o membro inferior do lado oposto, da zona mais limpa para a zona menos limpa e dando especial atenção à região poplítea.	29. Dá continuidade ao procedimento e promove a eliminação das secreções cutâneas na região poplítea.
30. Observe as características da pele nesse membro, sobretudo ao nível das ancas. Enxague.	30. Permite identificar a existência de pele seca, edema, equimoses e úlceras de pressão.
31. Seque ou assista a secar bem toda a pele, com especial atenção à região poplítea. Retire a toalha e desfaça a prega lateral.	31. Permite a eliminação do sabão utilizado na higiene e evita que a pele húmida favoreça o aparecimento de maceração da pele.
32. Proceda do mesmo modo para o membro mais próximo.	32. Dá continuidade ao procedimento.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
33. Se a pessoa apresentar pele seca ou macerada, aplique ou assista a aplicar substância apropriada, nesta altura ou no final da higiene.	33. Favorece a integridade cutânea.
34. Coloque a toalha de banho debaixo dos pés no sentido da largura da cama e coloque a bacia sobre a mesma.	34. Protege a base da cama durante a higiene dos pés e dá continuidade ao procedimento.
35. Flita ou assista a pessoa a fletir o membro inferior do lado oposto. Coloque o pé dentro da bacia e proceda à sua lavagem, dando especial atenção aos espaços interdigitais.	35. Dá continuidade ao procedimento e promove a eliminação das secreções cutâneas dos espaços interdigitais.
36. Observe as características da pele nesse membro, sobretudo ao nível dos dedos dos pés, espaços interdigitais, calcâneo e maléolo externo. Enxague.	36. Permite identificar a existência de pele seca, edema, fissuras, maceração e úlceras de pressão.
37. Proceda do mesmo modo para o pé mais próximo.	37. Dá continuidade ao procedimento.
38. Retire a bacia e envolva os pés na toalha e seque ou assista a secar bem toda a pele, com especial atenção aos espaços interdigitais.	38. Evita que a pele húmida favoreça o aparecimento de maceração da pele.
39. Se a pessoa apresentar calosidades, realize massagem com substância emoliente, nesta altura ou no final da higiene.	39. Amolece as calosidades.
40. Se a pessoa apresentar pele macerada, aplique ou assista a aplicar substância apropriada, nesta altura ou no final da higiene.	40. Favorece a integridade cutânea.
41. Retire a toalha sob os pés e puxe o lençol até aos joelhos.	41. Dá continuidade ao procedimento, facilita a remoção do absorvente e assegura a privacidade.
<u>Higiene perineal:</u> 42. Troque de bacia e/ou mude a água e utilize uma manápula nova. Calce luvas limpas.	42. Previne a contaminação.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
(Se a pessoa for capaz de colaborar)	
43. Assista a pessoa a afastar os membros inferiores e a fletir os joelhos, mantendo-a protegida com o lençol.	43. Facilita o procedimento.
44. Coloque a toalha sob as nádegas no sentido do comprimento da cama.	44. Protege a base da cama.
45. Coloque a arrastadeira, se necessário.	45. Permite a irrigação da região perineal.
46. Faça uma dobra no lençol e suspenda-o, ao nível dos joelhos.	46. Proporciona privacidade à pessoa.
47. Ofereça a manípula ou toalhete à pessoa para lavar a região genital.	47. Promove o autocuidado.
48. Retire a toalha, estique o lençol de cima e descalce as luvas.	48. Dá continuidade ao procedimento.
(Se a pessoa não for capaz de colaborar, possuir algália ou dispositivo urinário, realize a higiene perineal)	
49. Dobre o lençol de cima até à região supra-púbica.	49. Dá continuidade ao procedimento.
50. Afaste ou assista a pessoa a afastar os membros inferiores e a fletir os joelhos, mantendo-os nessa posição e proceda da seguinte forma, atendendo ao sexo da pessoa. <u>PESSOA DO SEXO MASCULINO</u> (Se aplicável, remova o dispositivo urinário) Para realizar a higiene perineal: a) retraia o prepúcio; b) com movimentos circulares lave a glândula, do meato para o prepúcio e dando especial atenção a esta zona; c) lave posteriormente o corpo do pénis, a zona púbica, o escroto e as pregas inguinais; d) enxague a pele seguindo a mesma	50. Facilita o procedimento.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>sequência; e) seque bem toda a pele, com especial atenção à região posterior do escroto e às pregas inguinais; f) desfaça a retração do prepúcio; g) observe as características da pele sobretudo ao nível do meato uretral, região posterior do escroto e pregas inguinais.</p> <p><u>PESSOA DO SEXO FEMININO</u></p> <p>(Se aplicável, remova penso higiénico).</p> <p>Para realizar a higiene perineal: a) separe os grandes lábios com a mão não dominante e lave os grandes lábios em sentido descendente, primeiro do lado mais afastado e posteriormente do lado mais próximo; b) mantendo a separação dos grandes lábios, lave os pequenos lábios em sentido descendente, primeiro do lado mais afastado e posteriormente do lado mais próximo; c) proceda do mesmo modo com a mão não dominante e lave, em sentido descendente, do meato urinário para a vagina; d) enxague a pele seguindo a mesma sequência; e) seque bem toda a pele, com especial atenção às pregas inguinais; f) observe as características da pele sobretudo ao nível do meato uretral, vagina e pregas inguinais.</p>	
<p>51. Se a pessoa apresentar incontinência vesical/fecal ou menstruação, coloque novo dispositivo urinário, absorvente de adulto e/ou penso higiénico. Desdobre o lençol de cima até aos pés.</p>	<p>51. Assegura a proteção da pessoa em caso de incontinência urinária ou menstruação.</p>
<p>52. Se a pessoa tiver cateter vesical, realize a higiene perineal como descrito e lave uma pequena porção do catéter junto ao meato, com movimentos</p>	<p>52. Reduz o risco de infeção relacionado com a presença da algália.</p>

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
circulares e da zona mais proximal ao meato para a zona mais distal.	
53. Descalce as luvas e realize a higiene das mãos.	53. Previne a contaminação.
<u>Higiene da região dorso-lombar e anal</u>	
54. Troque de bacia e/ou mude a água e utilize uma manípula nova. Calce luvas limpas.	54. Previne a contaminação.
55. Assista a pessoa a voltar-se para o lado oposto e dobre o lençol sobre a região dorsal e nadegueira. Se a pessoa possuir cateter vesical ou dispositivo urinário, passe antecipadamente o saco coletor de urina para o lado oposto.	55. Expõe a região dorso-lombar e nadegueira, proporciona privacidade à pessoa e evita a tração do saco coletor de urina.
56. Coloque a toalha de banho, sobre a cama ao longo do corpo.	56. Dá continuidade ao procedimento.
57. Lave a região escapular, dorsal, lombar e nadegueira.	57. Dá continuidade ao procedimento.
58. Observe as características da região escapular, dorsal e nadegueira, sobretudo ao nível do acrómio, omoplatas e sacro; observe também a região occipital.	58. Permite identificar a existência úlceras de pressão.
59. Enxague a pele, cubra toda a superfície corporal com a toalha e seque bem toda a pele, com especial atenção à região inter-nadegueira.	59. Permite a eliminação do sabão utilizado na higiene.
60. Lave a região anal e enxague de seguida, de frente para trás.	60. Dá continuidade ao procedimento;
61. Se a pessoa apresentar incapacidade ou dificuldade para mobilizar no leito, aplique creme hidratante na região dorso-lombar, nádegas e zonas de proeminência óssea.	61. Proporciona conforto e mantém a integridade cutânea.

EXECUTAR: BANHO TOTAL NO LEITO / BANHO PARCIAL NO LEITO	
Sequência do procedimento	Fundamentação
62. Retire a toalha e desfaça a prega do lençol e posicione ou assista a pessoa a colocar-se em decúbito dorsal.	62. Dá continuidade ao procedimento.
63. Vista ou assista a pessoa no autocuidado vestir-se.	63. Promove a independência no autocuidado.
(Se a pessoa não possui contraindicações clínicas ao levantar do leito) 64. Levante ou assista a pessoa a realizar levantar e transferência para o cadeirão, se aplicável (rodar-se, erguer-se, sentar-se, pôr-se de pé e transferir-se).	64. Promove a independência no autocuidado e promove a segurança.
65. Assista a pessoa no autocuidado arranjar-se (<i>pentear-se, maquilhar-se e cortar unhas</i>);	65. Promove a independência no autocuidado.
66. Providencie a realização da cama.	66. Prepara a cama para receber a pessoa.
(Se a pessoa possui contraindicações clínicas ao levantar do leito) 67. Faça a cama ocupada.	67. Prepara a cama para receber a pessoa/cliente;
68. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se no leito, coloque a campainha acessível à pessoa e eleve as grades da cama.	68. Promove a independência no autocuidado e a segurança.
69. Assista a pessoa no autocuidado arranjar-se (<i>pentear-se, maquilhar-se e cortar unhas</i>).	69. Promove a independência no autocuidado.
70. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	70. Mantém o material arrumado.
71. Realize a higiene das mãos.	71. Previne a contaminação.
72. Registe e documente os resultados (data, hora, colaboração e reação da pessoa, integridade da pele, produtos utilizados e outros dados considerados necessários).	72. Confirma e descreve o procedimento, identifica quem o executou e promove a continuidade dos cuidados.

EXECUTAR: BANHO PARCIAL E TOTAL NO WC	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Previne erros.
2. Se quarto partilhado com outras pessoas, feche as cortinas da unidade e/ou coloque biombo.	2. Proporciona privacidade à pessoa.
3. Coloque avental de proteção.	3. Protege a roupa do prestador de cuidados de salpicos.
4. Realize a higiene das mãos.	4. Previne a contaminação.
5. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	5. Economiza tempo e facilita o procedimento.
6. Explique o procedimento à pessoa.	6. Obtém a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
7. Negocie o nível de assistência no autocuidado, atendendo às capacidades da pessoa.	7. Envolve a pessoa na prestação de cuidados e promove a independência no autocuidado.
8. Providencie a limpeza do WC, certificando-se que o chão está seco.	8. Proporcionar a utilização do WC em condições de segurança e higiene.
9. Proceda à avaliação dos sinais vitais, se adequado.	9. Permite despistar complicações antes do levantar da pessoa – se a pessoa apresentar pelo menos um dos sinais vitais fora dos seus parâmetros normais pondere a realização do banho no leito.
10. Coloque o degrau, o suporte de soro, o saco coletor de urina e a cadeira sanitária (se necessário) do lado pelo qual a pessoa irá sair do leito.	10. Economiza tempo e facilita o procedimento.
11. Se a pessoa tiver dificuldade em elevar-se no leito, providencie a adaptação de uma coluna de suspensão na cabeceira da cama, caso esta possibilite essa adaptação.	11. Promove a independência no autocuidado.
12. Assista a pessoa a sair do leito ou realize o levantar da pessoa: a) proceda à elevação da cabeceira da cama e se necessário, mantenha a pessoa nessa posição durante alguns minutos; b) instrua a pessoa sobre a técnica de se levantar do	12. Permite que a pessoa/cliente se desloque até ao WC, de acordo com as suas limitações;

EXECUTAR: BANHO PARCIAL E TOTAL NO WC

Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>leito; c) mobilize ou assista a pessoa a chegar-se para o lado da cama pelo qual irá sair; posteriormente assista a pessoa a rodar-se para esse lado; d) solicite à pessoa que coloque os membros fora do leito e que utilize o cotovelo do membro superior mais próximo do colchão para fazer força contra este - a mão do membro oposto pode apoiar-se na coluna de suspensão – para que, simultaneamente, deixe cair as pernas e eleve o tronco; e) questione a pessoa/cliente sobre a sensação de lipotimia e reavalie os sinais vitais (TA, FC e FR), caso considere necessário; f) assista a pessoa a ficar de pé.</p> <p>Se a pessoa tiver alteração do equilíbrio e/ou diminuição da força muscular, dispa ou assista-a a despir as calças de pijama e a transferir-se para a cadeira sanitária. Proteja a pessoa com a toalha ou robe.</p>	
<p>13.Assista a pessoa a deslocar-se até ao WC. Se o corredor possuir corrimão, pode solicitar à pessoa que se apoie neste durante a deambulação até ao WC.</p>	<p>13.Promove a independência no autocuidado.</p>
<p>14.Incentive a eliminação intestinal e vesical: a) assista a pessoa a sentar-se/elevar-se na sanita ou adapte a cadeira sanitária à sanita; b) assista a pessoa/cliente a limpar-se.</p>	<p>14.Promove a eliminação intestinal e vesical e a independência no autocuidado.</p>
<p>15.Dispa ou assista a pessoa no autocuidado: despir-se em relação a: despir camisas; despir camisolas; retirar fralda ou cuecas; despir calças; descalçar meias; descalçar sapatos; desapertar botões; desapertar soutien; desfazer laços; abrir fechos.</p>	<p>15.Promove a independência no autocuidado.</p>

EXECUTAR: BANHO PARCIAL E TOTAL NO WC	
Sequência do procedimento	Fundamentação
16. Assista a pessoa a entrar no poliban, apoiando nas barras da parede e se necessário a sentar-se na cadeira de banho.	16. Permite a realização do banho e promove a segurança.
17. No poliban, assista a pessoa no autocuidado em relação a: abrir e fechar torneiras; utilizar o chuveiro; regular a temperatura da água; utilizar o champô; utilizar o gel ou sabonete; utilizar o toalhete; lavar a cabeça; lavar a face; lavar as mãos e membros superiores; lavar tórax e abdómen; lavar membros inferiores e pés; lavar região dorso-lombar; lavar o períneo; enxaguar o corpo; limpar e secar o corpo.	17. Permite a realização do banho; Promove a segurança;
18. Transfira ou assista a pessoa a transferir-se da cadeira de banho para uma cadeira normal e coloque-a junto ao lavatório.	18. Permite que a pessoa se sente sobre uma superfície seca.
19. Assista a pessoa no autocuidado vestir-se em relação a: vestir camisas; vestir camisolas; colocar fralda ou vestir cuecas; vestir calças; calçar meias; calçar sapatos ou chinelos antiderrapantes; apertar botões; apertar soutien; fazer laços; fechar fechos.	19. Promove a independência no autocuidado.
20. Junto ao lavatório, de frente para um espelho (preferencialmente) realize ou assista a pessoa no autocuidado em relação a: pentear o cabelo; lavar os dentes; fazer a barba; utilizar o desodorizante; utilizar cremes; utilizar perfume; utilizar maquilhagem.	20. Dá continuidade ao procedimento.
21. Assista a pessoa a deslocar-se até ao seu quarto ou providencie uma cadeira de rodas e assista-a movimentar-se em cadeira de rodas – neste caso a pessoa pode transportar os seus objetos de higiene pessoal sobre as pernas.	21. Promove a independência no autocuidado.

EXECUTAR: BANHO PARCIAL E TOTAL NO WC	
Sequência do procedimento	Fundamentação
22. Incentive a pessoa a permanecer sentada na cadeira de rodas ou num cadeirão.	22. Promove a independência no autocuidado.
23. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	23. Mantém o material arrumado.
24. Providencie a arrumação e limpeza do WC.	24. Possibilita a posterior utilização do WC em condições de segurança e higiene.
25. Providencie a desinfecção da cadeira sanitária com álcool a 70°.	25. Previne a contaminação.
26. Realize a higiene das mãos.	26. Previne a contaminação.
27. Registe e documente os resultados (data, hora, colaboração e reação da pessoa/cliente, integridade da pele, produtos utilizados e outros dados considerados necessários).	27. Confirma e descreve o procedimento, identifica quem o executou e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2011). *Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos*. 2.^a ed. Lisboa.
- Caple, C.; Kornusky, J. (14 de abril de 2017). *Shampooing the Hair of a Bed-Bound Patient*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=49b7ad30-9e30-4292-8a19-065c11ff35e2%40sessionmgr120>
- Caple, C.; Kornusky, J. (24 de fevereiro de 2017). *Hair Care: Shaving a Male Patient*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=9&sid=49b7ad30-9e30-4292-8a19-065c11ff35e2%40sessionmgr120>
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Informação ao utente: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Obtido de SNS: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/saudeoral_idosos.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2013) - *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*, Norma nº 029/2012 de 28/12/2012. Atualizada a 31/10/2013 6/26. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>
- Elkin, M.; Perry, A.; Potter, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. pp 791-796. ISBN 972-8383-96-7.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). *Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário: Algaliação de Curta Duração*. Obtido de: <http://www.insarj.pt>

Kornusky, J; Worten, M. (28 de abril de 2017). *Hair Care:Combing*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=6&sid=49b7ad30-9e30-4292-8a19-065c11ff35e2%40sessionmgr120>

Schub, E; Schub, T. (16 de junho de 2017). *Bathing the Adult*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=f4dc0854-e798-4729-a99a-896df38e1e06%40sessionmgr101>

Edição atualizada e revista de:

Biscaia, M.; Cruchinho, P. (2006). Norma de Procedimento de Enfermagem Assistir a pessoa/ cliente no autocuidado banho/ higiene. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.189-206). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 03. EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

Nara Batalha, António Freitas, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de carácter autónomo e interdependente que consiste na prestação de cuidados à pessoa com ferida crónica⁸, integrada numa avaliação multidisciplinar. Integra a apreciação inicial da pessoa, atendendo aos fatores de risco presentes; a avaliação e caracterização das feridas, a preparação do leito da ferida e a aplicação de apósitos com ação terapêutica nas feridas, de acordo com o tipo ferida, o tipo de tecido presente, a presença ou ausência de corpos estranhos e de exsudado, a necessidade de compressão em caso de risco de hemorragia e a necessidade de proteção face ao risco de infeção.

OBJETIVOS:

Prestar cuidados à pessoa com ferida crónica.

Minimizar a dor e o desconforto da pessoa com ferida crónica.

Promover o processo de cicatrização.

Prevenir a infeção da ferida.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Avalie o risco de úlcera de pressão, seguindo a Orientação da Direção-Geral da Saúde – Escala de Braden versão adulto e pediátrica (Braden Q).

Avalie a presença de dor da pessoa, recorrendo a uma escala de avaliação adequada à pessoa e à sua situação, antes de iniciar o procedimento.

Averigue a necessidade de administrar terapêutica analgésica prescrita antes de iniciar o cuidado à pessoa com ferida.

⁸ “Ferida crónica é a ferida que continua a necessitar de tratamento depois de seis semanas do seu aparecimento”

Decida se o procedimento será realizado apenas por um elemento (sendo necessário inicialmente abrir e adicionar todo material esterilizado ao campo) ou por dois elementos (o segundo elemento procede à abertura de material esterilizado durante a realização do procedimento).

Selecione um kit de pensos (com material incluso: contentor de solutos, compressas, pinças de dissecação e de kocher) ou um campo esterilizado que necessita de posterior adição desse material esterilizado.

Assegure-se que transporta para a unidade da pessoa o material estritamente necessário, minimizando o risco de contaminação.

Assegure-se que as janelas do quarto ou da sala de pensos/tratamentos estão fechadas.

Higienize as mãos e desinfete as superfícies.

Durante o procedimento:

Realize o procedimento num momento e local adequado (o tratamento de feridas não deve ser realizado durante o banho).

Remova o penso externo sempre com luvas limpas, não esquecendo que as mesmas devem ser removidas após a eliminação do penso. O material que se encontra em contacto direto com a ferida deverá ser retirado com as mesmas luvas desde que a sua remoção não contamine o leito da ferida. Caso não seja possível, deverão ser usadas pinças esterilizadas (diferentes daquelas que irão ser utilizadas na execução do penso) ou luvas esterilizadas, após o seu amolecimento com soro fisiológico. Depois de retirar as luvas, higienize sempre as mãos.

Realize o procedimento preferencialmente com pinças, incluindo a aplicação dos produtos de tratamento. Se as pinças não existirem, poderá utilizar luvas esterilizadas (nunca utilize luvas simultaneamente com pinças).

Minimize o risco de fontes de infeção comuns. Os frascos de antisséptico e de soro fisiológico devem ser de uso único. Se necessitar de utilizar frascos para várias utilizações identifique nos esmos a data de abertura.

Limpe a ferida da zona mais limpa para a zona mais suja. Se a pessoa possuir mais do que uma ferida comece o procedimento pela que não apresenta sinais de infeção e utilize material distinto para cada uma.

Limpe a ferida com soro fisiológico à temperatura corporal.

Após o procedimento:

Mantenha os rolos de adesivo antialérgico perfurado dentro das respetivas caixas de forma a evitar o risco de fonte comum de infeção.

Coloque os instrumentos utilizados reutilizáveis numa caixa de inox ou saco de plástico para posterior envio para o serviço de esterilização para adequada descontaminação e esterilização.

Nota:

- Verifique protocolo existente em cada unidade⁹.
- A avaliação do risco de úlceras por pressão implica a integração dos vários fatores de risco, entre os quais: nutrição desadequada, perfusão e oxigenação alteradas, aumento da humidade da pele, aumento da temperatura corporal, idade avançada, mau estado geral de saúde, mobilidade reduzida (NPUAP/EPUAP, 2014).
- Proceda à avaliação da ferida com base nos seguintes critérios: 1) etiologia, 2) localização, 3) dimensão (largura x comprimento x profundidade) 4) presença de exsudado (sem, ligeiro, moderado, abundante, muito abundante), 5) presença de dor, 6) tipo de tecido presente/cor predominante e 7) estado da pele circundante.

No que respeita à **avaliação das úlceras por pressão**, atenda ao sistema de classificação das úlceras por pressão NPUAP/EPUAP (2014):

Categoria I: eritema não branqueável em pele intacta	
Pele intacta com eritema não branqueável de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Em pele escura pigmentada pode não ser visível o branqueamento.	Descrição adicional: a área pode ser dolorosa, firme, suave, mais quente ou mais fria comparativamente com o tecido adjacente. A categoria I pode ser difícil de identificar em indivíduos com tons de pele escuros. Pode ser indicativo de pessoas “em risco”.
Categoria II: perda parcial da espessura da pele ou flictena	
Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho rosa sem crosta. Pode também apresentar-se como flictena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso ou sero-hemático.	Descrição adicional: apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem crosta ou contusões. Esta categoria não deve ser usada para descrever fissuras da pele, queimaduras por fita adesiva, dermatite associada a incontinência, maceração ou escoriação.
Categoria III: perda total da espessura da pele (tecido subcutâneo visível)	
Perda total da espessura tecidular. Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos.	Descrição adicional: a profundidade de uma úlcera de categoria III varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos

⁹ “Cada estabelecimento de saúde deve ter uma política em vigor que inclua recomendações para uma abordagem estruturada da avaliação dos riscos relevantes para esse estabelecimento de saúde, áreas clínicas alvo, um calendário para a avaliação inicial e reavaliações dos riscos, recomendações claras para a documentação de avaliação do risco e da comunicação a toda a equipe de saúde” (EPUAP & NPUAP, 2009, p. 12).










Pode estar presente algum tecido desvitalizado (fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.	não têm tecido subcutâneo (adiposo) e uma úlcera de categoria III pode ser rasa (superficial); em contrapartida, em zonas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão de categoria III extremamente profundas. O osso / tendão não são visíveis ou diretamente palpáveis.
Categoria IV: perda total da espessura dos tecidos (músculos e ossos visíveis)	
Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitárias e fistuladas.	Descrição adicional: a profundidade de uma úlcera de pressão de categoria IV varia com a localização anatómica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não têm tecido subcutâneo (adiposo) e estas úlceras podem ser rasas (superficiais). Uma úlcera por categoria IV pode atingir as estruturas de suporte (exemplo, fascia, tendão ou cápsula articular) tornado a osteomielite e a osteíte prováveis de acontecer. Existe osso / músculo exposto visível ou diretamente palpável.
Não graduáveis/ inclassificáveis: Profundidade Indeterminada	
Perda total da espessura dos tecidos (base da úlcera coberta por tecido desvitalizado e/ou necrótico no leito da ferida).	Até que seja removido esse tecido (desvitalizado e/ou necrótico) expondo a base da ferida, não é possível determinarmos a profundidade e consequentemente a correta categoria/grau

Fontes:

AFONSO, Cristina [et al] (Coord.) (2014). *Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática*.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*.

Para **selecionar o apósito de ação terapêutica adequado**, deverá ter em consideração o tipo de tecido presente na ferida, bem como as condições do leito da ferida, de acordo com o algoritmo seguidamente apresentado:

	NECROSE	FIBRINA	GRANULAÇÃO	EPITELIZAÇÃO	INFECÇÃO	EXSUDADO	CAVITÁRIAS	MACERAÇÃO PERILESIONAL	ESTAGNADAS
Tipo de tecido/condições do leito da ferida									
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Desbridar Hidratar 	<ul style="list-style-type: none"> Desbridar 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a granulação 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a epitelização Proteção 	<ul style="list-style-type: none"> Redução da carga bacteriana Gestão do exsudado e odor 	<ul style="list-style-type: none"> Gestão do exsudado 	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento das cavidades 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento e proteção da pele perilesional 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular a cicatrização
Sugestões de apósitos	<ul style="list-style-type: none"> Hidrogéis Hidrocolóides Colagenase Pollacrilato 	<ul style="list-style-type: none"> Hidrogéis Colagenase Hidrofibras Alginatos 	<ul style="list-style-type: none"> Espumas Hidrofibras Alginatos Hidrocolóides 	<ul style="list-style-type: none"> Silicone Filmes Hidrocolóides finos Tules 	<ul style="list-style-type: none"> Prata Iodo Polihexanida Mel 	<ul style="list-style-type: none"> Hidrofibras Espumas Alginatos 	<ul style="list-style-type: none"> Hidrofibras Espumas Alginatos 	<ul style="list-style-type: none"> Copolímero de acrílico Hidrofibras Espumas 	<ul style="list-style-type: none"> Colagénio Ácido hialurónico
Aspectos a considerar	<ul style="list-style-type: none"> Desbridamento cortante Especial atenção no caso de: <ul style="list-style-type: none"> Oclusão arterial Calosões Feridas malignas Alterações da coagulação 	<ul style="list-style-type: none"> Desbridamento cortante Proteção perilesional 	<ul style="list-style-type: none"> Proteção perilesional Promover tratamentos atraumáticos Proteger os tecidos neoformados 	<ul style="list-style-type: none"> Proteger os tecidos neoformados Diminuir a frequência dos tratamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Intensificar a limpeza Desbridamento cortante Antibioterapia sistémica Proteção perilesional 	<ul style="list-style-type: none"> Proteção perilesional Identificar e corrigir a causa do excesso de exsudado 	<ul style="list-style-type: none"> Proteção perilesional Não preencher a loca na totalidade Utilizar as apresentações em tiras ou "cavity" 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar e corrigir a causa do excesso de exsudado 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar em feridas sem necrose e sem infeção Avaliar atividade das próteses Reavaliar o utente, a ferida e o tratamento

Algoritmo de tratamento local da ferida, in AFONSO, Cristina [et al] (Coord.) - *Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática*. 2014.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Compressas limpas

Álcool a 70 °

Luvas limpas

Kit de pensos ou campo esterilizado

Taça de inox esterilizada

Pinça de dissecação e pinça de Kocher ou luvas esterilizadas

Compressas esterilizadas

Frasco de soro fisiológico, com cânula ou ampolas de soro fisiológico e seringa de 20cc

Lâmina de bisturi (ou tesoura esterilizada)

Resguardo de proteção

Taça riniforme não esterilizada

Contentor de resíduos, fechado e com pedal

Contentor de corto-perfurantes, se necessário

Consoante o tipo de ferida, pode precisar de:

Apósitos de ação terapêutica


Adesivo antialérgico perfurado

Ligadura, se necessário

Tesoura previamente desinfetada

EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA



Seqüência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a prescrição médica ou o protocolo de tratamento.	1.Preve erros permite a continuidade no tratamento.

EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação e a infeção.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Previne a contaminação.
4. Identifique a pessoa.	4. Previne erros.
5. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	5. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
6. Coloque um biombo e/ou puxe as cortinas da unidade da pessoa.	6. Assegura a privacidade da pessoa.
7. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se de forma adequada e a expor unicamente o local da ferida.	7. Facilita a realização do procedimento e mantém a privacidade da pessoa.
8. Coloque resguardo de proteção sob a região da pessoa que vai ser submetida a tratamento e realize a higiene das mãos.	8. Protege a base da cama e previne contaminação.
9. Proceda à desinfeção da superfície da mesa auxiliar, em ziguezague, utilizando compressas limpas embebidas em álcool a 70°.  Fig. 1: Desinfeção da bancada	9. Previne a contaminação.
10. Proceda à fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica.	10. Previne a contaminação.
11. Abra o campo esterilizado tendo em conta os princípios de abertura e manipulação de campos esterilizados. <u>Se o campo já trazer material para utilizar no procedimento</u> – pinça de dissecação, pinça	11. Previne a contaminação e assegura a correta realização do procedimento.


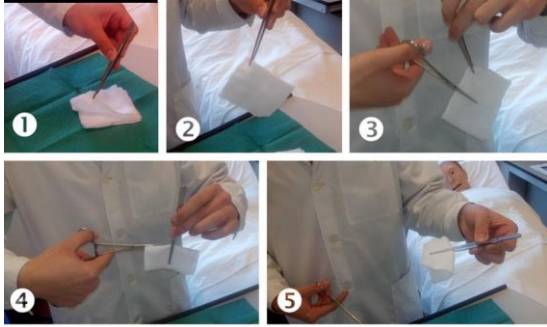
EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>de Kocher, compressas esterilizadas e recipiente para solutos – retire primeiro a pinça de Kocher e posteriormente com esta, retira a pinça de disseção – ou uma pinça de cada vez, caso o kit traga duas pinças de disseção.</p>  <p align="center">Fig. 2: Abertura do kit de penso</p>	
<p>12.<u>Quando precisar de pousar as pinças:</u> coloque uma compressa em cada um dos lados do campo para sinalizar os locais onde irá pousar as pinças – coloque-as com a parte esterilizada dentro e a parte não esterilizada fora.</p>  <p align="center">Fig. 3: Colocação de pinças no campo</p>	<p>12.Previne a contaminação e evita a passagem dos resíduos por cima do campo esterilizado.</p>
<p>13.Coloque a taça riniforme sobre a mesa auxiliar ou carro de pensos do lado do campo esterilizado mais próximo da pessoa.</p>	<p>14.Evita a passagem dos resíduos por cima do campo esterilizado.</p>

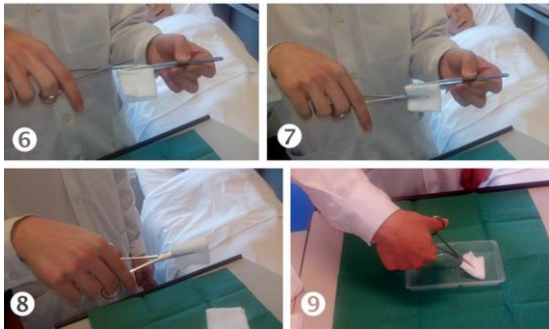
EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>14. Adicione (se necessário) ao campo esterilizado todo o material esterilizado de que necessita – compressas esterilizadas, taça esterilizada, pinças, soro fisiológico para o interior da taça esterilizada, seringa de 10cc e 20cc, se necessário, tendo em conta os princípios de abertura e manipulação de campos esterilizados.</p>  <p style="text-align: center;">Fig. 4: Adição de soro fisiológico</p>	<p>14. Permite a manipulação do material que se encontra no campo com o mínimo risco de contaminação.</p>
<p>15. Com as duas pinças, disponha o material no campo de acordo com a necessidade e a sequência de utilização.</p>	<p>15. Facilita o procedimento.</p>
<p>16. Calce luvas limpas.</p>	<p>16. Previne a contaminação na remoção do penso.</p>
<p>17. Descole os adesivos da pele com uma das mãos e faça contrapressão com o polegar da outra mão.</p>	<p>17. Evita o risco de lesão da pele.</p>
<p>18. Retire o penso externo e elimine-o adequadamente no contentor de resíduos. Observe as características do exsudado contido no penso removido.</p>	<p>18. Permite a eliminação correta dos resíduos.</p>
<p>19. Remova, com as luvas, o produto que se encontra em contacto direto com a ferida, não tocando no leito da ferida.</p>  <p style="text-align: center;">Fig. 5: Remoção do produto adjacente à ferida</p>	<p>19. Permite a eliminação correta dos resíduos.</p>

EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA



Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>20.Se o produto se encontrar muito aderente ao leito da ferida, proceda ao seu amolecimento com soro fisiológico aquecido e remova-o posteriormente com uma pinça esterilizada ou luvas estéreis.</p>  <p>Fig. 6: Remoção do produto adjacente à ferida com Soro Fisiológico</p>	<p>20.Evita o arrancamento de novos tecidos e a ocorrência de hemorragia.</p>
<p>21.Remova luvas contaminadas de forma adequada.</p>	<p>21.Permite a eliminação correta dos resíduos.</p>
<p>22.Proceda à fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica.</p>	<p>22.Previne a contaminação.</p>
<p>23.Pegue nas pinças e dobre as compressas esterilizadas em quatro para que as suas extremidades fiquem fixas com as pinças.</p> 	<p>23.Previne a contaminação.</p>

EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig. 7: Dobragem das compressas esterilizadas</p>	
<p>24. Proceda à irrigação¹⁰ do leito da ferida, com soro fisiológico¹¹, utilizando seringa de 20 ml, com soro fisiológico ou frasco de soro com cânula, de uso individual.</p>	<p>24. Permite a eliminação de microrganismos e de eventuais secreções da ferida e mantém o leito da ferida húmido.</p>
<p>25. Mergulhe as compressas dobradas no soro fisiológico que se encontra no recipiente de solutos ou na taça esterilizada e proceda à limpeza da pele peri-lesional (mantenha as pinças com as compressas para baixo).</p>	<p>25. Permite a limpeza adequada dos bordos da ferida evitando que o exsudado provoque a maceração da epiderme saudável e consequente extensão da ulceração.</p>
<p>26. Proceda de igual forma para dobrar as compressas esterilizadas em quatro e seque, sem friccionar, os bordos da ferida (não seque o leito da ferida). Proceda do mesmo modo, se estiver a utilizar luvas esterilizadas.</p>	<p>26. Permite a limpeza adequada dos bordos da ferida evitando que o exsudado provoque a maceração da epiderme saudável e consequente extensão da ulceração.</p>



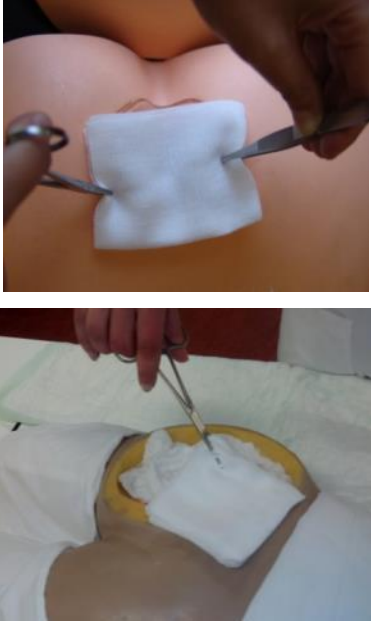
¹⁰ “O método de limpeza mais eficaz é a irrigação com pressão. Esta pressão deve ser suficiente para remover os detritos presentes no leito da ferida, mas não excessiva a ponto de lesar os tecidos. (...) A limpeza com compressa não está aconselhada pois ao “esfregar” o leito da ferida pode provocar-se traumatismo nos tecidos neo-formados e causar dor e desconforto ao doente” (Afonso et al, 2014).

¹¹ “O soro fisiológico (cloreto de sódio 0,9%) é a solução de limpeza mais segura e que pode ser usada em todos os tipos de feridas, pois não interfere no processo de cicatrização, não altera o ph, nem causa reações alérgicas. Na lavagem de feridas crónicas pode ser utilizada a água potável. (...) A utilização rotineira de antissépticos não está recomendada” (Afonso et al, 2014). O uso de água para irrigação está desaconselhada, tendo em conta a exposição a agentes potencialmente contaminantes (Orr & Caple, 2014).


EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig.8: Limpeza da pele à volta da ferida</p>	
<p>27.Avalie as características da ferida, com base nos seguintes critérios: 1) etiologia, 2) localização, 3) dimensão (largura - comprimento x profundidade) 4) presença de exsudado (sem, ligeiro, moderado, abundante, muito abundante), 5) presença de dor, 6) tipo de tecido presente/cor predominante e 7) estado da pele circundante.</p>	<p>27.Dá continuidade ao procedimento.</p>
<p>28.Aplique o produto selecionado/prescrito – tendo em conta os seus cuidados específicos¹², (exemplo: aplicação de hidrogel para promover o desbridamento autolítico.)</p>  <p>Fig. 9: Colocação de hidrogel</p>	<p>28.Possibilita a redução do risco de infeção e de traumatismo, promove a mitose celular e permite a absorção de exsudado da ferida.</p>
<p>29.Aplique compressas esterilizadas de forma a preencher e proteger toda a ferida – decida sobre a quantidade de compressas de acordo com a</p>	<p>29.Permite a fixação do penso, evita que os adesivos fiquem enrugados e que sejam aplicados sob pressão sobre a epiderme.</p>

¹² Deverá selecionar o apósito de ação terapêutica, de acordo com o algoritmo de tratamento local da ferida.

EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>quantidade de exsudado e dimensões do leito da ferida.</p>  <p>Fig. 10: Preenchimento do leito da ferida com compressas ou alginato de cálcio</p>  <p>Fig. 11: Preenchimento do leito da ferida com compressas humedecidas em soro fisiológico ou outro agente indicado</p>  <p>Fig. 12: Aplicação de compressas sobre a ferida</p>	

EXECUTAR CUIDADOS À PESSOA COM FERIDA CRÓNICA

Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>30.Fixe as compressas esterilizadas, aplicando tiras de adesivo antialérgico perfurado – retire metade da película destacável do adesivo, aplique-o sobre a pele e penso e só posteriormente com metade aplicada, retire a restante película e aplique o resto do adesivo.</p>  <p>Fig. 13: Fixação das compressas com adesivo</p>	<p>30.Proporciona conforto.</p>
<p>31.Posicione ou solicite à pessoa para se posicionar, se necessário.</p>	<p>31.Promove a autonomia e proporciona conforto.</p>
<p>32.Proceda à eliminação dos resíduos de risco biológico no contentor de resíduos de saco branco.</p>	<p>32.Permite a eliminação correta dos resíduos.</p>
<p>33.Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.</p>	<p>33.Mantém o material arrumado.</p>
<p>34.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>34.Previne a contaminação.</p>
<p>35.Registe e documente os resultados: características da ferida, produtos aplicados, reação da pessoa/cliente, data prevista de repetir cuidados à ferida.</p>	<p>35. Confirma o procedimento e identifica quem executou. Permite a continuidade dos cuidados.</p>

REFERÊNCIAS:

- Afonso, Cristina [et al] (Coord.) (2014). *Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática*. ISBN 978-989-20-5133-8.
- Caple, C; Key, M. (18 de novembro de 2016). *Wound cleaning and irrigation: Performing*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=bc10bb84-5ef0-4b3e-862f-d23ddcb601f4%40sessionmgr101>.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Orientação para a prevenção da infeção da ferida crónica*. Orientação 019/2013, de 23/12/2013. Obtido de: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0192013-de-23122013.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2011). Orientação da Direção-Geral da Saúde. Escala de Braden: Versão adulto e pediátrica 017/2011 de 19 de maio de 2011. (Braden Q). Obtido de: <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?js=0&codigoms=5521&codigono=02070238AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Elkin, Martha K.; Pery, Anne G.; Potter, Patricia A (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. 1031p. ISBN 972-8383-96-7.
- Morison, Moya J. (2004) – *Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-68-1.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; Traduzido por Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. ISBN 978-989-98909-8-5. Obtido de: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>
- Pauchet, Travesat, Anne-Françoise et al (2003). *Cuidados de enfermagem: Fichas técnicas*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 855 p. ISBN 972-8383-51-7.
- Pina, Elaine et al. (2002) – *Recomendações para o tratamento ambulatorio das úlceras de pressão*. 1ª ed. Lisboa: B.Braun, Maio.

Edição atualizada e revista de:

- Freitas, A.; Ferrito, C.; Martins, L.; Cruchinho, P. & Deodato, S. (2006) – Norma de Procedimento de Enfermagem Aplicar Agentes terapêuticos em feridas. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.151-160). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROMOVER RESPIRAÇÃO EFETIVA

Norma 04. Executar oxigenoterapia

Executar oxigenoterapia por sonda nasal

Executar oxigenoterapia por óculos nasais

Executar oxigenoterapia por máscara

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 04. EXECUTAR OXIGENOTERAPIA

Celso Ribeiro, Hugo Franco, Guida Amaral, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem com carácter interdependente que consiste na administração de oxigénio (O₂) numa concentração superior à encontrada na atmosfera (superior a 21%) para corrigir ou diminuir a hipoxemia.

OBJETIVOS:

Prevenir e corrigir as alterações metabólicas provocadas pela hipoxémia dos tecidos;
Promover uma boa oxigenação.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Certifique-se que sabe dar resposta à seguinte questão: Qual a relevância da oxigenoterapia?

- a) O oxigénio é essencial para o metabolismo celular, e a oxigenação adequada dos tecidos é necessária para manter o normal funcionamento fisiológico de todos os órgãos do corpo.
- b) Na presença de **hipoxemia** (ou seja, uma diminuição do nível de oxigénio no sangue) ou hipoxia tecidual, a Oxigenoterapia é vital em restaurar os níveis de oxigénio no sangue, com o objetivo de aumentar o oxigénio entregue ao nível celular, prevenir ou aliviar os sintomas e sinais de hipoxémia e reduzir o esforço respiratório.
- c) Durante a Oxigenoterapia, o oxigénio suplementar é fornecido a uma taxa maior do que a presente no ar ambiente (aproximadamente 21%) a fim de tratar ou prevenir os sintomas e as complicações associados a **hipoxia** (deficiência de oxigénio em tecidos e células em que as necessidades metabólicas não são cumpridas).
- d) A concentração de oxigénio suplementar a ser entregue (referente à Fração inspirada de Oxigénio [FiO₂]) pode variar de 24% a 100%, dependendo do dispositivo selecionado de administração (tais como, sonda nasal de oxigénio, máscara facial, máscara de Venturi, ou máscara de alto débito) e do fluxo de oxigénio (por exemplo, 1-15 litros/minuto [L/min]).

e) A Oxigenoterapia é providenciada como um gás a partir de uma botija concentradora ou de um tanque reservatório, podendo o oxigénio ser administrado à pessoa, com ou sem humidificação, para evitar a secagem das membranas mucosas.

Certifique-se que detém toda a informação sobre:

a) A **fisiologia da respiração normal**, que quando prejudicada pode levar à insuficiência ou falência respiratória. A respiração normal envolve a Ventilação, que é a obtenção de moléculas de oxigénio, inspirados da atmosfera durante a inspiração. Na ventilação ocorre a difusão passiva do oxigénio a partir dos alvéolos para os capilares pulmonares, onde se fixa, principalmente, às células de hemoglobina. De seguida, ocorre o transporte de oxigénio dos capilares pulmonares para os tecidos do corpo, onde se processa o consumo do mesmo, ou seja, a remoção de oxigénio do sangue pelos tecidos [respiração celular]. Os derivados de respiração celular são o dióxido de carbono (CO₂), Água (H₂O) e de energia (adenosina trifosfato [ATP]). Estes subprodutos são devolvidos ao sangue venoso para retornar aos pulmões, onde o CO₂ se difunde passivamente entre os alvéolos, e é removido durante a expiração.

b) A **prescrição médica**: o oxigénio é classificado como um medicamento e a sua má utilização pode ser prejudicial, pelo que a sua utilização deverá ter por base a prescrição médica e/ou a fundamentação adequada da decisão de utilizar a oxigenoterapia, de acordo com a concentração de oxigénio necessária e história clínica. Excepcionalmente, o início da Oxigenoterapia pode ocorrer, durante certas situações emergentes a fim de evitar a deterioração do estado clínico da pessoa, sem a devida prescrição médica, sendo necessária a sua obtenção posterior. Deve então, rever-se a prescrição médica, verificando o tipo de dispositivo a ser utilizado, a duração da sua utilização (se contínua ou intermitente) e a taxa de fluxo prescrita ou resultado pretendido (por exemplo, O₂ por óculos nasais para saturação periférica de O₂ - SpO₂ > 94%).

c) Os **Sinais e sintomas de hipoxia**: os sinais e sintomas de hipoxia imediatos incluem inquietação, falta de concentração, tonturas, alteração do estado de consciência, taquipneia (aumento da frequência respiratória) e profundidade, taquicardia (aumento da frequência cardíaca), crise hipertensiva (aumento da pressão arterial). Os sinais e sintomas de hipoxia tardios incluem a bradipneia (diminuição da frequência respiratória), devido à fadiga dos músculos respiratórios, o desenvolvimento de **cianose** (coloração azulada da pele, boca e outras membranas mucosas), hipotensão, e redução do nível de consciência. Entre as condições fisiológicas que podem resultar em hipoxia incluem-se, a título de exemplo:

- Hipoxemia, que pode ser causada por doença ou lesões que envolvem o aumento do consumo de oxigénio (por exemplo, queimaduras, trauma, cirurgia, dor, febre/infeção, doença grave);
- Ventilação diminuída (devido a presença de asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), depressão respiratória, pneumonia aguda);

- Pneumonia e outras doenças agudas, que impedem a difusão adequada de oxigénio a partir dos alvéolos;
- Condições circulatórias, como hemorragia ou insuficiência cardíaca (IC), que pode resultar em deficit de fluxo sanguíneo e/ou perfusão dos tecidos;
- Comprometimento das vias aéreas (por exemplo, via aérea queimada, choque anafilático);
- Depressão respiratória (por exemplo, overdose de drogas, a administração de sedação, a indução da anestesia).

d) Os **Métodos de monitorização da oxigenação**: Antes de fornecer Oxigenoterapia, e ao longo do tratamento, é essencial avaliar o conteúdo de oxigénio do sangue arterial do doente. A **saturação arterial de oxigénio** (SaO_2) representa a percentagem de hemoglobina que está totalmente saturada com oxigénio, sendo que até quatro moléculas de oxigénio podem-se ligar a cada molécula de hemoglobina. O intervalo normal da SaO_2 é entre 95-100% em indivíduos saudáveis. A American Heart Association (AHA) atualmente recomenda oxigénio suplementar quando a SaO_2 cai para 94% de saturação para restaurar do intervalo normal.

e) A **oximetria de pulso** é um método não invasivo, indolor e de baixo custo para estimar a saturação de oxigénio arterial. Um oxímetro pode proporcionar uma medida indireta da saturação de oxigénio por comparação da proporção da luz emitida para a luz absorvida pelas moléculas de hemoglobina oxigenada; esta medida é apresentada como **SpO₂**. O oxímetro consiste num sensor eletrónico colocado na pessoa, que se conecta através de um cabo a um monitor (com uma tela de exibição no qual o valor de SpO₂, frequência cardíaca e respiratória são mostrados).

f) O **oxímetro** deve ser ligado a uma parte do corpo adequada (por exemplo, dedo da mão, dedo do pé, orelha, testa), contendo uma luz infravermelha transmitida nos capilares da pessoa, determinando a proporção da luz emitida versus a luz absorvida no cálculo da percentagem de hemoglobina que se encontra saturada com oxigénio. Considere a idade da pessoa, nível de cooperação, e mobilidade ao selecionar o local do sensor. A ponta dos dedos das mãos, que é comumente utilizada em adultos, pode ser um local inadequado para bebés, crianças pequenas e pessoas de qualquer idade que não cooperam ou sejam incapazes de seguir as instruções para manter o sensor no lugar. Verifique se o sensor está limpo, seco e em boas condições antes da utilização, assim como se o local escolhido da sua colocação está íntegro, e relativamente quente. Os sensores estão disponíveis em vários tamanhos, quer como dispositivos de encaixe reutilizáveis, ou adesivos descartáveis, devendo estes últimos ser substituídos, no mínimo, a cada 24 horas ou de acordo com o protocolo de serviço. Para evitar o desenvolvimento de complicações na pele, devido à colocação do sensor, a localização deste deve ser inspecionada regularmente, e mudada frequentemente (como por exemplo, dispositivos de encaixe reutilizáveis devem ser alterados de posição a cada 4 horas). Embora as unhas de gel acrílico não afetem a precisão das leituras de oximetria de pulso

usando os oxímetros de última geração em indivíduos saudáveis, é recomendável a leitura sobre unhas que não contenham este produto. Uma saturação de oxigénio abaixo do intervalo normal é uma indicação de que os tecidos não estão a receber oxigénio suficiente. Um valor inferior a 94% de oximetria de pulso consistente com outros sinais clínicos de insuficiência respiratória, requer ação imediata.

g) As **indicações para a monitorização da saturação de oxigénio** utilizando oximetria de pulso podem incluir:

- Pessoas com condições que causem insuficiente saturação de oxigénio (asma, pneumonia, pneumotórax, atelectasia, entre outras);
- Aquando a administração de sedação anestésica;
- Durante os estudos do sono;
- Durante a avaliação de sinais vitais de rotina, de acordo com o protocolo específico das respetivas unidades.

h) Os **Riscos e limitações da administração de oxigénio suplementar**: A administração de oxigénio em ausência de hipoxia, ou em excesso de necessidades de oxigénio da pessoa pode resultar em **hiperóxia** (excesso de oxigénio) e na respetiva **toxicidade do oxigénio**. Assim como a hipoxia desencadeia vasodilatação arterial, a fim de melhorar a oxigenação dos tecidos, o inverso também é verdadeiro: a hiperóxia desencadeia vasoconstrição arterial, reduz o débito cardíaco, aumenta a pressão arterial e aumenta a resistência vascular sistémica. A toxicidade do oxigénio é causada pela exposição prolongada a altas concentrações de oxigénio (FiO_2 alto), o que resulta no acumular de derivados de oxigénio perigosos (por exemplo, os radicais livres, incluindo peróxido de hidrogénio, ânion superóxido, e hidroxilo). Os sinais e sintomas de toxicidade do oxigénio incluem tosse, dor subesternal, depressão respiratória, alteração do estado de consciência, convulsões, entre outros. Pessoas que receberam concentrações elevadas de oxigénio durante um período de tempo prolongado (isto é, concentrações superiores a 60% ao longo um período superior a 24 horas) estão em alto risco de toxicidade do oxigénio.

i) A **Humidificação do oxigénio**: a humidificação do oxigénio é importante para evitar a desidratação da mucosa e proteger o funcionamento alveolar. Enquanto que, geralmente, não é necessária a humidificação quando se administra oxigénio de baixo fluxo (inferior a 4 l/min), este processo torna-se essencial para os restantes fluxos, porque os alvéolos e bronquíolos requerem humidade para as respetivas trocas gasosas. A humidade também protege as membranas mucosas do nariz e da boca porque a administração de gás seco desidrata as mesmas, podendo resultar em dor e desconforto para a pessoa. O copo humidificador contém água destilada. Caso tenha de o preencher deve fazê-lo com água destilada e não com soro fisiológico, pois este pode ser alvo de contaminação bacteriana, pela constituição salina que apresenta.

j) Os **Modos de administração de oxigénio**: a Oxigenoterapia requer que a fonte de oxigénio (unidade de parede, proveniente de tanque de oxigénio ou garrafa portátil) seja ligada a um fluxo contador que controla o caudal de oxigénio em litros por minuto (l/min) – **Debitómetro**. Os sistemas de baixo débito apresentam um FiO_2 variável, dependente do volume corrente e do padrão respiratório, enquanto nos sistemas de alto débito, o FiO_2 é pré-determinado independente do padrão respiratório. Os **sistemas de administração de baixo-fluxo de oxigénio** (sonda nasal de oxigénio, óculos nasais e máscara facial simples) são aqueles que requerem a adição de ar ambiente em conjunto com oxigénio inspirado, para atender às necessidades de ventilação da pessoa. Os dispositivos de baixo fluxo não fornecem uma FiO_2 fixa, mas variam de acordo com padrão da respiração da pessoa (por exemplo, com a frequência respiratória e profundidade) e o ar ambiente (21% de oxigénio) que é transportado com a inspiração. Os **sistemas de administração de alto-fluxo de oxigénio** (Máscara de Venturi, Máscara de Oxigénio de Elevada Concentração e a Máscara de Oxigénio de Média Concentração) são capazes de atender toda a capacidade inspiratória da pessoa através do dispositivo.

k) A **Avaliação da pele**: o posicionamento dos vários dispositivos de fornecimento de oxigénio contra a pele pode causar irritação da pele e úlceras por pressão (retirava necrose). É importante avaliar, constantemente, a condição da pele por baixo da sonda nasal de oxigénio, óculos nasais, máscaras, e outros dispositivos para despistar sinais de descontinuidade da pele. Deve-se reposicionar o dispositivo, quando necessário, para um ajuste perfeito e conforto das pessoas, e por vezes, aplicar compressas entre áreas onde tubulação de oxigénio entra em contato com a pele, conforme necessário. Para evitar a secagem das mucosas, deve realizar-se a humidificação adequada, utilizando lubrificantes à base de água, se necessário.

l) A **Segurança**: fontes concentradas de oxigénio representam um risco de incêndio significativo, e, conseqüente, risco de explosão. As pessoas e respetivos familiares devem receber instruções claras sobre questões de segurança. Fumar, chama acesa ou faíscas não deverão ser permitidos numa área onde oxigénio suplementar está a ser administrado. A utilização de garrafas de oxigénio requer que sejam cumpridas as seguintes condições de segurança: não fazer lume perto da garrafa; suspender aquecimentos e aparelhos elétricos durante o funcionamento do gás; não usar lubrificantes ou gorduras no seu manuseamento; não utilizar líquidos voláteis; evitar ambientes sobreaquecidos; manter as garrafas fechadas quando não estejam em uso, mesmo que vazias.

Durante o procedimento:

Avalie os sinais vitais, os ruídos respiratórios (roncos, sibilos), saturação de oxigénio e nível de consciência da pessoa/cliente durante a administração de oxigénio.

Mantenha as vias aéreas superiores permeáveis.

Mantenha, se adequado, o oxigénio durante todas as atividades (durante a alimentação, a pessoa a realizar Oxigenoterapia por máscara, deverá passar a óculos nasais, ajustando o débito).

Após o procedimento:

Confirme periodicamente, o fluxo de ar no debitómetro - l/min, com a prescrição médica.

Confirme, periodicamente, se o copo humidificador tem água destilada dentro dos níveis adequados.

Substitua sempre que necessário a sonda nasal de oxigénio, assim como o adesivo de fixação, alternando o local de fixação a fim de evitar o aparecimento de úlceras por pressão na asa do nariz.

Nota:

Não suspenda a administração de oxigénio de forma súbita.


Todos os dispositivos de administração de oxigénio são de uso único para cada pessoa.




Em relação aos copos humidificadores recomenda-se a utilização de copos de uso único não necessitando estes, de serem substituídos antes de se encontrarem vazios.



Para o transporte de pessoas com oxigenoterapia é necessário utilizar uma garrafa de oxigénio portátil e em determinadas situações é particularmente importante saber se o ar contido no seu interior é suficiente para acompanhar a pessoa/cliente até ao seu destino. O cálculo do tempo de aporte de oxigénio permitido por uma bala de oxigénio portátil faz-se com algumas informações inscritas no corpo da garrafa, do seguinte modo:

$$\text{Tempo} = (\text{Capacidade da garrafa} \times \text{Pressão máxima}) / \text{Débito prescrito}$$

Quadro - Resumo dos Métodos de Administração de O₂ de baixo débito/alto débito

Método de Administração	Débito de oxigénio	FiO₂ (%)	Observações
 Figura 1 - Sonda Nasal (https://www.vygon.com/catalog/nasal-oxygen-catheter-pvc_579_00059508)	1 a 6 l/min	24 a 38	Permite a pessoa ter mais autonomia para comer e falar; Dispositivos confortáveis para as pessoas; Desloca-se facilmente em pessoas agitadas e confusas; Indicados fortemente para fornecer oxigénio de baixo fluxo (<4 l/min), sem a necessidade de humidificação na maioria dos casos; Débitos superiores a 4l/min devem ser evitados devido à irritação e secura da mucosa nasal;

			Fórmula para cálculo da FiO ₂ inspirado por sonda nasal: 4 vezes o fluxo de O ₂ em l/min + 21 % (FiO ₂ do ar ambiente). Por exemplo: 1 l/min = FiO ₂ 25 %; 3 l/min = FiO ₂ 33 %;
<p>Óculos Nasais</p>  <p>Figura 2 - Óculos Nasais (http://www.compassmedical.com.my/respiratory-consumables/oxygen-nasal-cannula/)</p>	1 a 6 l/min	24 a 38	<p>Indicados fortemente para fornecer oxigénio de baixo fluxo (<4 l/min), sem a necessidade de humedificação na maioria dos casos;</p> <p>Confortável para a pessoa;</p> <p>Permite a pessoa comer e falar;</p> <p>Facilidade de fixação;</p> <p>Como desvantagens, considera-se o FiO₂ variável com o padrão respiratório pouco fiável;</p>
<p>Máscara simples (possui lateralmente múltiplos orifícios de expiração)</p>  <p>Figura 3 - Máscara Simples (http://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/imagenes/mascara-oxi.jpg)</p>	5 a 12 l/min	35 a 55	<p>As máscaras de oxigénio são projetadas, essencialmente, para cobrir apenas o nariz e a boca. Indicado para pessoas com obstrução nasal;</p> <p>Estas destinam-se a serem utilizadas para fornecer oxigénio suplementar por um período curto (isto é, <12 horas);</p> <p>A FiO₂ varia entre 35 a 55%, dependendo da taxa de fluxo (5-12 l/min), o ajuste da máscara, e a respiração padrão da pessoa.;</p> <p>Este dispositivo nunca deve ser usado em taxas de fluxo <5L/min, para impedir a respiração de dióxido de carbono (CO₂);</p> <p>Apresenta maior concentração de O₂ que a sonda ou óculos nasais, embora o fluxo acima de 10 l/min, não aumenta a sua concentração;</p> <p>Desconfortável para a pessoa, exige remoção para comer, expetorar, tossir e interfere com a comunicação;</p>
<p>Máscara de oxigénio de média concentração (possuem lateralmente múltiplos orifícios e um saco reservatório com válvula unidirecional)</p>  <p>Figura 4 - Máscara de oxigénio de média</p>	8 a 12 L/min	40 a 60	<p>Este dispositivo é uma modificação da máscara de elevada concentração, de modo que algum do ar exalado é permitido reentrar nos pulmões;</p> <p>Indicado para pessoas que necessitam de tratamentos curtos – 24 h - de elevadas concentrações de oxigénio;</p> <p>Vigiar o enchimento do reservatório: não deve colapsar completamente a cada inspiração;</p> <p>Desconfortável para a pessoa, exige remoção para comer, expetorar, tossir e interfere com a comunicação;</p>

<p>concentração (http://www.manutencaohospitalarmanaus.com.br/oxigenoterapia.php)</p>			
<p>Máscara de oxigénio de elevada concentração (possuem três válvulas unidireccionais e um saco reservatório)</p>  <p>Figura 5 - Máscara de oxigénio de elevada concentração (http://www.flemingmedical.ie/WELLEAD-NON-REBREATHER-MASK-PEDIATRIC)</p>	<p>10 a 15 l/min</p>	<p>60 a 80</p>	<p>Indicado para pessoas que necessitam de tratamentos curtos – 24 h - de elevadas concentrações de oxigénio;</p> <p>Utilização é limitada a hipoxia grave e/ou perda de sangue, tais como no traumatismo ou insuficiência respiratória aguda;</p> <p>A abertura das portas de exalação, permite expirar o CO₂ exalado;</p> <p>As respetivas portas estão cobertas com uma válvula unidirecional que permite a libertação de gás, devido à força positiva da expiração que empurra a válvula para libertar o CO₂ - mas impede que o ar ambiente (21% de oxigénio) flua de volta para o interior da máscara devido à pressão negativa da inspiração que fecha a válvula;</p> <p>Vigiar o enchimento do reservatório; não deve colapsar completamente a cada inspiração;</p> <p>Desconfortável para a pessoa, exige a remoção para comer, expetorar, tossir e interfere com a comunicação;</p> <p>As válvulas podem ser retiradas para se obterem concentrações de oxigénio diferentes;</p>
<p>Máscara de Venturi (possui um orifício largo lateralmente)</p>  <p>Figura 6 - Máscara de Venturi (http://ballke.com.br/media/images/ProductImage/productimage-picture-mascara-de-venturi-p-940.JPG)</p>	<p>4 a 12 l/min</p>	<p>24 a 60%</p>	<p>A adição de um dispositivo de entrada de ar (ou seja, um adaptador que fornece um alto fluxo de oxigénio para o paciente, incorporando um fluxo exato do ar ambiente), a uma máscara facial, converte a mesma em sistema de alto fluxo;</p> <p>Desconfortável para a pessoa, exige remoção para comer, expetorar, tossir e interfere com a comunicação;</p> <p>Indicado para pessoas com retenção crónica de dióxido de carbono;</p> <p>FiO₂ controlada com precisão sem o risco de re-inalação de CO₂ expirado;</p> <p>Possibilita um controle exato da Fração inspirada de O₂ fornecida, através de válvulas de diferentes cores:</p> <p>FiO₂ = 24% => 2l/min - AZUL</p> <p>FiO₂ = 28% => 4L/min – BRANCO</p> <p>FiO₂ = 31% => 6L/min – LARANJA</p> <p>FiO₂ = 35% => 8L/min – AMARELO</p> <p>FiO₂ = 40 % => 10L/min – VERMELHO</p> <p>FiO₂ = 60 % => 15L/min – VERDE</p>

MATERIAL NECESSÁRIO:

Fonte de oxigénio – rampa com debitómetro ou garrafa com manómetro, redutor e debitómetro: <ul style="list-style-type: none">- Debitómetro – controla a saída de oxigénio em litros por minuto- Manómetro – indica a pressão no interior da garrafa- Redutor – liberta oxigénio a uma pressão de utilização (3 bar) mantendo-a constante Dispositivos de administração de oxigénio (baixo débito ou alto débito) Copo humidificador com água destilada	Tubo de conexão Tesoura Tira de Adesivo hipoalergénico, no caso da administração por sonda nasal Compressas limpas, se aplicável Material para higiene oral e nasal - se aplicável Oxímetro de pulso (com sensor de tamanho apropriado para a pessoas) para a medição indireta de saturação de oxigénio no sangue Lubrificante à base de água (para proteger a pele), se for o caso
--	---

EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR SONDA NASAL


Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a prescrição médica.	1.Preve erros.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Preve a contaminação e facilita o procedimento.
4.Realize a higiene das mãos.	4.Preve a contaminação.
5. Identifique a pessoa.	5.Preve erros.
6.Explique o procedimento à pessoa: 1) explique a finalidade da administração de oxigénio;2) descreva o procedimento; c) informe sobre as atividades em que poderá interromper a administração de oxigénio – comer, expetorar, tossir; d) providencie a privacidade e a segurança.	6.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
7.Avalie e monitorize sinais vitais (em especial, a frequência respiratória), e aplique o sensor do oxímetro no local mais apropriado, procedendo à leitura dos respetivos valores no monitor eletrónico.	7.Permite a avaliação do estado clínico da pessoa antes da execução da técnica.

EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR SONDA NASAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
8. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em posição de <i>semi-fowler</i> (ou seja, cabeceira da cama elevada a 30°), se a situação o permitir.	8. Facilita a expansão torácica.
9. Adapte o humidificador ou nebulizador preenchido/ copo humidificador com água destilada esterilizada (quando fluxo > 4l/min.) à rampa ou bala de oxigénio.	9. Permite a administração de oxigénio.
10. Adapte os tubos de conexão ao copo humidificador;	10. Permite a administração de oxigénio.
11. Se a pessoa iniciou previamente oxigenoterapia, proceda da seguinte forma: a) calce luvas limpas; b) remova a sonda nasal de oxigénio; c) assista a pessoa a realizar a higiene da boca e nariz; d) retire as luvas.	11. Assegura a permeabilidade das vias aéreas superiores.
12. Marque, com a sonda nasal dentro do respetivo invólucro, a distância entre a asa do nariz até ao lóbulo da orelha com os seus dedos.	12. Determina o comprimento da sonda a introduzir nas fossas nasais.
13. Retire a porção transparente do invólucro até à marca dos dedos, mantendo a sonda sobre a base do mesmo e coloque lubrificante hidrossolúvel na extremidade da sonda - aproximadamente 5 cm.	13. Facilita a progressão da sonda e evita traumatismos.
14. Remova, marcando a porção de sonda a introduzir, com os seus dedos, a restante porção transparente do invólucro e adapta-a ao tubo de conexão.	14. Permite a administração de oxigénio.
15. Abra o debitómetro e regule o débito de oxigénio de acordo com a prescrição médica.	15. Expurga o sistema de eventuais resíduos, evitando a sua introdução na árvore brônquica e proporciona o aporte de oxigénio prescrito.
16. Introduza, com movimentos circulares, a sonda na fossa nasal selecionada, até à marca na sonda.	16. Permite a administração de oxigénio.

EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR SONDA NASAL

Sequência do procedimento	Fundamentação
17. Proceda à fixação da sonda com adesivo da seguinte forma: 1) aplique o adesivo do nariz para a sonda nasal de oxigénio; 2) enrole a extremidade do adesivo em espiral sobre a sonda; 3) deixe a extremidade do adesivo com pequena dobra colada sobre si mesmo; 4) observe se a sonda se encontra a pressionar a mucosa da asa do nariz.	17. Evita a deslocação da sonda.
18. Avalie a resposta da pessoa à Oxigenoterapia por meio da avaliação de sinais vitais, nível de conforto, aparência física e comportamento.	18. Permite avaliar a eficácia do procedimento, na melhoria dos sinais de oxigenação (tais como, menos irritabilidade, diminuição da ansiedade, melhoria da coloração da pele, diminuição da frequência cardíaca, diminuição da frequência respiratória).
19. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	19. Mantém o material arrumado.
20. Eduque a pessoa e todos os seus visitantes, sobre os riscos do tabagismo ou qualquer chama acesa nas imediações de oxigénio.	20. Providencia condições de segurança.
21. Realize a higiene das mãos	21. Previne a contaminação.
22. Registe e documente os resultados, incluindo as seguintes informações: data e hora do início da Oxigenoterapia; Descrição do procedimento, incluindo o dispositivo de fornecimento de oxigénio utilizado, e respetiva taxa de fluxo/FiO ₂ ; Informação sobre a avaliação clínica antes e após o início da Oxigenoterapia, incluindo sinais vitais, oximetria e localização do sensor, facilidade de respiração e sinais e sintomas indicadores de hipoxia, estado de consciência, dor e tolerância da pessoa.	22. Permite a continuidade dos cuidados, confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR ÓCULOS NASAIS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição médica.	1. Previne erros.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Previne a contaminação e facilita o procedimento.
4. Realize a higiene das mãos.	4. Previne a contaminação.
5. Identifique a pessoa.	5. Previne erros.
6. Explique o procedimento à pessoa: 1) explique a finalidade da administração de oxigénio; 2) descreva o procedimento; 3) informe a pessoa/cliente sobre as atividades em que poderá interromper a administração de oxigénio – comer, expetorar, tossir; 4) providencie a privacidade e segurança.	6. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
7. Avalie e monitorize sinais vitais (em especial, a frequência respiratória), e aplique o sensor do oxímetro no local mais apropriado, procedendo à leitura dos respetivos valores no monitor eletrónico;	7. Permite a avaliação do estado clínico da pessoa antes da execução da técnica.
8. Posicione ou assista a pessoa/cliente a posicionar-se em posição de <i>semi-fowler</i> (ou seja, cabeceira da cama elevada a 30°), se a situação o permitir.	8. Facilita a expansão torácica.
9. Adapte o humidificador ou nebulizador preenchido/ copo humidificador com água destilada esterilizada (quando fluxo > 4l/min.) à rampa ou bala de oxigénio.	9. Permite a administração de oxigénio.
10. Adapte os óculos nasais ao copo humidificador (quando fluxo > 4l/min.), ou, diretamente ao debitómetro.	10. Permite a administração de oxigénio.
11. Se a pessoa iniciou previamente oxigenoterapia, proceda da seguinte forma: 1) calce luvas limpas; 2)	11. Assegura a permeabilidade das vias aéreas superiores.

EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR ÓCULOS NASAIS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
remova os óculos nasais; 3) assista a realizar a higiene da boca e nariz; 4) retire as luvas.	
12. Abra o debitómetro e regule o débito de oxigénio de acordo com a prescrição médica.	12. Expurga o sistema de eventuais resíduos, evitando a sua introdução na árvore brônquica e proporciona o aporte de oxigénio prescrito.
13. Com as duas mãos, introduza cada uma das extremidades dos óculos em cada narina;	13. Permite a administração de oxigénio.
14. Passe cada um dos ramos dos óculos por de trás dos pavilhões auriculares da pessoa e ajuste-os na região submaxilar.	14. Evita a exteriorização das extremidades dos óculos nasais das respetivas narinas.
	
Fig. 1: Colocação de óculos nasais	
15. Proteja o tubo com uma compressa dobrada em cada pavilhão auricular.	15. Previne alterações da integridade cutânea.
16. Avalie a resposta da pessoa à oxigenoterapia por meio da avaliação de sinais vitais, nível de conforto, aparência física e comportamento.	16. Permite avaliar a eficácia do procedimento, na melhoria dos sinais de oxigenação (tais como, menos irritabilidade, diminuição da ansiedade, melhoria da coloração da pele, diminuição da frequência cardíaca, diminuição da frequência respiratória).
17. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	17. Mantém o material arrumado e previne contaminação.
18. Eduque a pessoa e todos os seus visitantes, sobre os riscos do tabagismo ou qualquer chama acesa nas imediações de oxigénio.	18. Providencia condições de segurança.
19. Realize a higiene das mãos.	19. Previne a contaminação.

EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR ÓCULOS NASAIS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>20.Registe e documente os resultados, incluindo as seguintes informações: data e hora do início da Oxigenoterapia; Descrição do procedimento, incluindo o dispositivo de fornecimento de oxigénio utilizado, e respetiva taxa de fluxo/FiO₂; Informação sobre a avaliação clínica antes e após o início da Oxigenoterapia, incluindo sinais vitais, oximetria e localização do sensor, facilidade de respiração e sinais e sintomas indicadores de hipóxia, estado de consciência, dor e tolerância da pessoa.</p>	<p>20.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.</p>

EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>1.Verifique a prescrição médica.</p>	<p>1.Previne erros.</p>
<p>2.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>2.Previne a contaminação.</p>
<p>3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.</p>	<p>3.Previne a contaminação e facilita o procedimento.</p>
<p>4.Realize a higiene das mãos.</p>	<p>4.Previne a contaminação.</p>
<p>5.Identifique a pessoa.</p>	<p>5.Previne erros.</p>
<p>6.Explique o procedimento à pessoa: 1)explique a finalidade da administração de oxigénio; 2) descreva o procedimento; 3)informe sobre as atividades em que poderá interromper a administração de oxigénio – comer, expetorar, tossir; 4) providencie a privacidade e segurança.</p>	<p>6.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.</p>
<p>7. Avalie e monitorize sinais vitais (em especial, a frequência respiratória), e aplique o sensor do oxímetro no local mais apropriado, procedendo à leitura dos respetivos valores no monitor eletrónico;.</p>	<p>7.Permite a avaliação do estado clínico da pessoa antes da execução da técnica.</p>



EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
8. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em posição de <i>semi-fowler</i> (ou seja, cabeceira da cama elevada a 30°), se a situação o permitir.	8. Facilita a expansão torácica.
9. Adapte o copo humidificador com água destilada esterilizada (quando fluxo > 4l/min.) à rampa ou bala de oxigénio, preenchendo-o com água destilada, se for caso disso.	9. Permite a administração de oxigénio.
10. Adapte os tubos de conexão ao copo humidificador.	10. Permite a administração de oxigénio.
<p>11. Se máscara de venturi, selecione a válvula de FiO₂ de acordo com a prescrição médica e adapte-a à máscara e ao tubo de conexão. Se máscara de média ou alta concentração, preencha o reservatório com oxigénio.</p>  <p>The image shows a woman from the chest up, wearing a clear plastic nasal cannula oxygen mask. The mask has two small prongs that fit into her nostrils. She is looking slightly to the right of the camera. The background is a plain, light-colored wall.</p>	11. Proporciona o aporte de oxigénio.
12. Abra o debitómetro e regule o débito de oxigénio de acordo com a prescrição médica ou regule o débito correspondente à válvula de FiO ₂ (habitualmente essa informação encontra-se inscrita na válvula).	12. Proporciona o aporte de oxigénio.
13. Coloque a máscara sobre o nariz e boca da pessoa, passe o elástico para a região occipital e ajuste as extremidades do elástico.	13. Evita a ocorrência de fugas de oxigénio.
14. Proteja o elástico de fixação com uma compressa dobrada em cada pavilhão auricular.	14. Previne alterações da integridade cutânea.

Fig. 2: Colocação de máscara de oxigénio

EXECUTAR OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA

Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig. 3: Colocação de compressa de proteção</p>	
<p>15. Avalie a resposta da pessoa à Oxigenoterapia por meio da avaliação de sinais vitais, nível de conforto, aparência física e comportamento.</p>	<p>15. Permite avaliar a eficácia do procedimento, na melhoria dos sinais de oxigenação (tais como, menos irritabilidade, diminuição da ansiedade, melhoria da coloração da pele, diminuição da frequência cardíaca, diminuição da frequência respiratória).</p>
<p>16. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.</p>	<p>16. Mantém o material arrumado e previne contaminação.</p>
<p>17. Eduque a pessoa e todos os seus visitantes, sobre os riscos do tabagismo ou qualquer chama acesa nas imediações de oxigênio.</p>	<p>17. Providencia condições de segurança.</p>
<p>18. Realize a higiene das mãos.</p>	<p>18. Previne a contaminação.</p>
<p>19. Registe e documente os resultados, incluindo as seguintes informações: data e hora do início da Oxigenoterapia; Descrição do procedimento, incluindo o dispositivo de fornecimento de oxigênio utilizado, e respetiva taxa de fluxo/FiO₂; Informação sobre a avaliação clínica antes e após o início da Oxigenoterapia, incluindo sinais vitais, oximetria e localização do sensor, facilidade de respiração e sinais e sintomas indicadores de hipoxia, estado de consciência, dor e tolerância da pessoa.</p>	<p>19. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.</p>

REFERÊNCIAS:

ACSS (2011). *Manual Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos*. 2ª Edição. Lisboa.

Caple, C; Schub, T. (10 de novembro de 2017). *Oxygen Therapy: an Overview*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=6&sid=bc10bb84-5ef0-4b3e-862f-d23ddcb601f4%40sessionmgr101>.

O'Driscoll, B.R.; Howard, L.S.; Davison, A.G. (2008). *Guideline for emergency oxygen use in adult patients*. s.l.: British Thoracic Society. Obtido de: www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/oxygen/emergency-oxygen-use-in-adult-patients-guideline/emergency-oxygen-use-in-adult-patients-guideline/ .

Schub, E; Schub, T. (4 de Agosto de 2017) - *Oxygen Saturation Measuring: Pulse Oximetry*. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=9&sid=bc10bb84-5ef0-4b3e-862f-d23ddcb601f4%40sessionmgr101>.

Edição atualizada e revista de:

Cruchinho, Paulo & Ramos, Lino (2006) – Norma de Procedimento de Enfermagem Executar oxigenoterapia, In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.339-344). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROMOVER ALIMENTAÇÃO EFETIVA

Norma 05. Otimizar sonda gástrica

Inserir sonda gástrica

Remover sonda gástrica

Trocar adesivo de fixação de sonda gástrica

Norma 06. Alimentar entericamente a pessoa

Executar: alimentação entérica, por bólus

Executar: alimentação entérica, por gravidade

Executar: alimentação entérica, por bomba de nutrição entérica

Executar: colocação da sonda em drenagem passiva

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 05. OTIMIZAR SONDA GÁSTRICA

Susana Duarte, Tatiana Silva, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem de caráter autónomo e interdependente que consiste na introdução de uma sonda¹³ flexível até ao estômago.

OBJETIVOS:

Estabelecer acesso entérico seguro e eficaz.

Drenar/aspirar o conteúdo gástrico (substâncias tóxicas, sangue, suco gástrico para análise).

Prevenir ou aliviar náuseas e vômitos.

Preparar para realização de exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas.

Descomprimir o estômago para impedir a aspiração do conteúdo do estômago quando o peristaltismo é diminuído.

Diminuir a distensão abdominal.

Administrar alimentação entérica e/ou hidratar.

Administrar terapêutica.

Prevenir aspiração.

Efetuar lavagem gástrica.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO¹⁴:

Antes do procedimento:

Promova a privacidade da pessoa. Devido à natureza invasiva do procedimento, geralmente, deve ser negociada a presença de pessoas que não sejam profissionais de saúde, de acordo com a vontade da pessoa.

¹³ A grande maioria das sondas existentes no mercado é de polietileno e de silastic, por serem compostos que são suficientemente flexíveis para evitar traumatismos durante a sua colocação e permanência. Normalmente apresentam marcas ao longo do tubo que permitem medir o comprimento da sonda a introduzir na pessoa/cliente. Estas marcas permitem monitorizar se a sonda se encontra sempre corretamente introduzida e se não existiu exteriorização acidental da mesma. As sondas, na sua generalidade, também apresentam uma linha radiopaca que permite a confirmação radiográfica da posição da sonda. O tipo de sonda mais utilizado é o Tubo de Levin, que tem um único lúmen, tipicamente com 90-110cm e está disponível em tamanhos de 12 Fr (pequenas) a 18 Fr (grande) para adultos.

¹⁴ As orientações referidas baseiam-se, essencialmente, nos documentos dos autores seguintes: Caple, 2014; Walsh, 2014; Walsh & Schub, 2015; Walsh, 2014.

Verifique se existe algum tipo de contraindicação para realização do procedimento (história de qualquer cirurgia ou lesão relacionada ao nariz, cavidade nasal, faringe, esófago, estômago ou cabeça; história de alergia; se não existe risco aumentado de hemorragia, entre outros).

Confira a flexibilidade da sonda. A flexibilidade pode ser ajustada colocando-a em água e gelo (se for muito macia) ou em água quente (se for demasiado rígida). Isto pode ser particularmente útil se a curva da sonda não acompanhar a curvatura natural da nasofaringe.

Providencie material de aspiração, a fim de poder ser utilizado, com rapidez, se a pessoa apresentar vômito.

Verifique se existem lesões nasais e selecione o n.º da sonda tendo em conta o objetivo da entubação e as características anatómicas da pessoa.

Prepare o material de acordo com o objetivo pretendido: a) drenagem – saco coletor; b) aspiração – aspirador de baixa pressão.

Preste cuidados de higiene diários às narinas (limpeza e lubrificação).

Durante o procedimento:

Utilize técnica limpa.

Aplique, se adequado e se não existir nenhum tipo de contraindicação ou alergia, antes da inserção da sonda, a aplicação de fármacos vasoconstritores (por exemplo, cloridrato de fenilefrina 1%, oximetazolina) para reduzir o tamanho da mucosa nasal, especialmente dos cornetos nasais e septo nasal inferior e facilitar a introdução da sonda e reduzir o risco de epistaxis¹⁵. A administração de vasoconstritor pode ser realizada pouco antes da inserção da sonda.

Aplique um anestésico tópico (2% lidocaína em gel através de uma seringa direcionado para a narina selecionada, 5 minutos antes do procedimento. Se for utilizado spray de benzocaína, deve ser administrado no interior da cavidade nasal, imediatamente antes da inserção). Atenção que a proteção das vias aéreas (por exemplo, reflexo de vômito, tosse) pode ser comprometida por excesso de anestesia tópica.

Após o procedimento:

Mude diariamente o adesivo de fixação e sempre que necessário.

Verifique sempre o posicionamento da sonda gástrica antes de cada utilização. Apesar de, exteriormente, a sonda evidenciar não se ter deslocado mantendo o mesmo local de marcação ao nível da narina, existe

¹⁵ Hemorragia procedente do nariz que pode ser produzida por um traumatismo físico ou associar-se à febre, à pressão arterial elevada ou determinadas perturbações sanguíneas. O sangue costuma proceder de um vaso próximo do orifício externo do nariz, em cujo caso a hemorragia pode deter-se aplicando uma pressão nos lados do nariz. Noutras ocasiões deve-se tapar com gaze para controlar a perda hemática.

sempre o risco de ter existido uma migração da sonda para cima, para o esófago ou traqueia, sem qualquer evidência externa de mudança de posição (deslocamento retrogrado).

Promova a higiene oral e nasal da pessoa pelo menos uma vez por turno ou sempre que necessário de forma a prevenir a secura das mucosas e outras alterações, dado que, com a diminuição da produção de saliva, aumenta o risco de infeção da cavidade oral.

Substitua a sonda de acordo com necessidade clínica, reação da pessoa e/ou indicação do fabricante das sondas. A substituição não deve ser realizada por períodos fixos ou por rotina de serviço.

Mantenha a pessoa entubada apenas o tempo estritamente necessário para evitar complicações de uma entubação prolongada (tais como úlcera da asa do nariz, sinusite, esofagite e úlcera gástrica).

As pessoas que têm uma sonda gástrica e que têm uma alteração do nível de consciência devem ser cuidadosamente monitorizados devido ao alto risco de aspiração.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Sonda gástrica	Tampa da sonda (spigot)
Lubrificante hidrossolúvel	Saco coletor, se necessário
Seringa adaptável à sonda (100cc)	Cuvete riniforme
Estetoscópio	Equipamento de proteção individual adequado à situação
Resguardo	Escala de avaliação da dor
Copo com água, palhinha ou seringa (se a pessoa estiver consciente e colaborar)	Medicação prescrita (por exemplo, spray vasoconstritora, anestésico tópico)
Compressas e/ou lenços de papel	Tira reagente para avaliar o pH
Adesivo hipoalérgico	

INSERIR SONDA GÁSTRICA POR VIA NASAL

Seqüência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a prescrição médica.	1.Confirma prescrição.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a infeção.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Economiza tempo e facilita procedimento.
4.Identifique a pessoa.	4.Previne o erro.
5.Feches a porta do quarto ou puxe as cortinas da unidade da pessoa.	5.Assegura a privacidade da pessoa.

INSERIR SONDA GÁSTRICA POR VIA NASAL

Sequência do procedimento	Fundamentação
6. Explique o procedimento à pessoa e peça o seu consentimento e a sua colaboração (refira à pessoa que poderá sentir algum desconforto mas que a sonda será lubrificada para facilitar a sua passagem).	6. Obtém consentimento e colaboração e diminui a ansiedade.
7. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em posição semi-fowler ou sentado, de modo a que fique confortável, combinando sinais para comunicar, caso a pessoa esteja consciente (por ex., levantar a mão).	7. Facilita a execução.
8. Solicite ou assista a pessoa a limpar as narinas.	8. Facilita a execução.
9. Proceda à fricção antisséptica das mãos.	9. Previne a infeção.
10. Calce luvas limpas.	10. Protege o prestador de cuidados e previne a infeção cruzada.
11. Despiste obstruções ou deformações nasais ¹⁶ .	11. Reduz o risco de traumatismo.
12. Forneça à pessoa uma cuvette ou lenços de papel.	12. Recolhe saliva ou vômito, se necessário.
13. Proceda à medição da sonda (da asa do nariz ao lóbulo da orelha e deste à extremidade inferior do apêndice xifoide), e faça marcação do local.	13. Identifica o comprimento exato da sonda a introduzir. O comprimento da sonda inserida deverá ficar registado no processo da pessoa para despistar eventuais deslocamentos da sonda.
14. Coloque resguardo sobre o tórax.	14. Protege a pessoa durante o procedimento.
15. Lubrifique os primeiros 10-15cm da sonda com a solução hidrossolúvel.	15. Facilita a progressão da sonda.
16. Coloque a cabeça da pessoa em ligeira flexão.	16. Previne a entrada da sonda na árvore traqueobrônquica.
17. Introduza a sonda na narina, seguindo os passos seguintes e nunca forçando a passagem da sonda (se existir resistência quando a sonda atinge a	17. Facilita a progressão.

¹⁶ Pode utilizar uma lanterna para melhorar a capacidade de observação.

INSERIR SONDA GÁSTRICA POR VIA NASAL

Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>nasofaringe, como a via de passagem é curvada, peça à pessoa para flexionar a sua cabeça na direção do peito).</p> <p>a. Solicite à pessoa que inspire profundamente e expire até que a sonda chegue à orofaringe;</p> <p>b. Solicite à pessoa que faça movimentos de deglutição ou ofereça água aos goles se estiver consciente.</p> <p>c. Introduza a sonda em simultâneo sempre que a pessoa fizer movimentos de deglutição (cerca de 10 cm da sonda, até atingir a marcação).</p> <p>d. Remova imediatamente a sonda, caso a pessoa mostre sinais de cianose, tossir severamente, procurando reintroduzi-la assim que a pessoa apresente uma respiração normal.</p>	
<p>18.Verifique se a sonda não se encontra enrolada, utilizando uma espátula e lanterna para observar a orofaringe.</p>	<p>18.Verifica a correta progressão da sonda.</p>
<p>19.Verifique a localização e permeabilidade da sonda, através de um ou mais métodos, até estar certo da localização correta da sonda: 1) aspiração de conteúdo gástrico¹⁷; b) auscultação, verificando a existência de ruídos hidroaéreos na região epigástrica¹⁸; c) avaliação do pH¹⁹; d) controlo radiográfico²⁰.</p>	<p>19.Verifica a localização da sonda.</p>

¹⁷ Adapte a seringa à sonda e aspire o conteúdo gástrico. Em caso de dificuldade na aspiração de conteúdo gástrico, posicione a pessoa/cliente para o seu lado esquerdo para maximizar o potencial de drenagem. Se não for possível aspirar as secreções gástricas, pode introduzir a sonda mais pouco e realizar nova tentativa aspiração.

¹⁸ Adapte a seringa à sonda. Com um estetoscópio na região epigástrica ausculte a existência ruídos hidroaéreos enquanto injeta 20-30 mL de ar. (Desadapte a seringa da sonda; Coloque a tampa; Exponha a região epigástrica; Coloque o estetoscópio; Desadapte a tampa; Com a seringa aspire 20 a 30 mL de ar; Retire a tampa; Adapte a seringa com ar à sonda; Coloque o diafragma do estetoscópio sobre a região epigástrica com uma das mãos; Injete o ar da seringa com a outra mão e determine a auscultação de um ronco; Aspire o ar que introduziu). Este método não permite distinguir se a sonda está localizada no esófago, estômago ou duodeno.

¹⁹ pH \leq 4,0 é geralmente indicativo de presença ácido gástrico, no entanto, o pH do conteúdo gástrico pode ser ocasionalmente elevado e as secreções intestinais e respiratórias têm tipicamente pH \geq 6. Em caso de dúvida deverá ser sempre realizado outro tipo de confirmação.

²⁰ A Confirmação radiográfica é o método mais definitivo, no entanto devido às preocupações sobre a exposição à radiação e despesas associadas à realização de exames auxiliares de diagnóstico é um método realizado apenas em situações específicas.

INSERIR SONDA GÁSTRICA POR VIA NASAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
20. Adapte a tampa na extremidade da sonda, ou adapte um saco coletor ou aspirador de baixa pressão, consoante o objetivo da entubação.	20. Impede a entrada de ar e a saída de conteúdo gástrico ou promove a drenagem passiva ou ativa.
21. Retire, o excesso de lubrificante existente na pele da pessoa.	21. Facilita a fixação da sonda.
22. Fixe a sonda ao nariz sem pressionar a narina para reduzir o risco de úlcera por pressão.	22. Evita a exteriorização da sonda.
23. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	23. Previne a contaminação.
24. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se, se necessário. Se não existir nenhuma contraindicação a pessoa deve ficar com elevação da cabeceira da cama $\geq 30^\circ$.	24. Promove o conforto e reduz o risco de aspiração pulmonar.
25. Reúna e acondicione adequadamente o material.	25. Promove a arrumação. Previne acidentes. Cumpre normas de separação de resíduos.
26. Registe e documente os resultados (hora e data do procedimento; motivo; tipo e diâmetro da sonda, incluindo o comprimento da sonda inserida; método(s) usado para verificar a localização da sonda; reação da pessoa).	26. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

REMOVER SONDA GÁSTRICA POR VIA NASAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição médica.	1. Confirma prescrição.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo e facilita procedimento.
4. Identifique a pessoa.	4. Previne o erro.

REMOVER SONDA GÁSTRICA POR VIA NASAL

Sequência do procedimento	Fundamentação
5.Fecher a porta do quarto ou puxe as cortinas da unidade da pessoa.	5.Assegura a privacidade da pessoa.
6.Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e a sua colaboração (refira à pessoa que poderá sentir algum desconforto mas que a remoção é geralmente um processo muito mais fácil e mais rápido do que a colocação da sonda).	6.Obtém o consentimento e a colaboração e diminui a ansiedade.
7.Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em posição semi-fowler ou sentado, de modo a que fique confortável; combine sinais para comunicar, caso a pessoa esteja consciente (por ex., levantar a mão).	7.Facilita a execução.
8.Proceda à fricção antisséptica das mãos.	8.Preve a contaminação.
9.Calce luvas limpas.	9.Protege o prestador de cuidados e previne a infeção cruzada.
10.Coloque resguardo sobre o tórax.	10.Protege a pessoa durante o procedimento.
11.Posicione ou assista a pessoa a posicionar cabeça em posição neutra, nem inclinado para a frente nem para trás.	11.Facilita o procedimento.
12.Desadapte o saco coletor ou aspirador de baixa pressão. Lavando a sonda com 20-30 ml de água se a pessoa não estiver em dieta zero.	12.Impede que as secreções gástricas entrem em contacto com a mucosa esofágica durante a remoção da sonda.
13.Descole o adesivo que fixa a sonda à narina. Prenda a sonda com a mão não-dominante. Solicite à pessoa para sustentar a sua respiração. Com a mão dominante, segure a sonda perto do nariz da pessoa e remova segura e cuidadosamente a sonda. Realize um movimento contínuo com duração de 5-10 segundos.	13.Permite a remoção da sonda gástrica. Impede a aspiração de conteúdo durante a remoção da sonda porque fecha a epiglote. Provoca o menor desconforto possível.
14.Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	14.Preve a infeção.

REMOVER SONDA GÁSTRICA POR VIA NASAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
15. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se, se necessário.	15. Promove o conforto.
16. Reúna e acondicione adequadamente o material.	16. Promove a arrumação. Previne acidentes. Cumpre normas de separação de resíduos.
17. Registe e documente os resultados (hora e data do procedimento; reação da pessoa).	17. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

TROCAR ADESIVO DE FIXAÇÃO DE SONDA GÁSTRICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
2. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	2. Economiza tempo e facilita procedimento.
3. Explique o procedimento à pessoa e peça o seu consentimento e a sua colaboração.	6. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
7. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em posição semi-fowler.	7. Facilita a execução.
8. Remova o adesivo a substituir da seguinte forma: a. Fixe a sonda gástrica, com a mão não dominante durante todo o procedimento; b. Descole o adesivo, com a mão dominante, a partir da porção terminal que se encontra dobrada sobre si mesma e retire todo o adesivo da sonda e posteriormente do nariz; c. Aplique o adesivo a partir da asa do nariz em direção à sonda.	8. Permite uma substituição do adesivo de forma fácil e evitando o aparecimento da úlcera da asa do nariz.

TROCAR ADESIVO DE FIXAÇÃO DE Sonda GÁSTRICA

Sequência do procedimento

Fundamentação



Fig. 1: Colocação do adesivo

d. Enrole a tira de adesivo à sonda realizando espirais largas.



Fig. 2: Espiral do adesivo sobre a sonda

e. Dobre a porção terminal sobre si mesma – facilita a sua exteriorização;

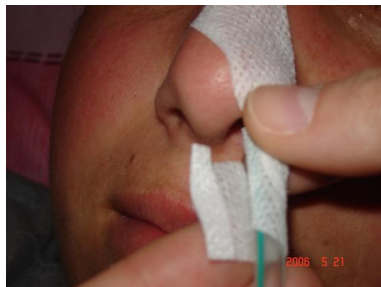



Fig. 3: Dobra da extremidade do adesivo

f. Alivie a pressão do adesivo na zona de contacto da sonda com a asa do nariz;

TROCAR ADESIVO DE FIXAÇÃO DE Sonda GÁSTRICA

Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig. 4: Dobra da extremidade do adesivo</p>	
9. Reúna e acondicione adequadamente o material.	9. Promove a arrumação. Cumpre normas de separação de resíduos.
10. Realize a higiene das mãos.	10. Previne a contaminação.
17. Registe e documente os resultados.	17. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Walsh, K; Kanakashiam, A. L. (2 de fevereiro de 2018). *Nasogastric Tube: Removal – the Adult Patient*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=12&sid=bc10bb84-5ef0-4b3e-862f-d23ddcb601f4%40sessionmgr101>.
- Elkin, Martha K.; Pery, Anne G.; Potter, Patricia A. (2005)- *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. pp 791-796. ISBN 972-8383-96-7.
- Henriques, F.; Santos, C.; Amaral, A. (2000). *Técnicas de Enfermagem*. Coimbra: Edições Formasau. pp. 67. ISBN 972-8485-13-1.
- Schub, E; Pilgrim, J. (12 de março de 2017) *Nasogastric Tube: Inserting and Verifying Placement in the Adult Patient*. Nursing Practice & Skill. Obtido de: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=18&sid=bc10bb84-5ef0-4b3e-862f-d23ddcb601f4%40sessionmgr101>.
- Smith-Temple, J.; Jonhson, J. (2005). *Guia Para Procedimentos de Enfermagem*. 4ª Edição. São Paulo: Artmed Editora SA. pp 239-244. ISBN 972-8383-96-7.
- Woten, M; Balderrama, D. (8 de dezembro de 2017). *Nasogastric Tube: an Overview*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.b.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=15&sid=bc10bb84-5ef0-4b3e-862f-d23ddcb601f4%40sessionmgr101>.

Edição atualizada e revista de:

Deodato, Sérgio (2005) – Norma de Procedimento de Enfermagem Executar entubação nasogastrica. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp.313-316). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Biscaia, Marisa & Ferreira, Margarida (2005) – Norma de Procedimento de Enfermagem Alimentar entericamente pessoa/ cliente. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp. 135-148). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 06. ALIMENTAR ENTERICAMENTE A PESSOA

Tatiana Silva, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem com caráter autónomo e interdependente que consiste na administração de alimentos/soluções nutritivas, de forma intermitente ou contínua, através de uma sonda gástrica (SNG).

No contexto de doença complexa ou outros quadros clínicos em que a alimentação oral e a capacidade de deglutição se encontram comprometidas poderá existir indicação para a colocação de um tubo ou sonda de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy - PEG), através de um procedimento cirúrgico, endoscópico, percutâneo, destinado à criação de uma abertura do estômago para a pele, destinada à alimentação, hidratação e administração de terapêutica.

OBJETIVOS:

Proporcionar um meio de nutrição/hidratação adequada quando a deglutição se encontra incapacitada ou diminuída.

Manter ou repor o equilíbrio hidroeletrólítico.

Administrar terapêutica.

Manter a mobilidade do trato gastrointestinal.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Confirme a forma de administração da alimentação entérica. Existem várias formas com diferentes indicações, vantagens e inconvenientes

FORMAS DE ADMINISTRAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA

FORMAS	DESCRIÇÃO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
<u>POR BÓLUS</u>	Método mais largamente utilizado; Facilidade de administração;	Administração de alimentos na sua composição natural (liquefeitos) ou fórmulas	Ocasiona complicações derivadas da administração rápida;

	Introdução de 300 a 500ml de alimento ou fórmula alimentar; Só para alimentação gástrica.	alimentares preparadas comercialmente; Maior facilidade de utilização.	Pode provocar náuseas e vômitos; Depende da tolerância gástrica da pessoa/cliente; Possibilidade de refluxo gastroesofágico.
<u>POR GRAVIDADE</u>	O volume prescrito é administrado através do sistema de administração de gota; A administração pode ser intermitente (períodos de 1 a 16h) ou contínua (por 24h).	Administração mais lenta; Melhor tolerada; Método preferencial para alimentação da pessoa/cliente com alteração na mobilidade; Menor possibilidade de complicações gastrointestinais e aspiração.	Maior tempo de administração; Menor mobilidade; Menor autonomia.
<u>POR BOMBA DE ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA</u>	Administração do volume prescrito com ritmo exato regulado pela bomba entérica; Útil para SNG muito finas e maleáveis; A administração pode ser intermitente (períodos de 12 a 16h) ou contínua (por 24h).	Regulação exata da velocidade de administração; Útil na administração de volumes elevados; Quando é necessário um fluxo maior do que obtido por gravidade.	Menor mobilidade para o utente; Menor autonomia.

Despiste as seguintes complicações potenciais: 1) refluxo gastro esofágico; 2) úlcera da asa do nariz, no caso da sonda gástrica; 3) infeção do local de inserção, no caso da gastrostomia; 4) distensão abdominal; 5) aspiração do conteúdo alimentar; 6) diarreia; 7) vômitos.

Atenda às necessidades da pessoa na determinação da dieta a seguir, a qual deve ser elaborada pela equipa: médico, enfermeiro e nutricionista/dietista.

Avale o peso da pessoa antes de iniciar a alimentação e de acordo com o prescrito ou protocolo de serviço.

Verifique sempre se a sonda se encontra no estômago antes de cada utilização e se a fórmula/a alimentação se encontra à temperatura ambiente antes da sua administração.

Calcule o fator gota, caso seja necessário. Para administrar alimentação entérica por gravidade de forma rigorosa – sendo impossível a utilização de bomba de nutrição entérica - calcular o fator gota correspondente ao sistema de alimentação a utilizar – essa informação nem sempre se encontra disponível, neste caso seguir a equivalência de 20 gotas/ml.

Durante o procedimento:

Monitorize a pessoa com alterações da consciência, devido ao risco elevado de aspiração.

Determine a existência do conteúdo gástrico a cada refeição - quando o volume residual gástrico é igual ou superior a 50% - geralmente considera-se 150cc - da quantidade administrada na refeição anterior deve-se-á fazer uma pausa alimentar de 1 a 2 horas e avaliar novamente o conteúdo residual.

Avalie a situação de saúde da pessoa, se após a segunda verificação o volume residual gástrico for superior a 250 ml (presença de dor, distensão abdominal, obstipação, vômito) e informe a equipa médica, pois pode ser necessária a administração de terapêutica que facilite a motilidade gastrointestinal.

Calcule corretamente a quantidade de alimentação a administrar. Quando há volume gástrico residual é necessário conhecer previamente o volume correspondente do recipiente que vai utilizar.

Utilize uma técnica limpa de modo a evitar contaminação bacteriana da alimentação e do material implícito.

Determine a velocidade de administração da alimentação, sendo que por bomba de nutrição entérica, nunca deve exceder os 200ml/h.

Após o procedimento:

Determine, na administração de alimentação entérica por gravidade de forma contínua, a existência de conteúdo gástrico de 4 em 4 horas ou a cada substituição do frasco de alimentação - se o volume residual gástrico for superior ou igual a 500ml, suspenda a administração, avalie na pessoa a presença de dor, distensão abdominal, obstipação, vômitos e informe a equipa médica assistente.

Verifique, na administração de alimentação por gravidade e por bomba de nutrição entérica, o posicionamento da sonda de 4 em 4 horas ou a cada substituição do frasco de alimentação.

Lave a sonda de alimentação com 30 ml de água a cada 4 horas durante a alimentação contínua ou antes e depois de alimentações intermitentes.

Administre água em pequenas quantidades, no intervalo das refeições administradas por bólus, de acordo com o prescrito e a situação da pessoa.

Injete 30cc de água após a administração de terapêutica pela sonda gástrica, para manter a permeabilidade e assegurar que a medicação não fica na sonda.

Lave a seringa de alimentação após cada utilização, acondicionando-a em local próprio.

Promova higiene oral e nasal da pessoa uma vez por turno ou em SOS – observe regularmente a mucosa oral - lábios, língua e palato superior.

Realize pausa noturna, quer na administração de alimentação por gravidade, quer por bomba entérica.

Substitua os sistemas de alimentação diariamente e/ou de acordo com o protocolo em vigor.

Considere a diurese e a glicemia capilar, para despiste de desidratação e complicações metabólicas.

Posicione a pessoa em semi-fowler, minimizando o risco de aspiração (durante a alimentação e, no mínimo, durante uma hora após a administração, caso não haja contra-indicação).

MATERIAL NECESSÁRIO:

Sistema de alimentação entérica	Guardanapos ou toalhetes
Recipiente com a alimentação ou Fórmula entérica	Estetoscópio
Seringa 100cc	Clampe
Copo com água	Equipamento de proteção individual adequado à situação
Taça riniforme	Mesa auxiliar
Resguardo descartável	Adesivo antialérgico perfurado
Compressas limpas	Relógio com ponteiros de segundos (se necessário)
Etiqueta de identificação	Bomba de alimentação entérica (se necessário)
Tesoura	

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR BÓLUS

Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a prescrição médica relativa à dieta da pessoa, fórmula ou alimentação a administrar, forma de administração e tempo de administração.	1.Preve erros;
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Economiza tempo e facilita procedimento.
4.Identifique a pessoa.	4. Preve o erro.
5.Fechete a porta do quarto ou puxe as cortinas da unidade da pessoa.	5.Assegura a privacidade da pessoa.
6.Explique o procedimento à pessoa comunicando de forma adequada, clara e de acordo com a literacia da pessoa e solicite o seu consentimento e a sua colaboração.	6. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
7.Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em posição semi-fowler.	7.Facilita a progressão dos alimentos, evita a regurgitação e minimiza o risco de aspiração.
8.Avalie o estado de saúde geral da pessoa: dor, presença de distensão abdominal, existência de vômitos, diarreia ou obstipação.	8.Despista complicações.
9.Verifique, visualmente, a posição da sonda: (a) avalie o comprimento da porção visível do tubo inserido, comparativamente ao comprimento existente no após a inserção; (b) assegure-se que a sonda não está a fazer pressão na narina, trocando o adesivo se necessário.	9.Preve erros.
10.Calce luvas limpas.	10.Evita a contaminação e protege o prestador de cuidados.
11.Confirme se a sonda se encontra corretamente localizada.	11.Preve erros.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR BÓLUS

Sequência do procedimento	Fundamentação
12. Avalie a existência de volume gástrico residual da seguinte forma: 1) coloque o clampe na sonda ou dobre a sonda junto à tampa, para evitar a entrada de ar e a saída de líquidos; 2) desadapte a tampa da sonda e coloque-a sobre uma compressa limpa; c) adapte a seringa de 100cc; d) proteja a adaptação da sonda à seringa com um guardanapo; e) desclampe a sonda; f) aspire o conteúdo gástrico.	12. Verifica a posição, permeabilidade da sonda, o conteúdo gástrico residual e a existência de estase gástrica.
12.1. Ao aspirar resíduo gástrico, observe as suas características e a sua quantidade - significa que a sonda gástrica se encontra posicionada no estômago.	12.1. Permite determinar se a sonda se encontra no estômago e se o resíduo deve ser reintroduzido ou exteriorizado.
12.1.1. Se o resíduo for inferior a 150cc, calcule a quantidade de alimentação para se obter um volume de 300cc – subtraindo a quantidade de resíduo.	12.1.1. Evita o refluxo gastrointestinal e consequente risco de aspiração.
12.1.2. Se o resíduo for igual ou superior a 150cc, adie a refeição por 1 a 2h ou até à próxima refeição.	12.1.2. Evita o refluxo gastrointestinal e consequente risco de aspiração.
12.1.3. Se o resíduo for igual ou superior a 250ml, duas vezes consecutivas, avalie a situação de saúde da pessoa (presença de dor, distensão abdominal, obstipação, vômito, glicémia capilar) e informe a equipa médica, pois pode ser necessária a administração de terapêutica que facilite a motilidade gastrointestinal.	12.1.3. Significa que existe alteração no processo de digestão.
12.1.4. Se o resíduo for igual ou superior ou igual a 500ml, suspenda a administração, avalie na pessoa a presença de dor, distensão abdominal, obstipação, vômitos, glicémia capilar e informe a equipa médica assistente.	12.1.4. Significa que existe alteração no processo de digestão.
13. Após a confirmação de que a sonda se encontra posicionada no estômago, proceda à administração	13. Dá continuidade ao procedimento.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR BÓLUS

Sequência do procedimento	Fundamentação
da alimentação de forma lenta: 1) coloque o resguardo sobre a região torácica; 2) verifique a temperatura da alimentação; 3) aspire a alimentação com a seringa de 100cc; 4) limpe a extremidade da seringa com um guardanapo; 5) dobre a sonda, junto à sua entrada, pois evita a entrada de ar e a saída de líquidos; 6) desadapte a tampa; 7) adapte a seringa com alimentação; 8) proteja a adaptação da sonda à seringa com o guardanapo ou compressa limpa; 9) injete lentamente a alimentação; 10) clampe a sonda; 11) continue aspirando novamente a alimentação com a seringa de 100cc; 12) desclampe a sonda e proceda à sua administração.	
14. Observe a reação da pessoa/cliente durante a administração.	14. Permite identificar complicações.
15. Injete cerca de 20 a 30cc de água após a administração.	15. Assegura a permeabilidade da sonda.
16. Mantenha a cabeceira da cama elevada a pelo menos a 30° durante uma hora após a alimentação, salvo se houver contra-indicação.	16. Evita a regurgitação gastroesofágica e consequentemente o risco de aspiração.
17. Proceda à lavagem da seringa de 100cc, proteja-a e guarde-a na mesa-de-cabeceira da pessoa.	17. Assegura a reutilização da seringa na próxima refeição.
18. Observe o estado do adesivo de fixação da sonda e da pele, procedendo à sua substituição.	18. Evita a exteriorização da sonda e permite identificar lesões da pele.
19. Reúna e acondicione o material utilizado.	19. Mantém o material arrumado e previne a contaminação.
20. Realize a higiene das mãos.	20. Previne a contaminação.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR BÓLUS	
Sequência do procedimento	Fundamentação
21.Registe e documente os resultados: data e hora da alimentação entérica, tipo de alimentação/ fórmula administrada, presença ou não de volume gástrico residual, modo de administração, volume administrado, tolerância ao procedimento por parte da pessoa.	21.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR GRAVIDADE	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a prescrição médica relativa à dieta da pessoa, fórmula ou alimentação a administrar, forma de administração e tempo de administração.	1.Preve erros.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Economiza tempo e facilita procedimento.
4.Identifique a pessoa.	4.Preve o erro.
5.Fechete a porta do quarto ou puxe as cortinas da unidade da pessoa.	5.Assegura a privacidade da pessoa.
6.Explique o procedimento à pessoa comunicando de forma adequada, clara e de acordo com a literacia da pessoa e solicite o seu consentimento e a sua colaboração;	6.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
7.Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em posição semi-fowler.	7.Facilita a progressão dos alimentos, evita a regurgitação e minimiza o risco de aspiração.
8.Avalie o estado de saúde geral da pessoa: dor, presença de distensão abdominal, existência de vómitos, diarreia ou obstipação.	8.Despista complicações.
9.Verifique, visualmente, a posição da sonda: 1) avalie o comprimento da porção visível do tubo inserido, comparativamente ao comprimento existente no após a inserção; 2) assegure-se que a	9.Preve erros.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR GRAVIDADE	
Sequência do procedimento	Fundamentação
sonda não está a fazer pressão na narina, trocando o adesivo se necessário.	
10. Calce luvas limpas.	10. Previne a contaminação e protege o prestador de cuidados.
11. Confirme se a sonda se encontra corretamente localizada.	11. Previne erros.
12. Avalie a existência de volume gástrico residual da seguinte forma: 1) coloque o clampe na sonda ou dobre a sonda junto à tampa, para evitar a entrada de ar e a saída de líquidos; 2) desadapte a tampa da sonda e coloque-a sobre uma compressa limpa; 3) adapte a seringa de 100cc; 4) proteja a adaptação da sonda à seringa com um guardanapo; 5) desclampe a sonda; 6) aspire o conteúdo gástrico.	12. Verifica a posição, permeabilidade da sonda, o conteúdo gástrico residual e a existência de estase gástrica.
12.1. <u>Ao aspirar resíduo gástrico</u> , observe as suas características e a sua quantidade - significa que a sonda gástrica se encontra posicionada no estômago.	12.1. Permite determinar se a sonda se encontra no estômago e se o resíduo deve ser reintroduzido ou exteriorizado.
12.1.1. <u>Se o resíduo for inferior a 150cc</u> , calcule a quantidade de alimentação para se obter um volume de 300cc – subtraindo a quantidade de resíduo.	12.1.1. Evita o refluxo gastrointestinal e consequente risco de aspiração.
12.1.2. <u>Se o resíduo for igual ou superior a 150cc</u> , adie a refeição por 1 a 2h ou até à próxima refeição.	12.1.2. Evita o refluxo gastrointestinal e consequente risco de aspiração.
12.1.3. <u>Se o resíduo for igual ou superior a 250ml, duas vezes consecutivas</u> , avalie a situação de saúde da pessoa (presença de dor, distensão abdominal, obstipação, vômito, glicémia capilar) e informe a equipa médica, pois pode ser necessária	12.1.3. Significa que existe alteração no processo de digestão.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR GRAVIDADE	
Sequência do procedimento	Fundamentação
a administração de terapêutica que facilite a motilidade gastrointestinal.	
12.1.4. Se o resíduo for igual ou superior ou igual a <u>500ml</u> , suspenda a administração, avalie na pessoa a presença de dor, distensão abdominal, obstipação, vômitos, glicémia capilar e informe a equipa médica assistente.	12.1.4. Significa que existe alteração no processo de digestão.
13. Calcule o ritmo gota/min da seguinte forma: 1) determine o volume a administrar (em ml); 2) determine a duração da administração durante o qual procederá à administração do volume total de alimentação prescrito – <i>atenda à prescrição e ao protocolo existente, para a realização de pausa noturna e para a duração da administração entérica</i> ; 3) calcule o n.º de gotas a administrar por minuto, multiplicando o volume a administrar pelo fator gota do sistema; 4) divida o resultado anterior pelo tempo (em minutos) (Seguindo o exemplo anterior, se for para administrar 500ml (Volume – V), com fator gota de 20, em 4 horas (4 x 60=240 minutos – T), o ritmo gota/ minuto será o resultado da seguinte fórmula <i>Ritmo (gotas por minuto) =</i> $\frac{V \times 20 \text{ (fator gota)}}{T \text{ (minutos)}}$, ou seja, neste caso o ritmo seria $\text{ritmo} = \frac{500 \times 20}{240} = \dots$	13. Permite determinar o ritmo de administração alimentação entérica, promove a absorção da solução administrada e evita a ocorrência de complicações.
14. Adapte o sistema de alimentação ao frasco de alimentação e expurgue o sistema da seguinte forma: 1) coloque a extremidade do sistema dentro do respetivo invólucro; 2) feche totalmente o regulador de fluxo; 3) pendure o frasco num suporte de soro a uma altura de 60 cm da base da cama; 4) pressione duas vezes na câmara de fluxo de forma a preencher 2/3 da mesma; 5) abra lentamente o	14. Evita a introdução de ar e consequentemente a ocorrência de flatulência.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR GRAVIDADE	
Sequência do procedimento	Fundamentação
regulador de fluxo para que o sistema fique totalmente preenchido com a solução a administrar.	
15. Adapte a extremidade do sistema à extremidade da sonda e regule o ritmo de gota de acordo com os cálculos realizados.	15. Dá continuidade ao procedimento.
16. Após a administração de cada frasco, proceda à administração de cerca de 30 ml de água (caso não exista contraindicação), substitua o frasco de alimentação e regule o ritmo de gota de acordo com os cálculos realizados.	16. Promove a hidratação da pessoa e mantém a permeabilidade da sonda.
17. Após a administração do último frasco, proceda à administração de cerca de 30 ml de água, coloque a tampa na sonda e elimine o sistema de alimentação entérica.	17. Promove a hidratação da pessoa, mantém a permeabilidade da sonda e previne a infeção.
18. Observe o estado do adesivo de fixação da sonda ao nariz da pessoa e da pele na asa do nariz, e proceda à sua substituição.	18. Evita a exteriorização da sonda e permite identificar ulceração na asa do nariz.
19. Reúna e acondicione o material utilizado.	19. Mantém o material arrumado e previne a contaminação.
20. Realize a higiene das mãos.	20. Previne a contaminação.
21. Registe e documente os resultados: data e hora da alimentação entérica, tipo de alimentação/ fórmula administrada, presença ou não de volume gástrico residual, modo de administração, volume administrado, tolerância ao procedimento por parte da pessoa.	21. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR BOMBA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição médica relativa à dieta da pessoa, fórmula ou alimentação a administrar, forma de administração e tempo de administração.	1. Previne erros.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo e facilita procedimento.
4. Identifique a pessoa.	4. Previne o erro.
5. Feche a porta do quarto ou puxe as cortinas da unidade da pessoa.	5. Assegura a privacidade da pessoa.
6. Explique o procedimento à pessoa comunicando de forma adequada, clara e de acordo com a literacia da pessoa e solicite o seu consentimento e a sua colaboração.	6. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
7. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em posição semi-fowler.	7. Facilita a progressão dos alimentos, evita a regurgitação e minimiza o risco de aspiração.
8. Avalie o estado de saúde geral da pessoa: dor, presença de distensão abdominal, existência de vômitos, diarreia ou obstipação.	8. Despista complicações.
9. Verifique, visualmente, a posição da sonda: 1) avalie o comprimento da porção visível do tubo inserido, comparativamente ao comprimento existente no após a inserção; 2) assegure-se que a sonda não está a fazer pressão na narina, trocando o adesivo se necessário.	9. Previne erros.
10. Calce luvas limpas.	10. Previne a contaminação e protege o prestador de cuidados.
11. Confirme se a sonda encontra-se corretamente localizada.	11. Previne erros.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR BOMBA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>12. Avalie a existência de volume gástrico residual da seguinte forma: 1) coloque o clampe na sonda ou dobre a sonda junto à tampa, para evitar a entrada de ar e a saída de líquidos; 2) desadapte a tampa da sonda e coloque-a sobre uma compressa limpa; 3) adapte a seringa de 100cc; 4) proteja a adaptação da sonda à seringa com um guardanapo; 5) desclampe a sonda; 6) aspire o conteúdo gástrico.</p>	<p>12. Verifica a posição, permeabilidade da sonda, o conteúdo gástrico residual e a existência de estase gástrica.</p>
<p>12.1. <u>Ao aspirar resíduo gástrico</u>, observe as suas características e a sua quantidade - significa que a sonda gástrica se encontra posicionada no estômago.</p>	<p>12.1. Permite determinar se a sonda se encontra no estômago e se o resíduo deve ser reintroduzido ou exteriorizado.</p>
<p>12.1.1. <u>Se o resíduo for inferior a 150cc</u>, calcule a quantidade de alimentação para se obter um volume de 300cc – subtraindo a quantidade de resíduo.</p>	<p>12.1.1. Evita o refluxo gastrointestinal e consequente risco de aspiração.</p>
<p>12.1.2. <u>Se o resíduo for igual ou superior a 150cc</u>, adie a refeição por 1 a 2h ou até à próxima refeição.</p>	<p>12.1.2. Evita o refluxo gastrointestinal e consequente risco de aspiração.</p>
<p>12.1.3. <u>Se o resíduo for igual ou superior a 250ml, duas vezes consecutivas</u>, avalie a situação de saúde da pessoa (presença de dor, distensão abdominal, obstipação, vômito, glicémia capilar) e informe a equipa médica, pois pode ser necessária a administração de terapêutica que facilite a motilidade gastrointestinal.</p>	<p>12.1.3. Significa que existe alteração no processo de digestão.</p>
<p>12.1.4. <u>Se o resíduo for igual ou superior ou igual a 500ml</u>, suspenda a administração, avalie na pessoa a presença de dor, distensão abdominal, obstipação, vômitos, glicémia capilar e informe a equipa médica assistente.</p>	<p>12.1.4. Significa que existe alteração no processo de digestão.</p>

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR BOMBA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA

Sequência do procedimento	Fundamentação
13. Calcule o ritmo de infusão, em ml/h, da seguinte forma: 1) determine o volume a administrar (em ml); 2) determine a duração da administração durante o qual procederá à administração do volume total de alimentação prescrito (em horas) – <i>atenda à prescrição e ao protocolo existente, para a realização de pausa noturna e para a duração da administração entérica</i> ; 3) calcule o volume de alimentação a administrar numa hora tendo em conta a duração da administração prescrita ou protocolada, dividindo o volume a administrar pelo número de horas – o resultado obtido diz respeito a ml/h (por exemplo: se for para administrar 500ml em 12h, significa que $500:12=41,67$, ou seja cerca de 42ml/hora).	13. Permite determinar o ritmo de administração alimentação entérica, promove a absorção da solução administrada e evita a ocorrência de diarreia.
14. Adapte o sistema de alimentação ao frasco de alimentação e expurgue o sistema da seguinte forma: 1) coloque a extremidade do sistema dentro do respetivo invólucro; 2) feche totalmente o regulador de fluxo; 3) pendure o frasco num suporte de soro a uma altura de 60 cm da base da cama; 4) pressione duas vezes na câmara de fluxo de forma a preencher 2/3 da mesma; 5) abra lentamente o regulador de fluxo para que o sistema fique totalmente preenchido com a solução a administrar.	14. Evita a introdução de ar e conseqüentemente a ocorrência de flatulência.
15. Adapte primeiro o sistema expurgado à extremidade da sonda e depois o sistema à bomba de nutrição entérica - de acordo com as respetivas instruções.	15. Dá continuidade ao procedimento.
16. Programe na bomba de nutrição entérica o ritmo de infusão – em ml/h - de acordo com os cálculos realizados.	16. Permite a administração de alimentação continuamente.

EXECUTAR: ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA, POR BOMBA DE NUTRIÇÃO ENTÉRICA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
17. Após a administração de cada frasco, proceda à administração de cerca de 30 ml de água (caso não exista contraindicação), substitua o frasco de alimentação e regule o ritmo de acordo com os cálculos realizados.	17. Promove a hidratação da pessoa e mantém a permeabilidade da sonda gástrica.
18. Após a administração do último frasco, proceda à administração de cerca de 30 ml de água, coloque a tampa na sonda e elimine o sistema de alimentação entérica.	18. Promove a hidratação da pessoa, mantém a permeabilidade da sonda gástrica e previne a infeção.
19. Observe o estado do adesivo de fixação da sonda ao nariz da pessoa e da pele na asa do nariz, e proceda à sua substituição.	19. Evita a exteriorização da sonda e permite identificar ulceração na asa do nariz.
20. Reúna e acondicione o material utilizado.	20. Mantém o material arrumado.
21. Realize a higiene das mãos.	21. Previne a contaminação.
22. Registe e documente os resultados: data e hora da alimentação entérica, tipo de alimentação/ fórmula administrada, presença ou não de volume gástrico residual, modo de administração, volume administrado, tolerância ao procedimento por parte da pessoa.	22. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

EXECUTAR: COLOCAÇÃO DA SONDA EM DRENAGEM PASSIVA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição médica.	1. Previne erros.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo e facilita procedimento.
4. Identifique a pessoa.	4. Previne o erro.
5. Feche a porta do quarto ou puxe as cortinas da unidade da pessoa.	5. Assegura a privacidade da pessoa.

EXECUTAR: COLOCAÇÃO DA SONDA EM DRENAGEM PASSIVA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
6.Explique o procedimento à pessoa comunicando de forma adequada, clara e de acordo com a literacia da pessoa e solicite o seu consentimento e a sua colaboração.	6.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
7.Proceda do seguinte modo: 1) clampe a sonda; 2) adapte a extremidade da sonda a um saco de drenagem; 3) pendure o saco de drenagem num suporte de cama – a um nível mais baixo que o estômago; 4) fixe a tubuladura do saco à cama de forma a evitar a tração de sonda e permitindo simultaneamente a movimentação do tórax da pessoa/cliente; 5) monitorize as características do resíduo gástrico – coloração, quantidade e composição; 6) despiste a existência de distensão abdominal e monitorize a sua evolução; 7) informe o médico assistente.	7.Permite a drenagem do conteúdo gástrico e favorece o restabelecimento do processo de absorção.
8.Posicione a pessoa com a cabeceira elevada pelo menos a 30° (<i>se a condição da pessoa o permitir</i>).	8.Evita o risco de regurgitação gastro esofágico e conseqüentemente o risco de vômito em caso de obstrução da sonda.
9.Reúna e acondicione o material utilizado.	9.Mantém o material arrumado e previne a contaminação.
10.Realize a higiene das mãos.	10.Preve a contaminação.
11.Registe e documente os resultados: coloração, cheiro, quantidade e composição.	11.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos Técnicos*. 2.ª ed. Lisboa.
- Bankhead, R.; Ankhead, R.; Boullata, J.; Brantley, S.; Corkins, M; Guenter, P; Krenitsky J; Wessel, J. (2009). Enteral nutrition practice recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 33(2), 122-167. doi:10.1177/0148607108330314.

- Caple, C.; Walsh, K. (19 de maio de 2017) Enteral Feeding: Administering – Gravity-Assisted. Nursing practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=7&sid=894598ea-c91f-449c-8c89-033b13f4206c%40sessionmgr4006>.
- Caple, C.; Walsh, K. (26 de maio de 2017) Enteral Feeding, Pump-Assisted: Performing. Nursing practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=10&sid=894598ea-c91f-449c-8c89-033b13f4206c%40sessionmgr4006>.
- Henriques, F.; Santos, C.; AMARAL, A. (2005). *Manual Sinais Vitais: Técnicas de Enfermagem*. Edição Formasau, Coimbra, Novembro de 2005, p. 7-31, ISBN 972 96680-0-0-0.
- Jaafar, M. H.; Mahadeva, S.; Morfan, K.; Tan, M.P. (2015). Percutaneous endoscopic gastrostomy versus nasogastric feeding in older individuals with non-stroke Dysphagia: a systematic review. *Journal of nutrition, health e aging*. 2015. 19(2):190-7. Obtido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651445>.
- Lucendo AJ; Frigal-Ruiz AB. (2014) Percutaneous endoscopic gastrostomy: An update on its indications, management, complications, and care. *Revista Espanola de Enfermidades Digestivas*. 2014. Dec;106 (8):529-39. Obtido de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25544410>.
- Portal de Codificação e dos GDH (2015). Gastrostomia percutânea. Obtido de: http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Gastrostomia_percut%C3%A2nea_%28PEG%29. Março de 2015.
- Richards, S.; Walsh, K. (1 de janeiro de 2016). Feeding Tube Irrigation: Performing. Nursing practice & Skill. Obtido de b-on: https://www.ebscohost.com/assets-samplecontent/Feeding_Tube_Irrigation_Performing_-_NSP.pdf
- Walsh, K.; Schub, E. (8 de dezembro de 2017). *Gastric Feeding Tube: Using and Caring for the Patient with*. Nursing practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=894598ea-c91f-449c-8c89-033b13f4206c%40sessionmgr4006>.

Edição atualizada e revista de:

- Biscaia, Marisa & Ferreira, Margarida (2005) – Norma de Procedimento de Enfermagem Alimentar entericamente pessoa/ cliente. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. III, pp. 135-148). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

PROMOVER ELIMINAÇÃO EFETIVA

Norma 07. Otimizar cateter vesical

Inserir cateter vesical pessoa do género feminino

Inserir cateter vesical pessoa do género masculino

Trocar saco coletor de urina

Remover cateter vesical

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 07. OTIMIZAR CATETER VESICAL

Hugo Franco, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem interdependente que consiste na inserção/remoção de uma algalia ou sonda vesical na bexiga através do meato urinário e uretra.

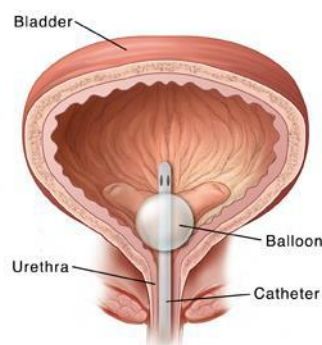


Fig-1 Modelo Anatómico de Cateterismo Vesical- In www.vanderbilthealth.com

OBJETIVOS:

- Drenar urina da bexiga.
- Avaliar o débito urinário.
- Determinar o volume residual.
- Evitar a obstrução vesical.
- Instilar medicamentos na bexiga.
- Dilatar a uretra.
- Facilitar a cicatrização de estruturas adjacentes na cirurgia urológica.
- Permitir a execução de exames auxiliares de diagnóstico.




ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:


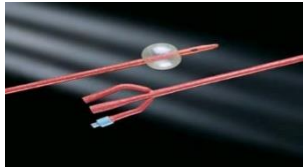
Antes do procedimento:

Refleta sobre o facto de que o uso de cateter vesical deve ser limitado às necessidades clínicas que não podem ser resolvidas de outro modo. Os cateteres vesicais devem permanecer apenas o tempo estritamente necessário e enquanto houver indicação clínica (*não deve ser considerado um tratamento para a incontinência*). Para o efeito deve ser feita uma revisão diária da necessidade clínica da pessoa manter o cateter. Pessoas com cateter vesical apresentam aumento significativo do risco de desenvolver infeção urinária.

Selecione o tipo de cateter para o procedimento. Deverá ter em conta: a idade, a patologia, as características do indivíduo, alergias conhecidas, género, duração prevista, antecedentes da pessoa com o procedimento, preferência e conforto da pessoa e finalidade da inserção do cateter vesical.

Atenda a que o comprimento do cateter depende do género da pessoa. A literatura refere que o comprimento padrão do cateter deve ser de 40cm no homem e de 25cm na mulher. Deve utilizar-se o calibre de cateter mais pequeno que permita uma boa drenagem. O calibre recomendado é: 12-14 unidades de Charrière (Ch) na mulher; 14-16 Ch no homem.

Tipos de cateteres vesicais	Indicações	Substituição
<u>ESVAZIAMENTO OU USO ÚNICO</u> 	<ol style="list-style-type: none">1. Esvaziamento da bexiga por curtos períodos de tempo (5-10 minutos) NHS (2015);	
<u>FOLEY LATEX</u> 	<ol style="list-style-type: none">1. Esvaziamento por retenção urinária;2. Avaliação de volume residual;3. Controlo do débito urinário;4. Prevenção de estenose;5. Realização de exames auxiliares de diagnóstico.	O tempo estritamente necessário para o cumprimento das indicações – até 28 dias de permanência. (NHS, 2014).
<u>FOLEY SILICONE</u> 	<ol style="list-style-type: none">1. Controlo do débito urinário;2. Prevenção de estenose.	Até 90 dias - NHS (2014)

<p>BEQUILLE E COVELLAIR</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esvaziamento por retenção urinária; 2. Avaliação de volume residual; 3. Inserção de cateter vesical difícil. 	<p>Em situação de urgência ou de difícil acesso à bexiga por processo patológico (Hipertrofia da próstata, tumores vesicais...) NHS (2014)</p>
<p>ARAMADAS de TRIPLO LÚMEN</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Irrigação vesical. 	<p>O tempo estritamente necessário para o cumprimento das indicações – até 28 dias de permanência. NHS (2014).</p>

Assegure-se que os sacos de drenagens estão esterilizados e que possuem, preferencialmente: a) encerramento seguro e fácil de posicionar; b) válvula anti refluxo; c) torneira de despejo (preferencialmente em forma de bisel) o que os torna simples de operar com uma só mão; d) tubagem resistente; e) sistema de medição fiável da urina.

Solicite a presença de outro elemento de modo a manter os membros inferiores afastados, caso a pessoa esteja confusa ou não seja capaz de fletir autonomamente os membros inferiores.

Durante o procedimento:

Use técnica asséptica durante o procedimento cumprindo os seus princípios.

Preencha o balão de fixação com 10 ml de água destilada, no entanto deve sempre verificar a quantidade indicada na embalagem do produto. Nunca introduzir mais ou menos água no balão do que o especificado pelo fabricante. A sub insuflação poderá fazer com que o cateter se exteriorize acidentalmente. A sobre insuflação poderá causar dor e rebentamento do balão levando também à exteriorização acidental da algália. Os balões devem ser preenchidos somente com água estéril. Água da torneira no balão pode introduzir bactérias na bexiga. Soluções salinas podem causar a formação de cristais e inflamação da uretra.

Após o procedimento:

Considere que a substituição do cateter vesical deve ser fundamentada nas necessidades clínicas de cada pessoa, tendo em conta as recomendações do fabricante. Não deve ser feita por períodos fixos ou arbitrários ou estabelecidos por rotina de serviço.

Coloque sempre o saco de drenagem abaixo do nível da bexiga de forma a impedir o refluxo da urina. Nunca devem ser colocados no chão para prevenir a contaminação da válvula de despejo. O saco de drenagem deve ser controlado com regularidade e esvaziado quando estiver a meio da sua capacidade.

Substitua o saco de drenagem: a) na altura de substituição da algália; b) quando estiver danificado ou com fugas; c) quando se verificar acumulação de sedimento e/ou coágulos; d) quando se verificar cheiro desagradável; e) se houver saída acidental do saco e/ou sistema. Em cada despejo, deve ser usado um recipiente limpo e individualizado, evitando o contacto entre a torneira do saco de drenagem e o recipiente de despejo. Previna a contaminação do sistema e fuga de urina durante o esvaziamento e limpe a torneira com celulose, toalhete ou compressa, após o despejo.

Respeite o circuito fechado do sistema de drenagem. O mesmo, só deve ser quebrado por motivos específicos, limitados e claramente definidos.

Substitua o sistema de drenagem se ocorrer quebra de técnica asséptica ou desconexão do sistema de drenagem, usando técnica asséptica após desinfetar a junção algália-saco com álcool a 70°.

Considere que perante alta de pessoa com cateter vesical, além da informação verbal, deve ser fornecido à pessoa, aos familiares ou pessoas significativas, informação escrita com linguagem clara e apropriada que permita a manutenção do circuito fechado após a alta das pessoas com cateter vesical o despiste precoce de sinais de infeção urinária e a mudança do cateter vesical (data e local). Deve constar da carta de alta, informação que permita a manutenção do sistema de drenagem e a continuidade de cuidados, devendo no mínimo, incluir: data de inserção, tipo e calibre do cateter vesical, volume da água destilada no balão, sinais e sintomas de suspeita de infeção.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Álcool a 70° e compressas limpas	Ampolas de 10cc ou volume adequado de água destilada
Material para higiene (bacia com água morna, sabão líquido, manápula, toalha, luvas de látex)	Seringa de 10cc e agulha de diluição
2 resguardos impermeáveis	Gel lubrificante hidrossolúvel (anestésico, se necessário) esterilizado, individual
Kit para inserção de cateter vesical ou campo esterilizado com e sem buraco	Luvas esterilizadas, luvas não esterilizadas
Compressas esterilizadas	Cuvete riniforme não esterilizada
Taça esterilizada	Cateter vesical de dois ou três calibres diferentes
Solução antisséptica de base alcoólica	Saco coletor de urina com válvula de despejo esterilizado
Mesa de apoio	Suporte para saco coletor de urina
Contentor de corto-perfurantes e de resíduos	Soro fisiológico ²¹

²¹ Atualmente, não existe uma recomendação clara comparativa relativamente ao uso de soluções antissépticas, água esterilizada ou soro fisiológico para a limpeza da região periuretral (Richards & Walsh, 2014), pelo que deverá ser consultado protocolo do serviço. Na presente norma, é adotada a utilização do soro fisiológico.

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo feminino	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição médica.	1. Previne erros.
2. Identifique a pessoa.	2. Previne erros.
3. Explique o procedimento à pessoa em relação a: 1) finalidade da inserção do cateter vesical; 2) descrição do procedimento; 3) colaboração. Relativamente à descrição, informe a pessoa que poderá sentir algum desconforto durante o procedimento, mas que vai ser utilizado lubrificante para facilitar a passagem da algália e que deverá comunicar ao enfermeiro qualquer desconforto; que pode mobilizar-se e andar enquanto estiver com o cateter vesical e que pode cooperar durante o procedimento (se for independente no autocuidado: higiene solicite-lhe que realize a higiene perineal no WC).	3. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
4. Realize a higiene das mãos.	4. Previne a contaminação.
5. Reúna o restante material e transporte-o para junto da pessoa.	5. Economiza tempo e facilita o procedimento.
6. Providencie a adequada iluminação no local onde irá realizar o procedimento.	6. Facilita a realização do procedimento.
7. Realize a higiene das mãos.	7. Previne a contaminação.
8. Feche as cortinas da unidade e/ou coloque biombo.	8. Proporciona privacidade à pessoa.
9. Retire toda a roupa da cama deixando a pessoa protegida com o lençol de cima; desentale-o aos pés da cama e dobre a extremidade inferior do lençol até à região supra-púbica.	9. Proporciona privacidade à pessoa.

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo feminino	
Seqüência do procedimento	Fundamentação
10. Posicione ou assista a pessoa a afastar os membros inferiores e a fletir os joelhos, mantendo-os nessa posição.	10. Previne a contaminação.
11. Coloque o resguardo descartável sob a região nadequeira da pessoa.	11. Protege a base da cama.
12. Calce luvas limpas.	12. Previne a contaminação.
13. Realize ou assista a pessoa a realizar a higiene perineal, utilizando uma bacia com água, sabão líquido e uma manápula. Enxague, abundantemente. Proceda à observação do meato urinário e decida sobre o calibre do cateter vesical a inserir.	13. Permite a eliminação da zona do meato de resíduos biológicos potencialmente contaminantes e facilita a realização do procedimento.
14. Descalce as luvas e coloque novo resguardo descartável, se necessário.	14. Previne a contaminação e protege a base da cama.
15. Recolha e arrume adequadamente o material utilizado.	15. Mantém o material arrumado.
16. Proceda à desinfecção da superfície da mesa auxiliar em ziguezague, utilizando compressas limpas embebidas em álcool a 70°.	16. Previne a contaminação.
17. Proceda à desinfecção assética das mãos.	17. Previne a contaminação – a utilização de uma solução de base alcoólica evita que saia de junto da pessoa.
18. Abra o kit de inserção de cateter vesical – se não existir kit abra um campo esterilizado e proceda da seguinte forma: 1) prepare a seringa de água destilada, seguindo os seguintes passos: a) com uma seringa e uma agulha de diluição, aspire o conteúdo da ampola de água destilada - tendo em atenção a quantidade necessária para insuflar o balão da algália; b) proceda à eliminação da agulha de diluição no contentor de corto-perfurantes,	18. Permite a realização da desinfecção do meato, de forma assética;

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo feminino	
Seqüência do procedimento	Fundamentação
evitando conspurcar a seringa; c) coloque a seringa protegida com o invólucro e a cuvette riniforme ao lado do campo esterilizado; d) adicione ao kit de inserção de cateter vesical ou ao campo compressas esterilizadas, uma taça esterilizada, o campo com janela, o cateter vesical selecionado, o saco coletor de urina esterilizado; 5) uma ampola de soro fisiológico e o 6) lubrificante hidrossolúvel.	
19. Calce luvas esterilizadas ²² .	19. Previne a contaminação e mantém a assepsia.
20. Adapte o cateter vesical ao saco coletor de urina esterilizado.	20. Permite o manuseamento do material esterilizado e o cumprimento da técnica asséptica. Evita que ocorram perdas de urina, após a inserção do cateter vesical.
21. Lubrifique cerca de 3 a 5 cm da extremidade do cateter vesical. Se possível lubrifique também o meato urinário.	21. Promove o conforto e facilita a introdução e progressão do cateter vesical ²³ .
22. Coloque o campo com janela sobre o períneo de modo a expor os grandes lábios.	22. Reduz o risco de contaminação do procedimento. Deve adotar-se um sistema que assegure a manutenção de um campo estéril sem receio de contaminação. Se a algália ficar contaminada durante a inserção deve ser substituída.
23. Proceda à limpeza da região periuretral e do meato urinário, seguindo os seguintes passos: 1) com a mão não dominante ²⁴ , afaste os grandes lábios da pessoa e mantenha esta separação durante a limpeza da região periuretral; 2) com a	23. Reduz a presença de microrganismos na zona do meato - a limpeza realiza-se da zona mais limpa para a mais suja de forma a evitar a introdução de novos microrganismos na área desinfetada. O meato urinário deve ser limpo com água ou soro

²² Este passo pode ser substituído pela utilização de uma luva não esterilizada na mão não dominante e uma esterilizada na mão dominante - luva de exame, desde que quem executa tenha destreza suficiente para garantir que não coloca em risco a contaminação, na realização do procedimento.

²³ A Associação Europeia de Enfermeiros de Urologia (EAUN, 2012) argumenta que a melhor evidência sobre a prática sugere que o risco de trauma e infeção uretral pode ser reduzido, no Homem e na Mulher, usando um lubrificante de uso único estéril durante a inserção do cateter (NHS, 2014).

²⁴ Mantenha esta mão nesta posição durante todo o procedimento, considerando esta mão como não esterilizada (Richards & Walsh, 2014).

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo feminino	
Sequência do procedimento	Fundamentação
<p>mão dominante retire do campo, uma compressa esterilizada embebida em soro fisiológico; 3) tocando apenas nas extremidades da compressa, limpe os grandes lábios em sentido descendente do lado mais afastado e elimine-a na cuvette riniforme; 4) repita o procedimento posteriormente do lado mais próximo; 5) faça o mesmo para os pequenos lábios, primeiro do lado mais afastado e posteriormente do lado mais próximo. 6) proceda do mesmo modo para limpar o introito vaginal em sentido descendente do clitóris para a vagina.</p>	<p>fisiológico esterilizados, parecendo não haver vantagem em usar soluções antissépticas, prévia à inserção da algália, como forma de prevenir a infecção urinária na pessoa com cateter vesical.</p>
<p>24.Segure o cateter vesical com a mão dominante deixando até 7,5 cm da parte distal da mesma e coloque o saco coletor de urina sobre a cama.</p>	<p>24.Facilita a realização do procedimento.</p>
<p>25.Insira, suavemente, o cateter vesical na uretra - cerca de 5 a 7,5cm.</p>	<p>25.Permite a introdução do cateter vesical.</p>
<p>26.Quando surgir urina no tubo de drenagem progrida mais 2,5 a 5cm.</p>	<p>26.Garante que o balão do cateter vesical não seja insuflado na uretra posterior.</p>
<p>27.Suspenda a separação dos grandes lábios com a mão não dominante e segure simultaneamente o cateter vesical e a derivação que possui a válvula do balão.</p>	<p>27.Evita a exteriorização do cateter vesical e permite a insuflação do balão.</p>
<p>28.Insufle, lentamente, o balão com água destilada previamente preparada, de acordo com o volume recomendado.</p>	<p>28.Possibilita a fixação do cateter vesical na bexiga.</p>
<p>29.Puxe suavemente o cateter vesical para verificar se o balão está suficientemente cheio para a reter.</p>	<p>29.Garante que o cateter vesical não se exterioriza facilmente.</p>
<p>30.Observe as características da urina: cor, quantidade imediatamente drenada após a inserção</p>	<p>30.Permite ajuizar sobre o volume de líquidos, a presença de hemorragia e de infecção.</p>

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo feminino	
Sequência do procedimento	Fundamentação
do cateter vesical e existência de coágulos e sedimentos.	
31. Retire o campo esterilizado com buraco, rasgando-o na direção do buraco.	31. Permite a continuidade do procedimento.
32. Retire as luvas.	32. Previne a contaminação.
33. Proceda à higienização das mãos com solução antisséptica.	33. Previne a contaminação.
34. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se – se a pessoa necessitar de absorvente de adulto, assegure-se que a tubuladura do saco coletor de urina não fica dobrada.	34. Proporciona conforto e assegura a permeabilidade do cateter vesical. Na mulher, o cateter vesical fixa-se na face interna da coxa, para prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra assegurando uma boa drenagem.
35. Suspenda o saco coletor no suporte a um nível mais baixo que a bexiga, de forma a ficar visível, sem dobras ou torções e evitando que a válvula de despejo toque no chão.	35. Assegura a permeabilidade do cateter vesical, permite a vigilância do débito urinário, evita o refluxo de urina para a bexiga e previne a ocorrência de infeção urinária associada aos cuidados de saúde.
36. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	36. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
37. Registe e documente os resultados - data e hora da inserção do cateter vesical, calibre e tipo de cateter utilizado, finalidade, características e quantidade de urina, reações da pessoa, tipo de colaboração, ensino efetuado, data da próxima reinserção de cateter vesical.	37. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo masculino	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a prescrição médica.	1. Previne erros.
2. Identifique a pessoa.	2. Previne erros.
3. Explique o procedimento à pessoa em relação a: 1) finalidade da inserção do cateter vesical; 2) descrição do procedimento; 3) colaboração. Relativamente à descrição, informe a pessoa que poderá sentir algum desconforto durante o procedimento, mas que vai ser utilizado lubrificante para facilitar a passagem da algália e que deverá comunicar ao enfermeiro qualquer desconforto; que pode mobilizar-se e andar enquanto estiver com o cateter vesical e que pode cooperar durante o procedimento (se for independente no autocuidado: higiene solicite-lhe que realize a higiene perineal no WC).	3. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
4. Realize a higiene das mãos.	4. Previne a contaminação.
5. Reúna o restante material e transporte-o para junto da pessoa.	5. Economiza tempo e facilita o procedimento.
6. Providencie a adequada iluminação no local onde irá realizar o procedimento.	6. Facilita a realização do procedimento.
7. Realize a higiene das mãos.	7. Previne a contaminação.
8. Feche as cortinas da unidade e/ou coloque biombo.	8. Proporciona privacidade à pessoa.
9. Retire toda a roupa da cama deixando a pessoa protegida com o lençol de cima. Desentale-o aos pés da cama e dobre a extremidade inferior do lençol até à região supra-púbica.	9. Proporciona privacidade à pessoa.
10. Posicione ou assista a pessoa a afastar os membros inferiores, mantendo-os nessa posição.	10. Previne a contaminação.

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo masculino	
Seqüência do procedimento	Fundamentação
11. Coloque o resguardo descartável sob a região nadegueira da pessoa.	11. Protege a base da cama.
12. Calce luvas limpas.	12. Previne a contaminação.
13. Realize ou assista a pessoa a realizar a higiene perineal, utilizando uma bacia com água, sabão líquido e uma manápula. Enxague, abundantemente.	13. Permite a eliminação da zona do meato de resíduos biológicos potencialmente contaminantes
14. Descalce as luvas e coloque novo resguardo descartável, se necessário.	14. Previne a contaminação e protege a base da cama.
15. Recolha e arrume adequadamente o material utilizado.	15. Mantém o material arrumado e previne a contaminação.
16. Proceda à desinfecção da superfície da mesa auxiliar em ziguezague, utilizando compressas limpas embebidas em álcool a 70°.	16. Previne a contaminação.
17. Proceda à desinfecção assética das mãos.	17. Previne a contaminação – a utilização de uma solução de case alcoólica evita que saia de junto da pessoa.
18. Abra o kit de inserção de cateter vesical – se não existir kit abra um campo esterilizado e proceda da seguinte forma: 1) prepare a seringa de água destilada, seguindo os seguintes passos: a) com uma seringa e uma agulha de diluição, aspire o conteúdo da ampola de água destilada - tendo em atenção a quantidade necessária para insuflar o balão da algália; b) proceda à eliminação da agulha de diluição no contentor de corto-perfurantes, evitando conspurcar a seringa; c) coloque a seringa protegida com o invólucro e a cuvette riniforme ao lado do campo esterilizado; d) adicione ao kit de inserção de cateter vesical ou ao campo compressas esterilizadas, uma taça esterilizada, o	18. Permite a realização da desinfecção do meato, de forma assética.

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo masculino	
Sequência do procedimento	Fundamentação
campo com janela, o cateter vesical selecionado, o saco coletor de urina esterilizado; 5) uma ampola de soro fisiológico e o 6) lubrificante hidrossolúvel.	
19. Calce luvas esterilizadas ²⁵ .	19. Previne a contaminação.
20. Adapte o cateter vesical ao saco coletor de urina esterilizado.	20. Permite o manuseamento do material esterilizado e o cumprimento da técnica asséptica. Evita que ocorram perdas de urina, após a inserção do cateter vesical.
21. Lubrifique cerca de 3 a 5 cm da extremidade do cateter vesical. Se possível lubrifique também o meato urinário.	21. Promove o conforto e facilita a introdução e progressão do cateter vesical ²⁶ .
22. Coloque o campo com janela sobre o períneo de modo a expor o pênis, segurando-o com a mão não dominante.	22. Reduz o risco de contaminação do procedimento. Deve adotar-se um sistema que assegure a manutenção de um campo estéril sem receio de contaminação. Se o cateter vesical ficar contaminado durante a inserção deve ser substituído.
23. Proceda à limpeza da região periuretral e do meato urinário, seguindo os seguintes passos: 1) com a mão não dominante ²⁷ , retraia suavemente o prepúcio, expondo o orifício urinário externo e segure o pênis. Mantenha esta separação durante a limpeza da região periuretral; 2) com a mão dominante retire do campo, uma compressa esterilizada embebida em soro fisiológico; 3)	23. Reduz a presença de microrganismos na zona do meato - a limpeza realiza-se da zona mais limpa para a mais suja de forma a evitar a introdução de novos microrganismos na área desinfetada. O meato urinário deve ser limpo com água ou soro fisiológico esterilizados, parecendo não haver vantagem em usar soluções antissépticas, prévia à

²⁵ Este passo pode ser substituído pela utilização de uma luva não esterilizada na mão não dominante e uma esterilizada na mão dominante - luva de exame, desde que quem executa tenha destreza suficiente para garantir que não coloca em risco a contaminação, na realização do procedimento.

²⁶ A Associação Europeia de Enfermeiros de Urologia (EAUN, 2012) argumenta que a melhor evidência sobre a prática sugere que o risco de trauma e infeção uretral pode ser reduzido, no Homem e na Mulher, usando um lubrificante de uso único estéril durante a inserção do cateter (NHS, 2014).

²⁷ Mantenha esta mão nesta posição durante todo o procedimento, considerando esta mão como não esterilizada (Richards & Walsh, 2014).

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo masculino	
Sequência do procedimento	Fundamentação
tocando apenas nas extremidades da compressa, limpe utilizando movimentos circulares a glande, do meato urinário para o prepúcio e elimine-a na cuvette riniforme; 4) repita o procedimento anterior mais duas vezes, usando uma compressa nova por limpeza.	inserção da algália, como forma de prevenir a infeção urinária na pessoa com cateter vesical.
24. Segure o cateter vesical com a mão dominante deixando até 7,5 cm da parte distal da mesma e coloque o saco coletor de urina sobre a cama.	24. Facilita a realização do procedimento.
25. Com a mão não dominante, puxe o pénis para cima fazendo um angulo de 90° e com a mão dominante, insira suavemente o cateter vesical na uretra – cerca de 10 cm.	25. Permite a introdução do cateter vesical até à uretra prostática.
26. Mantendo a mão não dominante no pénis, desfaça o angulo e puxe o pénis para a frente – quando for perceptível uma ligeira resistência - e progrida suavemente até surgir urina no tubo de drenagem.	26. Facilita a progressão do cateter vesical ao nível da uretra prostática e evita a realização de falsos trajetos.
27. Quando surgir urina no tubo de drenagem progrida mais 2,5 a 5cm.	27. Garante que o balão do cateter vesical não seja insuflado na uretra posterior.
28. Mantendo a mão não dominante no pénis, segure simultaneamente o cateter vesical e a derivação que possui a válvula do balão.	28. Evita a exteriorização do cateter vesical e permite a insuflação do balão.
29. Insufle, lentamente, o balão com água destilada previamente preparada, de acordo com o volume recomendado.	29. Possibilita a fixação do cateter vesical na bexiga.
30. Puxe suavemente o cateter vesical para verificar se o balão está suficientemente cheio para a reter.	30. Garante que o cateter vesical não se exterioriza facilmente.
31. Desfaça a retração do prepúcio.	31. Previne complicações e promove conforto.

INSERIR CATETER VESICAL	
Pessoa do sexo masculino	
Sequência do procedimento	Fundamentação
32. Observe as características da urina: cor, quantidade imediatamente drenada após a inserção do cateter vesical e existência de coágulos e sedimentos.	32. Permite ajuizar sobre o volume de líquidos, a presença de hemorragia e de infeção.
33. Retire o campo esterilizado com buraco, rasgando-o na direção do buraco.	33. Permite a continuidade do procedimento.
3. Retire as luvas.	34. Previne a contaminação.
35. Proceda à higienização das mãos com solução antisséptica.	35. Previne a contaminação.
36. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se – se a pessoa necessitar de absorvente de adulto, assegure-se que a tubuladura do saco coletor de urina não fica dobrada.	36. Proporciona conforto e assegura a permeabilidade do cateter vesical. Na mulher, o cateter vesical fixa-se na face interna da coxa, para prevenir os movimentos do cateter e pontos de fricção na uretra assegurando uma boa drenagem.
37. Suspenda o saco coletor no suporte a um nível mais baixo que a bexiga, de forma a ficar visível, sem dobras ou torções e evitando que a válvula de despejo toque no chão.	37. Assegura a permeabilidade do cateter vesical, permite a vigilância do débito urinário, evita o refluxo de urina para a bexiga e previne a ocorrência de infeção urinária associada aos cuidados de saúde;
38. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	38. Mantém a unidade arrumada e previne contaminação.
39. Registe e documente os resultados - data e hora da inserção do cateter vesical, calibre e tipo de cateter utilizado, finalidade, características e quantidade de urina, reações da pessoa, tipo de colaboração, ensino efetuado, data da próxima reinserção de cateter vesical.	39. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

SUBSTITUIR SACO COLETOR DE URINA

Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Identifique a pessoa.	1. Previne erros.
2. Explique o procedimento à pessoa.	2. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
3. Realize a higiene das mãos.	3. Previne a contaminação.
4. Prepare o material e transporte-o para junto da pessoa.	4. Economiza tempo e facilita o procedimento.
5. Calce luvas limpas.	5. Previne a contaminação.
6. Esvazie o saco de recolha de urina, avaliando o volume de urina e suas características	6. Assegura a correta realização do procedimento e permite o registo de enfermagem completo.
7. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	7. Previne a contaminação.
8. Substitua o saco coletor de urina, utilizando o equipamento de proteção individual adequado, do seguinte modo: 1) coloque o clampe no cateter vesical; 2) com a mão não dominante segure firmemente no cateter vesical e coloque o saco coletor de urina a adaptar ao cateter vesical entre o 5º e 4º dedo; 3) com a mão dominante desadapte o saco coletor de urina do cateter vesical; 4) retire a tampa do saco coletor de urina a adaptar ao cateter vesical; 5) adapte o novo saco coletor de urina; 6) coloque a tampa do novo saco coletor no saco que retirou.	8. Permite a evitar a tração acidental da algália durante o procedimento e a saída de urina para o chão ou para a roupa da cama.
9. Elimine o saco coletor de urina, consoante normas de controlo e prevenção de infeção.	9. Permite a eliminação correta dos resíduos.
10. Retire as luvas.	10. Previne a contaminação.
11. Realize a higiene das mãos.	11. Previne a contaminação.

REMOVER CATETER VESICAL	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a prescrição médica.	1.Previne erros.
2.Identifique a pessoa.	2.Previne erros.
3.Explique o procedimento à pessoa em relação a: 1) descreva o procedimento; 2) explique como a pessoa pode cooperar durante o procedimento.	3.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.
4.Realize a higiene das mãos.	4.Previne a contaminação.
5.Prepare o material e transporte-o para junto da pessoa.	5.Economiza tempo e facilita o procedimento.
6.Fechas as cortinas da unidade e/ou coloque biombo.	6.Proporciona privacidade à pessoa.
7.Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se em decúbito dorsal.	7.Facilita a realização do procedimento.
8.Retire toda a roupa da cama deixando a pessoa protegida com o lençol de cima. Desentale-o aos pés da cama e dobre a extremidade inferior do lençol até à região supra-púbica.	8.Proporciona privacidade à pessoa.
9.Calce luvas limpas.	9.Previne a contaminação.
10.Esvazie o saco de recolha de urina, avaliando o volume de urina e suas características.	10.Assegura a correta realização do procedimento e permite o registo de enfermagem completo.
11.Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	11.Previne a contaminação.
12.Remova os adesivos, caso existam, de fixação da algália.	12.Promove o conforto.
13.Posicione ou assista a pessoa a afastar os membros inferiores e a mante-los nessa posição.	13.Facilita o procedimento.
14.Coloque o resguardo descartável sob a região nadequeira da pessoa.	14.Protege a base da cama.

REMOVER CATETER VESICAL

Sequência do procedimento	Fundamentação
15. Abra as compressas esterilizadas sobre a mesa de apoio previamente limpa e adicione soro fisiológico às compressas esterilizadas.	15. Permite a realização da limpeza do meato urinário, manuseando o material esterilizado com uma única mão.
16. Calce luvas limpas.	16. Previne a contaminação.
17. Adapte a seringa à válvula de insuflação do cateter vesical e aspire todo o seu conteúdo – confirme a quantidade de líquido aspirado com o volume indicado na válvula do cateter vesical.	17. Assegura a desinsuflação completa do balão do cateter vesical.
18. Solicite à pessoa que respire fundo e no momento da expiração puxe o cateter vesical suavemente.	18. Facilita a remoção do cateter vesical.
19. Proceda à limpeza do meato urinário – (pessoa/cliente do sexo feminino e masculino).	19. Permite a eliminação da zona do meato de resíduos biológicos potencialmente contaminantes.
20. Retire as luvas.	20. Previne a contaminação.
21. Proceda à higienização das mãos com solução antisséptica.	21. Previne a contaminação.
22. Reinstale a pessoa.	22. Proporciona conforto.
23. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	23. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
24. Instrua a pessoa a ingerir líquidos, se não existir contraindicação clínica.	24. Promove a eliminação urinária.
25. Instrua a pessoa a ter a primeira micção na arrastadeira ou no urinol e a chamar o enfermeiro para observação das características da urina.	25. Permite a observação e a avaliação da eliminação urinária.
26. Instrua a pessoa de acordo com a identificação de sinais de perdas hemáticas na urina, sinais e sintomas de infecção, de incontinência reflexa, funcional ou urgência urinária.	26. Promove a independência no autocuidado.

REMOVER CATETER VESICAL

Sequência do procedimento	Fundamentação
27.Registe e documente os resultados - data e hora da remoção do cateter vesical ²⁸ , características e quantidade de urina, reações da pessoa, tipo de colaboração, ensino efetuado.	27.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

European Association of Urology Nurses. (2012). *Evidence bases guidelines for Best practice in Urological Health Care*. Catheterisation . Indwelling Catheters in Adults Urethral & Suprapubic. Obtido de: www.uroweb.org

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2004) *Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário – Algaliação de Curta Duração*. Obtido de: <http://www.insarj.pt>

NHS. (2017). *Urinary Catheter Care Guidelines Version 4*. Obtido de: www.southernhealth.nhs.uk

Richards, S.; Balderrama, D. (23 de junho de 2017) *Urinary Catheter, Indwelling (Foley): Insertion in the Male Adult Patient*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: web.b.ebscohot.com.

Walsh, K. (11 de novembro de 2016) *Urinary Catheter, Indwelling (Foley): Insertion in the Female Adult Patient*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: web.b.ebscohot.com.

Edição atualizada e revista de:

Lopes, A.; Viegas, L. & Matos, O. (2002) – Norma de Procedimento de Enfermagem Executar inserção/remoção de cateter vesical na pessoa/cliente. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp. 319-330). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

²⁸ Caso a pessoa não urine após 4 a 6 horas de ser retirado cateter vesical, comunique ao médico assistente, ou verifique protocolo do serviço.

AVALIAR RISCO DE COMPLICAÇÃO

Norma 08. Monitorizar glicémia capilar e cetonemia

Norma 09. Executar colheita de produtos para análise laboratorial

Colher Urina Tipo II – pessoa com capacidade de seguir instruções e sem cateter vesical

Colher Urina Tipo II – pessoa sem capacidade de seguir instruções e sem incontinência vesical

Colher Urina 24 horas – pessoa com capacidade de seguir instruções e sem incontinência vesical

Colher Urina 24 horas – pessoa sem capacidade de seguir instruções e sem incontinência vesical

Colher urina assética – pessoa com capacidade de seguir instruções

Colher fezes – pessoa com capacidade de seguir instruções e com continência intestinal

Colher fezes – pessoa sem capacidade de seguir instruções e com incontinência intestinal

Colher expetoração – pessoa com capacidade de seguir instruções e de expetorar

Colher secreções oculares

Colher secreções auriculares

Colher secreções nasais

Colher exsudado orofaríngeo

Norma 10. Executar colheita de urina em pessoa com cateter vesical

Colher urina tipo II na pessoa com cateter vesical

Colher urina de 24h na pessoa com cateter vesical

Colher urina assética na pessoa com cateter vesical

Norma 11. Monitorizar propriedades químicas da urina

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 08. MONITORIZAR GLICÉMIA CAPILAR E CETONEMIA

Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de Enfermagem de carácter autónomo e interdependente que consiste na colheita de uma pequena quantidade de sangue capilar, através da perfuração cutânea por uma lanceta ou dispositivo de punção, com vista à determinação dos valores de glicémia²⁹ capilar e/ou cetonemia³⁰, monitorizados através de aparelho próprio.

OBJETIVOS:

Despistar complicações metabólicas: hipoglicémia e hiperglicémia³¹.

Despistar a presença de corpos cetónicos no sangue³².

Promover o autocuidado³³.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Tenha em consideração que a avaliação da glicémia capilar está indicada em situações de risco de alteração do equilíbrio metabólico relacionado com: 1) intervenção cirúrgica; 2) administração de terapêutica que interfira com os níveis de glicémia; 3) administração de nutrição parentérica; 4) (risco de) hipoglicémia e hiperglicémia; que a avaliação da cetonemia está indicada em situações de (risco de) descompensação metabólica.

Atenda sempre aos sintomas de hipoglicémia³⁴ e hiperglicémia³⁵ e cetonemia positiva³⁶.

²⁹ Nível de glicose presente no sangue

³⁰ Presença de corpos cetónicos no sangue.

³¹ Os valores de glicose no sangue são expressos em mg/dl. A normoglicémia é interpretada a partir de valores compreendidos entre 80 e 110 mg/dl, em jejum e entre 110 e 140 mg/dl, depois das refeições. Dessa forma, valores acima do padrão normal indicam hiperglicémia e valores abaixo do padrão normal indicam hipoglicémia.

³² Os valores de cetonemia são expressos em mmol/l. A presença de corpos cetónicos está associada ao risco de descompensação metabólica. Os corpos cetónicos são substâncias que resultam da utilização das reservas de gordura no organismo pelas células, quando a glicose não é utilizada como fonte habitual de energia. Cetonemia positiva/urgência.

³³ As pessoas com Diabetes que fazem regularmente insulina devem ser autónomas na monitorização da glicémia capilar, sabendo intervir eficazmente perante a leitura dos valores obtidos.

³⁴ Sinais de hipoglicémia: Suor excessivo; tremores; fraqueza; palidez; fome; dificuldade na concentração; irritabilidade/agressividade; alteração da consciência; coma.

³⁵ Sinais de hiperglicémia: Poliúria; polidipsia; xerostomia; fome constante e difícil de saciar; cansaço; prurido, principalmente ao nível dos órgãos genitais; visão turva.

³⁶ Náuseas, vómitos, dores abdominais e cefaleias.

Atenda ao facto de que a monitorização da glicémia capilar e cetonemia deve ser individualizada a cada pessoa (com diabetes, ou não), dependendo da sua situação clínica (necessidade de identificar hipoglicemia ou hiperglicemia, a presença de corpos cetónicos e a monitorização do impacto das intervenções instituídas).

Promova, sempre que possível, o autocuidado. No entanto, tenha em consideração que a auto monitorização só deve ser realizada pela pessoa ou cuidador informal se devidamente competente na monitorização dos valores de glicémia capilar e cetonemia e na atuação perante um valor alterado.

Certifique-se que conhece o material. Existem muitos tipos de aparelhos, sendo essencial uma correta utilização do aparelho utilizado (calibração das tiras reagentes).

Certifique-se que as tiras reagentes estão bem-acondicionadas em frasco hermético e na data de validade.

Durante o procedimento:

Utilize luvas limpas pelo risco associado ao procedimento.

Altere o local de punção a cada punção, considerando-se possível puncionar todos os dedos à exceção do dedo indicador³⁷.

Desinfete (em ambiente hospitalar) o local de punção com álcool a 70°, esperando o tempo necessário para que o local fique completamente seco (o álcool ou outro desinfetante pode provocar alterações dos valores de glicemia).

Ensine (em ambiente domiciliário) a pessoa a lavar bem as mãos com água quente e sabão antes da punção, podendo evitar o uso de álcool.

Aqueça o membro, promovendo a circulação de sangue ao local e puncione, idealmente, na parte lateral do dedo, menos doloroso.

Após o procedimento:

Responda sempre em conformidade com os resultados obtidos.

Estenda a sua intervenção para além do presente imediato, ensinando a pessoa sobre estilos de vida saudáveis.

Assegure que o material se mantém limpo e em bom estado de conservação.

³⁷ Geralmente não se utiliza este dedo devido às impressões digitais e porque caso a pessoa fique com complicações oculares, precisa do dedo indicador para o braille.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Aparelho medidor de glicémia e/ou cetonémia	Compressas limpas
Lancetas com dispositivo de punção retrátil	Álcool a 70° (se necessário)
Tiras reagentes compatíveis com o aparelho	Luvras limpas
Tira ou chip de calibração (se necessário)	Contentor de corto-perfurantes (se necessário)
Taça de inox ou cuvette riniforme (se necessário)	

MONITORIZAR GLICÉMIA CAPILAR E CETONEMIA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a necessidade de monitorização da glicémia capilar e/ou cetonemia (sinais de hipo e hiperglicemia, descompensação metabólica) e/ou prescrição médica.	1. Previne complicações e erros.
2. Identifique a pessoa.	2. Previne erros.
3. Realize a higiene das mãos;	3. Previne contaminação.
4. Solicite à pessoa para lavar as suas mãos com água quente e sabão, caso seja possível.	4. Previne a contaminação e dilata os capilares no local da perfuração.
5. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	5. Economiza tempo e facilita o procedimento.
6. Realize a higiene das mãos.	6. Previne contaminação.
7. Prepare o equipamento, calibrando-o de acordo com as instruções do fabricante.	7. Economiza tempo e facilita o procedimento.
8. Explique o procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento.	8. Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa para a realização do procedimento.
9. Calce luvas limpas.	9. Diminui o risco de contaminação do prestador de cuidados.

MONITORIZAR GLICÉMIA CAPILAR E CETONEMIA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
10. Selecione o membro onde poderá realizar a punção atendendo à existência de perfusão EV de soroterapia glicosada, preferindo o outro membro;	10. Permite a obtenção de valores de glicémia fiáveis.
11. Solicite, no caso de a pessoa colaborar, que escolha o local para a realização da punção (segundo ou terceiro dedo da mão, preferencialmente). Explique sobre a importância de alternar os locais de punção e observe as características da pele do local selecionado.	11. Promove a autodeterminação da pessoa e previne o aparecimento de alterações da sensibilidade nas extremidades dos dedos.
12. No caso de a pessoa não colaborar, decida sobre o local mais adequado, mantendo a alternância dos locais a puncionar.	12. Previne o aparecimento de alterações da sensibilidade nas extremidades dos dedos.
13. Coloque o membro a puncionar em declive e proceda à massagem do local a puncionar, da parte proximal para a parte mais distal.	13. Aumenta o fluxo de sangue no local.
14. Desinfete, com uma compressa embebida em álcool (se adequado) o local de punção com a mão dominante, podendo optar por colocá-la posteriormente entre o 4º e 5º dedo da mão não dominante. Aguarde que fique completamente seco.	14. Reduz o risco de infeção.
15. Exerça pressão, com a mão não dominante, na região proximal do local a puncionar, como se fizesse garrote.	15. Favorece o aporte de sangue ao local a puncionar.
16. Puncione a face lateral da extremidade do dedo. Coloque as costas da mão do paciente sobre a mesa, ou, de outro modo, segure o dedo de maneira que não se mexa quando perfurado. O dispositivo deve ser posicionado firmemente contra a pele, perpendicular ao local de punção escolhido.	16. Obtém gota de sangue e diminui a dor associada ao procedimento. A face lateral do dedo contém menos terminações nervosas que a face central da ponta do dedo. Assegura que o dispositivo perfure na profundidade correta.

MONITORIZAR GLICÉMIA CAPILAR E CETONEMIA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
17. Coloque a lanceta no contentor dos cortoperfurantes.	17. Previne picada do prestador de cuidados.
18. Direcione a gota para a tira reagente. A amostra de sangue precisa estar em contacto com a tira reagente pela quantidade de tempo especificada pelo fabricante.	18. Permite a continuidade do procedimento. Assegura resultados de testes precisos.
19. Realize ou solicite à pessoa que realize compressão no local da punção, com a compressa com que efetuou a desinfeção, e aguarde o tempo necessário para o aparelho medidor proceder à respetiva leitura.	19. Promove a hemostase e permite a leitura do valor da glicémia capilar e/ou cetonemia.
20. Certifique-se de que o sangue ficou estancado após a suspensão da compressão do local de punção.	20. Evita o aparecimento de equimoses puntiformes nas extremidades dos dedos da pessoa.
21. Informe a pessoa sobre o valor de glicémia e/ou cetonemia obtido e realize o ensino adequado ao diagnóstico de enfermagem formulado;	21. Envolve a pessoa na prestação de cuidados. e permite a continuidade dos cuidados;
22. Coloque a compressa utilizada na taça/ cuvette ou diretamente no lixo branco.	22. Previne a infeção.
23. Retire a tira reagente do aparelho medidor, utilizando o invólucro de proteção da tira reagente ou uma compressa limpa e coloque-a na taça/cuvete ou diretamente no lixo branco.	23. Previne a infeção.
24. Posicione ou assista a pessoa a posicionar-se.	24. Proporciona conforto.
25. Proceda à eliminação dos resíduos de risco biológico no saco branco (no caso de ter utilizado a taça /cuvete).	25. Permite a eliminação correta dos resíduos e previne a contaminação.
26. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	26. Mantém o material arrumado.
27. Realize a higiene das mãos.	27. Previne a contaminação.

MONITORIZAR GLICÉMIA CAPILAR E CETONEMIA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
28.Registe e documente os resultados.	28.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.
29.Proceda às medidas de correção ou manutenção dos valores de glicémia capilar de acordo com a prescrição médica ou o protocolo do serviço: Em caso de obter valores alterados informar médico e administrar terapêutica protocolada.	29.Preve complications e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Elkin, M. K.; Perry, A. G.; Potter, P. A. (2013). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Loures: Lusociência. 1031p. ISBN 978-85-352-6276-6 1.
- International Diabetes Federation (2009). *Guideline: Self-Monitoring of Blood Glucose in Non-Insulin Treated Type 2*. Brussels. Obtido de: <http://www.idf.org/guidelines/self-monitoring>.
- Wilkinson, J.; Leuven, K. (2010) *Fundamentos de Enfermagem: Pensando e Fazendo*. Vol.2. p. 975. ISBN: 978-85-7241-853-9.
- Zeena, E. (6 de maio de 2016). *Patient Education: Teaching the adult with Diabetes Mellitus, Type 1*. Nursing Practice and Skill. Obtido de: <http://web.a.ebscohost.com>

Edição atualizada e revista de:

- Ferreira, Margarida; Franco, Paula & Leal, Paula (2003) – Norma de Procedimento de Enfermagem Monitorizar glicémia capilar. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp. 371-374). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 09. EXECUTAR COLHEITA DE PRODUTOS PARA ANÁLISE LABORATORIAL

Hugo Franco, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem com caráter interdependente que consiste na colheita de determinados produtos orgânicos (urina, fezes, secreções brônquicas, nasais, oculares, auriculares, de lesões, de feridas, uretrais, vaginais e de cateteres) e inorgânicos (extremidades de cateteres) para análise laboratorial.

OBJETIVOS:

Avaliar a situação analítica da pessoa.

Determinar presença de microrganismos e adequar terapêutica.

Despistar problemas antes da realização de um exame invasivo ou no período pré-operatório.

Complementar o diagnóstico de uma doença.

Acompanhar a evolução de um tratamento de um episódio intercorrente (hemorragia, deterioração ou agravamento do estado de saúde).

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Realize a etiqueta de identificação da amostra ou utilize uma etiqueta do processo clínico.

Avalie a capacidade da pessoa colaborar no procedimento.

Avalie o estado cognitivo da pessoa, determinando se a pessoa consegue seguir instruções.

Avalie a mobilidade da pessoa e força muscular, planeando adequadamente o procedimento.

Determine se é necessário instruir a pessoa sobre restrições alimentares relacionadas com o exame laboratorial.

Assegure a privacidade da pessoa.

Utilize os recipientes de colheita adequados.

Durante o procedimento:

Adote medidas de higiene e controlo de infeção, promovendo o controlo de IACS.

Assegure que executa o procedimento no momento apropriado, segundo a finalidade do mesmo.

Utilize medidas de proteção individual sempre que necessário.

Colha a amostra em quantidade suficiente ou quando indicado em quantidade exata.

Evite contaminar a superfície externa do frasco de colheita.

Atenda aos critérios de exclusão de amostras, de acordo com as boas práticas clínicas³⁸.

Após o procedimento:

Verifique se o frasco se encontra devidamente fechado.

Desinfete a superfície externa, com álcool a 70°, no caso de terem ocorrido salpicos ou derrames.

Identifique corretamente a amostra, utilizando a etiqueta previamente realizada ou a etiqueta impressa do processo clínico (no frasco de colheita e nunca na tampa ou sobre rótulos).

Garanta a conservação e transporte adequado (rápido e seguro) da amostra³⁹.



Adote medidas de higiene e controlo de infeção, respeitando o circuito da amostra colhida, promovendo o controlo de IACS.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Requisição de colheita	Urinol e/ou arrastadeira (se necessário)
Recipiente de colheita adequado (ver figuras)	Seringa de 10 cc (se necessário)
Luvas limpas	Espátula (se necessário)
Etiquetas autocolantes para identificação da amostra	Máscara (se necessário)
	Saco plástico

³⁸ Amostras de sangue; urina; fezes; expetoração; secreções brônquicas; cateter intravascular; suco gástrico; esperma ou outras amostras colhidas com zaragatoa que não sejam identificadas ou que apresentem discordância entre o nome constante no(s) recipiente(s) coletor(es) e no pedido (requisição em papel); qualquer amostra biológica que não seja colhida no coletor apropriado ou que se apresente conspurcada no exterior

³⁹ Há amostras que podem ser conservadas sob refrigeração durante um determinado período de tempo. No entanto, procure não guardar nenhuma amostra por mais de 24h mesmo refrigerada.

COLHER URINA TIPO II ⁴⁰ – PESSOA COM CAPACIDADE DE SEGUIR INSTRUÇÕES E SEM CATETER VESICAL ⁴¹	
Sequência do procedimento	FUNDAMENTAÇÃO
1. Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1. Evita o erro.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.  <p style="text-align: center;">Fig.1: Recipiente</p>	3. Economiza tempo e facilita o procedimento.
4. Identifique a etiqueta: serviço, nome, cama, data, hora e assinatura ou utilize uma etiqueta do processo clínico.  <p style="text-align: center;">Fig.2: Etiqueta</p>	4. Permite a identificação da colheita.
5. Identifique a pessoa.	5. Confirma a identidade da pessoa.

⁴⁰ A análise à urina fornece dados sobre a função renal, metabólica e nutrição da pessoa. É uma análise bioquímica à urina e tem como objetivos avaliar valores bioquímicos como a densidade, a presença de leucócitos, glicose, corpos cetónicos e ph. É um exame simples e de resultado rápido/imediato.

⁴¹ Procedimento (técnica limpa) realizado pela pessoa.


6.Fecher a cortina, explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6.Promove a privacidade, informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7.Forneça à pessoa um frasco de colheita e instrua a pessoa a: desperdiçar o primeiro jato da urina na sanita; urinar cerca de 10 ml para o frasco de colheita; evitar tocar na parte interna do frasco e tampa; devolver o frasco fechado.	7.Permite que a pessoa realize corretamente o procedimento.
8.Calce luvas limpas para recolher o copo com o produto de colheita.	8.Protege de eventual contato com a urina.
9.Coloque a etiqueta de identificação da amostra, no frasco.	9.Identifica corretamente a amostra.
10.Coloque o copo de colheita dentro de um saco plástico.	10.Preve a contaminação em caso de derrame acidental.
11.Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	11.Preve a contaminação.
12.Envie a amostra para o laboratório acompanhada da requisição clínica.	12.Evita atrasos no diagnóstico e identifica corretamente a amostra.
13.Providencia a recolha e a arrumação do material.	13.Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
14.Registe e documente os resultados: hora, tipo de colheita, cor, aspeto, cheiro, colaboração da pessoa.	14.Confirma o procedimento e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER URINA TIPO II – PESSOA SEM CAPACIDADE DE SEGUIR INSTRUÇÕES E SEM INCONTINÊNCIA VESICAL⁴²	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1.Evita o erro.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Economiza tempo e facilita o procedimento.

⁴² Procedimento (técnica limpa) realizado pelo enfermeiro.

4. Identifique a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4. Permite a identificação da colheita.
5. Identifique a pessoa.	5. Confirma a identidade da pessoa.
6. Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7. Assista ou coloque a pessoa na arrastadeira ou urinol e aguarde que a pessoa urine, utilizando o equipamento de proteção individual adequado à situação. Estimule a micção se necessário.	7. Permite a recolha de urina.
8. Aguarde que a pessoa urine. Se for necessário e/ou adequado ausentar-se, quando regressar, volte a colocar o equipamento de proteção individual adequado à situação.	8. Previne a contaminação e protege de salpicos de urina.
9. Retire a arrastadeira ou o urinol. Retire a tampa do copo de colheita e aspire uma amostra de urina da arrastadeira com a seringa, introduzindo-a no frasco de colheita. Em alternativa verta a amostra de urina do urinol para o frasco.	9. Permite a recolha de urina.
10. Assista ou proceda aos cuidados de higiene (se necessário).	10. Promove ao autocuidado e o conforto.
11. Coloque a etiqueta de identificação.	11. Identifica corretamente a amostra.
12. Coloque o copo de colheita dentro de um saco plástico.	12. Previne a contaminação em caso de derrame acidental.
13. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	13. Previne a contaminação.
14. Envie a amostra para o laboratório acompanhada da requisição clínica.	14. Evita atrasos no diagnóstico e identifica corretamente a amostra.
15. Providencia a recolha e a arrumação do material.	15. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
16. Registe e documente os resultados: hora, tipo de colheita, cor, aspeto, cheiro, colaboração da pessoa.	16. Confirma o procedimento e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER URINA 24 HORAS⁴³ – PESSOA COM CAPACIDADE DE SEGUIR INSTRUÇÕES E SEM INCONTINÊNCIA VESICAL⁴⁴

Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1. Evita o erro.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa. 	3. Economiza tempo e facilita o procedimento.
Fig.3: Recipiente de colheita	
4. Identifique a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4. Permite a identificação da colheita
5. Identifique a pessoa.	5. Confirma a identidade da pessoa.
6. Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7. Forneça à pessoa o recipiente de colheita e instrua-a a: 1) iniciar a colheita após a primeira micção da manhã (exclusive); 2) urinar durante as 24 horas para a arrastadeira ou urinol e durante esse tempo verter a urina para o recipiente de colheita, explicando que se evacuar, deve urinar primeiro; 3) terminar a colheita com a primeira micção do dia seguinte (inclusive); devolver o recipiente ao enfermeiro.	7. Permite a recolha adequada da urina.

⁴³ A colheita de urina de 24 horas é uma análise bioquímica à urina e tem como objetivos avaliar a situação analítica da pessoa e/ou complementar o diagnóstico de uma doença.

⁴⁴ Procedimento (técnica limpa) realizado pela pessoa, sendo que a pessoa deverá ingerir a quantidade habitual de líquidos e não consumir bebidas alcoólicas.

8. Calce luvas limpas para recolher o recipiente com o produto de colheita.	8. Previne a contaminação.
9. Coloque a etiqueta de identificação.	9. Identifica corretamente a amostra.
10. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	10. Previne a contaminação.
11. Envie a amostra para o laboratório acompanhada da requisição clínica.	11. Evita atrasos no diagnóstico e identifica corretamente a amostra.
12. Providencia a recolha e a arrumação do material.	12. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
13. Registe e documente os resultados: hora (início e fim), tipo de colheita, cor, aspeto, cheiro, colaboração da pessoa.	13. Confirma o procedimento e promove a continuidade dos cuidados.

EXECUTAR COLHEITA DE PRODUTOS PARA ANÁLISE LABORATORIAL	
[URINA 24 HORAS⁴⁵ – PESSOA SEM CAPACIDADE DE SEGUIR INSTRUÇÕES E SEM INCONTINÊNCIA VESICAL]⁴⁶	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1. Evita o erro.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo e facilita o procedimento.
4. Identifique a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4. Permite a identificação da colheita
5. Identifique a pessoa.	5. Confirma a identidade da pessoa.
6. Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7. Assista ou coloque a pessoa na arrastadeira ou urinol e aguarde que a pessoa urine, utilizando o equipamento de proteção individual	7. Permite a recolha adequada da urina.

⁴⁵ A colheita de urina de 24 horas é uma análise bioquímica à urina e tem como objetivos avaliar a situação analítica da pessoa e/ou complementar o diagnóstico de uma doença.

⁴⁶ Procedimento (técnica limpa) realizado pela pessoa, sendo que a pessoa deverá ingerir a quantidade habitual de líquidos e não consumir bebidas alcoólicas.

adequado à situação. Estimule a micção se necessário, desperdiçando a primeira micção.	
8.Durante as 24 horas, verta a urina para o recipiente de colheita. Realize esse procedimento com luvas e avental. Assista ou proceda aos cuidados de higiene, se necessário.	8.Permite e recolha adequada da urina. Previne a contaminação e promove o conforto.
9.Durante as 24 horas, vigie a eliminação vesical e intestinal da pessoa.	9.Evita perdas de urina.
10.À hora prevista o término da colheita, incentive a eliminação vesical e adicione essa micção ao recipiente.	10.Termina a colheita de urina.
11.Coloque a etiqueta de identificação.	11.Identifica corretamente a amostra.
12.Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	12.Previne a contaminação.
13.Envie a amostra para o laboratório acompanhada da requisição clínica.	13.Evita atrasos no diagnóstico e identifica corretamente a amostra.
14.Providencia a recolha e a arrumação do material.	14.Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
15.Registe e documente os resultados: hora (início e fim), tipo de colheita, cor, aspeto, cheiro, colaboração da pessoa.	15.Confirma o procedimento e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER URINA ASSÉTICA⁴⁷ – PESSOA COM CAPACIDADE DE SEGUIR INSTRUÇÕES⁴⁸	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1.Evita o erro.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Economiza tempo e facilita o procedimento.

⁴⁷ A urocultura é uma análise bacteriológica da urina e tem como objetivos avaliar a situação analítica da pessoa e/ou complementar o diagnóstico de infeção urinária.

⁴⁸ Procedimento (técnica assética) realizado pela pessoa, sendo relevante avaliar sinais e sintomas de infeção urinária: (poliúria, urgência urinária, disúria; hematúria, urina turva com sedimento, cheiro fétido, febre).




Fig.1: Recipiente

<p>4.Identifique a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.</p>	<p>4.Permite a identificação da colheita.</p>
<p>5.Identifique a pessoa.</p>	<p>5.Confirma a identidade da pessoa.</p>
<p>6.Explique os objetivos do procedimento, estabeleça privacidade e solicite o seu consentimento e colaboração.</p>	<p>6.Informa sobre o procedimento, promove a privacidade e obtém o consentimento e colaboração.</p>
<p>7.Assista a pessoa a ir ao WC, arrastadeira ou cadeira sanitária.</p>	<p>7.Facilita a deslocação da pessoa até ao local onde será realizada a colheita do produto.</p>
<p>8.Instrua ou assista a pessoa a colocar o tabuleiro com o material necessário sobre uma cadeira, junto da sanita.</p>	<p>8.Permite que a pessoa tenha espaço no WC adequado às suas necessidades.</p>
<p>9.Instrua a pessoa a fechar a porta do WC antes de realizar a higiene das mãos.</p>	<p>9.Evita a contaminação das mãos.</p>
<p>10.Demonstre à pessoa: a forma de realizar a fricção assética das mãos antes da colheita; a forma de abrir uma embalagem de compressas devidamente embebidas em soro fisiológico; a forma de retirar da embalagem cada compressa (pelas extremidades e sem tocar no centro).</p>	<p>10.Reduz a possibilidade de contaminação das compressas utilizadas na desinfeção perineal.</p>
<p>11.Demonstre à pessoa a forma de retirar a tampa do recipiente de colheita sem tocar no seu interior.</p>	<p>11.Evita a contaminação do recipiente.</p>
<p>12.Instrua a pessoa a realizar a colheita da seguinte forma:</p>	<p>12.Promove a desinfeção adequada do meato urinário. Permite uma colheita adequada. Evita a</p>

<p><u>-Pessoa do sexo masculino:</u> retrair o prepúcio; proceder à limpeza do pénis com movimentos circulares do meato urinário para o prepúcio; colocar as compressas no caixote do lixo e não na sanita; desperdiçar na sanita uma pequena quantidade de urina; recolher a urina para o recipiente, aproximadamente 30 ml; tapar o recipiente sem tocar no seu interior; entregar o recipiente ao enfermeiro logo após a micção.</p> <p><u>-Pessoa do sexo feminino:</u> sentar-se na sanita o mais para trás possível; afastar os grandes lábios com os dedos indicador e polegar da mão não dominante; manter os lábios afastados e limpar sequencialmente da frente para trás os grandes lábios de cada lado, os pequenos lábios de cada lado e o meato/vagina, utilizando uma única compressa para cada movimento; eliminar as compressas no caixote de lixo e não na sanita; desperdiçar na sanita uma pequena quantidade de urina; recolher a urina para o recipiente, aproximadamente 30 ml; tapar o recipiente sem tocar no seu interior; entregar o recipiente ao enfermeiro logo após a micção.</p>	<p>contaminação do recipiente. Previne a contaminação.</p>
<p>13.Calce luvas limpas para recolher o copo com o produto de colheita.</p>	<p>13.Protege de eventual contato com a urina.</p>
<p>14.Aplice a etiqueta de identificação.</p>	<p>14.Previne erros.</p>
<p>15.Coloque o copo de colheita dentro de um saco plástico.</p>	<p>15.Previne a contaminação em caso de derrame.</p>
<p>16.Retire as luvas e realize a higiene das mãos.</p>	<p>16.Previne a contaminação.</p>
<p>17.Envie o produto para o laboratório acompanhado da requisição clínica.</p>	<p>17.Evita atrasos no diagnóstico e permite a identificação da colheita.</p>
<p>18.Providencie a recolha e arrumação do material.</p>	<p>18.Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.</p>

19.Registe e documente os resultados (hora, tipo de colheita, cor, aspeto, cheiro, colaboração da pessoa).	19.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.
--	---

COLHER FEZES ⁴⁹ – PESSOA COM CAPACIDADE DE SEGUIR INSTRUÇÕES E COM CONTINÊNCIA INTESTINAL ⁵⁰	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1.Evita o erro.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preveine a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.  Fig.4: Recipiente de colheita para análise bacteriológica ou coprocultura.	3.Economiza tempo e facilita o procedimento.

⁴⁹ A colheita de fezes pode ser realizada para 3 tipos de análise:

- 1) **análise bacteriológica ou coprocultura:** análise a possível agente infeccioso (bacteriano) presente nas fezes da pessoa. Utiliza sempre recipiente estéril ou com meio de cultura. Não necessita dieta específica. Requer que a amostra colhida inclua muco e fragmentos mucopurulentos e sanguinolentos.
- 2) **análise parasitológica:** análise a possível agente parasita (lombrigas). Utiliza sempre recipiente estéril ou com meio de cultura. Necessita dieta específica isenta de verduras, legumes, batatas e frutas durante 3 dias. Requer amostras da zona interna e da zona externa da massa fecal e que sejam realizadas 3 colheitas de dejeções alternadas.
- 3) **análise para pesquisa de sangue oculto:** análise de possível existência de sangue não visível macroscopicamente. Não necessita de recipiente estéril. Necessita do cumprimento prévio de uma dieta constituída por verduras, saladas, fruta e pão integral. Requer que a amostra seja colhida de 4 a 5 zonas distintas da dejeção e que sejam realizadas 3 colheitas de dejeções alternadas.

⁵⁰ Procedimento (técnica limpa ou assética) realizado pelo enfermeiro. No caso de serem necessárias 3 colheitas, as mesmas deverão ser identificadas (1^a, 2^a, 3^a), deixando documentado nos registos de enfermagem.



Fig.5: Recipiente de colheita para análise parasitológica.



Fig.6: Recipiente de colheita para análise de sangue oculto.

4. Identifique a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4. Permite a identificação da colheita
5. Identifique a pessoa.	5. Confirma a identidade da pessoa.
6. Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7. Instrua a pessoa, se necessário, sobre a dieta a realizar.	7. Permite evitar resultados de falsos positivos.
8. Instrua a pessoa a ir ao WC e a evacuar na arrastadeira ou cadeira sanitária. Assista-a se necessário.	8. Permite a recolha adequada de fezes e promove a autonomia.
9. Instrua a pessoa a urinar primeiro na sanita ou urinol. Após urinar, deve evacuar na arrastadeira ou cadeira sanitária e tapar a arrastadeira, informando o enfermeiro.	9. Evita que a urina iniba o crescimento bacteriano em cultura laboratorial. Evita a exposição das fezes.
10. Calce luvas limpas e coloque avental.	10. Previne a contaminação.

11. Abra o frasco e colha a amostra de matéria fecal atendendo às orientações específicas de cada colheita. Feche o frasco.	11. Permite a recolha adequada de fezes.
12. Assista ou proceda aos cuidados de higiene.	12. Promove o autocuidado e o conforto.
13. Coloque a etiqueta de identificação.	13. Identifica corretamente a amostra.
14. Coloque o recipiente de colheita dentro de um saco plástico.	14. Previne a contaminação em caso de derrame acidental.
15. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	15. Previne a contaminação
16. Envie a amostra para o laboratório acompanhada da requisição clínica.	16. Evita atrasos no diagnóstico e identifica corretamente a amostra.
17. Providencia a recolha e a arrumação do material.	17. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
18. Registe e documente os resultados: hora, tipo de colheita, cor, aspeto, cheiro, colaboração da pessoa.	18. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER FEZES – PESSOA SEM CAPACIDADE DE SEGUIR INSTRUÇÕES E COM INCONTINÊNCIA INTESTINAL⁵¹	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1. Evita o erro.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo e facilita o procedimento.
4. Identifique a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4. Permite a identificação da colheita
5. Identifique a pessoa.	5. Confirma a identidade da pessoa.
6. Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.

⁵¹ Procedimento (técnica limpa ou asséptica) realizado pelo enfermeiro. No caso de serem necessárias 3 colheitas, as mesmas deverão ser identificadas (1ª, 2ª, 3ª), deixando documentado nos registos de enfermagem.

7. Após a dejeção da pessoa, calce luvas limpas e coloque a avental.	7. Previne a contaminação.
8. Assista ou posicione a pessoa para o lado oposto ao seu, abrindo o absorvente.	8. Facilita o procedimento.
9. Abra o frasco e colha a amostra de matéria fecal atendendo às orientações específicas de cada colheita. Feche o frasco.	9. Permite a recolha adequada de fezes.
12. Assista ou proceda aos cuidados de higiene.	12. Promove o autocuidado e o conforto.
13. Coloque a etiqueta de identificação.	13. Identifica corretamente a amostra.
14. Coloque o recipiente de colheita dentro de um saco plástico.	14. Previne a contaminação em caso de derrame acidental.
15. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	15. Previne a contaminação
16. Envie a amostra para o laboratório acompanhada da requisição clínica.	16. Envia atrasos no diagnóstico e identifica corretamente a amostra.
17. Providencia a recolha e a arrumação do material.	17. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
18. Registe e documente os resultados: hora, tipo de colheita, cor, aspeto, cheiro, colaboração da pessoa.	18. Confirma o procedimento e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER EXPETORAÇÃO⁵² – PESSOA COM CAPACIDADE DE SEGUIR INSTRUÇÕES E DE EXPETORAR⁵³	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1. Evita o erro.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo e facilita o procedimento.

⁵² A colheita de secreções brônquicas tem como objetivo a análise bacteriológica da expetoração. Requer assepsia (recipiente esterilizado).

⁵³ Procedimento (técnica assética) realizado pela pessoa ou enfermeiro. Avaliar sinais e sintomas de infeção respiratória baixa (tosse, expetoração, alterações da coloração desta). A colheita deve ser realizada em jejum e logo após a pessoa se levantar.

4. Identifique a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4. Permite a identificação da colheita
5. Identifique a pessoa.	5. Confirma a identidade da pessoa.
6. Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7. Solicite à pessoa que retire a prótese dentária, se existente.	7. Permite eliminar a flora da superfície oral antes de expetorar.
8. Demostre à pessoa a forma de retirar a tampa do frasco sem tocar no seu interior.	8. Previne a contaminação da amostra.
9. Instrua a pessoa a colher a primeira expetoração do dia: bochechar a boca previamente com água; tossir vigorosamente; evitar tossir saliva e depositar a expetoração no recipiente. Após a colheita, devolver o frasco ao enfermeiro (no decorrer do procedimento pode ser necessário colocar equipamento de proteção individual).	9. Permite uma recolha adequada da amostra e a contaminação da mesma.
10. Calce luvas limpas para receber a amostra.	10. Previne a contaminação.
11. Coloque a etiqueta de identificação previamente identificada.	11. Identifica corretamente a amostra.
12. Coloque o recipiente de colheita dentro de um saco plástico.	12. Previne a contaminação em caso de derrame acidental.
13. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	13. Previne a contaminação.
14. Envie a amostra para o laboratório acompanhada da requisição clínica.	14. Envia atrasos no diagnóstico e identifica corretamente a amostra.
15. Providencia a recolha e a arrumação do material.	15. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
16. Registe e documente os resultados: hora, tipo de colheita, cor, aspeto, cheiro, colaboração da pessoa.	16. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER SECREÇÕES OCULARES⁵⁴

Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1.Evita o erro.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Economiza tempo e facilita o procedimento.
4. Identifique a etiqueta: serviço, nome, cama, data, hora e assinatura.	4.Permite a identificação da colheita.
5. Identifique a pessoa.	5.Confirma a identidade da pessoa.
6.Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6.Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7.Calce luvas limpas.	7.Protege de eventual contacto com as secreções.
8.Humedeça a zaragatoa com solução estéril de soro fisiológico.	8.Permite a recolha do exsudado a analisar.
9.Coloque a zaragatoa lateralmente à superfície da conjuntiva ou ao canto do olho com exsudado e recolha o produto biológico rodando a extremidade de algodão.	9.Permite a recolha de uma maior quantidade de exsudado.
10.Retire a zaragatoa e introduza-a no respetivo tubo/embalagem sem tocar no seu exterior.	10.Evita a contaminação do produto de colheita com microrganismos que podem interferir com a interpretação da cultura e mascarar a presença do verdadeiro agente etiológico da doença.
11.Proceda do mesmo modo com outra zaragatoa e recolha produto biológico do outro olho.	11.Serve de controlo da flora normal da pessoa à identificação dos microrganismos presentes no olho com exsudado.
12.Aplique a etiqueta de identificação.	12.Preve erros.
13.Coloque o copo de colheita dentro de um saco plástico.	13. Preve a contaminação em caso de derrame.
14.Retire as luvas e proceda à higiene das mãos.	14.Preve a contaminação.

⁵⁴ Procedimento (técnica assética) realizado pelo enfermeiro, sendo relevante evitar a administração de gotas oftálmicas antes da colheita.

15.Envie o produto para o laboratório acompanhado da requisição clínica.	15.Evita atrasos no diagnóstico e permite a identificação da colheita.
16.Providencie a recolha e arrumação do material.	16.Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
17.Registe e documente os resultados (hora, tipo de colheita, características das secreções, colaboração da pessoa).	17.Confirma o procedimento e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER SECREÇÕES AURICULARES⁵⁵

Seqüência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1.Evita o erro.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Economiza tempo e facilita o procedimento.
4. Identifique a etiqueta: serviço, nome, cama, data, hora e assinatura.	4.Permite a identificação da colheita
5. Identifique a pessoa.	5.Confirma a identidade da pessoa.
6.Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6.Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7.Identifique o ouvido onde pretende recolher a amostra de secreção.	7.Indentifica o local da realização da colheita.
8.Calce luvas limpas.	8.Protege de eventual contacto com as secreções.
9.Humedeça a zaragatoa com solução estéril de soro fisiológico.	9.Permite a recolha do exsudado a analisar.
10.Coloque a zaragatoa aproximadamente 1 cm no canal auditivo, junto à superfície onde se observa a presença de exsudado e recolha o produto biológico rodando a extremidade de algodão.	10.Permite a recolha de uma maior quantidade de exsudado.

⁵⁵ Procedimento (técnica assética) realizado pelo enfermeiro, sendo relevante evitar a administração de gotas auriculares antes da colheita.

11. Retire a zaragatoa e introduza-a no respetivo tubo/embalagem sem tocar no seu exterior.	11. Evita a contaminação do produto de colheita com microrganismos que podem interferir com a interpretação da cultura e mascarar a presença do verdadeiro agente etiológico da doença.
12. Proceda do mesmo modo com outra zaragatoa e recolha produto biológico do outro canal auditivo.	12. Serve de controlo da flora normal da pessoa face à identificação dos microrganismos presentes no canal auditivo com exsudado.
13. Coloque o copo de colheita dentro de um saco plástico.	13. Previne a contaminação em caso de derrame.
14. Retire as luvas e proceda à higiene das mãos.	14. Previne a contaminação.
15. Envie o produto para o laboratório acompanhado da requisição clínica.	15. Evita atrasos no diagnóstico e permite a identificação da colheita.
16. Providencie a recolha e arrumação do material.	16. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
17. Registe e documente os resultados (hora, tipo de colheita, características das secreções, colaboração da pessoa).	17. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER SECREÇÕES NASAIS⁵⁶	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1. Evita o erro.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo e facilita o procedimento.
4. Identifique a etiqueta: serviço, nome, cama, data, hora e assinatura.	4. Permite a identificação da colheita
5. Identifique a pessoa.	5. Confirma a identidade da pessoa.
6. Explique os objetivos do procedimento, estabeleça privacidade e solicite o seu consentimento e colaboração.	6. Informa sobre o procedimento, promove privacidade e obtém o consentimento e colaboração.

⁵⁶ Procedimento (técnica assética) realizado pelo enfermeiro.

7. Identifique a fossa nasal onde pretende recolher a amostra de secreção.	7. Identifica o local da realização da colheita.
8. Calce luvas limpas e coloque restante equipamento de proteção individual se adequado à situação.	8. Protege de eventual contacto com as secreções.
9. Humedeça a zaragatoa com solução estéril de soro fisiológico.	9. Permite a recolha do exsudado a analisar.
10. Coloque a zaragatoa aproximadamente 2 cm na fossa nasal, junto à superfície onde se observa a presença de exsudado e recolha o produto biológico rodando a extremidade de algodão.	10. Permite a recolha de uma maior quantidade de exsudado.
11. Retire a zaragatoa e introduza-a no respetivo tubo/embalagem sem tocar no seu exterior.	11. Evita a contaminação do produto de colheita com microrganismos que podem interferir com a interpretação da cultura e mascarar a presença do verdadeiro agente etiológico da doença.
12. Proceda do mesmo modo com outra zaragatoa e recolha produto biológico da outra fossa nasal.	12. Serve de controlo da flora normal da pessoa face à identificação dos microrganismos presentes na fossa nasal com exsudado.
13. Aplique a etiqueta de identificação.	13. Previne erros.
14. Coloque o copo de colheita dentro de um saco plástico.	14. Previne a contaminação em caso de derrame.
15. Retire as luvas e proceda à higiene das mãos.	15. Previne a contaminação.
16. Envie o produto para o laboratório acompanhado da requisição clínica.	16. Evita atrasos no diagnóstico e permite a identificação da colheita.
17. Providencie a recolha e arrumação do material.	17. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
18. Registe e documente os resultados (hora, tipo de colheita, características das secreções, colaboração da pessoa).	18. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER EXSUDADO OROFARÍNGEO⁵⁷	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1.Evita o erro.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3.Economiza tempo e facilita o procedimento.
4. Identifique a etiqueta: serviço, nome, cama, data, hora e assinatura.	4.Permite a identificação da colheita
5. Identifique a pessoa.	5.Confirma a identidade da pessoa.
6.Explique os objetivos do procedimento e solicite o seu consentimento e colaboração.	6.Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e colaboração.
7.Calce luvas limpas e coloque restante equipamento de proteção individual se adequado à situação.	7.Previne a contaminação.
8.Humedeça a zaragatoa com solução estéril de soro fisiológico.	8.Permite a recolha do exsudado a analisar.
9.Baixar a língua com uma espátula e introduza a zaragatoa e esfregue no fundo da orofaringe sobre cada amígdala.	9.Permite aceder ao local de colheita e realizar o procedimento.
10. Retire a zaragatoa e introduza-a no respetivo tubo/embalagem sem tocar no seu exterior.	10.Evita a contaminação do produto de colheita com microrganismos que podem interferir com a interpretação da cultura e mascarar a presença do verdadeiro agente etiológico da doença.
11.Repita o procedimento para baixar a língua e esfregue outra zaragatoa na mucosa faríngea. Introduza-a no respetivo tubo.	11.Permite aceder ao local de colheita e realizar o procedimento.
12.Aplique a etiqueta de identificação.	12.Previne erros.
13.Coloque o copo de colheita dentro de um saco plástico.	13.Previne a contaminação em caso de derrame.
14.Retire as luvas e proceda à higiene das mãos.	14.Previne a contaminação.

⁵⁷ Procedimento (técnica assética) realizado pelo enfermeiro, sendo relevante avaliar sinais e sintomas de infeção respiratória alta (aumento da tosse, aumento da expectoração e alterações da cor, dor de garganta, congestão nasal e cefaleias).

15.Envie o produto para o laboratório acompanhado da requisição clínica.	15.Evita atrasos no diagnóstico e permite a identificação da colheita.
16.Providencie a recolha e arrumação do material.	16.Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
17.Registe e documente os resultados (hora, tipo de colheita, características das secreções, colaboração da pessoa).	17.Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS:

- Caple, C.; Schub, E. (28 de abril de 2017) *Urine Specimen: Obtaining Midstream (Clean-Voided) Urine*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com
- Carvalho, C.; Ventura, H.; Diogo, J.; Carvalho, M. I.; Ramos, M. P. (2010). *Manual de Colheitas do Serviço de Patologia Clínica*. HGO.
- Pereira, P. [et al] (2011). *Manual de Colheitas de Laboratório de Microbiologia*. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz.
- Potter, P.A.; Perry, A. G.; Stockert, P.A; Hall, A.M. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 978-85-352-6153-0.
- Schub, T.; Heering, H. (24 de novembro de 2017) *Specimen Collection: Performing – Nasal Drainage*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com
- Schub E, Caple C, Pravikoff D (2016) *Specimen Collection: Performing -- Stool Testing*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com

Edição atualizada e revista de:

- Bicho, F.; Ramos, L. & Cruchinho, P. (2006) – Norma de Procedimento de Enfermagem Monitorizar glicémia capilar. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp. 253-281). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 10. EXECUTAR: COLHEITA DE URINA NA PESSOA COM CATETER VESICAL

Hugo Franco, Susana Duarte, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de enfermagem, de carácter interdependente, que consiste na colheita de urina para análise laboratorial.

OBJETIVOS:

Avaliar objetivamente a situação analítica da pessoa.

Despistar problemas antes da realização de um exame invasivo ou no período pré-operatório.

Complementar o diagnóstico de uma doença.

Acompanhar a evolução de um tratamento de um episódio intercorrente (hemorragia, deterioração ou agravamento do estado de saúde).

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Realize a etiqueta de identificação da amostra ou utilize a etiqueta do processo clínico.

Determine se é preciso instruir a pessoa sobre restrições alimentares relacionadas com o exame laboratorial.

Durante o procedimento:

Respeite a privacidade da pessoa.

Utilize medidas de proteção individual sempre que necessário (máscara, luvas e avental).

Execute a colheita no momento mais apropriado à finalidade do exame.

Cumpra corretamente o procedimento, uma vez que a fiabilidade dos resultados laboratoriais depende da qualidade da amostra da urina (Walsh & Mennella, 2014). Colha a amostra em quantidade suficiente ou quando indicado em quantidade exata e utilize os recipientes de colheita adequados.

Coloque a etiqueta no frasco de colheita e não na tampa ou sobre rótulos.

Evite contaminar a superfície externa do frasco de colheita e verifique se ele se encontra firmemente fechado; caso ocorram salpicos ou derrames, a parte externa do frasco deve ser desinfetada imediatamente com álcool a 70°.

Após o procedimento:

Garanta a conservação e transporte adequado da amostra.

Envie a amostra o mais rapidamente possível para o laboratório e devidamente identificada com uma etiqueta.

Procure não guardar nenhuma amostra por mais de 24h mesmo refrigeradas (há amostras que podem ser conservadas sob refrigeração durante um determinado período de tempo).

Adote medidas de higiene e de controlo de infeção nos serviços e instituições, respeitando o circuito da amostra no que se refere a zonas de sujos (zonas consideradas contaminadas) e zonas de limpos (zonas consideradas higienizadas e limpas) promovendo para o controlo de IACS.

Avalie sinais e sintomas de infeção urinária: polaquiúria (urinar muitas vezes em pequena quantidade), disúria (dor ao urinar), hematúria (sangue na urina), piúria (leucócitos na urina visíveis sobre a forma de pus), urina turva com sedimento, cheiro fétido, febre.

Fatores de Risco na aquisição de infeção do trato urinário na pessoa com cateter vesical

(INRJ, 2004)

Fatores de Risco Intrínsecos

Idade avançada

Sexo (diferenças anatómicas inerentes)

Diabetes

Imunodeficiência

Desnutrição

Insuficiência renal

Fatores de Risco Extrínsecos

Qualidade de cuidados na inserção

Tempo de permanência do cateter vesical

Manutenção do circuito fechado de drenagem

Despejo dos sacos de drenagem

Tempo de internamento

Critérios para exclusão de amostras de acordo com boas práticas clínicas.

- a) Amostras de sangue; urina; fezes; expetoração; secreções brônquicas; cateter intravascular; suco gástrico; esperma ou outras amostras colhidas com zaragatoa que **não sejam identificadas ou**

que apresentem discordância entre o nome constante no(s) recipiente(s) coletor(es) e no pedido (requisição em papel).

- b) Qualquer amostra biológica que **não seja colhida no frasco apropriado ou que se apresente conspurcada no exterior**

MATERIAL NECESSÁRIO:

Requisição de colheita	Saco plástico
Cuvete riniforme	Álcool a 70 °
Frasco de colheita adequado	Seringa esterilizada (se necessário)
Luvas limpas ou esterilizadas	Agulha subcutânea (se necessário)
Compressas limpas ou esterilizadas	Clampe (se necessário)
Etiquetas autocolocantes	Corto perfurantes (se necessário)



COLHER URINA TIPO II NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁵⁸	
Seqüência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1.Previne erros.
2. Realize a higiene das mãos.	2.Previne a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa. 	3.Economiza tempo e facilita o procedimento.

Fig.1: Recipiente adequado à colheita.

⁵⁸ A colheita de urina para análise tipo II é uma análise bioquímica à urina e tem como objetivos avaliar valores bioquímicos como a densidade, a presença de leucócitos, glicose, corpos cetônicos e pH. É um exame simples e de resultado rápido/ imediato.

COLHER URINA TIPO II NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁵⁸

Sequência do procedimento	Fundamentação
4. Realize ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4. Permite a identificação da colheita.
5. Identifique a pessoa.	5. Previne erros.
6. Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	6. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e a colaboração.
7. Calce luvas limpas.	7. Protege de salpicos e derrames.
<p>8. Desinfete a válvula do saco coletor de urina, ou o local próprio para recolha de urina, com uma compressa embebida em álcool a 70°.</p>  <p>Fig.2: Saco coletor com válvula de esvaziamento</p>	8. Elimina eventuais microrganismos presentes.
<p>9. Retire a tampa do frasco de colheita e:</p> <p>a) <u>Recolha da válvula do saco coletor:</u> 1) coloque-o por baixo da válvula, abra-a e dobre-a ligeiramente (para diminuir a força de saída de urina pela válvula); 2) feche a válvula quando tiver a quantidade adequada de urina – aprox. 10ml.</p> <p>b) <u>Local próprio para recolha de urina:</u> 1) coloque-o num local seguro; 2) com uma seringa de 10 ml aspire do local de recolha de urina do saco coletor; 3) introduza a urina recolhida no frasco de urina.</p>	9. Recolhe a urina necessária.
10. Volte a colocar a tampa no frasco de colheita.	10. Protege a amostra de urina.
11. Observe as características da urina.	11. Permite despistar complicações.

COLHER URINA TIPO II NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁵⁸	
Sequência do procedimento	Fundamentação
12.Desinfete novamente a válvula do saco coletor de urina, ou o local próprio para recolha de urina, com uma compressa embebida em álcool a 70°. Desinfete o frasco de colheita com uma compressa com álcool a 70°, se necessário.	12.Previne a contaminação.
13.Retire as luvas e coloque-as no contentor de resíduos.	13.Previne a contaminação.
14.Realize a higiene das mãos.	14.Previne a contaminação.
15.Aplique a etiqueta.	15.Previne erros e informa o Laboratório.
16.Coloque o frasco de colheita dentro de um saco de plástico.	16. Previne a contaminação em caso de derrame;
17.Envie o produto para o laboratório acompanhado pela requisição clínica.	17.Evita atrasos no diagnóstico e permite a identificação da colheita.
18.Providencie a recolha e arrumação do material.	18. Mantém a unidade arrumada e previne a contaminação.
19. Registe e documente os resultados (hora, tipo de colheita, cor, aspeto, presença de sedimentos, cheiro, colaboração da pessoa).	19. Confirma o procedimento, identifica quem o executou e promove a continuidade dos cuidados.


COLHER URINA DE 24 HORAS NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁵⁹	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1.Previne erros.

⁵⁹ A colheita de urina de 24 horas é uma análise bioquímica à urina e tem como objetivos avaliar a situação analítica da pessoa e/ou complementar o diagnóstico de uma doença.

Tem início após ter sido colocado o saco coletor vazio e termina no dia a seguir à mesma hora. Durante esse período de tempo é recolhida toda a urina eliminada.

A pessoa deverá ingerir a quantidade habitual de líquidos e não consumir bebidas alcoólicas.

COLHER URINA DE 24 HORAS NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁵⁹

Sequência do procedimento	Fundamentação
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa. <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Fig.3: Recipiente adequado à colheita.</p>	3. Economiza tempo e facilita o procedimento.
4. Realize a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4. Permite a identificação da colheita.
5. Aplique a etiqueta de identificação, com a informação da colheita realizada no frasco coletor.	5. Permite a identificação da colheita e frasco coletor.
6. Identifique a pessoa.	6. Previne erros.
7. Explique os objetivos do procedimento à pessoa e solicite o seu consentimento e colaboração.	7. Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e a colaboração.
8. Calce luvas limpas.	8. Protege de salpicos e derrames.
9. Desperdice, no momento em que pretende iniciar a colheita, a urina existente no saco coletor de urina.	9. Garante o início da colheita de urina.
10. Esvazie, durante as 24 h, o saco coletor de urina, se necessário, para o recipiente de colheita (realize esse procedimento com luvas previamente calçadas). Sempre que esvaziar o saco coletor, desinfete a válvula do saco coletor com álcool a 70°.	10. Permite dar continuidade à colheita de urina e protege de salpicos ou derrames de urina.
11. Recolha, à hora prevista do término da colheita, a urina existente no saco coletor de urina, após	11. Termina a colheita de urina.

COLHER URINA DE 24 HORAS NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁵⁹

Sequência do procedimento	Fundamentação
desinfecção da válvula do mesmo (realize esse procedimento com luvas previamente calçadas).	
12. Calce luvas limpas para recolher o recipiente de colheita.	12. Previne a contaminação em casos de derrame.
13. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	13. Previne a contaminação.
14. Envie o produto para o laboratório acompanhado pela requisição clínica.	14. Evita atrasos no diagnóstico e permite a identificação da colheita.
15. Providencie a recolha e arrumação do material.	15. Mantém a unidade arrumada e previne contaminação.
16. Registe e documente os resultados (hora, tipo de colheita, cor, aspeto, presença de sedimentos, cheiro, colaboração da pessoa/cliente).	16. Confirma o procedimento, identifica quem o executou e promove a continuidade dos cuidados.

COLHER URINA ASSÉTICA NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁶⁰


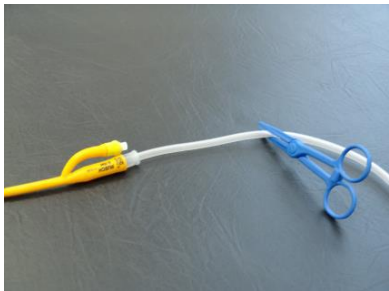
Sequência do procedimento	Fundamentação
1. Verifique a colheita a realizar na folha de requisição clínica.	1. Previne erros.
2. Realize a higiene das mãos.	2. Previne a contaminação.
3. Reúna o material e transporte-o para junto da pessoa.	3. Economiza tempo e facilita o procedimento.

⁶⁰ A colheita assética de urina (urocultura) é uma análise bacteriológica da urina e tem como objetivos avaliar a situação analítica da pessoa e/ou complementar o diagnóstico de uma infeção urinária.

É uma análise que requer assepsia e um recipiente esterilizado.

Se o saco coletor não possuir um local específico para a realização da colheita, faz-se a recolha da urina no lúmen que se encontra adaptado ao saco coletor de urina, junto à bifurcação dos lúmens – não puncione o lúmen de insuflação/desinsuflação do balão do cateter urinário.

COLHER URINA ASSÉTICA NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁶⁰

Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p>Fig.4: Recipiente adequado à colheita.</p>	
4.Realize a etiqueta ou utilize uma etiqueta do processo clínico.	4.Permite a identificação da colheita.
5.Identifique a pessoa.	5.Preve erros.
6.Explique os objetivos do procedimento à pessoa/cliente e solicite o seu consentimento e colaboração.	6.Informa sobre o procedimento e obtém o consentimento e a colaboração.
7.Clampe a algália a 10 cm da extremidade da tubuladura do saco coletor de urina, durante 15 a 20 minutos.	7.Permite a acumulação de urina a montante do clampe.
 <p>Fig.5: Clampagem da tubuladura do saco coletor de urina</p>	
8.Proceda, passados os 15 a 20 minutos, à desinfeção da mesa auxiliar de trabalho com álcool a 70°.	8.Corresponde ao tempo necessário para a acumulação de urina em quantidade suficiente para a realização da colheita e previne a contaminação.
9.Realize a higiene das mãos.	9.Preve a contaminação.

COLHER URINA ASSÉTICA NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁶⁰

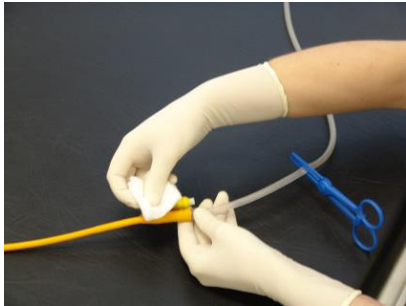



Sequência do procedimento	Fundamentação
10. Abra o pacote das luvas esterilizadas, adicione compressas esterilizadas, seringa de 20cc, agulha SC.	10. Permite a eliminação dos microrganismos no local de punção.
11. Adicione álcool a 70° nas compressas.	11. Previne a contaminação em casos de derrame.
12. Calce as luvas esterilizadas e adapte a agulha SC a uma seringa de 20cc, com o bisel alinhado com a escala da seringa e voltado para cima.	12. Previne a contaminação.
13. Retire uma compressa esterilizada embebida em álcool a 70°, desinfete a superfície do cateter urinário na extremidade que se encontra adaptada ao saco coletor de urina, junto à bifurcação das vias com movimentos lineares, elimine-a na taca riniforme e deixe secar. 	13. Previne a contaminação.
14. Segure, com uma das mãos, na tubuladura do saco coletor de urina e insira a agulha SC adaptada à seringa no local desinfetado, com um ângulo de 45° em relação ao eixo longitudinal do cateter urinário e incline a seringa para baixo em direção à tubuladura de drenagem – a agulha é inserida aproximadamente 5 a 7cm mais à frente que a mão. Se a algália tiver local próprio de recolha, use-o preferencialmente.	14. Permite a recolha de urina através da punção do cateter urinário.

Fig. 6: Desinfecção da extremidade da algália com compressa embebida em álcool a 70°

COLHER URINA ASSÉTICA NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁶⁰

Sequência do procedimento	Fundamentação
 <p data-bbox="256 813 778 846">Fig. 7: Inserção da agulha SC e sua progressão</p>	
<p data-bbox="240 884 796 1064">15.Aspire aproximadamente 20 cc de urina e elimine a agulha SC no contentor de corto-perfurantes, sem tocar com a seringa nesse recipiente.</p>   <p data-bbox="256 1821 778 1899">Fig. 8: Eliminação da agulha SC no contentor de corto-perfurantes</p>	<p data-bbox="818 884 1374 963">15.Evita que a agulha trespassse o lúmen do cateter urinário duas vezes e evita o risco de picada.</p>

COLHER URINA ASSÉTICA NA PESSOA COM CATETER VESICAL⁶⁰

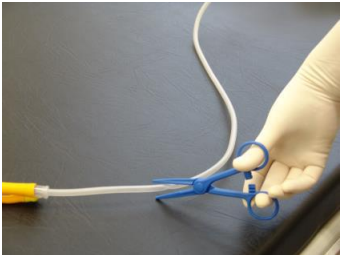
Sequência do procedimento	Fundamentação
16. Abra a tampa do frasco sem tocar no seu interior e coloque-o sobre a superfície da mesa auxiliar – com a parte interna voltada para cima.	16. Permite a colheita de urina em quantidade adequada e previne contaminação.
17. Introduza a urina recolhida a partir da seringa no interior do frasco estéril e sem tocar no seu interior.	17. Evita a contaminação da amostra de urina.
18. Tape imediatamente o frasco de urina.	18. Evita a contaminação da amostra de urina.
19. Desclampe o cateter urinário (<i>Ver fig. 6</i>); <div style="text-align: center;">  </div>	19. Permite a saída de urina para o saco coletor.
20. Retire as luvas e realize a higiene das mãos.	20. Previne a contaminação.
21. Aplique a etiqueta de identificação.	21. Previne erros.
22. Coloque o frasco de colheita dentro de um saco de plástico.	22. Previne a contaminação em caso de derrame.
23. Envie o produto para o laboratório acompanhado pela requisição clínica.	23. Evita atrasos no diagnóstico e permite a identificação da colheita.
24. Providencie a recolha e arrumação do material.	24. Mantém a unidade arrumada e previne contaminação.
25. Registe e documente os resultados (hora, tipo de colheita, cor, aspeto, presença de sedimentos, cheiro, colaboração da pessoa).	25. Confirma o procedimento, identifica quem executou e promove a continuidade dos cuidados.

Fig. 9: Desclampagem do cateter urinário

REFERÊNCIAS:

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2004). *Recomendações para a prevenção da infecção do tracto urinário – Algaliação de Curta Duração*. Obtido de: <http://www.insarj.pt>

NHS (9 de fevereiro de 2017) *Urinary Catheter Care Guidelines Version 4*. Obtido de: www.southernhealth.nhs.uk

Potter, P.A.; Perry, A. G.; Stockert, P.A; Hall, A.M. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 978-85-352-6153-0.

Richards, S.; Schub, E. (12 de maio de 2017) *Urinary Output: Assessing and Measuring*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com

Mennella, H.; Balderrama, D. (28 de abril de 2017) *Urine Specimen: Obtaining for Laboratory Testing – Indwelling Urinary Catheter*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com

Edição atualizada e revista de:

Bicho, F.; Ramos, L. & Cruchinho, P. (2006) – Norma de Procedimento de Enfermagem Monitorizar glicémia capilar. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp. 253-281). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

Norma de Procedimento de Enfermagem

Norma 11. MONITORIZAR PROPRIEDADES QUÍMICAS DA URINA

Susana Duarte, Hugo Franco, Ana Lúcia Ramos & Andreia Ferreri Cerqueira

DEFINIÇÃO:

Procedimento de carácter autónomo e interdependente que consiste na determinação das propriedades químicas da urina, nomeadamente dos valores de pH⁶¹, densidade⁶², presença de proteínas (proteinúria⁶³), nitritos, leucócitos⁶⁴, bilirrubina⁶⁵, sangue (hematúria⁶⁶), glicose e/ou corpos cetónicos na urina (glicosúria⁶⁷/cetonúria⁶⁸), através da imersão de uma tira reagente numa amostra de urina.

OBJETIVOS:

Avaliar, rapidamente, as propriedades químicas da urina.

Despistar a presença de proteínas, nitritos, leucócitos, bilirrubina, sangue, glicose e/ou corpos cetónicos na urina.

Monitorizar os valores de proteínas, nitritos, leucócitos, bilirrubina, sangue, glicose e/ou corpos cetónicos na urina.

Prevenir complicações.

⁶¹ Os níveis de pH da urina variam de acordo com a hora do dia, dieta e medicação, mas geralmente o pH da urina é ácido (5,5-6-5). Valores de pH superiores a 7, pode indicar a presença de bactérias na urina, enquanto valores mais ácidos da urina podem indicar patologia renal (Caple, 2016; Elkin, Potter & Perry, 2005)

⁶² A densidade da urina é uma medida da concentração da urina e é afetada pela hidratação. A densidade urinária normal é de 1.005- 1.030. O aumento da densidade da urina pode ocorrer devido a desidratação. Baixos níveis de densidade significam que a urina está muito diluída e poderá ocorrer na presença de diabetes, uso de terapêutica diurética, insuficiência renal crónica e ingestão excessiva de água (Caple, 2016).

⁶³ A presença de proteínas na urina pode ocorrer na doença renal, por incapacidade de filtração renal (Caple, 2016).

⁶⁴ A presença de nitritos e leucócitos na urina sugerem a presença de infeção urinária (Caple, 2014). A urina é rica em nitratos, que em presença de bactérias transformam-se em nitritos (Perry, 2013)

⁶⁵ A presença de bilirrubina na urina deriva da decomposição de hemoglobina pelo fígado. Pode ocorrer em caso de doença hepática ou anemia hemolítica (Caple, 2016).

⁶⁶ A presença de sangue na urina pode indicar infeção do trato urinário (ITU), uso de terapêutica anticoagulante ou recente exercício vigoroso, como por exemplo, desporto de contacto (Caple, 2016). No caso de ser recolhida amostra de urina na mulher, deve certificar-se de que não se encontra menstruada, o que poderá levar a um resultado falso positivo de presença de sangue na urina.

⁶⁷ Glicose presente na urina. Existem dois testes que são comumente utilizados na deteção da glicosúria: o teste da tira reativa e o teste confirmatório de Benedict. A glicosúria para o teste da tira reativa pode ser classificada como: traços, 1+, 2+, 3+, 4+ e 5+, de acordo com a tabela de cores fornecida pelo fabricante. Os resultados do teste Benedict também são dados por uma escala de cores. De acordo com a coloração obtida, pode-se ter uma ideia aproximada da quantidade de glicose presente na urina: azul límpida – 0 de glicose; precipitado esverdeado – 100 a 500mg/100ml; precipitado verde turvo – 500 a 1.400mg/100ml; precipitado marrom – 1.400 a 2.000mg/100ml e precipitado vermelho tijolo – mais de 2.000mg/100ml (7). A presença de glicose na urina poderá ocorrer na pessoa com Diabetes ou com doença renal (Caple, 2016).

⁶⁸ Presença de corpos cetónicos na urina. A presença de corpos cetónicos está associada ao risco de descompensação metabólica. Os corpos cetónicos são substâncias que resultam da utilização das reservas de gordura no organismo pelas células, quando a glicose não é utilizada como fonte habitual de energia. Pode existir cetonúria no caso de: Diabetes, Jejum prolongado, quando existem vômitos ou realização de Exercício físico extremo. Para avaliação da cetonúria é utilizado um teste de tira reativa em que os resultados são dados através de uma escala cromática.

ORIENTAÇÕES PARA A EXECUÇÃO:

Antes do procedimento:

Conhecer a anatomofisiologia e avaliação da função do sistema urinário.

Assegure-se que o frasco das tiras reagentes se encontra devidamente fechado e no prazo de validade.

Assegure-se que o recipiente de colheita está devidamente limpo e sem a presença de resíduos de desinfetantes, pois pode provocar falsos positivos de presença de glicose.

Durante o procedimento:

Realizar a avaliação após a micção ou com urina recente, que não esteja à temperatura ambiente há mais de duas horas.

Após o procedimento:

Manter o frasco das tiras reagentes devidamente fechado para que os reagentes se mantenham secos e não alterem com a presença de humidade ou luz.

MATERIAL NECESSÁRIO:

Frasco com tiras reagentes

Luvas limpas

Urinol ou arrastadeira

Compressas limpas

Cuvete riniforme

Copo de plástico

MONITORIZAR PROPRIEDADES QUÍMICAS DA URINA	
Sequência do procedimento	Fundamentação
1.Verifique a prescrição médica.	1.Preve erros.
2.Realize a higiene das mãos.	2.Preve a contaminação.
3.Reúna o material e transporte-o para junto da unidade da pessoa.	3.Evita perda de tempo e previne a contaminação.
3.Realize a higiene das mãos.	3.Preve a contaminação.
4.Identifique a pessoa.	4.Preve erros.
5.Explique o procedimento à pessoa e promova a sua privacidade. <u>-Se a pessoa colaborar e puder fazer a colheita da amostra de urina: ofereça um copo de plástico</u>	5.Obtém o consentimento e a colaboração da pessoa.

<p>à pessoa; instrua a pessoa a recolher uma pequena porção de urina para um copo de plástico e a devolver a mesma ao enfermeiro; calce luvas limpas e receba o copo de plástico.</p> <p><u>-Se a pessoa colaborar mas não puder fazer a colheita da amostra da urina:</u> solicite que informe quando pretender urinar, calce luvas e ofereça uma arrastadeira ou urinol. Se urinar na arrastadeira, colha com uma seringa ou em alternativa verta uma pequena quantidade de urina para um copo plástico.</p> <p><u>-Se a pessoa estiver algaliada:</u> calce luvas limpas; desinfete a válvula com uma compressa embebida em álcool a 70°; recolha para um copo de plástico uma pequena quantidade de urina recente, a partir da válvula do saco coletor.</p>	
<p>6.Mergulhe a tira reagente no copo de plástico ou arrastadeira durante um segundo (no máximo).</p>	<p>6.Possibilita o contacto entre os constituintes da urina a analisar e os reagentes da tira.</p>
<p>7.Retire a tira teste, encostando a aresta lateral ao bordo do copo ou da arrastadeira.</p>	<p>7.Permite a eliminação do excesso de urina.</p>
<p>8.Aguarde o tempo indicado no frasco das tiras reagentes para proceder à leitura.</p>	<p>8.Permite a determinação dos valores constituintes da urina que se pretendem analisar.</p>
<p>9.Limpe a tira reagente com uma compressa limpa.</p>	<p>9.Permite a eliminação do excesso de urina.</p>
<p>10.Coloque a tira reagente perto da escala cromática presente no frasco, sem tocar no mesmo.</p>	<p>10.Previne a contaminação.</p>
<p>11.Compare a cor da reação com a escala cromática e realize a leitura.</p>	<p>11.Permite a determinação dos valores constituintes da urina que se pretendem analisar.</p>
<p>12.Proceda à eliminação adequada dos resíduos e retire as luvas.</p>	<p>12.Previne a contaminação e permite a eliminação correta dos resíduos.</p>
<p>13.Assista ou posicione a pessoa, se necessário.</p>	<p>13.Promove o conforto.</p>

14. Realize a higiene das mãos.	14. Previne a contaminação.
15. Reúna e acondicione adequadamente o material utilizado.	15. Mantém o material arrumado e previne a contaminação.
16. Realize a higiene das mãos.	16. Previne a contaminação.
17. Registe e documente os resultados: data; hora; método de colheita; resultado do teste; observações adicionais (cheiro, urina turva...)	17. Confirma o procedimento, identifica quem o executou e promove a continuidade dos cuidados.
18. Proceda às medidas de correção necessárias de acordo com a prescrição médica ou o protocolo do serviço.	18. Previne complicações.

REFERÊNCIAS:

Caple, C. (1 de julho de 2016) *Urinalysis: Measuring Chemical Properties of Urine*. Nursing Practice & Skill. Obtido de Nursing Reference Center: web.a.ebscohost.com

Carvalho, C.; Ventura, H.; Diogo, J.; Carvalho, M. I.; Ramos, M. P. (2010). *Manual de Colheitas do Serviço de Patologia Clínica*. HGO.

Pereira, P. [et al] (2011). *Manual de Colheitas de Laboratório de Microbiologia*. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz.

Potter, P.A.; Perry, A. G.; Stockert, P.A; Hall, A.M. (2013). *Fundamentos de Enfermagem*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 978-85-352-6153-0.

Wilkinson, J.; Van Leuven, K. (2010). *Fundamentos de Enfermagem: Pensando e Fazendo*. Volume 2, São Paulo: Roca. ISBN: 978-85-7241-853-9.

Edição atualizada e revista de:

Ramos, L. & Cruchinho, P. (2006) – Norma de Procedimento de Enfermagem Monitorizar glicosúria/ cetonúria. In Nunes, Lucília & Ruivo, Alice, Manual 2006: Técnicas de Enfermagem (Vol. I, pp. 377-379). Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.

NOTA FINAL

No presente e-Book – **Aprendizagens em Contexto Simulado II (Volume II): Normas de Procedimento de Enfermagem** – foram apresentadas 11 normas de procedimento de enfermagem, integradas em 6 áreas temáticas: 1) garantir a segurança dos atores no contexto de cuidados; 2) promover integridade cutânea efetiva; 3) promover respiração efetiva; 4) promover alimentação efetiva; 5) promover eliminação efetiva; e 6) avaliar risco de complicação

Este documento nasceu de questões, pesquisas, sínteses e reflexões desenvolvidas por estudantes e professores do DE da ESS | IPS, materializando-se agora num material pedagógico - um recurso digital de fácil acesso, de apoio às aulas teórico-práticas, práticas e ao ensino clínico, constituindo-se numa mais-valia para diferentes atores e contribuindo, em nosso entender, para a qualidade da aprendizagem, sobretudo em contexto simulado, e simultaneamente da realização dos cuidados de Enfermagem.

Todas as Normas de Procedimento de Enfermagem foram cuidadosamente descritas e todos os seus passos fundamentados, atendendo aos estudos de investigação mais recentes nestas áreas de conhecimento. Considerando a sua aplicação efetiva, foram testadas por professores e estudantes ao longo de dois anos letivos consecutivos e ilustradas com imagens recolhidas nas aulas e cujos atores principais foram os estudantes.

Tendo como ponto de partida as normas de procedimento apresentadas, desenvolvemos situações/casos clínicos, em ambiente de aprendizagem simulada, centradas na pessoa adulta e idosa nas vertentes da promoção e recuperação em Saúde. Assim, promovemos a mobilização dos saberes adquiridos e o desenvolvimento de competências pelos estudantes que apelam à integridade e que convocam o conhecimento singular da Enfermagem.