

Manual de Normas de Enfermagem

Procedimentos Técnicos



ACSS

2011

MANUAL DE NORMAS DE ENFERMAGEM PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Bárbara Soares Veiga
Eunice Henriques
Fátima Barata
Fátima Santos
Isabel Silva Santos
Maria Manuela Martins
Maria Teresa Coelho
Paula Cannas da Silva

2ª Edição Revista

Lisboa 2011



Grupo de trabalho

Bárbara Soares Veiga

Enfermeira

Licenciada em Enfermagem

Licenciada em História

Consultora do SCD/E, na Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Eunice Henriques

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico Cirúrgica

Mestre em Ciências de Enfermagem

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Fátima Barata

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação

Licenciada em Enfermagem

Enfermeira Chefe do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. – Hospital de S. José

Fátima Santos

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Médico Cirúrgica

Licenciada em Enfermagem

Enfermeira Chefe do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. – Unidade de Torres Novas

Isabel Silva Santos

Enfermeira

Licenciatura em Administração dos Serviços de Enfermagem

Enfermeira Chefe do Instituto Português do Sangue, IP

Maria Manuela Martins

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação

Doutorada em Ciências de Enfermagem

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Maria Teresa Coelho

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Mestre em Teologia e Ética da Saúde

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Santarém

Paula Cannas da Silva

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação

Licenciada em Enfermagem

Enfermeira Especialista do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. – Hospital de Santa Cruz, actualmente no Hospital da Luz

Prefácio

Maria Helena Simões

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Licenciada em Enfermagem

Coordenadora do SCD/E na Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Revisão Técnica

José Joaquim Penedos Amendoeira

Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico Cirúrgica

Doutorado em Sociologia da Educação

Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Santarém

Capa

Ricardo Ribeiro

Licenciado em Gestão de Marketing

Gestor de projectos – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Fotografia

Hélder Carneiro

Técnico de audiovisual – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Secretariado

Anabela Silva

Assistente administrativa – Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Agradecimentos

A todos aqueles que contribuíram de forma significativa para a elaboração deste manual, em especial às organizações mencionadas e aos colaboradores abaixo indicados:

Organizações:

Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E.
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
Direcção Geral de Saúde, Direcção de Serviços da Qualidade Clínica, PNCI
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Instituto Português do Sangue, I.P.

Colaboradores:

Anabela Araújo Feliz dos Santos

Enfermeira
Licenciada em Enfermagem

Ana Célia Brito Santos

Enfermeira
Licenciada em Enfermagem

Ana Geada

Enfermeira
Licenciada em Enfermagem

Ana Lúcia Coelho Graça

Enfermeira
Licenciada em Enfermagem

Carla Sílvia Fernandes

Enfermeira
Mestre em Ciências de Enfermagem

Isabel Araújo

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem Medico Cirúrgica
Doutorada em Ciências de Enfermagem

Joaquim António Lagarto Telo

Enfermeiro

Licenciado em Enfermagem

Filomena Maria Graça Castelão

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação

Licenciada em Enfermagem

Glória Couto

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação

Licenciada em Enfermagem

Maria Goretti Silva

Enfermeira

Licenciada em Enfermagem

Maria José Maia

Enfermeira

Licenciada em Enfermagem

Maria Luísa Dias

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação

Licenciada em Enfermagem

Maria Salomé Cordeiro Relvão Sacadura

Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Reabilitação

Mestre em Ciências de Enfermagem

Siglas

ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público

CO₂ – Dióxido de carbono

DGCG – Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

DGS – Direcção Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

EV – Endovenosa

FiO₂ – Fracção de oxigénio inspirado

IM – Intramuscular

IP – Instituto Público

mmHg – Milímetros de mercúrio

O₂ – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção

PVC – Pressão Venosa Central

SaO₂ – Saturação de Oxigénio

SC – Subcutânea

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SOS – Sempre que necessário

UFEPRH – Unidade Funcional de Estudos e Planeamento em Recursos Humanos

Prefácio

A ideia de reunir num documento único “um conjunto sistemático de normas” para a enfermagem, é antiga, pois há que disciplinar processos e definir procedimentos que garantam aos enfermeiros respostas seguras, flexíveis e com iguais níveis de qualidade. Filiado no Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, surge o primeiro manual na década de 80. Face ao carácter técnico que envolve uma publicação deste teor, aconteceram duas actualizações até à presente edição do Manual de Normas de Enfermagem - Procedimentos Técnicos.

A preocupação do grupo de trabalho na concepção deste documento foi a de favorecer a enfermagem com orientações dirigidas à prática dos cuidados a oferecer ao ser humano, individualmente e na família, de modo integral e holístico. As práticas seguras e o controlo de infecção foram enfatizadas porque esta é uma área em que a segurança das pessoas é crítica e o custo do desperdício é elevado. Há consciência de que o cliente não dispõe de escolha na maioria das vezes, contudo está aqui plasmado que este tem direito a uma elevada qualidade de serviços a par da técnica rigorosa, face ao actual estado de arte.

Nesta edição há um aspecto inovador que se deve realçar: a linguagem própria, actualizada e editada pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN) e designada por Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que guia os enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planeamento das intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A introdução da linguagem CIPE tornou mais alongada esta actualização, mas este esforço pretende uma aproximação à actual conjuntura de desenvolvimento das práticas.

Este documento reveste-se de um carácter nacional, pois advém da recolha de opiniões de enfermeiros de várias instituições do País e considera as críticas às versões anteriores. Neste contexto e de forma inédita, foram trabalhadas normas sobre as temáticas da dor e feridas.

É recomendável partir para esta consulta equipado com alguns apetrechos que facilitam a compreensão dos conceitos subjacentes, pelo que é fundamental a leitura do capítulo 1 – ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO. Ao longo destas páginas descubra um trabalho enriquecido por figuras, desenhos e fotografias, na sua maioria originais, que ilustram as acções descritas. Fica aqui o convite à consulta e à reflexão do Manual de Normas de Enfermagem, bem como a sugestões que queira partilhar connosco.

À coordenadora que assegurou a liderança, a energia e o entusiasmo necessários ao processo e ao grupo que se dedicou com a sua experiência e saber, além do rigor e qualidade, um agradecimento especial.

Índice

0 – INTRODUÇÃO	14
1 – ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO.....	17
2 – INTERVENÇÕES NO PROCESSO CORPORAL	20
2.1 – Normas no Processo do Sistema Circulatório	21
2.1.1 – Monitorização electrocardiográfica.....	22
2.1.2 – Cateterização de veia periférica.....	25
2.1.3 – Cateterização de veia central.....	30
2.1.4 – Manutenção de cateteres intravasculares	34
2.1.5 – Monitorização da pressão venosa central, por manómetro de água	37
2.2 – Normas no Processo do Sistema Gastrointestinal.....	40
2.2.1 – Entubação nasogástrica.....	41
2.2.2 – Alimentação entérica através de sonda nasogástrica.....	46
2.2.3 – Colostomia – Substituição do saco	52
2.2.4 – Colostomia – Irrigação	55
2.2.5 – Clister de limpeza	59
2.3 – Normas no Processo do Sistema Tegumentar	63
2.3.1 – Pensos a feridas.....	64
2.3.1.1 – Ferida Cirúrgica	66
2.3.1.2 – Ferida Traumática	68
2.3.1.3 – Úlceras	69
2.4 – Normas no Processo do Sistema Musculosquelético.....	71
2.4.1 – Posicionamentos na cama	72
2.4.1.1 – Decúbito Dorsal	75
2.4.1.2 – Decúbito Lateral	77
2.4.1.3 – Decúbito Semi-dorsal	79
2.4.1.4 – Decúbito Ventral.....	82
2.4.1.5 – Decúbito Semi-Ventral	85
2.4.2 – Posicionamentos ao cliente com incapacidade lateral.....	87
2.4.2.1 – Decúbito Dorsal	89
2.4.2.2 – Decúbito lateral para o hemicorpo afectado	90
2.4.2.3 – Decúbito lateral para o hemicorpo são	92
2.4.3 – Exercício corporal.....	94
2.5 – Normas no Processo do Sistema Nervoso.....	101
2.5.1 – Monitorização da dor	102
2.6 – Normas no Processo de Resposta Física.....	105
2.6.1 – Monitorização da Temperatura Corporal	106
2.6.2 – Monitorização da Tensão Arterial.....	109
2.6.3 – Monitorização do Pulso	112
2.6.4 – Monitorização da Respiração	115
2.7 – Normas no Processo do Sistema Respiratório.....	118
2.7.1 – Monitorização da Saturação de Oxigénio	119
2.7.2 – Manutenção da Traqueostomia.....	122
2.7.3 – Aspiração de Secreções	126
2.7.3.1 – Através da Orofaringe/Nasofaringe.....	128
2.7.3.2 – Através do Tubo Endotraqueal/Traqueostomia	130
2.7.4 – Drenagem Torácica Sub-aquática.....	132
2.7.4.1 – Fase de Inserção do Dreno.....	135

2.7.4.2 – Fase de Manutenção.....	136
2.8 – Normas no Processo do Sistema Urinário	139
2.8.1 – Cateterismo Urinário.....	140
2.8.2 – Manutenção do Cateter Urinário	146
3 – INTERVENÇÕES NO COMPORTAMENTO	149
3.1 – Auto cuidado: Cuidar da Higiene Pessoal	150
3.1.1 – Tomar Banho e Vestir-se ou Despir-se	150
3.1.1.1 – Banho na Cama com Ajuda Parcial	151
3.1.1.2 – Banho na Cama com Ajuda Total	154
3.1.1.2.1 – Preparar a Cama	160
3.1.1.3 – Banho no Chuveiro com Ajuda Parcial	165
3.1.1.4 – Banho no Chuveiro com Ajuda Total	168
3.1.2 – Arranjar-se.....	171
3.1.2.1 – Lavar a Cavidade Oral com Ajuda Parcial	172
3.1.2.2 – Lavar a Cavidade Oral com Ajuda Total	175
3.1.2.3 – Arranjar o Cabelo	178
3.1.2.4 – Cuidados Complementares de Conforto.....	184
3.2 – Auto cuidado: Alimentar-se	188
3.2.1 – Alimentação por Via Oral com Ajuda	189
3.3 – Auto cuidado: Erguer-se	193
3.3.1 – Primeiro Levante	194
3.4 – Auto cuidado: Transferir-se	198
3.4.1 – Transferir com Ajuda	199
3.4.1.1 – Transferir da cama para a cadeira/cadeira de rodas	200
3.4.1.2 – Transferir da cadeira/cadeira de rodas para a cama	202
3.4.1.3 – Transferir da cama para a cadeira de rodas com tábua de deslize.....	203
3.4.1.4. – Transferir da cama para a maca	205
3.4.1.5 – Transferir da maca para a cama	207
3.4.1.6 – Transferir da cadeira de rodas para a sanita	207
3.4.1.7 – Transferir da sanita para a cadeira de rodas	208
3.4.1.8 – Transferir com elevador hidráulico/eléctrico	208
3.5 – Auto cuidado: Andar	212
3.5.1 – Andar com Auxiliares de Marcha	213
3.5.1.1 – Andarilho	214
3.5.1.2 – Canadianas	217
4 – INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	220
4.1 – Oxigenoterapia	221
4.1.1 – Oxigénio por Sonda.....	223
4.1.2 – Oxigénio por Máscara/Sonda Nasal Dupla	224
4.2 – Inaloterapia	226
4.3 – Hemoterapia	229
4.4 – Técnicas de Administração de Medicamentos	235
4.4.1 – Via Oral.....	236
4.4.2 – Via Cutânea.....	240
4.4.2.1 – Aplicação de Gel, Loções, Cremes e Pomadas.....	242
4.4.2.2 – Aplicação de Sprays.....	244
4.4.2.3 – Aplicação Transdérmica.....	244
4.4.3 – Via Ocular.....	246

4.4.3.1 – Aplicação de Gotas	248
4.4.3.2 – Aplicação de Pomada	250
4.4.4 – Via Nasal	252
4.4.5 – Via Auricular	256
4.4.6 – Via Vaginal	260
4.4.7 – Via Rectal	264
4.4.8 – Via Subcutânea	268
4.4.9 – Via Intramuscular.....	272
4.4.10 – Via Intravenosa.....	276
4.4.10.1 – Terapia Intermitente	279
4.4.10.2 – Terapia Contínua.....	280

BIBLIOGRAFIA.....	282
--------------------------	------------

ANEXO I	284
----------------------	------------

Índice de figuras

FIGURA 1 – DIAGRAMA DA ESTRUTURA DO MANUAL.....	17
FIGURA 2 – DIAGRAMA DE ORGANIZAÇÃO DA NORMA	18
FIGURA 3 – PUNÇÃO	28
FIGURA 4 – MEDIÇÃO DA Sonda	43
FIGURA 5 – INSERÇÃO DA Sonda	44
FIGURA 6 – CONFIRMAÇÃO DO LOCAL DA Sonda	44
FIGURA 7 – Sonda CLAMPADA	45
FIGURA 8 – VERIFICAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO DA Sonda	49
FIGURA 9 – ALIMENTAÇÃO ENTÉRICA CONTÍNUA	50
FIGURA 10 – IRRIGAÇÃO.....	57
FIGURA 11 – CLISTER DE LIMPEZA	61
FIGURA 12 – MATERIAL DE PENSO	66
FIGURA 12 – MATERIAL DE PENSO	66
FIGURA 13 – EXPOSIÇÃO DA ÁREA DA FERIDA.....	66
FIGURA 14 – REMOÇÃO DE PONTOS.....	67
FIGURA 15 – APLICAÇÃO DE PENSO	68
FIGURA 16 – LIMPEZA DA FERIDA	69
FIGURA 17 – TRANSFER.....	73
FIGURA 18 – MASSAGEM DE CONFORTO	74
FIGURA 19 – POSICIONAMENTO NO CENTRO DA CAMA.....	75
FIGURA 20 – POSICIONAMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NO DECÚBITO DORSAL	76
FIGURA 21 – POSICIONAMENTO DOS MEMBROS INFERIORES.....	76
FIGURA 22 – VERIFICAÇÃO DO ALINHAMENTO CORPORAL	77
FIGURA 23 – POSICIONAMENTO EM DECÚBITO LATERAL	78
FIGURA 24 – MEMBRO SUPERIOR EM DECÚBITO LATERAL.....	79
FIGURA 25 – APLICAÇÃO DE UMA ALMOFADA EM CUNHA.....	80
FIGURA 26 – POSICIONAMENTO DO MEMBRO INFERIOR NO DECÚBITO SEMI-DORSAL	80
FIGURA 27 – POSICIONAMENTO DO MEMBRO SUPERIOR NO DECÚBITO SEMI-DORSAL	81
FIGURA 28 – POSICIONAMENTO EM DECÚBITO SEMI-DORSAL	81
FIGURA 29 – MEMBRO SUPERIOR DIREITO NO DECÚBITO VENTRAL.....	83
FIGURA 30 – MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO NO DECÚBITO VENTRAL.....	83
FIGURA 31 – POSICIONAMENTO EM DECÚBITO VENTRAL.....	84
FIGURA 32 – POSICIONAMENTO DA ARTICULAÇÃO TIBIO-TÁRSICA NO DECÚBITO VENTRAL	84
FIGURA 33 – MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO NO DECÚBITO SEMI-VENTRAL.....	85
FIGURA 34 – POSICIONAMENTO EM DECÚBITO SEMI-VENTRAL.....	86
FIGURA 35 – DECÚBITO DORSAL AO CLIENTE COM INCAPACIDADE LATERAL	89
FIGURA 36 – DECÚBITO LATERAL PARA O LADO AFECTADO.....	90
FIGURA 37 – DECÚBITO LATERAL PARA O LADO SÃO	92
FIGURA 38 – MOBILIZAÇÃO DA CABEÇA	95
FIGURA 39 – MOBILIZAÇÃO DO TRONCO	96
FIGURA 40 – MOBILIZAÇÃO DO OMBRO.....	96
FIGURA 41 – MOBILIZAÇÃO DO COTOVELO	97
FIGURA 42 – MOBILIZAÇÃO DO PUNHO	97
FIGURA 43 – MOBILIZAÇÃO DOS DEDOS	98
FIGURA 44 – MOBILIZAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR	99
FIGURA 45 – MOBILIZAÇÃO DO JOELHO	99
FIGURA 46 – MOBILIZAÇÃO DA TÍBIO TÁRSICA.....	100
FIGURA 47 – MOBILIZAÇÃO DOS DEDOS DO PÉ.....	100
FIGURA 48 – ESCALAS DA DOR	103
FIGURA 49 – ESCALA DA DOR – TRIAGEM DE MANCHESTER	103
FIGURA 50 – FIXAÇÃO DA CÂNULA	124
FIGURA 51 – VERIFICAÇÃO DO ASPIRADOR.....	128
FIGURA 52 – MÁSCARA COM VISEIRA	128
FIGURA 53 – POSICIONAMENTO PARA ASPIRAR.....	129
FIGURA 54 – INSERÇÃO DA Sonda.....	129
FIGURA 55 – SISTEMA DE DRENAGEM	133
FIGURA 56 – CANTOS DOS LENÇÓIS.....	162
FIGURA 57 – APLICAÇÃO DO RESGUARDO	162

FIGURA 58 – COLOCAÇÃO DO LENÇOL DE CIMA	163
FIGURA 59 – PREGA DE PROTECÇÃO AOS PÉS.....	163
FIGURA 60 – ACABAMENTO DA CAMA	164
FIGURA 61 – INSTALAÇÃO DO DISPOSITIVO	179
FIGURA 62 – MASSAGEM DO COURO CABELUDO	180
FIGURA 63 – MASSAGEM DA FACE	191
FIGURA 64 – DISPOSITIVOS DE COMPENSAÇÃO PARA A TRANSFERÊNCIA.....	195
FIGURA 65 – LEVANTE DA CAMA	196
FIGURA 66 – CLIENTE SENTADO	196
FIGURA 67 – ROTAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES.....	201
FIGURA 68 – VERIFICAÇÃO DO ALINHAMENTO CORPORAL	202
FIGURA 69 – TRANSFERÊNCIA DA CAMA PARA A CADEIRA	204
FIGURA 70 – TRANSFERÊNCIA DA CAMA PARA A MACA	206
FIGURA 71 – TRANSFERÊNCIA PARA A MACA	206
FIGURA 72 – INSTALAÇÃO DA LONA DO ELEVADOR	209
FIGURA 73 – MOBILIZAÇÃO DO ELEVADOR.....	210
FIGURA 74 – CLIENTE SENTADO COM AJUDA DO ELEVADOR	210
FIGURA 75 – POSIÇÃO DE PÉ COM ANDARILHO	215
FIGURA 76 – ESTABILIZAÇÃO DE PÉ COM AJUDA DE CINTO.....	215
FIGURA 77 – MARCHA ASSISTIDA COM ANDARILHO.....	216
FIGURA 78 – AJUSTE DA ALTURA DAS CANADIANAS	217
FIGURA 79 – EQUILÍBRIO COM AJUDA DE CINTO	217
FIGURA 80 – PRIMEIRO MOMENTO DE MARCHA	218
FIGURA 81 – SEGUNDO MOMENTO DE MARCHA.....	218
FIGURA 82 – TERCEIRO MOMENTO DE MARCHA	218
FIGURA 83 – QUARTO MOMENTO DE MARCHA.....	218
FIGURA 84 – PREPARAÇÃO DA POMADA	243
FIGURA 85 – APLICAÇÃO DE POMADA.....	243
FIGURA 86 – HIPEREXTENSÃO DA CABEÇA	248
FIGURA 87 – APLICAÇÃO DE GOTAS OCULARES	249
FIGURA 88 – APLICAÇÃO DE GOTAS NASAIS.....	254
FIGURA 89 – APLICAÇÃO DE GOTAS NO CANAL AUDITIVO	258
FIGURA 90 – APLICAÇÃO DO ÓVULO.....	262
FIGURA 91 – UTILIZAÇÃO DE APLICADOR	262

0 – INTRODUÇÃO

Concebeu-se o presente manual a pensar a enfermagem como profissão centrada na relação interpessoal onde “a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual” (OE 2002), com potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas a fim de manter motivação para o auto cuidado (OREM, 1993). Neste contexto foram privilegiados os domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Toda a pessoa é digna de respeito e consideração. Porém há situações ou circunstâncias específicas que por tornarem a pessoa mais frágil e vulnerável, exigem aos enfermeiros uma maior sensibilidade e um maior empenho no respeito pelos direitos humanos.

O processo de gestão dos cuidados exige um equilíbrio constante entre o respeito pelo cliente enquanto pessoa, e a resposta às exigências da organização. Assim, é necessário recorrer a elementos transversais concebendo normas técnicas que permitam a regulação dos comportamentos, que emergem das características individuais e do conhecimento profissional.

Numa perspectiva de gestão, as normas técnicas tornam-se um meio regulador, económico e integrador, razão pela qual se adoptou sempre a mesma estrutura. Contudo, tornam-se uma mais-valia se expressarem a convicção de ganhos para o cliente, daí a construção deste manual pretender ser um compromisso entre a arte e o saber.

Ao conceber este documento centrámo-nos na actividade dos enfermeiros, tendo em conta que esta se contextualiza num trabalho multiprofissional. O ambiente assistencial do nosso país leva a cuidados partilhados com outros profissionais e desenvolvidos, algumas vezes, com a colaboração dos auxiliares de acção médica, familiares e conviventes significativos, mas sempre sob a responsabilidade dos enfermeiros.

Na produção das normas considerou-se o cliente como actor do auto cuidado, intervindo o enfermeiro de forma pró activa, no sentido de valorizar a autonomia e as reminiscências das capacidades.

Este manual pretende ser um contributo para profissionais de enfermagem e alunos em processos de cuidar, tendo por base os princípios científicos, não esquecendo os constrangimentos que decorrem do estado da arte em contexto real nas unidades de saúde, pelo que se delinearam os seguintes objectivos:

- Estabelecer linhas orientadoras para a prestação de cuidados de enfermagem
- Normalizar procedimentos que garantam as boas práticas

- Orientar a execução de procedimentos por princípios científicos e de optimização de recursos
- Desenvolver a arte de saber fazer, considerando o conforto do cliente e a estética dos actos

Focalizámos o desenvolvimento das normas relativamente aos domínios ético-legais realçando o direito à diferença, a promoção da saúde e o ambiente seguro. No sentido de constituir um sistema de informação em enfermagem considerámos a interligação entre a prática e a gestão de cuidados expressa em acções como a colheita de dados, o planeamento, a execução e a avaliação do processo de cuidar.

A metodologia de desenvolvimento deste manual centrou-se em discussões e análises de grupos de peritos de várias áreas, da prática, do ensino e da investigação, com pareceres de informadores chave, individuais e ou de organismos, além de consultas específicas. Os princípios do controlo de infecção, considerados em todos os procedimentos, têm em conta as actuais exigências dos contextos de trabalho e a evolução do conhecimento científico.

O manual de normas surge no âmbito do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, quando, em 1984, se procurou desenvolver um instrumento de medida das necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem. A primeira versão surge em 1986, sucedendo-se mais duas, em 1989 e 2001. Para a elaboração das diversas versões do manual generalista da área Médica e Cirúrgica foram constituídos grupos de trabalho nalguns hospitais utilizadores do SCD/E, que se articulavam com o grupo de trabalho a nível central, sediado no IGIF, actual ACSS.

O presente documento teve como ponto de partida o Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem de 2001, e a análise dos questionários de opiniões e sugestões emitidos pelos utilizadores.

A Ordem dos Enfermeiros, dadas as suas atribuições de regulamentação e controlo do exercício profissional, foi necessariamente consultada. O Parecer do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, (ANEXO I), surge no seguimento de algumas reuniões de trabalho entre representantes da ACSS e da OE, que tiveram como finalidade proceder à análise do Manual e a eventuais alterações às normas, entre Dezembro de 2010 e Março de 2011.

Face ao debate actual do Conselho Internacional dos Enfermeiros e ao desenvolvimento e utilização de uma linguagem classificada em muitas das unidades de saúde, procurou-se basear o texto na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), recorrendo sempre que possível, à nomenclatura do eixo acção. Contudo utilizou-se outra linguagem, quando não se encontrou tradução cultural.

O manual está organizado por capítulos onde o corpo do texto descreve pormenorizadamente os procedimentos. Da sua organização constam 4 capítulos num total de 75 normas.

O grupo que elaborou este manual está convicto que o seu valor é limitado no tempo, face ao desenvolvimento da ciência, mas poderá constituir em si uma oportunidade de orientação e discussão para melhorar os cuidados de enfermagem e implicitamente o nível de satisfação dos clientes. Considerando a importância do contributo de todos os utilizadores, este manual é acompanhado de um questionário de opinião para ser preenchido e devolvido à ACSS – UFEPRH, ao cuidado da enfermeira coordenadora do SCD/E.

1 – ORIENTAÇÕES PARA UTILIZAÇÃO

Este capítulo pretende ser uma ajuda à utilização e esclarecimento de algumas das decisões que presidiram ao desenvolvimento do conteúdo deste manual.

Estas normas, pelo carácter técnico que as suporta, baseiam-se numa prática profissional multicultural, decorrente de conhecimento científico, mas sempre questionável. Por outro lado, torna-se imperativo entender que a sua elaboração seguiu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Nas normas, as acções enunciadas não tendo em conta a especificidade do cliente cuidado, contemplam o princípio de que “... a enfermeira deve estar sempre presente – restaurar a independência do doente se isso for possível, ajudá-lo a viver o melhor possível com as limitações insuperáveis, ou aceitar o fim inevitável...” (HENDERSON, Virgínia; 2007).

Neste manual encontrar-se-ão normas focalizadas nos processos corporais, no comportamento e nos recursos. Os processos são um “conjunto de funções ou acções para atingir um resultado” (CIPE versão 1.0, 2005:39). Nos processos corporais estão incluídas normas relativamente aos vários sistemas (ex. circulatório). Em relação ao comportamento, desenvolveu-se o auto cuidado, considerando este como uma actividade realizada pelo próprio para “... manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária” (CIPE versão 1.0, 2005:46). Os recursos são “forma ou método de concretizar uma intervenção” (CIPE versão 1.0, 2005:111) onde estão incluídas as terapias.

No sentido de facilitar a consulta, apresenta-se no diagrama seguinte a estrutura base do manual.

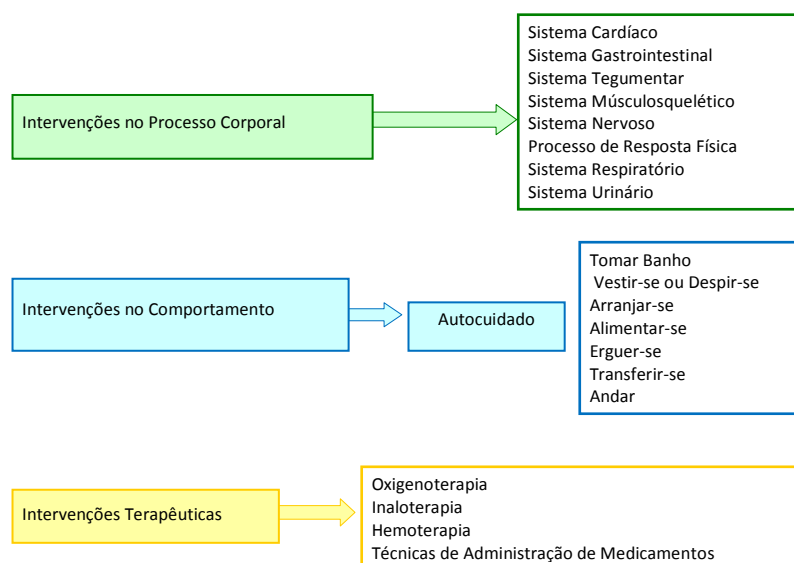


Figura 1 – Diagrama da estrutura do manual

Atendendo a que “...a CIPE não está completa, até porque possui na sua essência a característica de ser dinâmica.” (CIPE versão 1.0, 2005:32), é expectável que a própria terminologia e os conceitos sofram alterações numa próxima revisão.

Algumas vezes o grupo adoptou uma terminologia mais livre, por não encontrar na CIPE os termos para uma tradução cultural das nossas práticas, conforme CIPE versão 1.0 (2005:32), “O utilizador da CIPE pode sentir a necessidade de recorrer a outras classificações/terminologias que lhe forneçam esses conceitos adicionais”.

A teoria do auto cuidado é uma abordagem orientada para a saúde e centrada numa visão holística. Em causa estão as actividades que os clientes iniciam e desempenham pessoalmente em seu próprio benefício para manter a vida, o que lhe confere o carácter pessoal e contínuo (OREM, 1993).

O auto cuidado é nato em cada cliente e aprendido ao longo do seu crescimento e do seu desenvolvimento, através das relações interpessoais e da comunicação quer no seio familiar, quer com os amigos, na escola ou em outros meios. A natureza do auto cuidado leva a considerar que em causa também estão um conjunto de actividades aprendidas, tendo uma relação directa com as crenças, os hábitos, as práticas culturais e os costumes do grupo ao qual pertence o cliente que o pratica. Podemos dizer que o auto cuidado é a capacidade que o cliente tem de realizar as actividades necessárias para viver e sobreviver, “em seu próprio benefício mantendo a vida, a saúde e o bem-estar” (OREM, 1993:131).

O enfermeiro intervém no auto cuidado concebendo a sua acção num dos subsistemas, domínio total ou parcialmente compensatório e de ensino. Na conjugação destes três subsistemas, propostos por OREM, o enfermeiro especifica a forma de intervir, deixando claro que em todos os momentos deve fazer o juízo profissional, face à situação apresentada, decidir em função do diagnóstico e intervir com autonomia no reajuste da norma ao cliente.

Cada norma apresenta-se na lógica do seguinte diagrama:

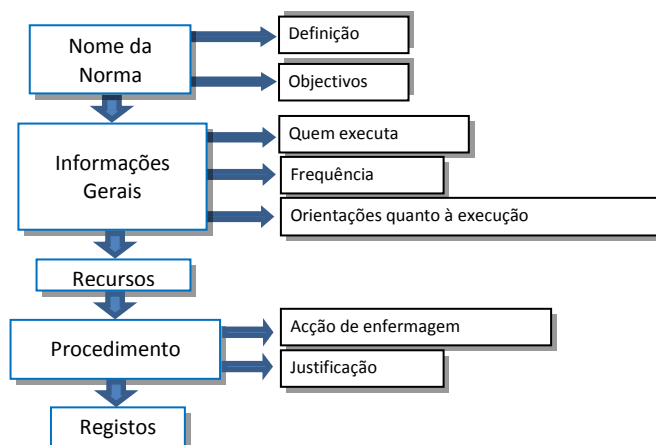


Figura 2 – Diagrama de organização da norma

O nome da norma está relacionado com o procedimento em si mesmo e no título de algumas normas deve subentender-se “Cuidados de Enfermagem ao cliente...” (Ordem dos Enfermeiros, 2002) sempre que tal se torne necessário à melhor compreensão da definição. Esta é a descrição do conceito básico a desenvolver.

Os objectivos estão relacionados com os resultados a obter, não só em benefício do bem-estar do cliente mas também da sua autonomia. As informações gerais contemplam quem executa, como e com que frequência. A frequência destina-se a dar informações sobre a prescrição e o horário. Considera-se que a prescrição é sempre do enfermeiro, com excepção da terapêutica, cuja prescrição é de responsabilidade médica (Parecer CJ 88/2006). Ainda, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, “os enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados...e utilizam técnicas próprias da profissão...com vista à manutenção e recuperação das funções vitais” (Decreto-Lei 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril: Artigo 9º). As orientações quanto à execução têm em conta princípios científicos, de interacção ou de risco. Os recursos descrevem materiais ou dispositivos a utilizar no procedimento.

Os procedimentos apresentam-se ordenados de acordo com a execução de boas práticas e têm em atenção a existência de unidades de saúde com diferentes realidades tecnológicas.

Os registos devem referir sempre: data e hora; diagnósticos de enfermagem que “*é composto pelos conceitos contidos nos eixos de classificação de fenómeno*” (CIPE versão 2, 2011:16); educação para a saúde, considerando-se que é uma intervenção sistematizada e intencional, que consiste em dotar os clientes de conhecimentos que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e a um bem-estar físico, social e mental, devendo ser ajustada sistematicamente às condições do cliente e implicações dos tratamentos; reacções do cliente e notas específicas decorrentes dos cuidados prestados. Estes podem ser manuscritos ou informatizados e devem ser um contributo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, através da operacionalização do Ciclo de Deming: planejar; executar; verificar e melhorar (DEMING, 2007).

A finalidade destas orientações é facilitar a pesquisa das diferentes normas e melhorar a compreensão dos conceitos subjacentes para otimizar a gestão do tempo de consulta.

2 – Intervenções no Processo Corporal

2.1 – Normas no Processo do Sistema Circulatório

Norma 2.1.1 – Monitorização electrocardiográfica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste no registo dos impulsos eléctricos produzidos pelo coração durante os ciclos cardíacos</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Observar o ritmo e frequência cardíaca do cliente ♦ Detectar precocemente alterações, permitindo a intervenção imediata ♦ Prevenir complicações <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ♦ Limpar e desengordurar a pele de modo a permitir o contacto com os eléctrodos e a promover a correcta transmissão dos impulsos eléctricos ♦ Trocar os eléctrodos em SOS, para possibilitar uma melhor aderência à pele e prevenir a irritação cutânea. Os eléctrodos deverão ser colocados, ligeiramente desviados do local anterior ♦ Limitar os alarmes, de acordo com a situação clínica do cliente ♦ Vigiar a ocorrência das seguintes situações que podem estar na origem de falsos alarmes: 	

Monitorização electrocardiográfica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1 / Norma 2.1.1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ colocação incorrecta dos eléctrodos ▪ amplitude insuficiente das ondas R ou segmento ST ▪ movimentos musculares que originam correntes eléctricas que podem ser captadas e registadas pelo monitor como complexos QRS ▪ mau contacto entre os eléctrodos e a pele que pode levar ao aparecimento, no monitor, de uma frequência cardíaca falsamente baixa ▪ posição do cliente na cama que pode alterar a amplitude das ondas R e S <p>♦ Posicionar o cliente de acordo com a sua situação clínica</p> <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Monitor cardíaco ♦ Eléctrodos ♦ Compressas não esterilizadas ♦ Desengordurante da pele ♦ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares ♦ Material para barbear se necessário <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Testar o funcionamento do monitor 3.Lavar as mãos 4.Instruir o cliente sobre o procedimento 5.Posicionar o cliente em decúbito dorsal com elevação da cabeceira de acordo com a sua situação clínica 6.Barbear se necessário 7.Limpar a pele com solução desengordurante 8.Aplicar os eléctrodos no tórax numa disposição triangular, de acordo com a	1.Gerir o tempo 2.Garantir a segurança do cliente 3.Prevenir contaminação 4.Obter a colaboração do cliente Diminuir a ansiedade 5.Evitar falsos alarmes Facilitar a ventilação pulmonar 6.Facilitar a aderência dos eléctrodos 7.Facilitar o contacto com os eléctrodos e a condução dos impulsos eléctricos 8.Obter uma correcta monitorização Actuar eficazmente em caso de

Monitorização electrocardiográfica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1 / Norma 2.1.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>derivação seleccionada.</p> <p>Deixar livres as áreas necessárias para a colocação das pás do desfibrilhador</p> <p>9. Ajustar os eléctrodos ao cabo do monitor</p> <p>10. Limitar os valores mínimos e máximos dos alarmes e accioná-los</p> <p>11. Verificar os valores e o traçado electrocardiográfico</p> <p>12. Vigiar o cliente</p> <p>13. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>14. Apreçar o bem-estar do cliente</p> <p>15. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>16. Lavar as mãos</p>	<p>cardioversão/ desfibrilhação</p> <p>10. Estabelecer parâmetros de segurança</p> <p>11. Detectar precocemente alterações da actividade eléctrica cardíaca</p> <p>14. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>15. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.1.2 – Cateterização de veia periférica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1
Aprovada em:	A rever em:
Director de enfermagem:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste nas acções a desenvolver durante a introdução de um cateter numa veia periférica</p> <p>II – OBJECTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Assegurar o acesso ao sistema venoso com fins terapêuticos e/ou diagnósticos <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O Enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Assegurar técnica asséptica na cateterização, na manipulação do cateter, do sistema e do local de inserção ◆ Evitar a utilização de algodão, devido ao risco de inserção de partículas no acto da punção ◆ Cateterizar preferencialmente nos locais de eleição para administração de terapêutica intravenosa: dorso das mãos, antebraços e fossa antecubital ◆ Cateterizar a zona mais distal do membro, para preservar o vaso, evitando as zonas de flexão ◆ Cateterizar, se possível, no membro não dominante do cliente ◆ Cateterizar sempre o membro oposto ao do acesso vascular, no cliente com fístula arteriovenosa ou prótese vascular para hemodiális 	

Cateterização de veia periférica

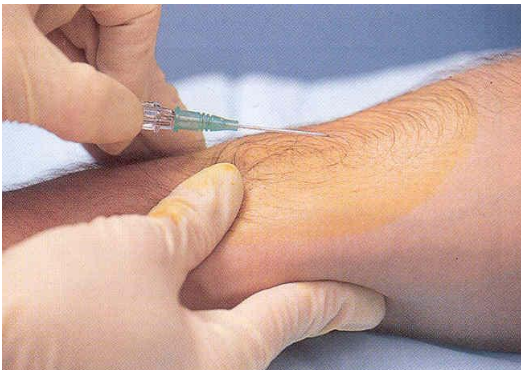
Cap. 2 / Sub-cap.2.1 / Norma 2.1.2

- ◆ Evitar puncionar o membro que possa vir a ser utilizado para efectuar acesso vascular (normalmente o membro não dominante) no cliente com insuficiência renal aguda
- ◆ Evitar puncionar o membro superior do lado afectado, nos clientes hemiplégicos ou mastectomizados
- ◆ Cateterizar, se possível, o membro do lado oposto ao da abordagem cirúrgica
- ◆ Evitar a cateterização de bifurcações venosas, veias esclerosadas, zonas de contusão, zonas de válvulas, fístulas arteriovenosas, próteses vasculares e anteriores locais de punção

IV – RECURSOS

- ◆ Resguardo
- ◆ Almofada
- ◆ Luvas não esterilizadas
- ◆ Garrote
- ◆ Cateter endovenoso adequado à finalidade
- ◆ Desinfectante
- ◆ Solução prescrita para perfusão, sistema e prolongamento, se necessário
- ◆ Compressas esterilizadas
- ◆ Penso esterilizado poroso, de preferência transparente
- ◆ Adesivo, se necessário
- ◆ Torneira de três vias ou obturador (válvula unidireccional) para cateter
- ◆ Contentor para cortantes/perfurantes
- ◆ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares
- ◆ Folha de registo de enfermagem, impresso processado por computador ou “*Palmtop*”
- ◆ Suporte para soros, se necessário
- ◆ Bomba, seringa infusora ou regulador de fluxo, se necessário

Cateterização de veia periférica	Cap. 2 / Sub-cap.2.1 / Norma 2.1.2
V – PROCEDIMENTO	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Observar a veia a puncionar e a área circundante, de acordo com o objectivo da punção 5.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se de acordo com o local seleccionado 6.Proteger a roupa da cama com o resguardo 7.Aprontar o local da punção <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar o garrote, cerca de 5 a 10cm acima do local de punção ▪ Posicionar em abdução a extremidade do membro a puncionar ▪ Massajar o membro, dirigindo o fluxo venoso no sentido ascendente ▪ Instruir o cliente para abrir e fechar a mão, repetidas vezes 8.Calçar luvas 9.Palpar a veia 10.Desinfectar a área a puncionar com movimentos circulares, do centro para a periferia, utilizando compressas embebidas em desinfectante ou aplicar desinfectante em spray e deixar secar 11.Remover a cápsula protectora da agulha/ cateter 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir contaminação 3.Obter a colaboração do cliente Diminuir a ansiedade 4.Verificar sinais que contra-indiquem a punção 5.Facilitar o acesso ao vaso sanguíneo Providenciar conforto 7.Facilitar a acessibilidade da veia Prevenir o retorno venoso, sem ocluir o fluxo arterial 8.Prevenir a contaminação 10.Prevenir a infecção

Cateterização de veia periférica	Cap. 2 / Sub-cap.2.1 / Norma 2.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>12.Comprimir a pele no sentido da porção distal do braço, com a mão não dominante, devendo o dedo polegar ficar colocado 2,5 cm abaixo da zona seleccionada para a punção</p> <p>13.Informar o cliente do início da punção pedindo para fazer uma inspiração profunda</p> <p>14.Puncionar a veia com a mão dominante, com o bisel virado para cima num ângulo aproximado de 10 a 30° com a pele</p>  <p>Figura 3 – Punção</p> <p>15.Diminuir a inclinação da agulha/cateter após a perfuração da pele fazendo-a (o) progredir lentamente no interior da veia. Se utilizar cateter, exteriorizar simultaneamente o mandril, sem o retirar completamente</p> <p>16.Observar se há refluxo de sangue</p> <p>17.Atenuar a pressão do garrote</p> <p>18.Remover o mandril, fazendo pressão acima da ponta do cateter, com o indicador da mão não dominante</p> <p>19.Aplicar, de acordo com o objectivo da punção, torneira de três vias, ou obturador</p>	<p>12.Facilitar a inserção do cateter</p> <p>13.Promover o conforto</p> <p>Facilitar a execução do procedimento</p> <p>17.Restabelecer o fluxo sanguíneo</p>

Cateterização de veia periférica	Cap. 2 / Sub-cap.2.1 / Norma 2.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>20.Fixar o cateter:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Com penso transparente ou opaco esterilizado <li style="text-align: center;">OU ▪ Com compressa esterilizada aplicando adesivo <li style="text-align: center;">E ▪ Aplicar uma tira de adesivo em forma de gravata, apenas sobre o cateter. <p>21.Remover o garrote</p> <p>22.Remover as luvas</p> <p>23. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>24.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>25.Lavar as mãos</p>	<p>23. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>24.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.1.3 – Cateterização de veia central	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste nas acções a desenvolver durante a introdução de um cateter, (com um ou mais lúmenes) numa veia central</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Administrar grandes volumes de fluidos ◆ Administrar substâncias de grande peso molecular (ex. alimentação parentérica total) ou “corrosivas” para as veias periféricas (ex. citostáticos) ◆ Avaliar a pressão sanguínea a nível da veia cava superior (pressão venosa central) como índice do volume sanguíneo ou eficiência da bomba cardíaca. ◆ Administrar terapêutica por tempo prolongado ou quando a cateterização de uma veia periférica não é possível <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O Enfermeiro colabora com o médico na inserção do cateter <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Providenciar a inserção do cateter em sala apropriada ◆ Assegurar técnica asséptica na cateterização, na manipulação das vias de acesso e local de inserção ◆ Providenciar a substituição dos cateteres colocados sem utilização de técnica asséptica, nomeadamente em situações de emergência, nas 48h subsequentes à sua inserção 	

Cateterização de veia central

Cap. 2 / Sub-cap.2.1 / Norma 2.1.3

IV – RECURSOS

- ◆ Resguardo descartável
- ◆ Rolo
- ◆ Máscaras cirúrgicas
- ◆ Barrete
- ◆ Bata esterilizada
- ◆ Luvas esterilizadas
- ◆ Material para barbear, se necessário
- ◆ Material para pequena cirurgia:
 - campo esterilizado com orifício
 - campo esterilizado sem orifício
 - pinça de kocker, se necessário
 - pinça para desinfecção
 - porta-agulhas
 - tesoura
 - lâmina de bisturi n.º 11 ou 15
 - cabo de bisturi n.º 3
 - seda 2/0 com agulha lanceolada (ou de acordo com indicação médica)
 - compressas esterilizadas
- ◆ Lidocaína 2%
- ◆ Agulha EV – para retirar anestésico
- ◆ Agulha SC / IM – para injectar anestésico
- ◆ Cateter para veia central (aconselhável a existência de um cateter suplementar)
- ◆ Cloreto de sódio isotónico – 100 ml
- ◆ Seringas de 5 e 10 ml
- ◆ Solução desinfectante
- ◆ 2 Taças esterilizadas – uma para solução de cloreto de sódio isotónico, outra para desinfectante
- ◆ Penso de cateter
- ◆ Adesivo
- ◆ Material para heparinização, se necessário
- ◆ Solução parentérica prescrita
- ◆ Torneira de 3 vias, se necessário

Cateterização de veia central	Cap. 2 / Sub-cap.2.1 / Norma 2.1.3
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sistema de perfusão ◆ Prolongamento ◆ Bomba ou seringa infusora ou regulador de fluxo ◆ Fitas auto-adesivas para identificação de lúmenes ◆ Contentor de cortantes/ perfurantes ◆ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Monitorizar sinais vitais 3 Lavar as mãos 4.Instruir o cliente sobre o procedimento 5.Posicionar o cliente, ou assisti-lo a posicionar-se de acordo com a área a ser puncionada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição de Trendlenbourg e rotação da cabeça para o lado contrário ao que se vai puncionar para punção da veia jugular interna; ▪ Decúbito dorsal com colocação de rolo na região sub-escapular, para a punção da veia subclávia; ▪ Decúbito dorsal para punção da veia femoral 6.Providenciar a exposição da área 7.Proteger a roupa da cama com o resguardo 8.Lavar e barbear a área, se necessário 9.Substituir o resguardo, se necessário 10.Lavar as mãos 11.Aplicar máscara 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Obter valores de referência 3.Prevenir contaminação 4.Obter a colaboração do cliente Diminuir a ansiedade 5.Facilitar o acesso ao vaso sanguíneo 8.Prevenir infecção 10.Prevenir contaminação

Cateterização de veia central	Cap. 2 / Sub-cap.2.1 / Norma 2.1.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>12.Colaborar com o médico durante a execução da técnica</p> <p>13.Dar ao médico a extremidade do sistema de perfusão para adaptar ao cateter</p> <p>14.Controlar o ritmo da perfusão, de acordo com a prescrição</p> <p>15.Executar o penso do local de inserção do cateter</p> <p>16.Fixar o prolongamento</p> <p>17.Posicionar o cliente</p> <p>18.Monitorizar sinais vitais</p> <p>19. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>20.Assegurar a realização de radiografia do tórax</p> <p>21.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>22.Lavar as mãos</p>	<p>15.Prevenir infecção</p> <p>16.Evitar a deslocação do cateter</p> <p>18.Avaliar o estado hemodinâmico do cliente</p> <p>19 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>20.Confirmar o correcto posicionamento do cateter</p> <p>22.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.1.4 – Manutenção de cateteres intravasculares	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste no conjunto de acções para manter a permeabilidade, assépsia do local de inserção do cateter e dos dispositivos de perfusão</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manter a permeabilidade do cateter ◆ Prevenir a infecção ◆ Providenciar conforto <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com o protocolo da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar ou do serviço em vigor, da prescrição do enfermeiro ou das necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Executar técnica asséptica na manipulação dos lúmenes de acesso ao cateter, dos dispositivos de perfusão e na realização do penso do local de inserção ◆ Manter o penso do local de inserção, íntegro, seco e estéril ◆ Trocar o cateter periférico sempre que se verifique a presença de sinais inflamatórios ◆ Trocar os sistemas de administração de soros/terapêutica, prolongamentos e torneiras de 3 vias, de acordo com as orientações da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar ou protocolo do serviço em vigor. Não manter por períodos superiores a setenta e duas horas ◆ Trocar os sistemas de perfusão sempre que uma unidade de sangue ou componentes sanguíneos termine ◆ Trocar os sistemas de perfusão de alimentação parentérica sempre que se substituam os frascos/bolsa de alimentação 	

Manutenção de cateteres intravasculares	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1 / Norma 2.1.4
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Vigiar o ritmo da (s) perfusão (ões) a fim de prevenir a ocorrência de obstrução ou sobrecarga circulatória <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Máscara ♦ Luvas não esterilizadas ♦ Luvas esterilizadas ♦ Material para o penso: <ul style="list-style-type: none"> ▪ solução desinfetante ▪ compressas esterilizadas ▪ solução desengordurante, se necessário ▪ penso de cateter ▪ taça esterilizada ▪ cloreto de sódio isotónico ▪ adesivo ▪ pinças ▪ tesoura ♦ Sistemas de perfusão ♦ Solução parentérica prescrita ♦ Torneiras de 3 vias ou obturador ♦ Prolongamento ♦ Resguardo descartável ♦ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente 5.Aplicar a máscara 6.Aprontar o material de penso e de perfusão 7.Calçar luvas não esterilizadas	1.Gerir o tempo 2.Prevenir contaminação 3.Obter a colaboração do cliente 4.Facilitar a execução do procedimento

Manutenção de cateteres intravasculares	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1 / Norma 2.1.4
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>8. Remover o penso do local de inserção do cateter</p> <p>9. Remover as luvas</p> <p>10. Calçar luvas esterilizadas</p> <p>11. Observar e palpar o local de inserção do cateter e zona circundante, após desinfecção</p> <p>12. Executar o penso do local de inserção do cateter de acordo com as orientações da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar ou protocolo do serviço em vigor</p> <p>13. Trocar sistemas de perfusão, prolongamentos e torneiras de 3 vias</p> <p>14. Controlar o ritmo da perfusão</p> <p>15. Remover as luvas e a máscara</p> <p>16. Monitorizar os sinais vitais de acordo com o protocolo de serviço em vigor</p> <p>17. Posicionar o cliente</p> <p>18. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>19. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>20. Lavar as mãos</p>	<p>11. Verificar precocemente sinais inflamatórios e/ou infecciosos e a integridade dos fios de sutura, se necessário</p> <p>13. Prevenir infecção</p> <p>16. Verificar precocemente sinais de infecção relacionados com a presença do cateter</p> <p>18. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>20. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.1.5 – Monitorização da pressão venosa central, por manómetro de água	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na monitorização da pressão sanguínea na aurícula direita ou na veia cava superior, através de um sistema de manómetro de água</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Avaliar a volémia do cliente ◆ Avaliar a carga do lado direito do coração ◆ Gerir o volume de líquidos do cliente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro/médico ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Assegurar o correcto posicionamento do cliente e da régua ◆ Manter posicionamento idêntico em todas as avaliações ◆ Avaliar a pressão venosa central, apenas as vezes estritamente necessárias, a fim de prevenir a infecção ◆ Executar técnica asséptica ◆ Preencher o manómetro de água com cloreto de sódio isotónico. Não utilizar soluções que contenham dextrose porque são óptimos meios de cultura de microrganismos ◆ O valor de referência da pressão venosa central é de 4 a 12 cm H₂O 	

Monitorização da pressão venosa central, por manómetro de água	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1 / Norma 2.1.5
<p>♦ Trocar o circuito régua cateter, de acordo com as orientações da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar ou do serviço em vigor. Não manter por períodos superiores a setenta e duas horas</p> <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Cloreto de sódio isotónico ♦ Sistema de perfusão de soro ♦ Material para fixação da régua ao suporte de soro, se necessário ♦ Sistema para medir a PVC: <ul style="list-style-type: none"> ▪ torneira de 3 vias ▪ prolongamento ▪ régua de PVC ▪ nível de bolha de água, se necessário <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou assisti-lo a posicionar-se 5.Determinar o 4º espaço intercostal na linha média axilar e marcar com caneta dermatográfica (eixo flebostático) 6.Verificar a permeabilidade do cateter e o seu correcto posicionamento antes de cada avaliação 7.Instalar a régua no suporte de modo a que o seu ponto zero fique nivelado com a linha média axilar marcada anteriormente 8.Ajustar a extremidade do sistema da régua de PVC a uma torneira de 3 vias, a qual fica adaptada ao cateter central com um prolongamento 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir contaminação 3.Obter colaboração Diminuir a ansiedade 5.Assegurar que todas as medições de PVC sejam efectuadas ao nível da aurícula direita 6.Evitar resultados falseados 7.Assegurar que em todas as medições o ponto zero da régua de PVC permaneça no mesmo local 8.Permitir a execução do procedimento

Monitorização da pressão venosa central, por manómetro de água	Cap. 2 / Sub-cap. 2.1 / Norma 2.1.5
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9.Ajustar o sistema de perfusão, já adaptado ao frasco de cloreto de sódio isotónico, ao manómetro (régua de PVC)</p> <p>10.Preencher o manómetro com cloreto de sódio isotónico, 2/3 acima do nível esperado para o valor da PVC, interrompendo o fluxo para o cliente</p> <p>11.Interromper o circuito do manómetro para o sistema de perfusão, rodando a torneira no sentido régua – cliente</p> <p>12.Assegurar que o nível do soro desça e estabilize, indicando o valor da PVC. Sempre que haja oscilação, deve registar-se o valor mais alto</p> <p>13.Interromper o fluxo para o manómetro, mantendo a perfusão da solução prescrita para o cliente</p> <p>14.Controlar o débito da perfusão, de acordo com a prescrição</p> <p>15.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>16. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>17.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>18.Lavar as mãos</p>	<p>11.Permitir a execução da técnica</p> <p>12. Verificar o valor da PVC</p> <p>13.Providenciar o reinício da perfusão Prevenir a obstrução do cateter</p> <p>16. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>18.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

2.2 – Normas no Processo do Sistema Gastrointestinal

Norma 2.2.1 – Entubação nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na introdução de uma sonda no estômago através da narina</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Aliviar náuseas e vómitos ◆ Diminuir a distensão abdominal ◆ Preparar o cliente para exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas ◆ Administrar medicamentos e/ou alimentação entérica ◆ Remover substâncias tóxicas ou sangue do estômago ◆ Aspirar suco gástrico para análise <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O médico, em situações clínicas específicas <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, necessidades do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Executar com técnica limpa ◆ Seleccionar o tipo de sonda a utilizar, de acordo com o objectivo da entubação e o estado de saúde do cliente ◆ Imobilizar a sonda sem pressionar a narina 	

Entubação nasogástrica


Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.1



- ◆ Trocar a sonda atendendo ao material que a constitui, às necessidades clínicas e à reacção do cliente. A substituição não deve ser feita por períodos fixos ou por rotina de serviço
- ◆ Trocar diariamente o local de fixação da sonda à pele e executar cuidados às narinas (limpeza e lubrificação)
- ◆ Manter o cliente entubado apenas o tempo necessário para atingir o objectivo da entubação, evitando complicações de uma entubação prolongada (úlceras da narina, sinusite, esofagite e úlcera gástrica)
- ◆ Inserir a sonda com movimentos suaves. Se o cliente apresentar tosse, dificuldade respiratória, cianose, ou se se verificar a presença de vapor de água no interior da sonda, remover a sonda até à orofaringe e aguardar alguns minutos antes de continuar a entubação
- ◆ Providenciar material de aspiração, a fim de poder ser utilizado com rapidez, se o cliente tiver vómitos (crianças, idosos e inconscientes)


IV – RECURSOS

Tabuleiro com:

- ◆ Sonda gástrica de tipo e calibre adequados à situação clínica
- ◆ Lubrificante hidrossolúvel
- ◆ Resguardo descartável
- ◆ Copo com água
- ◆ Palhinha
- ◆ Luvas
- ◆ Tina riniforme
- ◆ Fita para verificação de pH
- ◆ Tampa para sonda, se necessário
- ◆ Seringa de 50-60 cc, com ponta adaptável à sonda
- ◆ Adesivo
- ◆ Alfinete de segurança, se necessário
- ◆ Saco colector, se necessário
- ◆ Estetoscópio
- ◆ Lenços de papel
- ◆ Material para aspiração
- ◆ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Entubação nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.1
V – PROCEDIMENTO	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente em Semi-Fowler ou Fowler, se o seu estado de saúde o permitir 5.Limpar o nariz e identificar qual a narina mais permeável 6.Providenciar tina riniforme e lenços de papel para utilizar em caso de vómito 7.Aplicar resguardo descartável, sobre o tórax 8.Calçar luvas 9.Medir o comprimento da sonda a ser introduzida, desde a ponta do nariz ao lóbulo da orelha, e daí até à extremidade inferior do apêndice xifoideu. Marcar este ponto com adesivo  <p>Figura 4 – Medição da sonda</p> <ol style="list-style-type: none"> 10.Aplicar um lubrificante na extremidade da sonda 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Informar e obter colaboração do cliente Diminuir a ansiedade 4.Facilitar a execução do procedimento 5.Facilitar a progressão da sonda 9.Calcular a medida correcta da sonda a introduzir 10.Minimizar o traumatismo


Entubação nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>11.Inserir suavemente a sonda na narina, orientando-a na direcção da orelha e fazendo-a progredir para trás e para baixo. Posicionar a cabeça do cliente em flexão até a sonda passar a orofaringe. Anular a flexão e solicitar ao cliente para fazer movimentos de deglutição ou para ingerir pequenos golos de água até a sonda estar introduzida</p>  <p>Figura 5 – Inserção da sonda</p> <p>12.Aspirar o conteúdo gástrico e verificar o pH. Na ausência de conteúdo gástrico injectar 15 a 20 cc de ar, auscultando simultaneamente para verificar a existência de ruídos hidroaéreos na região epigástrica</p>  <p>Figura 6 – Confirmação do local da sonda</p>	<p>11.Facilitar a progressão da sonda</p> <p>12.Verificar a localização e permeabilidade da sonda</p>

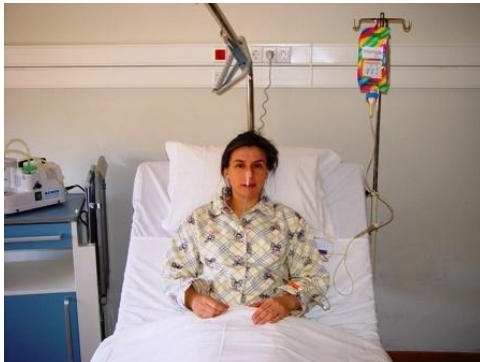
Entubação nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>13.Clampar a extremidade da sonda ou adaptar um saco colector ou aspirador de baixa pressão, de acordo com o objectivo da entubação</p>  <p>Figura 7 – Sonda clampada</p> <p>14.Limpar a pele do nariz, se necessário</p> <p>15.Posicionar a sonda fixando-a com adesivo ao nariz e à camisa ou pijama do cliente</p> <p>16.Lavar a boca e nariz, se necessário</p> <p>17.Posicionar o cliente</p> <p>18.Remover luvas</p> <p>19.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>20.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>21.Lavar as mãos</p>	<p>13.Evitar a entrada de ar e a saída de conteúdo gástrico ou promover a drenagem passiva ou aspiração</p> <p>14.Facilitar a fixação da sonda</p> <p>15.Evitar a deslocação da sonda</p> <p>Facilitar a movimentação do cliente na cama</p> <p>19.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>21.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.2.2 – Alimentação entérica através de sonda nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na introdução de nutrientes, através de uma sonda introduzida no estômago</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Alimentar o cliente com os nutrientes adequados, quando a via oral é inacessível ou impraticável ◆ Providenciar uma alimentação, a mais fisiológica possível ◆ Manter o equilíbrio hidro-electrolítico e o estado nutricional ◆ Manter a motilidade do tracto gastrointestinal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e as necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Adequar a dieta às necessidades do cliente, a qual deve ser elaborada pela equipa: nutricionista, médico, enfermeiro e dietista ◆ Pesar o cliente antes de iniciar a alimentação, periodicamente e /ou de acordo com o protocolo do serviço em vigor ◆ Providenciar ambiente calmo e agradável, tendo o cuidado de remover sujus e evitar odores desagradáveis 	

Alimentação entérica através de sonda nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.2
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Alimentar, usando um dos seguintes métodos: intermitente (por seringa ou por perfusão) ou contínuo ◆ Aplicar técnica limpa a fim de prevenir a contaminação bacteriana da solução e do material usado na sua administração ◆ Alimentar à temperatura indicada pelo fabricante as soluções comercializadas. Os preparados naturais devem ser introduzidos à temperatura corporal. Soluções muito frias podem provocar câibras e diarreia. Soluções quentes, em sistema gota a gota, são susceptíveis de contaminação bacteriana ◆ Verificar se a sonda se encontra posicionada no estômago antes de alimentar. No sistema contínuo, este procedimento deverá ser efectuado de 4/4H. Nas sondas de pequeno calibre, a introdução de ar para verificar o posicionamento, nem sempre é eficaz. Neste caso, deve sempre proceder-se à aspiração do conteúdo gástrico e verificar o pH. Em caso de persistirem dúvidas, efectuar radiografia para verificar o posicionamento da sonda ◆ Verificar a existência de conteúdo gástrico, antes de alimentar. Um resíduo igual ou superior a 50% da quantidade introduzida na refeição anterior, indica atraso no esvaziamento gástrico, pelo que deve ser feita pausa alimentar, durante 1-2H. Efectuar nova avaliação e se a situação se mantiver comunicar ao médico. É aconselhável fazer a reintrodução do conteúdo aspirado, para evitar a perda de líquidos, electrólitos e enzimas ◆ Lavar a seringa de alimentação após cada utilização e acondicioná-la na unidade do cliente ◆ Proceder à substituição do sistema de alimentação de 24/24H, ou de acordo com o protocolo do serviço em vigor ◆ Promover higiene oral e nasal, pelo menos uma vez por turno ou sempre que necessário, de forma a prevenir a secura das mucosas e outras complicações. A não utilização da via oral, conduz a uma diminuição da produção de saliva, aumentando o risco de infecção da cavidade oral ◆ Oferecer ao cliente rebuçados ou pastilha elástica no intervalo das refeições, se o estado de saúde o permitir, a fim de estimular o reflexo de deglutição e a mastigação, prevenindo o aparecimento de parotidites ◆ Aumentar o tempo de pausa alimentar ou diminuir o ritmo da solução, se o cliente apresentar diarreia

Alimentação entérica através de sonda nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.2
<p>♦ Avaliar a diurese e a glicemia capilar. A diminuição da diurese pode indicar desidratação e a alteração dos níveis de glicose pode indicar a existência de complicações metabólicas</p> <p>IV – RECURSOS</p> <p>Tabuleiro com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Seringa de 50 ou 60 cc ♦ Copo com água ♦ Fita para verificação do pH ♦ Estetoscópio ♦ “Clamp” ♦ Tampa de sonda ♦ Sistema de alimentação entérica ♦ Solução para alimentação ♦ Resguardo descartável ♦ Toalhete ♦ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares ♦ Tina riniforme ♦ Bomba infusora, se necessário <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Verificar se a dieta corresponde à prescrita 2.Providenciar os recursos para junto do cliente 3.Identificar o cliente 4.Lavar as mãos 5.Instruir o cliente sobre o procedimento 6.Posicionar o cliente em Fowler ou semi-Fowler, se o seu estado de saúde permitir 7.Aplicar resguardo descartável sobre o tórax 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Prevenir erros 2.Gerir o tempo 3.Prevenir erros 4.Prevenir a contaminação 5.Obter a colaboração do cliente <ul style="list-style-type: none"> Promover o auto cuidado Diminuir a ansiedade 6.Facilitar a progressão do alimento e evitar a regurgitação

Alimentação entérica através de sonda nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>8.Clampar a sonda e retirar a tampa</p> <p>9.Ajustar a seringa à sonda e “desclampar” a sonda</p> <p>10.Verificar se a sonda está no estômago:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inserir cerca de 15-20 cc de ar, auscultando simultaneamente a região epigástrica. Em seguida fazer a aspiração do ar introduzido  <p>Figura 8 – Verificação da localização da sonda</p> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aspirar o conteúdo gástrico, determinar o pH e proceder de acordo com o protocolo do serviço em vigor. Reintroduzir o conteúdo, se se justificar <p>11.Clampar a sonda e retirar a seringa</p> <p>12.Verificar se a temperatura da alimentação é a adequada e colocar algumas gotas na língua do cliente, se a sua situação o permitir</p>	<p>8.Prevenir a entrada de ar para o estômago e a saída de conteúdo gástrico</p> <p>10.Validar a posição e permeabilidade da sonda.</p> <p>Verificar a existência de estase gástrica. Prevenir a perda de electrólitos Manter o pH gástrico</p> <p>11.Prevenir a entrada de ar para o estômago e a saída de conteúdo gástrico</p> <p>12.Prevenir queimaduras Estimular a secreção das glândulas salivares e parótidas</p>

Alimentação entérica através de sonda nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>13. Alimentar de acordo com o método seleccionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intermitente – por seringa Ajustar a seringa com a alimentação à sonda, “desclampar” a sonda e introduzir lentamente a solução ▪ Intermitente ou Contínuo – por perfusão Ajustar o sistema de alimentação (previamente expurgado) e “desclampar” a sonda Controlar o ritmo, de acordo com a prescrição  <p>Figura 9 – Alimentação entérica contínua</p> <p>14. Observar a reacção do cliente, durante a alimentação</p> <p>15. Lavar a sonda com 20 a 30 cc de água</p> <p>16. Tapar a sonda, se necessário</p> <p>17. Posicionar o cliente em decúbito semi-dorsal direito ou lateral direito, com a cabeceira elevada, pelo menos a 30°, de acordo com o estado de saúde e durante cerca de 30 minutos, após alimentação por método intermitente</p>	<p>14. Prevenir sinais de intolerância gástrica</p> <p>15. Manter a permeabilidade da sonda Diminuir a probabilidade de colonização bacteriana</p> <p>17. Facilitar o esvaziamento gástrico. Prevenir a regurgitação e aspiração dos alimentos</p>

Alimentação entérica através de sonda nasogástrica	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.2
Acções de Enfermagem	Justificação
18. Apreciar o bem-estar do cliente 19 Assegurar a recolha e lavagem do material 20.Lavar as mãos	18 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 20.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
VI – REGISTOS <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

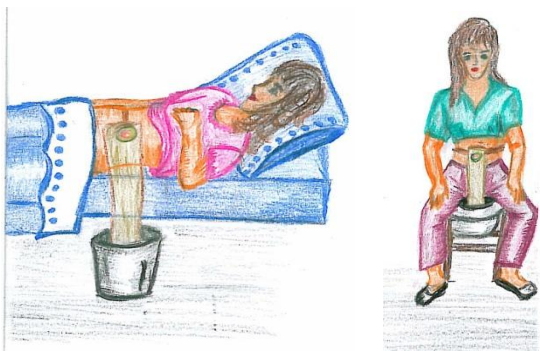
Norma 2.2.3 – Colostomia – Substituição do saco	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na remoção do saco de colostomia, limpeza do estoma e tecidos circundantes e substituição do sistema colector</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manter a integridade cutânea ◆ Providenciar conforto ◆ Promover o auto cuidado <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Incentivar o cliente a participar progressivamente na prestação de cuidados ao estoma e no manuseamento do material ◆ Limpar o estoma e tecidos circundantes sem utilizar substâncias alcoólicas ou éter ◆ Instruir o cliente para o reajuste dos auto cuidados (necessidades básicas e actividades de vida diária) face à colostomia, promovendo estilos de vida saudáveis ◆ Encorajar o cliente a expressar sentimentos e preocupações acerca da alteração da sua imagem corporal) 	

Colostomia – Substituição do saco	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.3
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Informar o cliente acerca dos recursos existentes na comunidade: apoio para aquisição do material de ostomia, consulta de ostomias na área de residência, Associação Portuguesa de Ostomizados (tel.218596054 ou www.apostomizados.pt) ◆ Informar e/ou providenciar apoio de outros técnicos da equipa de saúde, se necessário <p>IV – RECURSOS</p> <p>Tabuleiro com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Compressas ou papel higiénico, ou esponja natural ◆ Cloreto de sódio isotónico, se necessário ◆ Taça com água morna ◆ Luvas ◆ Sistema colector ◆ Resguardo descartável ◆ Régua medidora de estoma ◆ Tesoura ◆ Protector cutâneo (placa ou outro) ◆ Recipiente para sujios, de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, expondo a área a cuidar 5.Aplicar o resguardo de protecção 6.Calçar as luvas 7.Remover o saco colector (se o saco for drenável, esvaziar) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir contaminação 3.Obter a colaboração do cliente <ul style="list-style-type: none"> Promover o auto cuidado Diminuir a ansiedade 4.Facilitar o procedimento <ul style="list-style-type: none"> Providenciar conforto 5.Proteger a roupa 6.Prevenir a contaminação das mãos

Colostomia – Substituição do saco	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>8.Limpar fezes ou muco do estoma e placa com papel higiénico (ou compressas, se necessário)</p> <p>9.Remover suave e lentamente a placa, se necessário</p> <p>10.Observar as características do estoma</p> <p>11.Lavar o estoma e tecidos circundantes com compressas e cloreto de sódio isotónico ou esponja e sabão neutro</p> <p>12.Limpar e secar suavemente a pele circundante ao estoma</p> <p>13.Trocar luvas</p> <p>14.Medir o diâmetro do estoma e recortar placa do sistema colector</p> <p>15.Aplicar protector da pele, se necessário</p> <p>16.Ajustar os restos de resina da placa anterior se existir. Não retirar</p> <p>17.Aplicar o sistema colector verificando a hermeticidade do sistema de 2 peças</p> <p>18.Remover as luvas</p> <p>19.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>20. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>21.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>22.Lavar as mãos</p>	<p>11.Manter a integridade cutânea</p> <p>12.Idem</p> <p>15.Providenciar conforto</p> <p>16.Manter integridade da pele</p> <p>20. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>22.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.2.4 – Colostomia – Irrigação	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na introdução de uma solução através do estoma</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Controlar a eliminação intestinal ♦ Preparar para exames complementares de diagnóstico e/ou intervenção cirúrgica <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ O enfermeiro ♦ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ♦ Atender às preferências e à privacidade do cliente ♦ Irrigar a colostomia só após prescrição médica ♦ Administrar a solução prescrita à temperatura corporal, durante 10-15 minutos, na quantidade aproximada de 500 cc ♦ Interromper a administração se o cliente referir cólicas abdominais <p>IV – RECURSOS</p> <p>Tabuleiro com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ “Kit” para irrigação ou saco de irrigação, lubrificante hidrossolúvel e cone/sonda ♦ Manga de drenagem ♦ Cinto elástico para fixar a manga de drenagem, se necessário 	

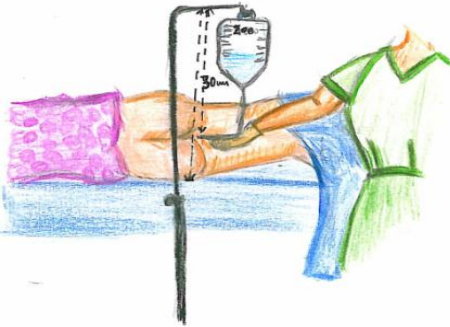
Colostomia – Irrigação	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.4
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Luvas ♦ Resguardo descartável ♦ Termómetro para medir a temperatura da solução ♦ Solução para irrigação ♦ Arrastadeira ou outro dispositivo de recolha ♦ Suporte para suspender o irrigador/saco de irrigação ♦ Material para cuidados à colostomia (consultar norma 2.2.3, ponto IV) <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, em semi-fowler, sentado, ou em pé (se não houver contra-indicação) 5.Aplicar resguardo de protecção 6.Calçar as luvas 7.Remover o saco colector 8.Limpar fezes ou muco do estoma e placa com papel higiénico (ou compressas se necessário) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir contaminação 3.Obter a colaboração do cliente <ul style="list-style-type: none"> Promover o auto cuidado Diminuir a ansiedade 4.Facilitar o procedimento <ul style="list-style-type: none"> Providenciar conforto 6.Prevenir a contaminação 8.Facilitar a observação do estoma <ul style="list-style-type: none"> Providenciar conforto

Colostomia – Irrigação	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.4
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9.Ajustar a manga de drenagem à placa do sistema de 2 peças ou pele peri-estomal, fixá-la com cinto, se necessário e colocar a extremidade distal dentro da sanita ou da arrastadeira</p>  <p>Figura 10 – Irrigação</p> <p>10.Posicionar o saco com a solução cerca de 50 cm acima do nível do estoma ou ao nível do ombro se o cliente estiver sentado</p> <p>11.Verificar a funcionalidade do sistema</p> <p>12.Aplicar lubrificante no 5º dedo da mão dominante ou assistir o cliente a fazê-lo</p> <p>13.Inserir o dedo 2,5 cm dentro do estoma mantendo-o cerca de um minuto</p> <p>14.Aplicar lubrificante na extremidade do cone/sonda</p> <p>15.Inserir suavemente a ponta do cone/sonda, fazendo pressão suave sobre o estoma</p> <p>16.Administrar lentamente a solução de irrigação</p> <p>17.Remover o cone/sonda</p> <p>18.Clampar a extremidade proximal da manga</p> <p>19.Instruir para que faça repouso 20 a 30 minutos</p>	<p>9.Facilitar a drenagem do líquido de retorno</p> <p>10.Facilitar a entrada lenta e uniforme da solução Providenciar conforto</p> <p>13.Validar a direcção e o ângulo do intestino a partir do estoma</p> <p>14.Facilitar a introdução Prevenir traumatismo do cólon</p> <p>15.Prevenir traumatismos do estoma e intestino</p> <p>16.Prevenir o espasmo intestinal Facilitar a progressão da solução</p> <p>18.Prevenir a saída do conteúdo intestinal pelo orifício superior da manga</p> <p>19.Facilitar a eliminação do conteúdo intestinal</p>

Colostomia – Irrigação	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.4
Acções de Enfermagem	Justificação
20.Massajar o abdómen do cliente ou assisti-lo na massagem 21.Remover a manga 22.Limpar o estoma e aplicar dispositivo colector 23.Remover as luvas 24. Apreçar o bem-estar do cliente 25.Assegurar a recolha e lavagem do material 26.Lavar as mãos	20.Estimular o peristaltismo 22.Providenciar conforto 24. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 26.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
VI – REGISTOS <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.2.5 – Clister de limpeza	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na introdução de uma solução no recto e sigmóide, pelo ânus, através de uma sonda rectal</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Promover a eliminação de fezes ◆ Preparar o intestino para exames complementares de diagnóstico ou intervenções cirúrgicas <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente Manter a cabeceira da cama em plano horizontal, se a situação clínica do cliente o permitir, para facilitar a progressão da solução ◆ Interromper temporariamente a administração da solução se o cliente referir cólicas abdominais, urgência em evacuar, ou se a solução refluir ◆ Administrar a solução à temperatura corporal. A água muito quente pode provocar queimadura da mucosa intestinal. A água fria (abaixo de 21°C) pode provocar espasmo da mucosa, dificultando a entrada e a retenção ◆ Inserir a sonda rectal cerca de 5 a 10 cm 	

Clister de limpeza	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.5
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Gerir o tempo de acordo com a quantidade de liquido a introduzir. Ex: 1 litro de solução deve ser introduzido aproximadamente em 10 minutos ♦ Apreciar a capacidade do cliente para reter a solução <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Irrigador, tubo de ligação e “clamp” ou torneira ♦ Sonda rectal com a medida adequada ♦ Lubrificante ♦ Solução prescrita ♦ Termómetro para medir a temperatura da solução ♦ Luvas ♦ Compressas ♦ Resguardo descartável ♦ Arrastadeira ♦ Suporte para suspender o irrigador ♦ Papel higiénico ♦ Recipiente para sujos de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares ♦ Material para higiene do períneo após a eliminação <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em decúbito semi – ventral esquerdo, expondo a região anal 5.Aplicar resguardo sob as nádegas 6.Aprontar a arrastadeira num local de fácil acesso	1.Gerir o tempo 2.Prevenir contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a introdução da solução, devido à curvatura do cólon sigmoideu e recto 5.Promover o conforto do cliente Proteger a roupa da cama

Clister de limpeza	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.5
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>7.Preparar o irrigador com a solução prescrita e colocá-lo no suporte, entre 30-45 cm acima do nível da cama</p> <p>8.Calçar as luvas</p> <p>9.Aplicar a sonda rectal à tubuladura do irrigador</p> <p>10.Remover o ar do sistema</p> <p>11.Aplicar lubrificante na sonda</p> <p>12.Observar o ânus afastando as nádegas</p> <p>13.Inserir suavemente a sonda no ânus, entre 5 a 10 cm, na direcção do umbigo, solicitando ao cliente para respirar profundamente</p> <p>14.Imobilizar a sonda, abrir a torneira e inserir lentamente a solução</p> <p>15.Posicionar o irrigador \pm 50 cm acima da base da cama</p>  <p>Figura 11 – Clister de limpeza</p> <p>16.Clampar o sistema</p> <p>17.Remover a sonda</p> <p>18.Remover as luvas</p> <p>19.Solicitar ao cliente que retenha a solução 10 a 15 minutos, se possível</p> <p>20.Providenciar o uso do sanitário ou da arrastadeira</p>	<p>7.Facilitar a introdução do líquido sem provocar desconforto abdominal</p> <p>8.Prevenir contaminação</p> <p>10.Evitar a entrada de ar no intestino</p> <p>11.Facilitar a introdução e a progressão</p> <p>13.Prevenir traumatismo</p> <p>Facilitar a progressão da sonda segundo o trajecto anatómico do cólon</p> <p>Promover o relaxamento do esfíncter anal</p> <p>15.Aumentar temporariamente a pressão, facilitando a progressão da solução</p> <p>16.Prevenir a saída da solução</p> <p>19.Promover a eficácia do tratamento</p>

Clister de limpeza	Cap. 2 / Sub-cap. 2.2 / Norma 2.2.5
Acções de Enfermagem	Justificação
21.Executar o auto cuidado higiene ou assistir o cliente 22.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se 23. Apreciar o bem-estar do cliente 24.Assegurar a recolha e lavagem do material 25.Lavar as mãos	21.Promover conforto 23. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 25.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Data e hora ♦ Diagnósticos de Enfermagem ♦ Intervenções de enfermagem ♦ Resultados obtidos ♦ Educação para a saúde 	

2.3 – Normas no Processo do Sistema Tegumentar

Norma 2.3.1 – Pensos a feridas	Cap. 2 / Sub-cap. 2.3
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na limpeza e/ou desinfeção da pele e tecidos subjacentes, e se necessário, na aplicação de penso protector</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Induzir a cicatrização da ferida ◆ Proteger a pele e tecidos subjacentes ◆ Prevenir a infecção ◆ Drenar o conteúdo da ferida ◆ Manter o conforto e bem-estar <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Observar o cliente: face, postura, cheiro da ferida, entre outros sinais ◆ Examinar o cliente: dor, bem-estar ◆ Orientar sobre os cuidados de higiene e protecção do local ◆ Providenciar a execução do tratamento da ferida em local apropriado, sempre que possível ◆ Aprontar o material de acordo com o tipo de ferida e as necessidades do cliente (ex.: ferida cirúrgica, ferida traumática, úlceras, entre outras) 	

Pensos a feridas

Cap. 2 / Sub-cap. 2.3 / Norma 2.3.1

- ◆ Executar com técnica asséptica e com recurso a máscara, se indicado
- ◆ Limpar a ferida, da área menos contaminada para a mais contaminada
- ◆ Lavar as feridas crónicas e zona circundante de forma a remover toda a sujidade
- ◆ Evitar o atrito na limpeza da ferida, utilizando força mecânica mínima, de modo a prevenir o traumatismo dos tecidos em vias de cicatrização
- ◆ Executar o tratamento da ferida com movimentos suaves de forma a impedir a saída accidental dos drenos ou sistemas de drenagem
- ◆ Utilizar movimentos circulares na limpeza do dreno da zona proximal para a distal
- ◆ Executar o tratamento da ferida sempre que o penso se encontre molhado, repassado, descolado ou sujo, para prevenir a proliferação de microrganismos
- ◆ Aplicar o cloreto de sódio isotónico a uma temperatura não inferior a 28°C
- ◆ Aplicar o penso deixando uma margem de 3cm de pele intacta

IV – RECURSOS

Tabuleiro ou carro de pensos com:

- “Kit” de penso
- Luvas esterilizadas e não esterilizadas
- Cloreto de sódio isotónico
- Penso esterilizado
- Adesivo
- Tesoura não esterilizada
- Resguardo descartável
- Recipiente para sujos, de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares

Se necessário:

- Anti-séptico
- Tesoura esterilizada
- Taça esterilizada
- Pinça para retirar agrafes
- Pinças de dissecação
- Pinça de Kocher
- Compressas esterilizadas
- Ligadura/Rede tubular
- Alfinete esterilizado
- Dreno ou Sistema de drenagem
- Cateter de calibre adequado

Pensos a feridas

Cap. 2 / Sub-cap. 2.3 / Norma 2.3.1.1


- Seringa de 50cc
- Máscara




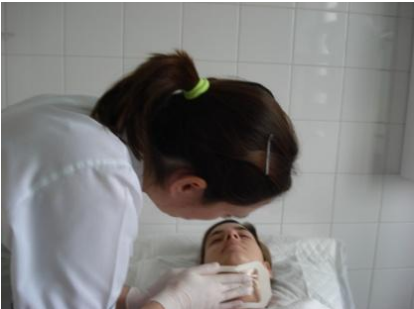
Figura 12 – Material de penso


V – PROCEDIMENTO

2.3.1.1 – Ferida Cirúrgica

Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, de acordo com a sua situação clínica e área a expor</p>	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Prevenir a contaminação</p> <p>3.Obter colaboração</p> <p>Diminuir a ansiedade</p> <p>4.Facilitar a execução do procedimento</p>
 <p>Figura 13 – Exposição da área da ferida</p> <p>5.Aplicar o resguardo impermeável sob o cliente</p>	

Pensos a feridas	Cap. 2 / Sub-cap. 2.3 / Norma 2.3.1.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>6. Calçar luvas não esterilizadas</p> <p>7. Remover o penso</p> <p>8. Observar as características do penso removido, a ferida e a região circundante</p> <p>9. Remover as luvas</p> <p>10. Lavar as mãos</p> <p>11. Aprontar o “Kit” de penso e/ou material esterilizado</p> <p>12. Calçar luvas esterilizadas, se necessário</p> <p>13. Limpar a ferida ou irrigar</p> <p>14. Remover pontos/agrafes, se indicado</p>  <p>Figura 14 – Remoção de pontos</p> <p>15. Mobilizar, fixar ou retirar dreno, se indicado</p> <p>16. Observar as características do conteúdo drenado</p> <p>17. Limpar a ferida</p> <p>18. Limpar a zona circundante da ferida com compressas esterilizadas e aplicar penso</p> <p>19. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>20. Remover luvas, se necessário</p> <p>21. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>22. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>23. Lavar as mãos</p>	<p>8. Monitorizar a evolução cicatricial</p> <p>10. Prevenir a contaminação</p> <p>13. Remover microrganismos Prevenir a infecção e lesão dos tecidos Favorecer a cicatrização</p> <p>18. Prevenir a contaminação Facilitar a aderência do penso</p> <p>19. Evitar a pressão sobre uma zona cuja integridade cutânea esteja alterada</p> <p>21. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>23. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Pensos a feridas	Cap. 2 / Sub-cap. 2.3 / Norma 2.3.1.2
2.3.1.2 – Ferida Traumática	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1 a 12. Idem norma 2.3.1.1</p> <p>13. Executar colheita de exsudado para análise, se necessário</p> <p>14. Limpar a ferida ou irrigar</p> <p>15. Observar as características da ferida</p> <p>16. Limpar a zona circundante da ferida com compressa esterilizada</p> <p>17. Remover tecidos desvitalizados, se indicado</p> <p>18. Irrigar novamente a lesão e zona circundante com cloreto de sódio isotónico</p> <p>19. Assegurar que a pele circundante fique seca, utilizando compressa esterilizada</p> <p>20. Aplicar medicamentos, se prescritos</p> <p>21. Proteger a pele circundante, se necessário</p> <p>22. Aplicar penso</p>  <p>Figura 15 – Aplicação de penso</p> <p>23. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>24. Remover luvas, se necessário</p> <p>25. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>26. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>27. Lavar as mãos</p>	<p>13. Identificar a presença de microrganismos</p> <p>14. Remover microrganismos e prevenir a infecção e a lesão dos tecidos Favorecer a cicatrização</p> <p>15. Monitorizar a evolução cicatricial</p> <p>16. Prevenir a contaminação Facilitar a aderência do penso</p> <p>17. Favorecer a cicatrização</p> <p>18. Remover resíduos de tecidos desvitalizados</p> <p>19. Prevenir a contaminação Facilitar a aderência do penso</p> <p>20. Promover a cicatrização da ferida</p> <p>21. Evitar a maceração da pele</p> <p>22. Favorecer o contacto do agente tópico, a absorção do excesso de exsudado e proteger a lesão de contaminação</p> <p>23. Evitar a pressão sobre uma zona cuja integridade cutânea esteja alterada</p> <p>25. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>27. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Pensos a feridas	Cap. 2 / Sub-cap. 2.3 / Norma 2.3.1.3
2.3.1.3 – Úlceras	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1 a 12. Idem norma 2.3.1.1</p> <p>13. Executar colheita de exsudado para análise, se necessário</p> <p>14. Limpar a ferida</p>  <p>Figura 16 – Limpeza da ferida</p> <p>15. Monitorizar as características da ferida</p> <p>16. Remover tecidos desvitalizados, se indicado</p> <p>17. Irrigar a lesão e zona circundante com cloreto de sódio isotónico</p> <p>18. Secar a lesão e pele circundante com compressa estéril</p> <p>19. Aplicar substâncias tópicas, se prescritas</p> <p>20. Proteger a pele circundante, se necessário</p> <p>21. Aplicar penso adequado</p> <p>22. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>23. Remover luvas, se necessário</p> <p>24. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>25. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>26. Lavar as mãos</p>	<p>13. Identificar a presença de microrganismos</p> <p>14. Remover microrganismos e prevenir a infecção Facilitar a cicatrização</p> <p>15. Avaliar sinais de evolução da lesão</p> <p>17. Remover tecido necrosado</p> <p>18. Prevenir a contaminação Facilitar a aderência do penso</p> <p>19. Facilitar a remoção do tecido necrótico e a cicatrização</p> <p>21. Facilitar o contacto da substância tópica e a absorção do excesso de exsudado Proteger a lesão de contaminação</p> <p>22. Evitar a pressão em zonas em que a integridade cutânea está alterada</p> <p>24. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>26. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Pensos a feridas	Cap. 2 / Sub-cap. 2.3 / Norma 2.3.1.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Data e hora ♦ Diagnósticos de Enfermagem ♦ Intervenções de enfermagem ♦ Resultados obtidos ♦ Educação para a saúde 	

2.4 – Normas no Processo do Sistema Musculosquelético

Norma 2.4.1 – Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em providenciar ao cliente alternância de decúbitos, com ou sem colaboração do mesmo, respeitando os princípios anatómicos, o peso corporal e protegendo as zonas de proeminência óssea</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação ◆ Prevenir complicações circulatórias e musculoesqueléticas ◆ Mobilizar secreções brônquicas ◆ Manter a amplitude e movimento articular ◆ Manter a integridade da pele ◆ Prevenir atrofias musculares ◆ Providenciar conforto e bem-estar ◆ Alterar o campo visual ◆ Promover o auto cuidado <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planejar os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente 	

Posicionamentos na cama

Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1

- ♦ Manter o alinhamento da coluna vertebral e as amplitudes articulares em todas as posições
- ♦ Posicionar o cliente usando movimentos firmes e suaves, para que se sinta seguro
- ♦ Alterar a sequência de decúbitos para facilitar a mobilização das secreções brônquicas usando a combinação da força da gravidade com a actividade ciliar e para evitar zonas de pressão
- ♦ Aprontar o “*transfer*”, se necessário, para a movimentação do cliente, a fim de reduzir a fricção da pele no lençol e facilitar o procedimento
- ♦ Massajar as zonas de proeminência óssea em cada alternância de decúbito



Figura 17 – Transfer

Posicionamentos na cama

Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1


- ♦ Executar massagem de conforto em cada posicionamento




Figura 18 – Massagem de conforto


IV – RECURSOS


- ♦ Almofadas de vários tamanhos
- ♦ Material para prevenção de úlceras de pressão (colchão, rolos, etc.)
- ♦ Outro material: sacos de areia, suporte de roupa, etc.
- ♦ Substância hidratante
- ♦ “*Transfer*”, se necessário



Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.1
V – PROCEDIMENTO	
2.4.1.1 – Decúbito Dorsal	
Ações de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4.Posicionar o cliente em decúbito dorsal, no centro da cama, com a coluna vertebral alinhada</p>  <p>Figura 19 – Posicionamento no centro da cama</p> <p>5.Proteger proeminências ósseas com material de prevenção de úlceras de pressão, se necessário</p> <p>6.Posicionar a cabeça e cintura escapular numa almofada baixa, se não houver contra-indicação</p> <p>7.Posicionar os membros superiores em ligeira abdução do ombro e flexão do cotovelo</p>	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Prevenir a contaminação</p> <p>3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado</p> <p>4.Providenciar conforto Prevenir deformações músculo -esqueléticas</p> <p>5.Prevenir alterações da integridade cutânea</p> <p>6.Providenciar conforto</p> <p>7.Prevenir a rigidez articular Facilitar posição de relaxamento</p>

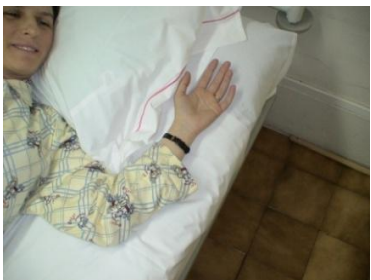

Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>8.Posicionar o antebraço e mão em pronação e ligeira dorsiflexão, com uma almofada baixa e em cunha.</p> <p>Proceder de igual modo para o outro membro superior</p>  <p>Figura 20 – Posicionamento do membro superior no decúbito dorsal</p>	<p>8.Providenciar conforto</p> <p>Prevenir o edema da mão</p>
<p>9.Aplicar pequenas almofadas nas regiões popliteas, deixando libertas as massas musculares</p>  <p>Figura 21 – Posicionamento dos membros inferiores</p> <p>10.Aplicar pequenas almofadas sob as regiões aquilianas, deixando livres os calcanhares</p>	<p>9.Prevenir atrofias musculares</p> <p>Manter a curvatura fisiológica do joelho</p> <p>10.Evitar a pressão nos calcanhares</p>

Posicionamentos na cama		Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.2
Acções de Enfermagem		Justificação
<p>11. Aliviar a roupa junto aos pés</p> <p>12. Aplicar pequenas almofadas, em cunha, ao nível da articulação coxofemoral, em ambos os membros</p> <p>13. Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama</p>	 <p>Figura 22 – Verificação do alinhamento corporal</p>	<p>11. Prevenir alterações cutâneas e pé equino</p> <p>12. Prevenir a rotação externa do membro inferior</p> <p>13. Validar o alinhamento da coluna vertebral</p>
<p>14. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>15. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>16. Lavar as mãos</p>		<p>14. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>16. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
2.4.1.2 – Decúbito Lateral		
Acções de Enfermagem		Justificação
<p>1. Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2. Lavar as mãos</p> <p>3. Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se em decúbito dorsal, no lado oposto ao do decúbito a executar</p>		<p>1. Gerir o tempo</p> <p>2. Prevenir a contaminação</p> <p>3. Encorajar o cliente a ser independente</p> <p>Promover o auto cuidado</p>



Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>5. Aplicar uma almofada (com dimensão aproximada ao volume da coxa e comprimento superior à dimensão desta) junto ao membro inferior do lado para o qual se vai virar o cliente</p> <p>6. Executar flexão dos membros superior e inferior do lado oposto ao decúbito e rodar o cliente com movimento firme e suave</p> <p>7. Posicionar o membro inferior, do lado do decúbito em ligeira flexão das articulações</p> <p>8. Posicionar o membro inferior, do lado oposto ao do decúbito, sobre a almofada fazendo um ângulo de aproximadamente 90° a nível das articulações do joelho e coxofemoral</p>	<p>5. Apoiar e estabilizar o membro inferior</p> <p>7. Manter a estabilidade e o conforto</p> <p>8. Idem</p>
 <p>Figura 23 – Posicionamento em decúbito lateral</p> <p>9. Posicionar a cabeça sobre uma almofada com volume ajustado à altura do ombro</p> <p>10. Posicionar o membro superior, do lado do decúbito com o ombro em ligeira flexão e o cotovelo em flexão</p>	<p>9. Manter o alinhamento da coluna cervical Providenciar conforto</p>



Posicionamentos na cama		Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.3	
Acções de Enfermagem		Justificação	
<p>11.Posicionar o membro superior, do lado oposto ao decúbito, com o ombro e o cotovelo em flexão, sobre uma almofada (com dimensão aproximada ao volume do tórax e afastada do tronco) que acompanha todo o membro</p>  <p>Figura 24 – Membro superior em decúbito lateral</p>		<p>11.Evitar a posição pendente do membro superior</p> <p>Providenciar conforto</p> <p>Facilitar os movimentos respiratórios</p>	
<p>12.Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama</p> <p>13. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>14.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>15.Lavar as mãos</p>		<p>12.Validar o alinhamento da coluna vertebral</p> <p>13.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>15.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>	
2.4.1.3 – Decúbito Semi-dorsal			
Acções de Enfermagem		Justificação	
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4.Posicionar o cliente em decúbito dorsal ou assisti-lo a posicionar-se no lado oposto ao do decúbito a executar</p>		<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Prevenir a contaminação</p> <p>3.Encorajar o cliente a ser independente</p> <p>Promover o auto cuidado</p>	


Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>5. Virar o cliente lateralmente na cama ou assisti-lo a rodar-se</p> <p>6. Aplicar uma almofada em cunha ao longo do tronco libertando a região sagrada</p>  <p>Figura 25 – Aplicação de uma almofada em cunha</p> <p>7. Posicionar o membro inferior do lado oposto ao decúbito em ligeira flexão sobre almofadas</p>  <p>Figura 26 – Posicionamento do membro inferior no decúbito semi-dorsal</p> <p>8. Posicionar o membro inferior do lado do decúbito apoiado na cama em ligeira flexão do joelho e ligeira rotação externa de articulação coxofemoral</p>	<p>5. Facilitar a execução do procedimento</p> <p>6. Manter a estabilidade e alinhamento da coluna vertebral</p>


Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9. Posicionar o membro superior do lado oposto ao decúbito sobre a almofada, com o braço em ligeira abdução, antebraço em ligeira flexão, mão em extensão e dedos em abdução</p> <p>10. Posicionar o membro superior do lado do decúbito com o ombro em ligeira flexão e o braço em rotação externa, o antebraço em ligeira flexão e supinação, mão em extensão e dedos em abdução</p>  <p>Figura 27 – Posicionamento do membro superior no decúbito semi-dorsal</p> <p>11. Verificar o alinhamento segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama</p>  <p>Figura 28 – Posicionamento em decúbito semi-dorsal</p>	<p>11. Assegurar o alinhamento da coluna vertebral</p>

Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.4
Acções de Enfermagem	Justificação
12. Apreciar o bem-estar do cliente 13. Assegurar a recolha e lavagem do material 14. Lavar as mãos	12. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 14. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
2.4.1.4 – Decúbito Ventral	
Acções de Enfermagem	Justificação
1. Providenciar os recursos para junto do cliente 2. Lavar as mãos 3. Instruir o cliente sobre o procedimento 4. Posicionar o cliente em decúbito dorsal, no lado da cama mais próximo do enfermeiro 5. Aplicar almofadas sobre a base da cama ao nível do abdómen e membros inferiores (deixando libertas as cristas ilíacas e pélvis) 6. Manter os membros superiores ao longo do corpo, rodar o cliente sobre si próprio deixando-o deitado sobre o abdómen, com a cabeça lateralizada e os membros inferiores em ligeira abdução 7. Posicionar o membro superior do lado para o qual a cabeça está voltada, com o braço em abdução, antebraço em flexão de aproximadamente 90° e mão em extensão com os dedos em abdução	1. Gerir o tempo 2. Prevenir a contaminação 3. Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4. Facilitar a execução do procedimento 5. Prevenir a pressão na região mamária e genital

Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.4
Acções de Enfermagem	Justificação
 <p>Figura 29 – Membro superior direito no decúbito ventral</p> <p>8. Posicionar o membro superior do lado oposto, com o braço em ligeira abdução, rotação interna, antebraço e mão em extensão</p>  <p>Figura 30 – Membro superior esquerdo no decúbito ventral</p>	

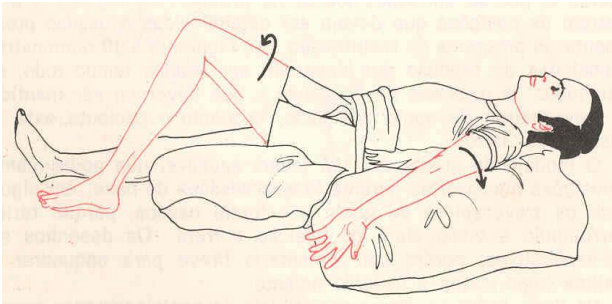

Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.4
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9.Verificar o alinhamento segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama</p> 	<p>9.Assegurar o alinhamento da coluna vertebral</p>
<p>Figura 31 – Posicionamento em decúbito ventral</p> <p>10. Apreciar o bem-estar do cliente</p>  <p>Figura 32 – Posicionamento da articulação tibio-társica no decúbito ventral</p> <p>11.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>12.Lavar as mãos</p>	<p>10. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>12.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.5
2.4.1.5 – Decúbito Semi-Ventral	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente em decúbito lateral ou assisti-lo a posicionar-se 5.Aplicar uma almofada de dimensão reduzida sob a cabeça, se necessário 6.Aplicar uma almofada em cunha de dimensão proporcional ao tronco para suporte do hemitórax até à crista ilíaca 7.Posicionar o membro inferior que fica apoiado na base da cama, em ligeira flexão e o outro membro semi-flectido sobre uma almofada proporcional ao membro inferior 8.Posicionar o membro superior que fica apoiado na base da cama, em hiper extensão do braço e flexão do antebraço e o outro em abdução do ombro e flexão do braço 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a execução do procedimento 5.Providenciar conforto 6.Idem 7.Idem 8.Idem
 <p>Figura 33 – Membro superior esquerdo no decúbito semi-ventral</p>	

Posicionamentos na cama	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.1.5
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9.Verificar o alinhamento segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama</p>  <p>Figura 34 – Posicionamento em decúbito semi-ventral</p> <p>10. Apreciar o bem-estar do cliente 11.Assegurar a recolha e lavagem do material 12.Lavar as mãos</p>	<p>9.Assegurar o alinhamento da coluna vertebral</p> <p>10. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 12.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.4.2 – Posicionamentos ao cliente com incapacidade lateral	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em providenciar ao cliente com alterações cerebrovasculares, alternância de decúbitos na cama, com ou sem colaboração do mesmo, respeitando os princípios anatómicos e neurológicos, o peso corporal e protegendo as zonas de proeminência óssea</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação ◆ Prevenir complicações circulatórias e musculoesqueléticas ◆ Mobilizar secreções brônquicas ◆ Manter a amplitude e movimento articular ◆ Manter a integridade da pele ◆ Promover um padrão anti-espástico ◆ Promover conforto, bem-estar e alternância do campo visual ◆ Promover o auto cuidado <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Executar todos os procedimentos fazendo a abordagem do cliente pelo lado afectado 	

Posicionamentos ao cliente com incapacidade lateral	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.2
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Manter o alinhamento da coluna vertebral e as amplitudes articulares em todas as posições no padrão anti-espástico ♦ Posicionar o cliente usando movimentos firmes e suaves, para que se sinta seguro ♦ Atender às preferências e à privacidade do cliente ♦ Permitir a resposta do cliente adequando o tempo à sua colaboração ♦ Alterar a sequência de decúbitos para facilitar a mobilização das secreções brônquicas usando a combinação da força da gravidade com a actividade ciliar ♦ Estimular a carga sensitiva posicionando com maior frequência para o lado com incapacidade, dando especial atenção à articulação escapulo-umeral ♦ Evitar o decúbito dorsal porque promove mais espasticidade ♦ Mobilizar o resguardo ou “transfer”, se necessário, na movimentação do cliente, para reduzir a fricção da pele no lençol e facilitar o procedimento ♦ Executar massagem de conforto em cada posicionamento <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Almofadas de vários tamanhos ♦ Material para prevenção de úlceras de pressão (colchão, rolos, etc.) ♦ Outro material: sacos de areia, suporte de roupa, etc. ♦ Substância hidratante ♦ “Transfer”, se necessário 	

Posicionamentos ao cliente com incapacidade lateral	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.2.1
V – PROCEDIMENTO	
2.4.2.1 – Decúbito Dorsal	
	
<p align="center">Figura 35 – Decúbito dorsal ao cliente com incapacidade lateral</p> <p>Fonte: JONSTONE, Margaret (1986) – Tratamento domiciliário do paciente hemiplégico: vivendo dentro de um esquema. – São Paulo: Atheneu Editora.</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Providenciar os recursos para junto do cliente 2. Lavar as mãos 3. Instruir o cliente sobre o procedimento 4. Posicionar o cliente em decúbito dorsal, no centro da cama, com a coluna vertebral alinhada ou assisti-lo a posicionar-se 5. Massajar os calcanhares e outras proeminências ósseas 6. Proteger as proeminências ósseas com material de prevenção de úlceras 7. Posicionar a cabeça em ligeira flexão voltada para o lado saudável e ombros apoiados numa almofada baixa, se não houver contra-indicação 8. Posicionar o membro superior do lado afectado sobre uma almofada, totalmente apoiado em abdução, ligeira rotação externa, extensão do antebraço, mãos e dedos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gerir o tempo 2. Prevenir a contaminação 3. Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4. Providenciar conforto Prevenir deformações musculoesqueléticas 5. Prevenir alterações da integridade cutânea 6. Idem 7. Providenciar conforto Facilitar a posição terapêutica 8. Prevenir espasticidade em flexão, adução e pronação do braço, flexão e adução dos dedos Facilitar posição terapêutica

Posicionamentos ao cliente com incapacidade lateral	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.2.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9.Posicionar o membro superior do lado não afectado, nas situações em que o cliente não colabora, em ligeira abdução, apoiar o antebraço e mão em pronação e ligeira dorsiflexão, com uma almofada baixa e em cunha</p> <p>10.Aplicar uma almofada alta debaixo da anca do lado afectado de forma a colocar a coxa com rotação interna e o joelho em ligeira flexão</p> <p>11.Aplicar pequenas almofadas sob as regiões aquilianas, deixando livres os calcanhares</p> <p>12.Instalar o suporte da roupa</p> <p>13.Verificar o alinhamento segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama</p> <p>14. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>15.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>16.Lavar as mãos</p>	<p>9.Providenciar conforto Prevenir o edema da mão</p> <p>10.Evitar a retracção da pélvis, rotação externa e extensão da perna (padrão espástico)</p> <p>11.Evitar a pressão nos calcanhares</p> <p>12.Prevenir alterações cutâneas e pé equino</p> <p>13.Validar o alinhamento da coluna vertebral</p> <p>14. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>16.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

2.4.2.2 – Decúbito lateral para o hemicorpo afectado

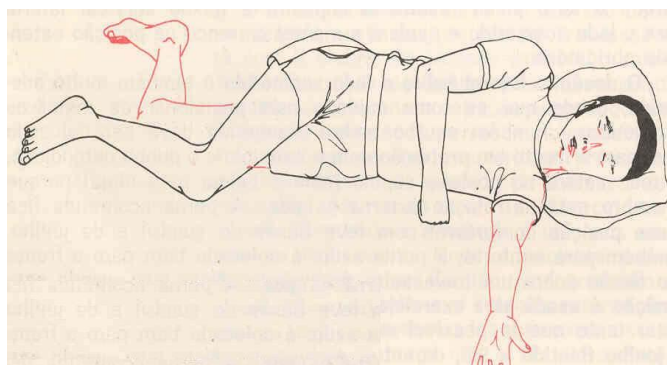
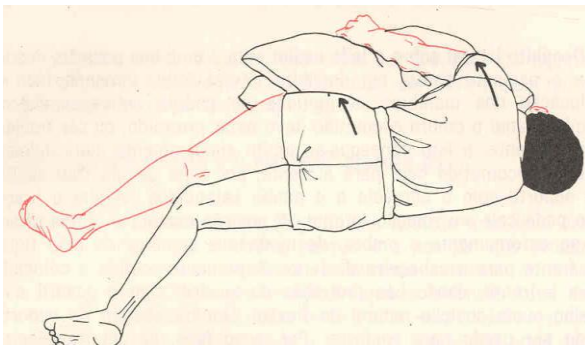



Figura 36 – Decúbito lateral para o lado afectado









Fonte: JONSTONE, Margaret (1986) - Tratamento domiciliário do paciente hemiplégico: vivendo dentro de um esquema. - São Paulo : Atheneu Editora.

Posicionamentos ao cliente com incapacidade lateral	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.2.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente em decúbito dorsal, com o hemicorpo saudável próximo da margem da cama 5.Aplicar uma almofada sob a cabeça com volume ajustado à altura do ombro 6.Aplicar uma almofada junto ao membro inferior do hemicorpo afectado 7.Posicionar o braço em flexão sobre o corpo e o membro inferior sobre o hemicorpo afectado, colocar uma mão sobre o ombro e a outra na articulação coxofemoral e rodar para o hemicorpo afectado 8.Posicionar o braço afectado em extensão com protração da omoplata, com a palma da mão voltada para cima e os dedos em abdução 9.Flectir os membros inferiores do cliente, em posição desencontrada 10.Posicionar ou assistir a posicionar, o membro superior do hemicorpo saudável com o ombro e o cotovelo em flexão, sobre uma almofada que acompanha todo o membro 11.Verificar o alinhamento segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama 12. Apreciar o bem-estar do cliente 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a execução do procedimento 5.Prevenir ombro doloroso 6.Estabilizar o membro inferior Providenciar conforto 7.Prevenir ombro doloroso 8.Prevenir padrão espástico 9.Providenciar conforto 10.Providenciar conforto 11.Validar o alinhamento da coluna vertebral 12. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem

Posicionamentos ao cliente com incapacidade lateral	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.2.3
Acções de Enfermagem	Justificação
13.Assegurar a recolha e arrumação do material 14.Lavar as mãos	14.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
2.4.2.3 – Decúbito lateral para o hemicorpo são	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="text-align: center;">Figura 37 – Decúbito lateral para o lado são</p> <p>Fonte: JONSTONE, Margaret (1986) – Tratamento domiciliário do paciente hemiplégico: vivendo dentro de um esquema. – São Paulo: Atheneu Editora.</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente em decúbito dorsal com o hemicorpo afectado junto da margem da cama 5.Aplicar uma almofada junto ao membro inferior do hemicorpo saudável 6.Posicionar em flexão o membro inferior e superior do hemicorpo afectado; colocar a mão no ombro e a outra na articulação coxofemoral e rodar o cliente com movimento firme e suave	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a execução do procedimento 5.Estabilizar o membro inferior, mantendo a articulação coxofemoral em rotação interna e ligeira adução 6.Providenciar conforto Prevenir padrão espástico Prevenir ombro doloroso

Posicionamentos ao cliente com incapacidade lateral	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.2.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>7.Posicionar o membro inferior, do hemicorpo afectado, mantendo o joelho a um nível inferior da anca fazendo um ângulo de $\pm 90^\circ$ a nível das articulações do joelho e coxofemoral e o outro desencontrado deste. No caso de clientes emagrecidos ou obesos aplicar uma almofada sob o joelho afectado</p> <p>8.Adequar a altura da almofada da cabeça de forma a preencher o espaço entre o ombro e a face</p> <p>9.Posicionar o membro superior, do hemicorpo saudável, com o ombro e o cotovelo em flexão, sobre a cama</p> <p>10.Posicionar o membro superior afectado em extensão, o punho e dedos sobre uma almofada afastada do tronco e que acompanha todo o membro mantendo ligeira abdução</p> <p>11.Verificar o alinhamento segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama</p> <p>12. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>13.Assegurar a recolha e arrumação do material</p> <p>14.Lavar as mãos</p>	<p>7.Manter a estabilidade e o alinhamento da coluna vertebral Providenciar conforto Prevenir o padrão espástico</p> <p>8.Prevenir padrão espástico</p> <p>9.Providenciar conforto</p> <p>10.Prevenir padrão espástico</p> <p>11.Validar o alinhamento da coluna vertebral</p> <p>12. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>14.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.4.3 – Exercício corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na movimentação de segmentos corporais, que o cliente deve executar por si só ou assistido pelo enfermeiro</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Manter ou restaurar a função articular e musculoesquelética ♦ Estimular a circulação ♦ Facilitar o auto cuidado ♦ Optimizar a tolerância ao esforço ♦ Promover conforto <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ O enfermeiro ♦ O enfermeiro especialista ♦ O cliente, ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ♦ Explicar ao cliente o procedimento a efectuar ♦ Treinar o cliente ou prestador de cuidados no programa de exercícios para que estes possam ser complementados e repetidos ao longo do dia ♦ Executar os exercícios com o cliente deitado, sentado ou de pé ♦ Mobilizar o cliente de modo a que se sinta seguro, executando movimentos firmes 	

Exercício corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.3
<ul style="list-style-type: none"> ♦ e suaves ♦ Atender aos eixos e planos do movimento articular otimizando a amplitude, durante a mobilização ♦ Atender a que as mobilizações activas estão contra-indicadas em clientes com taquicárdia, osteoporose avançada (por risco de fracturas) ou patologia articular aguda <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Não há material específico <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Lavar as mãos 2.Instruir o cliente sobre o procedimento 3.Mobilizar a cabeça	1.Prevenir a contaminação 2.Encorajar e promover o auto cuidado 3.Proporcionar relaxamento e conforto
<div>     </div> <div>     </div>	
<div> Rotação direita Rotação esquerda Flexão Extensão </div> <div> Flexão lateral à direita Flexão lateral à esquerda Extensão Hiperextensão </div> <p>Figura 38 – Mobilização da cabeça</p>	

Exercício corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.3
Acções de Enfermagem	Justificação
4.Mobilizar o tronco	4.Manter ou melhorar a dinâmica da coluna
<div data-bbox="213 521 443 824"></div> <div data-bbox="309 828 414 855">Extensão</div> <div data-bbox="446 521 676 824"></div> <div data-bbox="537 828 616 855">Flexão</div> <div data-bbox="679 521 909 824"></div> <div data-bbox="751 828 863 855">Inclinação</div> <div data-bbox="916 521 1145 824"></div> <div data-bbox="957 828 1118 855">Hiperextensão</div> <div data-bbox="1152 521 1382 824"></div> <div data-bbox="1206 828 1303 855">Rotação</div> <p data-bbox="596 866 1029 896">Figura 39 – Mobilização do tronco</p>	
5.Mobilizar o ombro	5.Manter ou melhorar a amplitude articular Fortalecer os músculos envolvidos na mobilização
<div data-bbox="213 1117 505 1366"></div> <div data-bbox="309 1384 410 1413">Abdução</div> <div data-bbox="505 1117 821 1366"></div> <div data-bbox="612 1384 691 1413">Flexão</div> <div data-bbox="821 1117 1137 1366"></div> <div data-bbox="884 1384 1351 1413">Flexão do ombro com rotação da omoplata</div> <div data-bbox="1137 1117 1430 1366"></div> <div data-bbox="236 1431 619 1695"></div> <div data-bbox="375 1706 453 1733">Flexão</div> <div data-bbox="632 1431 1011 1695"></div> <div data-bbox="715 1706 900 1733">Rotação externa</div> <div data-bbox="1024 1431 1404 1695"></div> <div data-bbox="1091 1706 1273 1733">Rotação interna</div> <div data-bbox="416 1751 821 1993"></div> <div data-bbox="563 2009 671 2038">Extensão</div> <div data-bbox="833 1751 1212 1993"></div> <div data-bbox="930 2009 1093 2038">Hiperextensão</div> <p data-bbox="600 2069 1034 2098">Figura 40 – Mobilização do ombro</p>	

xercício corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.3
Acções de Enfermagem	Justificação
6.Mobilizar o cotovelo e antebraço	6.Idem



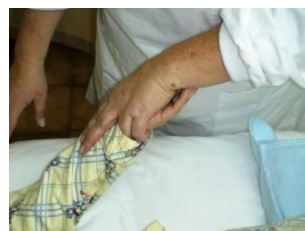
Extensão



Flexão



Pronação



Supinação

Figura 41 – Mobilização do cotovelo

7.Mobilizar o punho	7.Idem
---------------------	--------



Hiperextensão



Extensão



Flexão












Desvio radial

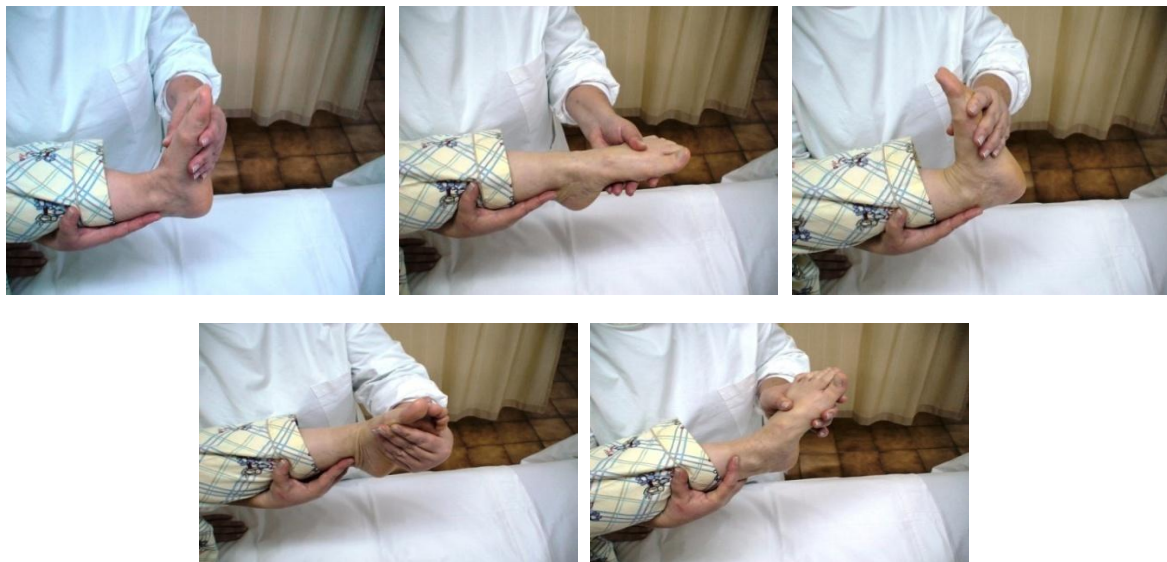



Desvio Cubital

Figura 42 – Mobilização do punho

Exercício corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.3
Acções de Enfermagem	Justificação
8.Mobilizar os dedos	8.Idem
<div>    </div> <div> <p>Adução Abdução Flexão</p> </div> <div>    </div> <div> <p>Adução Abdução Adução Abdução Adução Abdução</p> </div> <div>    </div> <div> <p>Flexão → Extensão</p> </div>	
<p>Figura 43 – Mobilização dos dedos</p>	

Exercício corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.3
Acções de Enfermagem	Justificação
9.Mobilizar o membro inferior	9.Idem
<div></div>	
<p>Figura 44 – Mobilização do membro inferior</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
10.Mobilizar o joelho	10.Idem
<div></div> <div><div>Extensão</div><div>→</div><div>Flexão</div></div> <p>Figura 45 – Mobilização do joelho</p>	

Exercício corporal		Cap. 2 / Sub-cap. 2.4 / Norma 2.4.3	
Acções de Enfermagem		Justificação	
11.Mobilizar a articulação tíbio-társica		11.Idem	
<div></div> <div>EversãoInversão</div> <div>Figura 46 – Mobilização da tíbio tásica</div>			
Acções de Enfermagem		Justificação	
12.Mobilizar os dedos		12.Idem	
<div></div> <div>HiperextensãoFlexão</div> <div>Figura 47 – Mobilização dos dedos do pé</div>			
13. Apreciar o bem-estar do cliente		13. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem	
<div>VI – REGISTOS</div> <div><ul style="list-style-type: none">◆ Data e hora◆ Diagnósticos de Enfermagem◆ Intervenções de enfermagem◆ Resultados obtidos◆ Educação para a saúde</div>			

2.5 – Normas no Processo do Sistema Nervoso

Norma 2.5.1 – Monitorização da dor	Cap. 2 / Sub-cap. 2.5
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na avaliação sistemática e registo da intensidade da dor</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Gerir a administração da terapêutica analgésica ◆ Melhorar a qualidade de vida do cliente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Gerir factores de stress ambientais e situacionais de modo a controlar a dor (ruído, luminosidade e outros) ◆ Registar a intensidade da dor referida pelo cliente, excepto em situações específicas (ex: alterações do estado de consciência e da comunicação, demência, perturbações do pensamento, entre outras) ◆ Aplicar a escala adequada ao desenvolvimento psicomotor e cognitivo do cliente 	

Monitorização da dor

Cap. 2 / Sub-cap. 2.5 / Norma 2.5.1

- ♦ Monitorizar e registar a dor, de forma contínua e regular, em repouso e em movimento, utilizando uma das seguintes escalas:

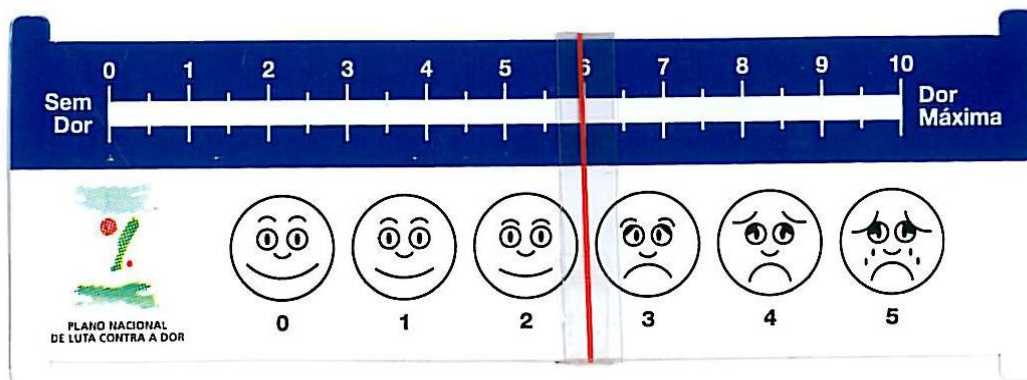


Figura 48 – Escalas da dor

ESCALA DA DOR - TRIAGEM DE MANCHESTER

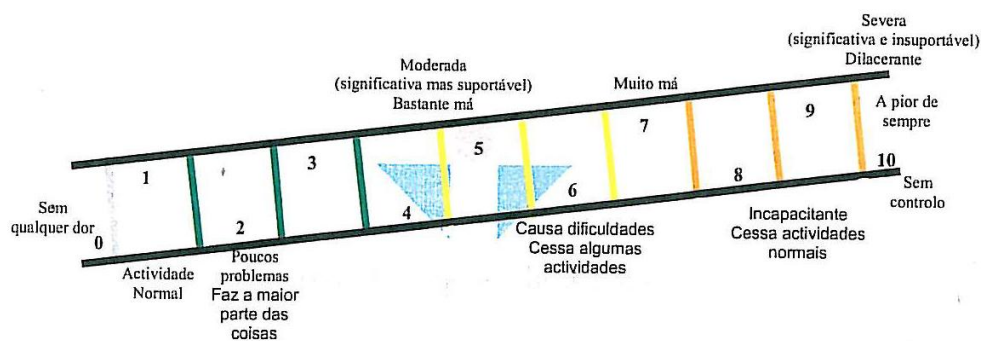


Figura 49 – Escala da dor – Triagem de Manchester

- ♦ Determinar a dor nas crianças:
 - Até aos três anos observação das reacções, manifestações e informações do prestador de cuidados;
 - Depois dos três anos, utilizar a escala das faces ou outra de acordo com o desenvolvimento da criança ou protocolo do serviço em vigor
- ♦ Assegurar a utilização da mesma escala no mesmo cliente
- ♦ Consultar protocolo do serviço em vigor ou Circular Normativa da DGS nº09/DGCG de 14/06/2003, se necessário

Monitorização da dor	Cap. 2 / Sub-cap. 2.5 / Norma 2.5.1
<p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Régua com escala de avaliação da dor ◆ Suporte de registo de sinais vitais <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário 5.Providenciar a escala de avaliação da dor ao cliente 6.Solicitar ao cliente para assinalar a intensidade da dor na escala 7.Assinalar no suporte de registo o nível de dor obtido 8.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário 9 Apreciar o bem-estar do cliente 10.Lavar as mãos 11.Registar na folha de sinais vitais ou no impresso processado por computador ou validar no “<i>Palmtop</i>” 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Obter colaboração Assegurar que a informação é fidedigna 5.Facilitar a leitura 6.Obter o nível da percepção da dor 9 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 10.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos 11.Documentar legalmente a avaliação efectuada
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

2.6 – Normas no Processo de Resposta Física

Norma 2.6.1 – Monitorização da Temperatura Corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na avaliação sistemática e registo da temperatura do corpo</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Determinar desvios e situações de risco ◆ Gerir a administração da terapêutica antipirética ◆ Melhorar o bem-estar do cliente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e as necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Gerir os factores ambientais que possam influenciar a temperatura corporal ◆ Assegurar a utilização de termómetro único em clientes em isolamento por doença infecciosa ◆ Monitorizar preferencialmente a temperatura timpânica. Em alternativa, avaliar a temperatura axilar, rectal ou oral ◆ Evitar a utilização de termómetro timpânico em clientes com afecções do ouvido (ex: otorragia, infecção ou cirurgia do ouvido) 	

Monitorização da Temperatura Corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6 / Norma 2.6.1
<p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tabuleiro com: <ul style="list-style-type: none"> - Termómetro - Cobertura descartável da sonda, se necessário - Luvas descartáveis, se necessário - Lenço de papel ou toalhete - Recipiente para sujos de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares ◆ Suporte de registo de sinais vitais <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário 5.Aplicar o termómetro de acordo com o local de avaliação e o tipo de dispositivo 6.Manter o termómetro aplicado durante o tempo recomendado para o tipo de dispositivo utilizado 7.Remover cuidadosamente o termómetro 8.Descartar a cobertura, se necessário 9.Limpar secreções remanescentes 10.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário 11.Apreciar o bem-estar do cliente 12.Assegurar a recolha e lavagem do material 13.Lavar as mãos 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Obter colaboração 11.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 13.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos

Monitorização da Temperatura Corporal	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6 / Norma 2.6.1
Acções de Enfermagem	Justificação
14.Registar na folha de sinais vitais ou no impresso processado por computador ou validar no “ <i>Palmtop</i> ”	14.Documentar legalmente a avaliação efectuada
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.6.2 – Monitorização da Tensão Arterial	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na avaliação sistemática e registo da pressão arterial</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Determinar desvios e situações de risco ◆ Gerir a administração da terapêutica ◆ Melhorar o bem-estar do cliente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e as necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender aos valores de referência ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Gerir os factores ambientais que possam influenciar a pressão arterial ◆ Utilizar equipamento aferido e que seja objecto de aferição periódica ◆ Utilizar braçadeira adequada ao cliente ◆ Evitar a avaliação no braço do lado mastectomizado ou com perfusão em curso ou com uma fístula arteriovenosa ◆ Avaliar a pressão arterial, sempre que possível, com o cliente sentado com o membro apoiado na horizontal, ao nível do terço médio esternal. Os desvios a esta posição poderão originar falsos valores 	

Monitorização da Tensão Arterial	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6 / Norma 2.6.2
<p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Monitor de sinais vitais ou ♦ Tabuleiro com: <ul style="list-style-type: none"> - Esfigmomanómetro - Estetoscópio ♦ Suporte de registo de sinais vitais <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se 5.Aplicar a braçadeira, cerca de 2,5 cm acima do local de palpação da artéria, com as tubuladuras orientadas para a face anterior do membro 6.Monitorizar a pressão arterial: <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor de sinais vitais Pressionar o botão do monitor para insuflar a braçadeira b) Esfigmomanómetro e estetoscópio Pressionar a pêra insufladora do esfigmomanómetro comprimindo a artéria do pulso distal. Quando esta deixa de ser palpável, insuflar mais 20/30mmHg e em seguida iniciar a descompressão 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Obter colaboração 5.Assegurar a fiabilidade dos valores

Monitorização da Tensão Arterial	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6 / Norma 2.6.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>7. Identificar os valores observados:</p> <p>a) Monitor de sinais vitais Fazer a leitura dos valores no ecrã</p> <p>b) Esfigmomanómetro e estetoscópio Identificar o valor correspondente ao 1º batimento – pressão sistólica e continuar a descompressão lentamente, até deixar de ouvir os batimentos – pressão diastólica. Desinsuflar a braçadeira completamente</p> <p>8. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário</p> <p>9. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>10. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>11. Lavar as mãos</p> <p>12. Registrar na folha de sinais vitais ou no impresso processado por computador ou validar no “<i>Palmtop</i>”</p>	<p>9. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>11. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>12. Documentar legalmente a avaliação efectuada</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.6.3 – Monitorização do Pulso	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na avaliação sistemática e registo do pulso</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Determinar desvios e situações de risco ◆ Gerir a administração da terapêutica ◆ Melhorar o bem-estar do cliente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e as necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender aos valores de referência <ul style="list-style-type: none"> ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Gerir os factores ambientais que possam influenciar o pulso ◆ Monitorizar preferencialmente o pulso radial. Em alternativa, avaliar o pulso temporal em lactentes e crianças; pulso carotídeo em situações de emergência e pulso apical – lactentes e situações de arritmia <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Monitor de sinais vitais ◆ Suporte de registo de sinais vitais 	

Monitorização do pulso	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6 / Norma 2.6.3
V – PROCEDIMENTO	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4.Posicionar ou assistir a posicionar o membro superior:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ao longo do corpo, se o cliente estiver em decúbito dorsal b) Apoiado no braço do enfermeiro ou numa superfície, se estiver em posição de sentado <p>5.Monitorizar o pulso:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor de sinais vitais: <ul style="list-style-type: none"> -Aplicar a braçadeira, cerca de 2,5 cm acima do local de palpação da artéria, com as tubuladuras orientadas para a face anterior do membro -Pressionar o botão do monitor para insuflar a braçadeira -Fazer a leitura dos valores no ecrã b) Sem monitor: <ul style="list-style-type: none"> -Palpar a artéria radial com os dedos indicador e médio -Comprimir suavemente e em seguida aliviar a pressão -Avaliar, durante 60 segundos, as características do pulso: amplitude, ritmo e frequência 	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Prevenir a contaminação</p> <p>3.Obter colaboração</p> <p>5.</p> <p>b) Facilitar a execução do procedimento Assegurar o rigor da monitorização</p>

Monitorização do pulso	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6 / Norma 2.6.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>6. Posicionar ou assistir a posicionar o membro superior, se necessário</p> <p>7. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>8. Lavar as mãos</p> <p>9. Registar na folha de sinais vitais ou no impresso processado por computador ou validar no “<i>Palmtop</i>”</p>	<p>7. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>8. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>9. Documentar legalmente a avaliação efectuada</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.6.4 – Monitorização da Respiração	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na avaliação sistemática e registo dos ciclos respiratórios</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Determinar situações de risco ◆ Gerir a administração da terapêutica ◆ Melhorar o bem-estar do cliente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e as necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender aos valores de referência ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Gerir os factores ambientais que possam influenciar a respiração ◆ Avaliar as características da respiração (ritmo, frequência e amplitude), discretamente colocando a mão na posição de avaliação do pulso, evitando alterações voluntárias ou involuntárias do padrão respiratório ◆ Avaliar os ciclos respiratórios, preferencialmente, durante 1 minuto ou através da monitorização electrónica ◆ Considerar o padrão respiratório do cliente, sempre que se fazem avaliações da respiração ◆ Atender às alterações nas características da respiração 	

Monitorização da Respiração	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6 / Norma 2.6.4
<p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Monitor cardíaco ♦ Suporte de registo de sinais vitais <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário</p> <p>5.Proteger o cliente com cortina em volta da cama ou fechar a porta, se necessário</p> <p>6.Assegurar que o tórax e abdómen do cliente estejam visíveis</p> <p>7.Monitorizar a frequência respiratória:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Monitor cardíaco</p> <p style="margin-left: 40px;">-Aplicar os eléctrodos no tórax numa disposição triangular, de acordo com a derivação seleccionada</p> <p style="margin-left: 40px;">-Fazer a leitura dos valores no ecrã</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Sem monitor</p> <p style="margin-left: 40px;">-Observar um ciclo respiratório completo (inspiração e expiração), simulando a avaliação do pulso</p> <p style="margin-left: 40px;">-Iniciar a contagem da frequência respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se o ritmo for regular, contar durante 30 segundos e multiplicar por dois ▪ Se o ritmo for irregular, contar durante um minuto 	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Prevenir a contaminação</p> <p>3.Obter colaboração</p> <p>4.Prevenir alterações da respiração</p> <p>5.Assegurar a privacidade</p> <p>6.Facilitar o procedimento</p> <p>7.</p> <p>b) Evitar interferências no padrão respiratório</p>

Monitorização da Respiração	Cap. 2 / Sub-cap. 2.6 / Norma 2.6.4
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>8.Observar a amplitude da respiração (superficial, normal ou profunda), se possível, em simultâneo com a avaliação da frequência</p> <p>9.Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se, se necessário</p> <p>10 Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>11.Lavar as mãos</p> <p>12.Registar na folha de sinais vitais ou no impresso processado por computador ou validar no “<i>Palmtop</i>”</p>	<p>10 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>11.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>12.Documentar legalmente a avaliação efectuada</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

2.7 – Normas no Processo do Sistema Respiratório

Norma 2.7.1 – Monitorização da Saturação de Oxigénio	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na avaliação periférica, não invasiva, da saturação arterial de oxigénio, de forma intermitente ou contínua</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Determinar alterações e situações de risco ◆ Gerir a administração de oxigénio ◆ Melhorar o bem-estar do cliente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e as necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender aos valores de referencia ◆ Identificar as situações que requerem a avaliação da saturação de oxigénio ◆ Gerir os factores que interferem na medição, tais como os movimentos do cliente ◆ Identificar os factores que podem interferir com a avaliação: <ul style="list-style-type: none"> ▪ doença vascular periférica ▪ hipotermia do local de avaliação ▪ vasoconstritores farmacológicos ▪ baixo débito cardíaco ▪ hipotensão 	

Monitorização da Saturação de Oxigénio	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ edema periférico ▪ hiperpigmentação da pele <ul style="list-style-type: none"> ◆ Seleccionar o sensor de acordo com a idade e estado de saúde do cliente ◆ Aplicar o sensor preferencialmente nos dedos da mão. Em alternativa, aplicar no 1º dedo do pé ou lóbulo da orelha ◆ Assegurar que o cabo do sensor fique sobre o local onde se aplicou, para permitir a transmissão adequada da luz ◆ Determinar o local de aplicação do sensor que deve estar seco, íntegro e suficientemente irrigado ◆ Assegurar que a irrigação capilar do local se refaz até 3 segundos, após pressionar. Caso contrário, seleccionar outro local ◆ Remover verniz e unhas artificiais pelo risco de induzir a falsas leituras ◆ Verificar se o cliente é alérgico ao látex ou tem hipersensibilidade cutânea a outros produtos ◆ Manter a saturação superior a 90% com ou sem oxigénio, durante o sono e após aspiração de secreções ou exercício físico <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Monitor cardíaco ou de sinais vitais com oxímetro ◆ Suporte de registo de sinais vitais <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Determinar o local para aplicação do sensor através da verificação de enchimento da rede capilar 5.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se 6.Aplicar o sensor no local seleccionado	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação. 3.Obter colaboração 4.Prevenir a ocorrência de falsos valores 5.Providenciar conforto

Monitorização da Saturação de Oxigénio	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>7.Observar os valores no monitor</p> <p>8.Manter o sensor colocado na avaliação contínua, verificando os limites e o volume dos sinais de alarme. Reposicionar o sensor, se necessário, de acordo com o estado da pele no local de aplicação</p> <p>9.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>10.Assegurar a recolha e limpeza do material</p> <p>11.Lavar as mãos</p> <p>12.Registar na folha de sinais vitais ou no impresso processado por computador ou validar no “<i>Palmtop</i>”</p>	<p>9.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>11.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>12.Documentar legalmente a avaliação efectuada</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.7.2 – Manutenção da Traqueostomia	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na manutenção da permeabilidade da traqueostomia e da integridade cutânea</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manter a permeabilidade das vias aéreas ◆ Facilitar a aspiração de secreções traqueobrônquicas ◆ Manter a integridade cutânea <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Executar com técnica asséptica, enquanto se mantiverem os fios de sutura ◆ Executar o penso com compressas dobradas em vez de cortadas ou usar pensos absorventes próprios para o efeito ◆ Manter a humificação do ar inspirado ◆ Incentivar o cliente a lavar a boca ◆ Induzir o cliente a fazer inspirações e expirações profundas, colocando a mão à frente da traqueostomia, de forma a sentir o ar expirado ◆ Monitorizar o funcionamento do “cuff” (pressão, existência de fuga de ar), se o cliente tiver colocada uma cânula de traqueostomia com “cuff” 	

Manutenção da Traqueostomia

Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.2

- ◆ Manter a fixação da cânula traqueal externa durante a limpeza do estoma e substituição da cânula interna, a fim de evitar a sua oscilação, que pode desencadear tosse e lesões da mucosa
- ◆ Garantir uma limpeza eficaz e rápida, caso se utilize uma única cânula interna
- ◆ Colaborar com o médico na substituição da cânula externa

IV – RECURSOS

- ◆ Material para aspiração de secreções (consultar Norma 2.7.3 deste capítulo):
- ◆ Cloreto de sódio isotónico
- ◆ Peróxido de hidrogénio
- ◆ Material de penso:
 - compressas esterilizadas de 10x10
 - dispositivo de fixação (fitas de nastro ou outro)
 - tesoura
 - 2 taças esterilizadas
 - ou
 - “Kit” de penso simples
- ◆ Penso absorvente próprio para traqueostomia
- ◆ Luvas
- ◆ Recipiente para sujos de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares
- ◆ Cânula traqueal interna, externa e obturador, se necessário
- ◆ Material para cuidados à boca (consultar normas 3.2.1 ou 3.2.2)

V – PROCEDIMENTO

Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente em semi-Fowler 5.Calçar luvas 6.Lavar a boca (consultar normas 3.2.1 ou 3.2.2)	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar e promover o auto cuidado 4.Facilitar a execução da técnica Providenciar conforto


Manutenção da Traqueostomia	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>7. Aspirar secreções se necessário (consultar norma 2.7.3.2)</p> <p>8. Remover o penso da traqueostomia</p> <p>9. Remover as luvas</p> <p>10. Lavar as mãos</p> <p>11. Calçar novas luvas</p> <p>12. Aprontar o material de penso</p> <p>13. Trocar a cânula interna</p> <p>14. Lavar a cânula em solução de 1:1 de peróxido de hidrogénio e cloreto de sódio isotónico</p> <p>15. Inspeccionar o estoma e pele circundante</p> <p>16. Limpar o estoma com cloreto de sódio isotónico</p> <p>17. Limpar o exterior da cânula externa</p> <p>18. Aplicar outro dispositivo de fixação, removendo o anterior</p>	<p>10. Prevenir a contaminação</p> <p>14. Remover as secreções aderentes à cânula</p> <p>15. Avaliar as características</p> <p>16. Remover as secreções</p> <p>18. Evitar traumatismos da traqueia e a saída acidental da cânula</p>
 <p>19. Aplicar compressas secas ou penso absorvente</p> <p>20. Remover a cânula interna da solução de limpeza e enxaguá-la com cloreto de sódio isotónico</p> <p>21. Limpar o interior da cânula com compressa embebida em cloreto de sódio isotónico e aprontá-la na unidade do cliente</p>	<p>19. Proteger a pele peri-estomal</p> <p>20. Remover o produto de limpeza e vestígios de secreções</p> <p>21. Remover secreções acumuladas</p>

Figura 50 – Fixação da cânula

Manutenção da Traqueostomia	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.2
Acções de Enfermagem	Justificação
22. Remover as luvas 23. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se 24. Apreciar o bem-estar do cliente 25. Providenciar a recolha e lavagem do material 26. Lavar as mãos	23. Providenciar conforto 24. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 26. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
VI – REGISTOS <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.7.3 – Aspiração de Secreções	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na remoção das secreções traqueobrônquicas através da introdução de uma sonda estéril na nasofaringe, orofaringe ou no tubo endotraqueal/traqueostomia, utilizando um sistema de vácuo, sempre que o cliente não tenha condições de as remover</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manter a permeabilidade das vias aéreas ◆ Prevenir a estase de secreções ◆ Providenciar ventilação adequada <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Aplicar máscara durante o procedimento. Escolher a máscara de acordo com o microrganismo suspeito ou identificado ◆ Aplicar viseira, ou óculos se a situação o justificar ◆ Executar o procedimento de preferência, com outro enfermeiro em clientes conectados a ventilador ◆ Executar com técnica asséptica 	


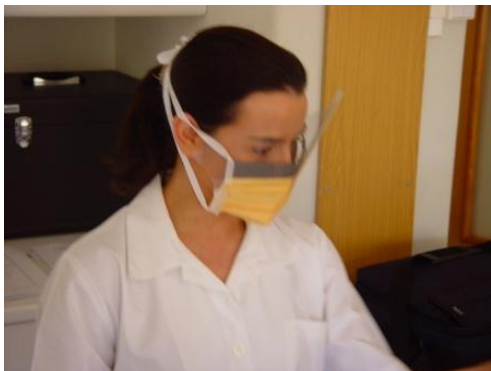
Aspiração de Secreções	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.3
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumentar a saturação de oxigénio do cliente antes da aspiração para prevenir hipoxémia, excepto em clientes com DPOC ◆ Trocar a sonda em cada sessão de aspiração. Entende-se por sessão de aspiração, uma única aspiração ou aspirações repetidas na mesma sessão ◆ Remover a sonda e luva sempre que mudar de via ou quando a sonda ficar obstruída ◆ Lavar os tubos após cada sessão de aspiração ◆ Limitar o tempo de duração de cada aspiração de 10 a 15 segundos, pelo risco de hipoxémia, broncoespasmo e alterações cardíacas ◆ Aspirar com sondas de calibre inferior a $\frac{1}{3}$ do calibre do tubo endotraqueal ◆ Posicionar a cabeça do cliente para o lado direito, alinhando o queixo com o ombro direito, para aspirar o brônquio principal esquerdo. Para aspirar o brônquio principal direito, proceder de forma inversa <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Aspirador ligado a fonte de vácuo ◆ Sondas de aspiração ◆ Máscara ◆ Viseira ou óculos ◆ Luvas esterilizadas ◆ Seringa ◆ Ampolas de cloreto de sódio isotónico ◆ Estetoscópio ◆ Ressuscitador manual (tipo Ambu) com ligação a fonte de O₂, se necessário ◆ Conexões em Y/T (se as sondas não tiverem controlo de vácuo incorporado) ◆ Recipiente com água destilada ◆ Recipiente para sujos de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares



Aspiração de Secreções

Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.3.1

V – PROCEDIMENTO

2.7.3.1 – Através da Orofaringe/Nasofaringe

Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Verificar o funcionamento do aspirador</p>  <p>Figura 51 – Verificação do aspirador</p> <p>3.Lavar as mãos</p> <p>4.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>5.Aplicar máscara e viseira ou óculos</p>  <p>Figura 52 – Máscara com viseira</p>	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Garantir a segurança do cliente</p> <p>3. Prevenir contaminação</p> <p>4.Encorajar e promover o auto cuidado Diminuir a ansiedade</p>

Aspiração de Secreções	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.3.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>6. Posicionar o cliente em Fowler ou semi-Fowler, se a situação clínica o permitir</p>  <p>Figura 53 – Posicionamento para aspirar</p> <p>7. Auscultar os sons pulmonares</p> <p>8. Calçar luvas</p> <p>9. Inserir a conexão da extremidade da sonda na tubuladura do aspirador, mantendo-a protegida pelo respectivo invólucro</p> <p>10. Controlar o funcionamento do aspirador com a mão não dominante</p> <p>11. Inserir a sonda através da boca/nariz, durante a inspiração, com a mão dominante</p>  <p>Figura 54 – Inserção da sonda</p> <p>12. Aspirar, de forma intermitente, rodando a sonda entre os dedos à medida que se vai removendo</p> <p>13. Descartar a sonda enrolando-a na mão dominante e remover a luva pelo avesso</p> <p>14. Lavar o tubo no recipiente com água destilada e proteger a sua extremidade</p> <p>15. Interromper o funcionamento do aspirador</p>	<p>6. Facilitar a respiração Facilitar a execução do procedimento</p> <p>7. Obter sons de referência</p> <p>8. Idem</p> <p>9. Idem</p> <p>12. Prevenir a lesão da mucosa Facilitar a remoção das secreções</p> <p>13. Prevenir a contaminação</p> <p>14. Remover as secreções</p>

Aspiração de Secreções	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.3.2
Acções de Enfermagem	Justificação
16.Remover a luva da outra mão 17.Auscultar sons pulmonares 18.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se 19.Remover a máscara e viseira ou óculos, se necessário 20.Apreciar o bem-estar do cliente 21.Assegurar a recolha e lavagem do material 22.Lavar as mãos	17.Verificar a eficácia da aspiração 18.Providenciar conforto 20.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 22.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
2.7.3.2 – Através do Tubo Endotraqueal/Traqueostomia	
Acções de Enfermagem	Justificação
1 a 7. Acções iguais às descritas em 2.7.3.1 8. Aplicar o ressuscitador manual à fonte de oxigénio 9.Aumentar o F _i O ₂ para 100%, se o cliente estiver ventilado 10.Calçar luvas 11.Inserir a conexão da extremidade da sonda e adaptá-la ao tubo do aspirador, mantendo-a protegida pelo respectivo invólucro 12.Controlar o funcionamento do aspirador com a mão não dominante 13.Suprimir a fonte de oxigénio (do ventilador ou outra) 14.Ajustar no tubo endotraqueal/traqueostomia, o ressuscitador manual e insuflar 15.Instilar através do tubo endotraqueal/traqueostomia, 3 a 5 cc de cloreto de sódio isotónico se as secreções forem muito espessas	8.Prevenir hipoxia 10.Prevenir a contaminação 14.Mobilizar as secreções 15.Fluidificar as secreções

Aspiração de Secreções	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.3.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>16. Inserir suavemente a sonda no tubo endotraqueal ou traqueostomia, com a mão dominante, até encontrar obstáculo (carina) e exteriorizar ligeiramente iniciando a aspiração</p> <p>17. Aspirar, de forma intermitente, rodando a sonda entre os dedos à medida que se vai removendo</p> <p>18. Executar novamente como em 14,15,16 e 17, se necessário</p> <p>19. Ajustar fonte de oxigénio (ventilador ou outra) ao cliente</p> <p>20. Descartar a sonda enrolando-a na mão dominante e remover a luva pelo avesso</p> <p>21. Lavar o tubo no recipiente de água destilada e proteger a sua extremidade</p> <p>22. Interromper o funcionamento do aspirador e a fonte de oxigénio do ressuscitador manual</p> <p>23. Auscultar os sons pulmonares</p> <p>24. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>25. Remover a máscara e viseira ou óculos, se necessário</p> <p>26. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>27. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>28. Lavar as mãos</p>	<p>16. Assegurar a eficácia da aspiração Evitar o traumatismo da mucosa</p> <p>17. Prevenir lesão da mucosa</p> <p>18. Permitir uma higiene traqueobrônquica eficaz</p> <p>19. Manter a oxigenação</p> <p>20. Evitar a contaminação</p> <p>21. Remover as secreções</p> <p>23. Verificar a eficácia da aspiração</p> <p>24. Providenciar conforto</p> <p>26. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>28. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.7.4 – Drenagem Torácica Sub-aquática	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste nas acções a desenvolver durante a colocação e manutenção do dreno torácico para remoção de líquido e/ou ar do interior o pulmão e da cavidade pleural ou mediastínica, permitindo a reexpansão da totalidade ou parte do pulmão colapsado</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Promover a reexpansão pulmonar ◆ Restabelecer a função cardiorespiratória ◆ Manter o sistema de drenagem funcionante ◆ Prevenir infecções e acidentes <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O Enfermeiro colabora com o médico na colocação da drenagem e realiza os cuidados de manutenção <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do médico/enfermeiro e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Utilizar técnica asséptica ◆ Verificar as condições ambientais (temperatura, ventilação, ruído, odores e iluminação) 	

Drenagem Torácica Sub-aquática

Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.4

- ◆ Providenciar o sistema de drenagem adequado à situação do cliente. O sistema de drenagem sub-aquática evoluiu a partir de um sistema constituído por frascos de vidro com um ou dois outros recipientes para uma unidade de utilização única em plástico



Figura 55 – Sistema de drenagem

- ◆ Existem dois tipos de drenagem torácica para restabelecer a pressão negativa intrapleural:
 - Passiva – o conteúdo da cavidade pleural drena para o exterior, por acção dos movimentos respiratórios do cliente e da acção da gravidade
 - Activa – o conteúdo da cavidade pleural drena para o exterior por acção de uma pressão negativa permanente, obtida através de uma fonte de vácuo
- ◆ Preparar o sistema de drenagem. A câmara sub-aquática é preenchida com água destilada até um nível de 2 a 3cm e a câmara de controlo é regulada com a pressão que se pretende obter
- ◆ Imobilizar os tubos de drenagem nas conexões com cinta e no local de inserção dos drenos colocar penso
- ◆ Trocar o recipiente sempre que o líquido drenado exceda a capacidade do sistema
- ◆ Manter o circuito sem interrupção, quando é feita a colheita de líquido drenado para análise
- ◆ Manter o circuito com os tubos alinhados sem angulações ou ansas pendentes, que impeçam ou dificultem a drenagem
- ◆ Vigiar a câmara sub-aquática para detecção de borbulhar ou alteração súbita da quantidade do líquido drenado

Drenagem Torácica Sub-aquática

Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.4

- ◆ Evitar espremer por rotina os tubos torácicos devido ao aumento da pressão negativa intratorácica gerada. Se existirem coágulos no líquido drenado ou obstrução no circuito, os tubos podem ser espremidos com precaução e suavidade e de acordo com orientação médica
- ◆ Vigiar o cliente regularmente para verificação da mobilidade torácica e detecção precoce de complicações

IV – RECURSOS

- ◆ Mesa com campo esterilizado contendo:
 - seringas
 - agulhas SC e IM
 - compressas
 - pinças de kocker
 - campo com janela
 - lâmina de bisturi
 - fio de sutura
 - porta agulhas
 - tesoura
 - taça para desinfectante
 - dreno torácico
 - introdutor (trocatér, condutor)
- ◆ Bata esterilizada
- ◆ Luvas esterilizadas
- ◆ Máscara
- ◆ Barrete
- ◆ Resguardo descartável
- ◆ Solução desinfectante
- ◆ Anestésico local
- ◆ Adesivo
- ◆ Sistema de drenagem torácica
- ◆ Água destilada
- ◆ “Clamp” de drenagem torácica (2 para cada tubo)
- ◆ Aspirador de baixa pressão, se necessário
- ◆ Recipientes para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Drenagem Torácica Sub-aquática	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.4.1
V – PROCEDIMENTO	
2.7.4.1 – Fase de Inserção do Dreno	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Monitorizar sinais vitais 5.Posicionar o cliente de acordo com a sua situação de saúde e a indicação médica 6.Aplicar o resguardo impermeável sob o cliente 7.Lavar as mãos 8.Aprontar o material esterilizado 9.Colaborar com o médico na inserção do dreno torácico 10.Aplicar a extremidade do dreno ao sistema de drenagem e verificar se as conexões estão bem vedadas 11.Posicionar os recipientes de drenagem abaixo do nível do tórax, em suporte apropriado 12.Observar se há oscilação na coluna de água do recipiente que funciona como selo de água 13.Lavar as mãos 14.Executar o penso no local de inserção do dreno 15.Imobilizar o dreno fixando-o ao tórax do cliente 16.Verificar se as tubuladuras têm angulações 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar e promover o auto cuidado Diminuir a ansiedade 4.Obter valores de referência 5.Facilitar a execução do procedimento 7.Prevenir a contaminação 10.Obter um sistema de drenagem fechado 11.Prevenir refluxo Facilitar a drenagem Prevenir acidentes 12.Avaliar a permeabilidade do sistema de drenagem 13.Prevenir a contaminação 14.Prevenir infecção 15.Prevenir deslocação acidental 16.Garantir a permeabilidade do sistema de drenagem

Drenagem Torácica Sub-aquática	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.4.2
Acções de Enfermagem	Justificação
17.Monitorizar sinais vitais 18.Assegurar a execução de uma radiografia de tórax 19.Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se 20.Incentivar o cliente a virar-se regularmente 21 Apreciar o bem-estar do cliente 22.Assegurar a recolha e lavagem do material 23.Lavar as mãos	17.Prevenir complicações 18.Verificar o correcto posicionamento do dreno torácico 19.Providenciar conforto Facilitar a drenagem 20.Facilitar a ventilação e a drenagem 21 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 23.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
2.7.4.2 – Fase de Manutenção	
Acções de Enfermagem	Justificação
1 a 7.Acções iguais a 2.7.4.1 8.Calçar luvas não esterilizadas 9.Remover o penso do local de inserção do dreno 10.Examinar o local de inserção do dreno 11.Remover as luvas 12.Lavar as mãos 13.Aprontar o material de penso 14.Calçar luvas esterilizadas 15.Executar o penso no local de inserção 16.Imobilizar o dreno fixando-o ao tórax do cliente 17.Inspeccionar o padrão respiratório e mobilidade torácica	10.Detectar precocemente a ocorrência de: <ul style="list-style-type: none">▪ enfisema subcutâneo▪ fuga de ar▪ sinais inflamatórios 12.Prevenir a contaminação 15.Prevenir infecção 16.Prevenir deslocação accidental 17.Detectar precocemente a existência de complicações respiratórias

Drenagem Torácica Sub-aquática	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.4.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>18.Vigiar todo o sistema de drenagem</p> <p>19.Vigiar a oscilação do nível do líquido do tubo que fica introduzido na água do recipiente que funciona como selo de água, quando se utiliza a drenagem passiva</p> <p>20.Vigiar o borbulhar do líquido no frasco, no caso de drenagem de pneumotórax</p> <p>21.Assegurar a execução de uma radiografia de tórax diária ou segundo protocolo do serviço em vigor</p> <p>22.Incentivar o cliente a fazer inspirações profundas e a virar-se regularmente</p> <p>23.Instruir ou assistir o cliente na mobilização do membro superior do lado da drenagem</p> <p>24.Aprontar, junto do cliente, dois “clamps” de drenagem torácica para cada dreno</p> <p>25. Clampar o dreno com dois “clamps” em sentido inverso, imediatamente aquando da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • substituição do recipiente • desconexão acidental de qualquer conexão 	<p>18.Detectar a existência de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ angulações ▪ ansas pendentes ▪ coágulos ▪ fugas em todo o sistema de drenagem <p>19.Verificar a permeabilidade do sistema de drenagem.</p> <p>A não oscilação pode indicar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ angulação das tubuladuras ▪ obstrução das tubuladuras por coágulos ▪ deslocação do dreno ▪ reexpansão do pulmão <p>20.Verificar a eficácia do sistema de drenagem (o borbulhar rápido durante a inspiração e/ou expiração pode indicar a existência de fístulas ou fugas de ar no sistema de drenagem)</p> <p>21.Avaliar a reexpansão pulmonar e a eficácia da drenagem da cavidade pleural</p> <p>22.Facilitar a drenagem de líquido e/ou ar</p> <p>23.Prevenir a diminuição da amplitude articular como consequência da defesa à dor</p> <p>25. Evitar complicações</p>

Drenagem Torácica Sub-aquática	Cap. 2 / Sub-cap. 2.7 / Norma 2.7.4.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>26. Trocar o recipiente, se necessário</p> <p>27. Assegurar a oscilação na coluna de água do recipiente que funciona como selo de água</p> <p>28. Remover luvas</p> <p>29. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>30. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>31. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>32. Lavar as mãos</p>	<p>27. Avaliar a permeabilidade do sistema de drenagem</p> <p>29. Providenciar conforto</p> <p>Facilitar a drenagem</p> <p>30. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>32. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

2.8 – Normas no Processo do Sistema Urinário

Norma 2.8.1 – Cateterismo Urinário	Cap. 2 / Sub-cap. 2.8
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na introdução de um cateter através do meato urinário e uretra até à bexiga</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Esvaziar a bexiga quando há retenção urinária e insucesso de outras intervenções ◆ Descomprimir a bexiga antes, durante e após determinadas intervenções cirúrgicas e/ou tratamentos ◆ Monitorizar o débito urinário ◆ Executar irrigações da bexiga ou instilação de medicamentos ◆ Facilitar a obtenção de amostras assépticas de urina, em clientes inconscientes ou com dificuldade em colaborar no procedimento ◆ Monitorizar o volume residual de urina na bexiga ◆ Controlar a incontinência em clientes com lesões que contra-indiquem o contacto da pele com a urina <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O médico, em situações clínicas específicas <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do médico/enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Avaliar métodos alternativos à algaliação antes da execução da mesma ◆ Respeitar a privacidade do cliente ◆ 	

Cateterismo Urinário

Cap. 2 / Sub-cap. 2.8 / Norma 2.8.1

- ◆ Executar com técnica asséptica
- ◆ Providenciar o tipo e calibre da algália tendo em conta o sexo, a idade, a patologia e finalidade da algaliação
- ◆ Aplicar lubrificante hidrossolúvel estéril em dose unitária
- ◆ Iluminar adequadamente a área
- ◆ Manter o cateter urinário apenas enquanto houver indicação clínica, ou de acordo com as orientações da Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar
- ◆ Preencher o balão de fixação do cateter apenas com água destilada. Não utilizar cloreto de sódio isotónico porque podem formar-se cristais que irão dificultar a saída da algália, ou alterar a borracha, fragmentando-a
- ◆ Instruir o cliente, o familiar ou outros para a colocação da algália em situações específicas

IV – RECURSOS

- ◆ Material para higiene:
 - Bacia com água morna
 - Sabão líquido
 - Toalhete ou manápula descartável
 - Toalha
 - Luvas
 - Resguardo descartável
- ◆ Tabuleiro esterilizado com:
 - Cápsula para colocar a solução estéril
 - Recipiente para recolha de urina, se necessário
 - Luvas para lavagem com solução estéril
 - Campo com janela
 - Tina riniforme
 - Compressas
- ◆ Tabuleiro com:
 - Algália de tipo e calibre adequados à situação do cliente
 - Luvas esterilizadas
 - Ampola de água bidestilada
 - Seringa esterilizada
 - Cloreto de sódio isotónico

Cateterismo Urinário	Cap. 2 / Sub-cap. 2.8 / Norma 2.8.1
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lubrificante hidrossolúvel esterilizado, dose unitária ▪ Saco colector de urina com dispositivo de saída e válvula anti-refluxo ▪ Adesivo ▪ Suporte adequado para o saco colector ▪ Recipiente de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares ▪ Resguardo descartável <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente expondo apenas a região genital: <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Homem</u>–Decúbito dorsal com membros inferiores em abdução ▪ <u>Mulher</u>–Decúbito dorsal com membros inferiores flectidos e em abdução 5.Aplicar resguardo descartável 6.Calçar luvas 7.Lavar os órgãos genitais com água e sabão e secar 8.Remover o resguardo 9.Remover as luvas 10.Aplicar novo resguardo 11.Lavar as mãos 12.Aprontar o tabuleiro do material esterilizado com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ lubrificante ▪ solução estéril na cápsula 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar e promover o auto cuidado Diminuir a ansiedade 4.Facilitar a execução do procedimento 7.Minimizar a contaminação bacteriana da área 11.Prevenir a contaminação

Cateterismo Urinário	Cap. 2 / Sub-cap. 2.8 / Norma 2.8.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ compressas ▪ taça para recolha de urina, se necessário ▪ tina riniforme ▪ campo esterilizado com janela ▪ algália ▪ saco colector de urina ▪ luvas <p>13.Preparar a seringa esterilizada com a quantidade de água bidestilada, de acordo com as orientações do fabricante, para encher o balão da algália</p> <p>14.Calçar luvas esterilizadas</p> <p>15.Aplicar o campo esterilizado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Homem</u> – colocar a janela do campo sobre o pénis ▪ <u>Mulher</u> – colocar a janela do campo sobre a região perineal <p>16.Limpar o meato com cloreto de sódio isotónico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Homem</u> – com a mão não dominante posicionar o pénis perpendicularmente à zona pélvica retraindo o prepúcio. Com a mão dominante limpar o meato utilizando uma compressa de cada vez, com movimentos circulares em sentido descendente, do meato para a glande ▪ <u>Mulher</u> – Limpar com cloreto de sódio isotónico, começando pelos grandes lábios e utilizando uma compressa para cada um, num movimento descendente e único, do lado mais afastado para o mais próximo. 	<p>14.Manter técnica asséptica</p> <p>16.Diminuir os microrganismos da flora perineal, complementando a lavagem já efectuada</p> <p>Prevenir a contaminação por arrastamento de microrganismos da zona perineal para o meato</p>

Cateterismo Urinário	Cap. 2 / Sub-cap. 2.8 / Norma 2.8.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>Seguidamente a mão não dominante afasta os grandes lábios e a outra mão executa a limpeza dos pequenos lábios, respeitando os passos anteriormente descritos. Por último procede-se à limpeza do meato num movimento único</p> <p>17. Remover as luvas</p> <p>18. Calçar novo par de luvas esterilizadas</p> <p>19. Remover o invólucro da algália e fazer a sua adaptação imediata ao saco colector</p> <p>20. Aplicar lubrificante na algália</p> <p>21. Executar a algaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Homem</u> – com a mão não dominante colocar o pénis num ângulo de 90° com a zona pélvica, exercendo uma ligeira tracção, ao mesmo tempo que se faz a inserção da algália com movimentos circulares (\pm 17 a 20 cm). Quando se sentir uma ligeira resistência baixar o pénis (\pm 120°) continuando a introdução da algália até chegar à bexiga (quando surge urina no saco colector) ▪ <u>Mulher</u> – com a mão não dominante manter afastados os grandes lábios ao mesmo tempo que se faz a introdução da algália com a mão dominante em movimentos circulares (\pm 5 a 7,5 cm) até chegar à bexiga <p>22. Inserir um pouco mais a algália e instilar a quantidade indicada de água bidestilada para insuflar o balão</p>	<p>19. Obter circuito fechado desde o início do procedimento para prevenção da infecção</p> <p>20. Facilitar a introdução da algália</p> <p>21.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenuar o ângulo peno-escrotal (1ª curvatura da uretra) facilitando a progressão da algália ▪ Posicionar adequadamente para ultrapassar a 2ª curvatura da uretra <p>22. Prevenir o traumatismo da uretra Imobilizar internamente a algália</p>

Cateterismo Urinário	Cap. 2 / Sub-cap. 2.8 / Norma 2.8.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>23.Executar um ligeiro movimento de tracção</p> <p>24.Remover o campo esterilizado e resguardo descartável</p> <p>25.Remover as luvas</p> <p>26.Imobilizar a algália fixando com adesivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Homem</u> – região superior da coxa ou na região infra –abdominal ▪ <u>Mulher</u> – face interna da coxa <p>27.Posicionar o saco colector em suporte próprio</p> <p>28.Posicionar ou ajudar o cliente a posicionar-se</p> <p>29 Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>30.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>31.Lavar as mãos</p>	<p>23.Assegurar a fixação interna da algália</p> <p>26.Evitar a tracção da algália</p> <p>Atenuar o ângulo peno-escrotal prevenindo fístula uretral</p> <p>27.Facilitar a drenagem da urina e prevenir infecção</p> <p>28.Providenciar conforto</p> <p>29 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>31.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 2.8.2 – Manutenção do Cateter Urinário	Cap. 2 / Sub-cap. 2.8
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Conjunto de acções que visam a prevenção de complicações e a manutenção da permeabilidade da algália</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prevenir infecção ◆ Manter a permeabilidade da algália ◆ Prevenir a ocorrência de traumatismos dos tecidos e formação de úlceras ◆ Providenciar conforto <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente, ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, protocolo do serviço em vigor e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Lavar as mãos antes e após o manuseamento da algália e do sistema de drenagem, a fim de prevenir a infecção urinária ◆ Manter o sistema de drenagem em circuito fechado com um sistema de esvaziamento que evite a contaminação, o qual só deve ser quebrado por motivos específicos ◆ Providenciar o esvaziamento do saco colector quando estiver a meio da sua capacidade para um saco de esvaziamento individual. Deve ser usado um avental e luvas de protecção que devem ser substituídas de cliente para cliente ◆ Manter o saco colector abaixo do nível da bexiga 	

Manutenção do Cateter Urinário	Cap. 2 / Sub-cap. 2.8 / Norma 2.8.2
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Trocar todo o sistema de drenagem, quando se verifica obstrução frequente da algália ◆ Desinfectar a conexão algália - saco com álcool a 70º e substituir o sistema de drenagem se ocorrer desadaptação accidental do saco colector ◆ Trocar a algália tendo em conta as necessidades clínicas, o material que a constitui (orientações do fabricante) e a reacção do cliente ◆ Inserir algália de 3 vias, se se prevê a necessidade de efectuar irrigação (contínua ou intermitente) ◆ Executar a colheita de amostras de urina para exames, através de punção do local próprio para o efeito, no tubo colector, após desinfectação com álcool a 70º e nunca por desconexão do sistema de drenagem ◆ Incentivar o cliente à ingestão de líquidos a fim de promover uma boa diurese, se não existir contra indicação clínica ◆ Manter o cliente algaliado afastado de focos de infecção <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Bacia com água morna ◆ Sabão líquido ◆ Resguardo descartável ◆ Toalhete ou manápula descartável ◆ Toalha ◆ Adesivo ◆ Luvas ◆ Saco de esvaziamento individual ◆ Cloreto de sódio isotónico <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento	1.Gerir tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Informar e obter colaboração Promover o auto cuidado

Manutenção do Cateter Urinário	Cap. 2 / Sub-cap. 2.8 / Norma 2.8.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>4. Posicionar expondo a região genital:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Homem</u>—Decúbito dorsal com membros inferiores em abdução ▪ <u>Mulher</u>—Decúbito dorsal com membros inferiores flectidos e em abdução <p>5. Aplicar o resguardo descartável</p> <p>6. Calçar luvas</p> <p>7. Lavar os órgãos genitais com água e sabão e secar</p> <p>Se houver exsudado genital proceder à lavagem com cloreto de sódio isotónico</p> <p>8. Remover o resguardo</p> <p>9. Remover as luvas</p> <p>10. Trocar o adesivo de fixação da algália, alternando o local</p> <p>11. Verificar a eficácia da drenagem vesical</p> <p>12. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>13. Observar as características da urina</p> <p>14. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>15. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>16. Lavar as mãos</p>	<p>4 a execução do procedimento</p> <p>5. Proteger a roupa da cama</p> <p>7. Prevenir a contaminação bacteriana da área</p> <p>10. Manter a integridade cutânea</p> <p>11. Manter a permeabilidade da algália Prevenir complicações</p> <p>12. Providenciar conforto</p> <p>13. Determinar alterações</p> <p>14. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>16. Prevenir a transmissão de infecção cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

3 – Intervenções no Comportamento

3.1 – Auto cuidado: Cuidar da Higiene Pessoal

3.1.1 – Tomar Banho e Vestir-se ou Despir-se

Norma 3.1.1.1 – Banho na Cama com Ajuda Parcial	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em lavar até 54% do corpo do cliente e assisti-lo a trocar de roupa e arranjar-se</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Cuidar da higiene individual ◆ Estimular a função respiratória, circulatória, de mobilidade e de eliminação ◆ Manter a integridade da pele ◆ Promover o auto cuidado ◆ Instruir para o auto cuidado de higiene pessoal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O cliente, com supervisão do enfermeiro, que o assiste no que for necessário <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, organização do serviço e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Examinar o cliente, interpretar e orientar antecipadamente ◆ Posicionar o cliente usando movimentos firmes e suaves, de forma a que se sinta seguro 	

Banho na Cama com Ajuda Parcial	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.1
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lavar e secar o corpo, começando das zonas mais limpas para as mais sujas, dando especial atenção às orelhas, axilas, umbigo, pregas cutâneas e espaços interdigitais ◆ Reunir a roupa suja no respectivo saco <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Roupa para substituir a da cama e a do cliente ◆ Toalhas ◆ Manápula ou toalhete ◆ Luvas ◆ Sabão líquido com emoliente e dermoprotector ◆ Substância hidratante ◆ Recipiente com água quente ◆ Tesoura ◆ Bacias ◆ Arrastadeira ◆ Objectos de uso individual ◆ Carro de roupa suja <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Assistir o cliente a posicionar-se 5.Aprontar a arrastadeira, se necessário 6.Remover a roupa da cama deixando o cliente protegido com o lençol 7.Aprontar os recursos 8.Assistir o cliente a cuidar do cabelo, se necessário (consultar norma 3.1.2.3)	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a execução do procedimento 5.Facilitar a eliminação 6.Providenciar privacidade 8.Providenciar conforto

153

Norma 3.1.1.2 – Banho na Cama com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em lavar o corpo, trocar de roupa e arranjar o cliente ou assistir continuamente o cliente a fazê-lo</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Cuidar da higiene individual ◆ Estimular a função respiratória, circulatória, de mobilidade e de eliminação ◆ Manter a integridade da pele ◆ Promover o auto cuidado ◆ Instruir para o auto cuidado de higiene pessoal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro podendo ser ajudado por um assistente operacional <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, organização do serviço e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Examinar o cliente, interpretar e orientar antecipadamente ◆ Posicionar o cliente usando movimentos firmes e suaves, para que se sinta seguro ◆ Lavar e secar o corpo, começando das zonas mais limpas para as mais sujas, dando especial atenção às orelhas, axilas, umbigo, pregas cutâneas e espaços interdigitais 	

Banho na Cama com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2
<p>♦ Reunir a roupa suja no respectivo saco</p> <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Roupa para substituir a da cama e a do cliente ♦ Toalhas ♦ Manápula ou toalhete ♦ Luvas ♦ Sabão líquido com emoliente e dermoprotector ♦ Substância hidratante ♦ Recipiente com água quente ♦ Tesoura ♦ Bacias ♦ Arrastadeira ♦ Objectos de uso individual ♦ Carro de roupa suja <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4.Posicionar o cliente</p> <p>5.Providenciar a arrastadeira, se necessário</p> <p>6.Remover a roupa da cama deixando o cliente protegido com o lençol</p> <p>7.Lavar e cuidar do cabelo, se necessário (consultar norma 3.1.2.3)</p> <p>8.Lavar a cavidade oral (consultar norma 3.1.2.2)</p>	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Prevenir a contaminação</p> <p>3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado</p> <p>4.Facilitar a execução do procedimento</p> <p>5.Facilitar a eliminação</p> <p>6.Providenciar privacidade</p> <p>8.Providenciar conforto Prevenir a cárie dentária</p>

Banho na Cama com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9.a) Cobrir o pescoço com a toalha e lavar a face</p> <p>b) Lavar os olhos com água simples, do canto externo para o interno</p> <p>c) Enxaguar e secar a face</p> <p>d) Lavar e secar o pavilhão auricular</p> <p>10. Despir a camisa ou pijama e pôr no saco da roupa suja.</p> <p>Manter o lençol superior sobre o corpo</p> <p>11. Membros superiores:</p> <p>a) Posicionar o membro mais afastado, descoberto sobre a toalha</p> <p>b) Lavar e secar, da parte distal para a proximal em movimentos circulares dando especial atenção à região axilar</p> <p>c) Aprontar a bacia sobre a cama, de modo a facilitar a imersão da mão. Lavá-la e cortar as unhas, se necessário</p> <p>d) Executar do mesmo modo para o membro mais próximo</p> <p>12. Tórax e abdómen:</p> <p>a) Cobrir o tórax e abdómen com a toalha, removendo simultaneamente o lençol até à região infra-umbilical</p> <p>b) Lavar e secar o pescoço, tórax e abdómen, com especial atenção às pregas do pescoço, umbigo e região infra-mamária. Cobrir o corpo com o lençol até aos ombros, removendo simultaneamente a toalha</p>	<p>9.</p> <p>b) Prevenir conspurcação de acordo com a fisiologia do olho</p> <p>d) Prevenir acumulação de secreções</p> <p>10. Providenciar privacidade</p> <p>11.</p> <p>b) Facilitar o retorno venoso</p> <p>c) Obter uma limpeza mais eficiente</p> <p>12.</p> <p>a) Providenciar privacidade</p> <p>b) Providenciar privacidade</p>

Banho na Cama com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>13. Membros inferiores:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Executar uma dobra na extremidade inferior do lençol até aos joelhos Posicionar o membro mais afastado, descoberto sobre a toalha Lavar e secar todo o membro da parte distal para a proximal em movimentos circulares b) Executar do mesmo modo para o membro mais próximo c) Posicionar os pés sobre a toalha colocada no sentido da largura da cama d) Aprontar a bacia sobre a toalha, elevando simultaneamente os pés. Baixá-los para a bacia, lavá-los e secá-los e) Cortar as unhas, se necessário f) Aplicar uma substância emoliente, se tiver calosidades g) Massajar os calcanhares e região maleolar com o produto adequado h) Remover a toalha e bacia e cobrir os pés com o lençol <p>14. Dorso e nádegas</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Virar ou assistir o cliente a virar-se para o lado oposto b) Executar uma dobra no lençol sobre o dorso, mantendo a região corporal anterior protegida c) Aprontar a toalha sobre a cama, ao longo da região dorsal d) Lavar e secar o dorso e) Lavar e secar as nádegas 	<p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Providenciar privacidade Facilitar o retorno circulatório d) Obter uma limpeza mais eficaz f) Remover as calosidades g) Facilitar o retorno venoso <p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Facilitar a execução do procedimento

Banho na Cama com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>f)Massajar o dorso, nádegas e zonas de proeminência óssea utilizando substância hidratante, de acordo com o estado e tipo de pele do cliente</p> <p>g)Remover a toalha e tapar o cliente com o lençol.</p> <p>h)Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em decúbito dorsal</p> <p>15.Orgãos genitais</p> <p>a)Posicionar os membros inferiores com os joelhos em flexão ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>b)Aprontar a toalha sobre a cama, no sentido do comprimento, elevando ligeiramente as nádegas</p> <p>c)Aprontar a arrastadeira sobre a cama, se necessário</p> <p>d)Executar uma dobra na extremidade inferior do lençol até aos joelhos</p> <p>e)Calçar luvas</p> <p>f)Posicionar os membros inferiores em abdução ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>g)Lavar e secar os órgãos genitais ou assistir o cliente</p> <p>h)Remover a toalha</p> <p>16.Remover as luvas</p> <p>17.Preparar a cama (consultar norma 3.1.1.2.1)</p> <p>18.Vestir o cliente ou assisti-lo</p> <p>19.Pentear ou assistir o cliente a pentear o cabelo, caso não tenha sido executado o ponto 7 desta norma (consultar norma 3.1.2.3.3)</p>	<p>f)Providenciar conforto</p> <p>Manter a integridade da pele</p> <p>Facilitar a circulação</p> <p>15.</p> <p>d)Facilitar a lavagem dos órgãos genitais</p> <p>Manter a privacidade</p> <p>18.Promover o auto cuidado vestir-se</p>


Banho na Cama com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
20. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se 21. Apreciar o bem-estar do cliente 22. Assegurar a recolha e lavagem do material 23. Lavar as mãos	20. Providenciar conforto 21. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 23. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 3.1.1.2.1 – Preparar a Cama	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em substituir a roupa da cama com o cliente deitado</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Providenciar higiene e conforto <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro podendo ser ajudado por um assistente operacional <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Após os cuidados de higiene e sempre que necessário <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Executar o procedimento com suavidade para não levantar pó ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Aplicar o lençol de baixo fazendo os cantos de forma a manter o lençol esticado e sem rugas ◆ Aprontar o carro da roupa suja junto aos pés da cama e descartar a roupa suja directamente para mesmo <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Colcha ◆ Cobertor ou edredão ◆ Resguardo ◆ Lençóis ◆ Fronha ◆ Carro de roupa suja 	

Preparar a Cama	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2.1
V – PROCEDIMENTO	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Aprontar uma cadeira aos pés da cama com as costas voltadas para quem executa</p> <p>3.Lavar as mãos</p> <p>4.Trocar a roupa da cama segundo a técnica abaixo descrita:</p> <p>a)Posicionar-se de um dos lados da cama</p> <p>b)Remover a roupa debaixo do colchão de toda a cama, começando pela cabeceira até aos pés (à esquerda) e continuar a desentalar dos pés para a cabeceira (à direita), ou vice-versa</p> <p>c)Executar três dobras na colcha começando de cima para baixo, depois dobrar outra vez ao meio, no sentido da largura e colocar nas costas da cadeira</p> <p>d)Executar de igual modo para o cobertor</p> <p>e)Manter a dobra em cima no lençol que cobre o cliente, fazer outra em baixo, seguida de duas dobras laterais, começando pelo lado oposto</p> <p>f)Assistir o cliente a voltar-se para o lado oposto da cama, ajustando a almofada</p> <p>g)Remover o resguardo enrolando-o ou dobrando-o em leque até meio da cama, encostando-o bem ao cliente. Executar do mesmo modo ao lençol de baixo</p>	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Organizar a roupa a utilizar</p> <p>3.Prevenir a contaminação</p> <p>4.Executar o procedimento de forma adequada evitando passos desnecessários</p>

Preparar a Cama	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>5. Posicionar o lençol de baixo limpo a meio da cama, da cabeceira para os pés, abri-lo e enrolar ou dobrar em leque a metade oposta para dentro até meio da cama. Entalar a metade da cabeceira e fazer o canto, depois a metade dos pés e respectivo canto e por fim a parte lateral</p>  <p>Figura 56 – Cantos dos lençóis</p> <p>6. Posicionar o resguardo a meio da cama e enrolar a metade oposta para dentro até junto do cliente, entalando-o desse lado</p>  <p>Figura 57 – Aplicação do resguardo</p> <p>7. Virar o cliente, ajustando a almofada</p> <p>8. Posicionar-se no lado oposto</p> <p>9. Remover o resguardo e o lençol de baixo descartando-os no saco da roupa suja</p> <p>10. Tapar o colchão desenrolando e entalando o lençol de baixo, fazendo os cantos na extremidade superior e inferior. Entalar o resguardo desse lado</p> <p>11. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se no meio da cama</p>	

Preparar a Cama	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>12. Aprontar o lençol que cobre o cliente, desfazendo as dobras laterais</p> <p>13. Posicionar-se de novo no lado oposto onde iniciou a cama</p> <p>14. Cobrir o peito do cliente com o lençol de cima limpo e dobrado, pedindo-lhe para o segurar. Se não for possível, entalar sob os ombros</p>  <p>Figura 58 – Colocação do lençol de cima</p> <p>15. Reunir a extremidade inferior do lençol limpo e a extremidade superior do que se vai retirar. Remover o lençol sujo, cobrindo simultaneamente o cliente com o limpo. Executar o canto desse lado</p> <p>16. Aplicar um cobertor ou edredão sobre o lençol de cima</p> <p>17. Executar o canto do cobertor ou edredão e do lençol em simultâneo, fazendo uma dobra junto aos pés, depois de entalar a roupa na extremidade inferior da cama</p>  <p>Figura 59 – Prega de protecção aos pés</p>	<p>14. Providenciar privacidade</p>

Preparar a Cama	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>18. Aplicar a colcha sobre o cobertor ou edredão e fazer o respectivo canto</p> <p>19. Executar uma dobra para dentro na extremidade superior da colcha, de forma a envolver o cobertor ou edredão e executar a dobra do lençol sobre ambos</p> <p>20. Posicionar-se no lado oposto e assegurar a execução dos passos 17 e 18, terminando na cabeceira</p>  <p>Figura 60 – Acabamento da cama</p> <p>21. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>22. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>23. Assegurar a recolha do material</p> <p>24. Lavar as mãos</p>	<p>21. Providenciar conforto</p> <p>22. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>24. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>Fazer a cama desocupada:</p> <p>Nesta situação devem ser seguidos os princípios enunciados na norma anterior, mesmo que realizados por auxiliares de acção médica.</p>	

Norma 3.1.1.3 – Banho no Chuveiro com Ajuda Parcial	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em lavar até 54% do corpo do cliente no chuveiro e assisti-lo a trocar de roupa e arranjar-se</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Cuidar da higiene individual ◆ Estimular a função respiratória, circulatória, de mobilidade e de eliminação ◆ Manter a integridade da pele ◆ Promover o auto cuidado ◆ Instruir para o auto cuidado de higiene pessoal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O cliente, com supervisão do enfermeiro, que o assiste no que for necessário <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, organização do serviço e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais da casa de banho: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Examinar o cliente, interpretar e orientar antecipadamente ◆ Instruir o cliente para não se fechar na casa de banho ◆ Lavar e secar o corpo, começando das zonas mais limpas para as mais sujas, dando especial atenção às orelhas, axilas, umbigo, pregas cutâneas e espaços 	

Banho no Chuveiro com Ajuda Parcial	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.3
<ul style="list-style-type: none"> ♦ interdigitais ♦ Vigiar o cliente e assisti-lo, se necessário ♦ Reunir a roupa suja no respectivo saco <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Pijama ou camisa ♦ Toalhas ♦ Manápula ou toalhete ♦ Luvas ♦ Cadeira de banho, com orifício para arrastadeira, se necessário ♦ Sabão líquido com emoliente e dermoprotector ♦ Substância hidratante ♦ Tesoura ♦ Objectos de uso individual ♦ Carro de roupa suja <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para a casa de banho 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Assistir o cliente na transferência para casa de banho 5.Assistir o cliente a lavar a cavidade oral (consultar 3.1.2.1) 6.Assistir o cliente a despir-se 7.Controlar o fluxo e a temperatura da água, se necessário 8. Assistir o cliente a cuidar do cabelo, se necessário (consultar norma 3.1.2.3) 9.Calçar as luvas, se necessário 10.Assistir o cliente a lavar-se 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 7.Prevenir queimaduras 10.Providenciar conforto

167

Norma 3.1.1.4 – Banho no Chuveiro com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em lavar o corpo no chuveiro, trocar de roupa e arranjar o cliente ou assistir continuamente o cliente a fazê-lo</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Cuidar da higiene individual ◆ Estimular a função respiratória, circulatória, de mobilidade e de eliminação ◆ Manter a integridade da pele ◆ Promover o auto cuidado ◆ Instruir para o auto cuidado de higiene pessoal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro podendo ser ajudado por um assistente operacional <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, organização do serviço e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais na casa de banho: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Examinar o cliente, interpretar e orientar antecipadamente ◆ Posicionar o cliente usando movimentos firmes e suaves, para que se sinta seguro ◆ Lavar e secar o corpo, começando das zonas mais limpas para as mais sujas, dando especial atenção às orelhas, axilas, umbigo, pregas cutâneas e espaços interdigitais 	

Banho no Chuveiro com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.4
<p>♦ Reunir a roupa suja no respectivo saco</p> <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Pijama ou camisa ♦ Toalhas ♦ Manápula ou toalhete ♦ Luvas ♦ Sabão líquido com emoliente e dermoprotector ♦ Substância hidratante ♦ Tesoura ♦ Cadeira de banho com orifício ou maca banheira ♦ Objectos de uso individual ♦ Carro de roupa suja <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para a casa de banho</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4.Transferir o cliente para a casa de banho</p> <p>5.Lavar a cavidade oral (consultar norma 3.1.2.2)</p> <p>6.Despir a camisa ou pijama e descartar no saco de roupa suja</p> <p>7.Controlar o fluxo e a temperatura da água</p> <p>8. Lavar o cabelo, se necessário (consultar norma 3.1.2.3)</p> <p>9.Calçar luvas, se necessário</p> <p>10.Lavar e secar o corpo</p> <p>11.Observar todo o corpo</p>	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Prevenir a contaminação</p> <p>3.Encorajar o cliente a ser independente</p> <p>Promover o auto cuidado</p> <p>7.Prevenir queimaduras</p> <p>9.Prevenir a contaminação</p> <p>10.Providenciar conforto</p> <p>Manter a integridade da pele</p> <p>11.Identificar alterações cutâneas e outras</p>

Banho no Chuveiro com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.1 / Norma 3.1.1.4
Acções de Enfermagem	Justificação
12. Remover luvas, se necessário 13. Aplicar substância hidratante, de acordo com o estado e tipo de pele do cliente 14. Vestir ou assistir o cliente a vestir-se 15. Arranjar as unhas, se necessário 16. Pentear ou assistir o cliente a pentear o cabelo (consultar norma 3.1.2.3.3) 17. Transferir o cliente para a unidade 18. Posicionar o cliente na cadeira ou na cama ou assisti-lo 19. Apreciar o bem-estar do cliente 20. Assegurar a recolha e lavagem do material e limpeza da casa de banho 21. Lavar as mãos	13. Providenciar conforto Manter a integridade da pele 18. Providenciar conforto 19. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 21. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
VI – REGISTOS <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

3.1.2 – Arranjar-se

Norma 3.1.2.1 – Lavar a Cavidade Oral com Ajuda Parcial	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em lavar a cavidade oral, ou assistir o cliente a fazê-lo</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manter a cavidade oral limpa e húmida ◆ Incentivar a higiene dos dentes, das mucosas oral, labial e da língua ◆ Remover resíduos alimentares e secreções ◆ Estimular a circulação nas gengivas ◆ Instruir para o auto cuidado <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O cliente, com supervisão do enfermeiro, que o assiste no que for necessário <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Providenciar o material de acordo com as necessidades / preferências do cliente ◆ Utilizar luvas se for o enfermeiro a assistir nos cuidados à cavidade oral ◆ Instruir sobre a forma de escovar os dentes, gengivas e língua ◆ Motivar o cliente a lavar a cavidade oral, sempre que lhe seja possível ◆ Remover a prótese dentária, se existir, antes dos cuidados à cavidade oral; lavá-la e inseri-la após os mesmos ◆ Manipular a prótese com cuidado, por se tratar de um objecto indispensável à alimentação, à expressão verbal e aparência individual ◆ Orientar o cliente para a lavagem da boca após as refeições 	

Lavar a Cavidade Oral com Ajuda Parcial

Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.1

IV – RECURSOS

- ◆ Copo com água
- ◆ Escova de dentes, espátula montada ou esponja com cabo
- ◆ Pasta dentífrica
- ◆ Solução desinfetante da mucosa oral
- ◆ Luvas
- ◆ Tina riniforme
- ◆ Toalha
- ◆ Recipiente de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

V – PROCEDIMENTO

Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Assistir o cliente a posicionar-se em decúbito lateral ou na posição de sentado 5.Cobrir o tórax e/ou a cama com a toalha 6.Aprontar a tina riniforme sob o queixo do cliente 7.Assistir o cliente a irrigar a escova com água e a aplicar a pasta ao longo da mesma ou ensopar a espátula montada, com água e elixir 8.Providenciar água para o cliente bochechar 9.Solicitar ao cliente que: lave e massage as gengivas e língua; escove os dentes da raiz para a coroa em movimentos circulares; ou assisti-lo, se necessário	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a execução do procedimento Prevenir a aspiração 9.Remover os resíduos da cavidade oral

Lavar a Cavidade Oral com Ajuda Parcial	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>10.Solicitar ao cliente para bochechar de novo e secar a cara com uma toalha ou assisti-lo, se necessário</p> <p>11.Assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>12.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>13.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>14.Lavar as mãos</p>	<p>11.Providenciar conforto</p> <p>12.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>14.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 3.1.2.2 – Lavar a Cavidade Oral com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em lavar a cavidade oral ao cliente totalmente dependente ou assistir continuamente o cliente a fazê-lo</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manter a cavidade oral limpa e húmida ◆ Manter a permeabilidade das vias aéreas ◆ Incentivar a higiene dos dentes, das mucosas oral, labial e da língua ◆ Remover resíduos alimentares e secreções ◆ Estimular a circulação nas gengivas ◆ Instruir para o auto cuidado <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Providenciar o material de acordo com as necessidades / preferência do cliente ◆ Evitar a introdução dos dedos na cavidade oral do cliente com alterações da função motora reflexa, agitado ou confuso ◆ Executar com luvas ◆ Aplicar um creme emoliente nos lábios a fim de prevenir a formação de fissuras e remover crostas, se necessário 	

Lavar a Cavidade Oral com Ajuda Total

Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.2

IV – RECURSOS


- ◆ Pasta dentífrica
- ◆ Elixir de mucosa oral
- ◆ Copo com água
- ◆ Seringa
- ◆ Tina riniforme
- ◆ Espátulas montadas, escova de dentes ou esponja com cabo
- ◆ Toalha
- ◆ Aspirador de secreções
- ◆ Sonda de aspiração
- ◆ Substância emoliente
- ◆ Luvas
- ◆ Recipiente de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares


V – PROCEDIMENTO

Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar o cliente de acordo com o estado de saúde e juízo clínico: cabeceira elevada e em decúbito dorsal ou lateral; plano horizontal em decúbito lateral 5.Cobrir o tórax e/ou a cama com a toalha 6.Calçar luvas 7.Lavar e escovar os dentes da raiz para a coroa e vice-versa, em movimentos circulares	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a execução do procedimento Prevenir a aspiração 5.Providenciar conforto

Lavar a Cavidade Oral com Ajuda Total	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>8.Ensopar a espátula ou esponja em água e elixir, limpar a língua, limpar / massajar as gengivas e face interna da boca</p> <p>9.Aspirar a boca do cliente, se necessário, em simultâneo com os cuidados referidos nos itens 7 e 8 desta norma</p> <p>10.Secar a face</p> <p>11.Remover as luvas</p> <p>12.Posicionar o cliente</p> <p>13. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>14 Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>15.Lavar as mãos</p>	<p>8.Remover os resíduos e secreções da cavidade oral</p> <p>9.Prevenir a aspiração para a árvore traqueobrônquica do conteúdo da cavidade oral</p> <p>12.Providenciar conforto</p> <p>13 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>15.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 3.1.2.3 – Arranjar o Cabelo	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em lavar e arranjar o cabelo</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Providenciar higiene e conforto ◆ Estimular a circulação ◆ Prevenir lesões ◆ Melhorar a auto-imagem ◆ Instruir para o auto cuidado <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro, se não for possível ser feito pelo próprio. Nalguns casos poderá ser executado pelo assistente operacional, ou cabeleireiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro e necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais da unidade ou da casa de banho: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Cortar o cabelo só quando o cliente autorizar ◆ Solicitar sempre a autorização da família ou cuidador significativo, no caso de criança ou de cliente incapaz de decidir ◆ Pentear suavemente o cabelo comprido, apanhando-o sem traumatizar ◆ Executar com luvas, se necessário 	

Arranjar o Cabelo	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.3.1
<p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Dispositivo em calha, se necessário ◆ Toalhas ◆ Champô ou sabão líquido ◆ Jarro com água à temperatura aconselhável ou a gosto do cliente, se necessário ◆ Balde, se necessário ◆ Pente ou escova ◆ Bolas de algodão ou tampões para os ouvidos, se necessário ◆ Secador ◆ Outros objectos de uso pessoal ◆ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
3.1.2.3.1 – Lavar o Cabelo na Cama	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>4.Remover a almofada, substituindo-a por uma toalha</p> <p>5.Instalar o dispositivo em calha direccionando-o para dentro de um balde</p>	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2.Prevenir a contaminação</p> <p>3.Encorajar o cliente a ser independente</p> <p>Promover o auto cuidado</p> <p>5.Facilitar o procedimento</p> <p>Providenciar conforto</p>
 <p>Figura 61 – Instalação do dispositivo</p>	

Arranjar o Cabelo	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.3.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>6.Cobrir o tórax com uma toalha</p> <p>7.Calçar luvas</p> <p>8.Pentear o cabelo e observar se existe alguma alteração</p> <p>9.Inserir no canal auditivo externo uma bola de algodão ou tampão e solicitar que mantenha os olhos fechados</p> <p>10.Controlar a temperatura da água de acordo com a preferência do cliente</p> <p>11.Aplicar água sobre a cabeça</p> <p>12.Aplicar o champô ou sabão líquido</p> <p>13.Massajar o couro cabeludo em movimentos circulares, com as pontas dos dedos, e enxaguar. Executar tantas vezes quantas necessárias</p>  <p>Figura 62 – Massagem do couro cabeludo</p> <p>14.Extrair o excesso de água do cabelo. Remover tampões ou bolas de algodão do canal auditivo externo</p> <p>15.Elevar a cabeça do cliente e remover o dispositivo em calha</p> <p>16.Cobrir a cabeça com a toalha e secar</p> <p>17.Posicionar a cabeça sobre a almofada, se não houver contra indicação</p> <p>18.Secar o cabelo, de preferência com o secador</p>	<p>9.Providenciar conforto</p> <p>13.Remover a sujidade Estimular a circulação periférica</p> <p>15. Providenciar conforto</p>

Arranjar o Cabelo	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.3.2
Acções de Enfermagem	Justificação
19.Pentear o cabelo (consultar norma 3.1.2.3.3) 20.Remover a toalha 21.Remover luvas 22 Vestir o pijama ou camisa e preparar a cama 23.Posicionar o cliente 24. Apreciar o bem-estar do cliente 25 Assegurar a recolha e lavagem do material 26.Lavar as mãos	24 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 26.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
3.1.2.3.2 – Lavar o Cabelo na Casa de Banho	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para a casa de banho, colocando o dispositivo de lavagem no lavatório 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Assistir o cliente na transferência para a casa de banho, junto ao lavatório 5.Assistir o cliente a posicionar a cabeça em hiper-extensão, no dispositivo de lavagem 6.Inserir uma bola de algodão ou tampão no canal auditivo externo, se o cliente o solicitar, e aconselhar a manter os olhos fechados 7.Cobrir o tórax com uma toalha 8.Calçar luvas 9.Controlar a temperatura da água de acordo	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 5.Providenciar conforto 6.Prevenir complicações

Arranjar o Cabelo	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.3.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>com a preferência do cliente</p> <p>10.Aplicar água sobre a cabeça evitando molhar a cara</p> <p>11.Aplicar o champô ou o sabão líquido no cabelo</p> <p>12.Massajar toda a superfície do couro cabeludo em movimentos circulares, com as pontas dos dedos, e enxaguar. Executar tantas vezes quantas necessárias</p> <p>13.Extrair o máximo de água possível do cabelo. Remover os tampões ou bolas de algodão do canal auditivo externo, se necessário</p> <p>14.Solicitar ao cliente que eleve a cabeça, remover o dispositivo de lavagem e cobrir a cabeça com a toalha</p> <p>15.Remover o excesso de água com a toalha e secar o cabelo, de preferência com o secador</p> <p>16.Pentear o cabelo (consultar norma 3.1.2.3.3)</p> <p>17.Remover a toalha</p> <p>18.Remover luvas</p> <p>19.Assistir o cliente na transferência para a unidade</p> <p>20.Assistir o cliente a posicionar-se no cadeirão ou na cama</p> <p>21. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>22 Assegurar a recolha e lavagem do material e limpeza da casa de banho</p> <p>23.Lavar as mãos</p>	<p>12.Remover a sujidade Estimular a circulação periférica</p> <p>20.Providenciar conforto</p> <p>21 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>23.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Arranjar o Cabelo	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.3.3
3.1.2.3.3 – Pentear o Cabelo	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se 5.Cobrir, com a toalha, os ombros do cliente ou a almofada, de acordo com o seu estado de saúde e juízo clínico 6.Pentear ou assistir o cliente a pentear-se. Se o cabelo estiver emaranhado separá-lo em madeixas, humedecer com produto adequado 7.Remover a toalha 8.Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se 9.Apreciar o bem-estar do cliente 10.Assegurar a recolha e lavagem do material 11.Lavar as mãos	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Providenciar conforto 6.Promover o auto cuidado 8.Providenciar conforto 9.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 11.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
VI – REGISTOS <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 3.1.2.4 – Cuidados Complementares de Conforto	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consistem em lavar e massajar áreas do corpo que necessitam de cuidados de higiene mais frequentes, trocar de roupa e preparar a cama</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Providenciar conforto e bem-estar ◆ Estimular a função respiratória, circulatória, de mobilidade e de eliminação ◆ Manter a integridade da pele ◆ Facilitar o padrão de sono e repouso <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro, podendo ser ajudado por um assistente operacional <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, necessidades do cliente e /ou a organização do serviço <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Examinar o cliente, interpretar e orientar antecipadamente ◆ Posicionar o cliente usando movimentos firmes e suaves para que se sinta seguro ◆ Lavar e secar o corpo das áreas mais limpas para as mais sujas. Trocar a água e a roupa, sempre que necessário ◆ Reunir a roupa suja no respectivo saco 	

Cuidados Complementares de Conforto	Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.4
<p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Para banho na cama (consultar norma 3.1.1) ◆ Para arranjar o cabelo (consultar norma 3.1.2.3) <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Providenciar a arrastadeira, se necessário 5.Remover a colcha e o cobertor, deixando o cliente protegido com o lençol 6.Cobrir o tórax do cliente com a toalha 7.Lavar ou assistir o cliente a lavar a face e mãos 8.Despir ou assistir o cliente a despir a camisa ou pijama 9.Lavar e secar a região axilar 10.Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se em decúbito lateral 11.Executar uma dobra no lençol sobre o dorso do cliente de forma a permitir a sua exposição 12.Aprontar a toalha sobre a cama, ao longo do dorso 13.Lavar e secar o dorso e nádegas 14.Massajar o dorso, nádegas e zonas de proeminência óssea com substância hidratante, de acordo com o estado e tipo de pele do cliente 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a eliminação 5.Providenciar privacidade 10.Facilitar a execução do procedimento 14.Providenciar conforto

186

Cuidados Complementares de Conforto

Cap. 3 / Sub-cap. 3.1.2 / Norma 3.1.2.4


VI – REGISTOS

- ◆ Data e hora
- ◆ Diagnósticos de Enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem
- ◆ Resultados obtidos
- ◆ Educação para a saúde

3.2 – Auto cuidado: Alimentar-se

Norma 3.2.1 – Alimentação por Via Oral com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.2
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na alimentação, pela boca, do cliente dependente</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Manter o equilíbrio hidro-electrolítico ◆ Providenciar nutrientes necessários ◆ Manter a flora e a motilidade do tracto gastrointestinal ◆ Assegurar o bem-estar psicológico <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro, ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição do enfermeiro, os hábitos/necessidades do cliente e/ou a organização do serviço <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Aconselhar o cliente sobre as suas necessidades nutricionais ◆ Assegurar a ingestão das doses e nutrientes equilibrados ◆ Validar se existem contra-indicações para a alimentação por via oral, tais como náuseas, vómitos, alterações da deglutição ou outras ◆ Analisar as preferências do cliente, tendo em conta motivos religiosos, culturais ou outros e encontrar alternativas ◆ Providenciar um ambiente calmo e agradável, tendo o cuidado de remover sujus e evitar odores desagradáveis ◆ Assegurar que a apresentação da refeição seja visualmente agradável 	

Alimentação por Via Oral com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.2 / Norma 3.2.1
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ajustar a disposição do tabuleiro e alimentos de acordo com as limitações do cliente ◆ Reforçar as capacidades remanescentes do cliente ◆ Posicionar-se preferencialmente ao lado do cliente tendo em conta as suas limitações, dependência e os dispositivos a utilizar ◆ Promover a independência do cliente utilizando dispositivos de compensação adequados ◆ Executar com técnica limpa, a fim de prevenir a contaminação dos alimentos e utensílios ◆ Remover a embalagem do alimento, somente antes do seu consumo ◆ Preparar os alimentos de acordo com as limitações do cliente ◆ Pesquisar o cliente, se necessário ◆ Conversar com o cliente no decurso da alimentação <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tabuleiro com a refeição ◆ Guardanapo ◆ Talheres ◆ Copo ◆ Babete ou resguardo descartável ◆ Palhinha, se necessário ◆ Dispositivo de compensação, se necessário ◆ Material para higiene oral e mãos ◆ Recipiente de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares ◆ Mesa de refeições <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Verificar a prescrição e comparar com o registo/plano de alimentação 2.Providenciar os recursos para junto do cliente 3.Identificar o cliente	1.Prevenir erros 2.Gerir o tempo 3.Prevenir erros

Alimentação por Via Oral com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.2 / Norma 3.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>4.Lavar as mãos</p> <p>5.Instruir o cliente sobre o procedimento e pedir a sua colaboração</p> <p>6.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em semi-fowler, decúbito lateral ou sentado, se a sua situação clínica o permitir</p> <p>7.Providenciar a lavagem das mãos do cliente</p> <p>8.Aplicar guardanapo/babete ou resguardo descartável</p> <p>9.Preparar os alimentos, se necessário</p> <p>10.Alimentar ou assistir o cliente a alimentar-se, respeitando o ritmo da mastigação e deglutição</p> <p>11.Massajar a face com movimentos circulares, no sentido da mandíbula para a boca, se necessário, fixando a mandíbula com a outra mão</p>  <p>Figura 63 – Massagem da face</p> <p>12.Oferecer água periodicamente, ou sempre que o cliente o solicitar</p> <p>13.Limpar os lábios sempre que necessário</p> <p>14.Lavar ou assistir o cliente na lavagem da cavidade oral (ver norma 3.1.2.1)</p>	<p>4.Prevenir a contaminação</p> <p>5.Encorajar e promover o auto cuidado</p> <p>6.Facilitar a ingestão e deglutição</p> <p>Prevenir a aspiração durante a ingestão</p> <p>10.Respeitar o processo e tempo de alimentação do cliente</p> <p>11.Evitar a retenção de alimentos na boca</p> <p>Estimular a mastigação</p>

Alimentação por Via Oral com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.2 / Norma 3.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>15. Manter o posicionamento pelo menos durante 30 minutos</p> <p>16. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário</p> <p>17. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>18. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>19. Lavar as mãos</p>	<p>15. Favorecer o esvaziamento gástrico e prevenir a regurgitação e aspiração dos alimentos</p> <p>17. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>19. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

3.3 – Auto cuidado: Erguer-se

Norma 3.3.1 – Primeiro Levante	Cap. 3 / Sub-cap. 3.3
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste no modo como se transfere pela primeira vez, um cliente acamado para a posição de pé ou sentado</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prevenir as complicações decorrentes da imobilidade ◆ Readaptar o cliente à posição de pé ou de sentado ◆ Facilitar a interacção de papéis e percepção do meio ambiente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro, podendo ser ajudado por assistentes operacionais ou outro prestador de cuidados <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição enfermeiro/médico <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Motivar o cliente a mobilizar os membros inferiores, para aumentar a tonicidade muscular e melhorar o retorno venoso ◆ Aplicar ligaduras de contenção dos membros inferiores ou calçar meias elásticas antes do levante de acordo com o estado de saúde ◆ Mobilizar o cliente para que se sinta seguro, usando movimentos firmes ◆ Observar alterações do fâcies do cliente e agir em conformidade ◆ Executar o levante de acordo com a tolerância do cliente, facilitando um tempo de espera entre cada movimento 	

Primeiro Levante

Cap. 3 / Sub-cap. 3.3 / Norma 3.3.1

IV – RECURSOS



- ◆ Cadeira de rodas, cadeirão ou cadeira de baloiço
- ◆ Monitor de sinais vitais
- ◆ Almofadas para posicionamento, se necessário
- ◆ Mesa de apoio/superfície de trabalho, se necessário
- ◆ Dispositivos de compensação, se necessário: Tábua de deslize, cinto de transferência
- ◆ Ligaduras ou meias de contenção, se necessário



Figura 64 – Dispositivos de compensação para a transferência

V – PROCEDIMENTO

Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Monitorizar os sinais vitais do cliente antes do levante	1.Gerir tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Obter valores de referência


Primeiro Levante	Cap. 3 / Sub-cap. 3.3 / Norma 3.3.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>5.Elevar gradualmente a cabeceira da cama até atingir mais ou menos 90°</p> <p>6.Manter a elevação até se considerar necessário</p> <p>7.Avaliar novamente a frequência cardíaca e a tensão arterial</p> <p>8.Assistir o cliente a sentar-se na cama com os membros inferiores pendentes e apoiá-los posteriormente</p>  <p>Figura 65 – Levante da cama</p> <p>9.Transferir ou assistir o cliente de acordo com o estado de saúde (consultar norma 3.4.1)</p>  <p>Figura 66 – cliente sentado</p> <p>10.Avaliar a frequência cardíaca e a tensão arterial após o levante</p> <p>11 Apreciar o bem-estar do cliente</p>	<p>5.Diminuir os sinais e sintomas de intolerância à posição ortostática</p> <p>6.Permitir a adaptação do cliente à nova posição e a estabilização dos parâmetros vitais</p> <p>7.Detectar precocemente alterações dos parâmetros vitais</p> <p>8.Adaptar o cliente à nova posição</p> <p>10.Vigiar a tolerância do cliente ao levante</p> <p>11 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p>


Primeiro Levante	Cap. 3 / Sub-cap. 3.3 / Norma 3.3.1
Acções de Enfermagem	Justificação
12.Assegurar a recolha e arrumação do material 13.Lavar as mãos	13.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

3.4 – Auto cuidado: Transferir-se


Norma 3.4.1 – Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste no modo como se procede à movimentação de um cliente de um local para outro: cama ou maca para cadeira e vice-versa; cama para maca e vice-versa; cadeira de rodas para sanita e vice-versa</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação ◆ Prevenir complicações circulatórias e musculoesqueléticas ◆ Permitir a deslocação e a realização de actividades ◆ Promover o auto cuidado transferir-se ◆ Facilitar o relacionamento com os outros e com o meio ambiente ◆ Promover conforto e bem-estar <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro, podendo ser ajudado pelo assistente operacional, ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição do enfermeiro, hábitos/necessidades do cliente ou organização do serviço <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e privacidade do cliente ◆ Avaliar os sinais vitais, sempre que se justifique ◆ Atender às amplitudes articulares e manifestações de dor ou desconforto ◆ Travar sempre as rodas do equipamento utilizado ◆ Mobilizar o cliente usando movimentos firmes e suaves para que se sinta seguro 	

Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.1
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Aplicar a tábua de transferência ou de deslize, quando o cliente não puder assumir a posição de pé ♦ Aplicar um cinto para facilitar a transferência, se o cliente for obeso e/ou colaborar pouco ♦ Instalar a cama/maca e cadeira de rodas no mesmo plano, se possível ♦ Executar a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco, usando a mecânica corporal, para prevenir acidentes <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Cadeira, cadeira de rodas com braços e pedais amovíveis ou maca ♦ Maca ♦ Tábua de deslize ♦ Elevador hidráulico ou eléctrico ♦ Cinto de transferência <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
3.4.1.1 – Transferir da cama para a cadeira/cadeira de rodas	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Instruir o cliente sobre procedimento 3.Remover o braço da cadeira de rodas do lado da cama 4.Remover ou afastar os pedais da cadeira de rodas 5.Lavar as mãos 6.Posicionar-se à frente da cadeira, voltado para o cliente, rodando ou ajudando-o a rodar os membros inferiores para fora da cama	1.Gerir o tempo 2.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 3.Facilitar a execução do procedimento 4.Prevenir acidentes Facilitar a execução do procedimento 5.Prevenir a contaminação

Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.1
Acções de Enfermagem	Justificação
 <p>Figura 67 – Rotação dos membros inferiores</p> <p>7. Virar ou assistir o cliente a virar-se para o lado do enfermeiro, de modo a que possa elevar o tronco, apoiando-se no cotovelo, se possível, para assumir a posição de sentado na cama com os pés pendentes</p> <p>8. Assistir o cliente a deslizar no bordo da cama, segurando-o pela cintura, até apoiar os pés no chão</p> <p>9. Estabilizar os joelhos do cliente, com os nossos joelhos, se necessário (ver figura 67)</p> <p>10. Virar ou assistir o cliente a virar-se segurando-o pela cintura, até ficar enquadrado com a cadeira de rodas e com a região popliteia encostada ao assento</p> <p>11. Assistir o cliente a flectir o tronco e joelhos, suave e progressivamente, acompanhando com os nossos joelhos, até ficar sentado</p> <p>12. Instalar os pedais da cadeira de rodas em posição de apoio, ajustando-os ao cliente (flexão 90º coxofemural e do joelho)</p> <p>13. Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o de frente</p>	<p>7. Facilitar o auto cuidado</p> <p>8. Providenciar segurança e conforto</p> <p>9. Reforçar a posição de verticalidade Facilitar a execução do procedimento Providenciar segurança</p> <p>10. Providenciar segurança Facilitar a execução do procedimento</p> <p>11. Providenciar o equilíbrio Diminuir o esforço</p>

Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
 <p>Figura 68 – Verificação do alinhamento corporal</p> <p>14. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>15. Assegurar a recolha e arrumação do material</p> <p>16. Lavar as mãos</p>	<p>14 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>16. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
3.4.1.2 – Transferir da cadeira/cadeira de rodas para a cama	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>De 1 a 6 idem à norma anterior</p> <p>7. Posicionar-se à frente do cliente colocando as mãos sob as axilas e os joelhos justapostos</p> <p>8. Assistir o cliente a flectir o tronco, seguido da sua extensão e fazer carga nos pés com extensão suave e progressiva dos joelhos, acompanhando com os nossos joelhos, até ficar de pé</p>	<p>7. Providenciar equilíbrio e confiança</p> <p>8. Diminuir o esforço</p>

Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9. Virar ou assistir o cliente a virar-se segurando-o pela cintura, até ficar enquadrado com a cama e com a região popliteia encostada à mesma</p> <p>10. Estabilizar os joelhos do cliente com os nossos joelhos, se necessário (consultar figura 67)</p> <p>11. Assistir o cliente a elevar-se e sentar-se no bordo da cama, segurando-o pela cintura com ajuda do cinto, se necessário</p> <p>12. Assistir o cliente a deitar-se apoiando-se no cotovelo do lado da cabeceira da cama</p> <p>13. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>14. Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama</p> <p>15. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>16. Assegurar a recolha e arrumação do material</p> <p>17. Lavar as mãos</p>	<p>9. Providenciar segurança Facilitar a execução do procedimento</p> <p>10. Reforçar a posição de verticalidade Facilitar a execução do procedimento Providenciar segurança</p> <p>11. Providenciar segurança e conforto</p> <p>14. Assegurar o alinhamento da coluna vertebral</p> <p>15. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>17. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
3.4.1.3 – Transferir da cama para a cadeira de rodas com tábua de deslize	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1. Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2. Instruir o cliente sobre procedimento</p>	<p>1. Gerir a tempo</p> <p>2. Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado</p>


Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>3.Instalar a cadeira de rodas de costas voltada para a cabeceira. Travar a cadeira</p> <p>4.Remover os pedais da cadeira ou abrir, se necessário</p> <p>5.Remover o braço da cadeira, mais próximo da cama</p> <p>6.Lavar as mãos</p> <p>7.Posicionar-se à frente da cadeira de rodas, voltado para o cliente</p> <p>8.Posicionar o cliente em decúbito dorsal no meio da cama, flectindo-lhe ou assistindo-o a flectir o tronco ajudando a rodar os membros inferiores para fora da cama</p> <p>9.Flectir lateralmente o tronco do cliente para o lado oposto ao da transferência, elevando simultaneamente o membro inferior, de modo a introduzir a extremidade da tábua sob a região nadegueira. Apoiar a outra extremidade da tábua no assento da cadeira</p> <p>10.Deslizar ou assistir o cliente a deslizar sobre a tábua até ficar sentado na cadeira de rodas. Remover a tábua</p>	<p>3.Facilitar a execução do procedimento Providenciar segurança</p> <p>4.Idem</p> <p>5.Idem</p> <p>6.Prevenir a contaminação</p> <p>7.Facilitar a execução do procedimento</p> <p>9.Promover o auto cuidado Facilitar a execução do procedimento</p>
 <p>Figura 69 – Transferência da cama para a cadeira</p>	



Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.4
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>11.Instalar o braço e os pedais da cadeira de rodas em posição de apoio e, se necessário, ajustá-los ao cliente (flexão coxo femural e do joelho a 90º)</p> <p>12.Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o de frente</p> <p>13. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>14.Assegurar a recolha e arrumação do material</p> <p>15.Lavar as mãos</p>	<p>13 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>15.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
3.4.1.4. – Transferir da cama para a maca	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Providenciar os recursos para junto do cliente</p> <p>2.Lavar as mãos</p> <p>3.Instruir o cliente sobre procedimento</p> <p>4.Posicionar o cliente em decúbito dorsal</p> <p>5.Instalar a maca com a cabeceira junto aos pés da cama fazendo um ângulo de $\pm 90^\circ$ travando as rodas da cama e da maca</p> <p>6.Posicionar todos os profissionais do mesmo lado da cama para executar a transferência</p> <p>7.Posicionar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1º profissional na cabeceira da cama, com um braço estabiliza a região cervical e apoia os ombros e com o outro apoia a região dorso-lombar 	<p>1.Gerir o tempo</p> <p>2Prevenir a contaminação</p> <p>3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado</p> <p>5.Facilitar a execução do procedimento Providenciar segurança</p> <p>6.Providenciar segurança Facilitar a execução do procedimento</p> <p>7.Facilitar a distribuição do peso corporal</p>

206

Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.6
3.4.1.5 – Transferir da maca para a cama	
Na execução desta norma, proceder de acordo com os princípios definidos para a norma anterior	
3.4.1.6 – Transferir da cadeira de rodas para a sanita	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Instalar a cadeira de rodas ao lado da sanita, fazendo com esta um ângulo de $\pm 90^\circ$. Travar a cadeira 5.Remover os pedais da cadeira ou abri-los, se necessário 6.Verificar se os pés do cliente estão totalmente apoiados no chão 7.Posicionar-se de frente para o cliente e justapor os joelhos de modo a bloqueá-los, se necessário 8.Assistir o cliente a flectir o tronco, segurando-o pelo cinto, se necessário 9.Orientar e/ ou assistir o cliente a fazer o impulso do corpo para a frente e para cima, assumindo a posição de pé, mantendo as nossas mãos no cinto, se necessário 10.Manter os joelhos bloqueados, virar ou assistir o cliente a virar-se até ficar enquadrado com a sanita 11.Despir calças do pijama/cuecas, se necessário 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Facilitar a execução do procedimento. Providenciar segurança 6.Providenciar segurança 7.Preparar o cliente para a posição de pé 9.Facilitar a execução do procedimento

Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.8
Acções de Enfermagem	Justificação
12. Controlar a flexão do tronco do cliente e sentá-lo progressivamente 13. Apreciar o bem-estar do cliente 14. Lavar as mãos	12. Facilitar execução do procedimento 13. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 14. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos
3.4.1.7 – Transferir da sanita para a cadeira de rodas	
Na execução desta norma, proceder de acordo com os princípios definidos para a norma anterior	
3.4.1.8 – Transferir com elevador hidráulico/eléctrico	
Acções de Enfermagem	Justificação
1. Providenciar os recursos para junto do cliente 2. Lavar as mãos 3. Instruir o cliente sobre o procedimento demonstrando o funcionamento do elevador hidráulico/eléctrico 4. Assistir o cliente a rolar para decúbito lateral 5. Instalar o suporte de lona desde a região occipital até à região sagrada 6. Virar o cliente sobre o suporte de lona	1. Gerir o tempo 2. Prevenir a contaminação 3. Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado Incentivar a confiança 4. Facilitar a colocação do suporte de pano para suspensão 5. Facilitar a distribuição uniforme do peso corporal

Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.8
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>7.Verificar se o cliente está centrado relativamente ao suporte de lona</p>  <p>Figura 72 – Instalação da lona do elevador</p> <p>8.Mobilizar a manivela do elevador hidráulico até que as pernas fiquem afastadas, de modo a assegurar o equilíbrio e a estabilidade</p> <p>9.Aprontar o elevador hidráulico colocando o triângulo de suspensão ao nível do apêndice xifóide e as pernas do elevador hidráulico sob a cama, fazendo relativamente a esta um ângulo de 90°. Travar as rodas</p> <p>10.Mobilizar a alavanca da posição neutra para baixo até que o triângulo de suspensão fique a cerca de um palmo do cliente</p> <p>11.Aplicar as presilhas superiores no gancho do mesmo lado</p> <p>12 Aplicar a presilha inferior do membro inferior direito no gancho esquerdo e vice-versa</p>	<p>7.Facilitar a distribuição uniforme do peso corporal</p> <p>8.Providenciar uma base de sustentação compatível com o peso do cliente</p> <p>9.Facilitar a colocação das presilhas no triângulo de suspensão</p> <p>12.Prevenir a abdução dos membros inferiores</p>

Transferir com Ajuda	Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.8
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>13. Mobilizar, sem pressionar, a alavanca da posição neutra para cima e para baixo</p>  <p>Figura 73 – Mobilização do elevador</p>	<p>13. Facilitar subida do braço do elevador até suspender o cliente sobre a cama</p>
<p>14. Destruar o elevador e deslocá-lo até que o cliente esteja centrado sobre a cadeira</p>  <p>Figura 74 – cliente sentado com ajuda do elevador</p>	<p>14. Permitir a colocação do cliente em posição para se sentar</p>
<p>15. Pressionar a alavanca para baixo da posição neutra ou o botão do comando</p> <p>16. Remover o suporte de lona, se necessário</p> <p>17. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>18. Assegurar a recolha e arrumação do material</p> <p>19. Lavar as mãos</p>	<p>15. Sentar ao cliente na cadeira</p> <p>17. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>19. Prevenir a infecção cruzada de microrganismos</p>

Transferir com Ajuda

Cap. 3 / Sub-cap. 3.4 / Norma 3.4.1.8



VI – REGISTOS


- ◆ Data e hora
- ◆ Diagnósticos de Enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem
- ◆ Resultados obtidos
- ◆ Educação para a saúde



3.5 – Auto cuidado: Andar





Norma 3.5.1 – Andar com Auxiliares de Marcha	Cap. 3 / Sub-cap. 3.5
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste no modo como se desenvolve a capacidade de andar do cliente, aproveitando o potencial existente</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Melhorar a circulação, respiração, eliminação e mobilidade ◆ Prevenir complicações musculoesqueléticas ◆ Estimular o auto cuidado ◆ Facilitar a deslocação do cliente <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição do enfermeiro, sempre que o cliente necessite <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Iniciar o treino só quando o cliente tiver equilíbrio estático na posição de pé ◆ Definir previamente qual o auxiliar de marcha a utilizar ◆ Treinar progressivamente, de acordo com a tolerância do cliente. Terminar se o cliente apresentar sinais de cansaço ◆ Estabelecer uma meta a atingir, favorecendo a motivação do cliente. O treino deverá ser sempre gratificante, não sendo excessivamente doloroso ou exaustivo ◆ Providenciar para que os auxiliares de marcha tenham as extremidades de apoio em borracha 	

Andar com Auxiliares de Marcha	Cap. 3 / Sub-cap. 3.5 / Norma 3.5.1.1
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Adequar a altura da canadiana, de modo a que os manípulos fiquem ligeiramente acima do trocanter do cliente ◆ Adequar a altura do andarilho, de modo a que os manípulos fiquem ligeiramente acima do trocanter do cliente ◆ Utilizar um cinto de transferência no cliente para maior segurança, se necessário ◆ Aconselhar o cliente a usar sapatos fechados com sola de borracha ◆ Executar o primeiro treino, se necessário, com dois cuidadores, colocados um de cada lado ◆ Manter uma postura vertical do cliente durante o treino ◆ Assegurar que o espaço onde se faz o treino seja amplo, com piso plano, preferencialmente com espelho ◆ Treinar o fortalecimento dos membros superiores, com exercícios de resistência antes do treino de marcha <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Auxiliares de marcha ◆ Cinto de transferência ◆ Espelho <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
3.5.1.1 – Andarilho	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Instruir o cliente sobre o procedimento 3.Lavar as mãos 4.Aplicar o cinto no cliente, se necessário 5.Aprontar o andarilho à frente do cliente, de modo a que ele alcance os manípulos em segurança	1.Gerir o tempo 2.Encorajar e promover o auto cuidado 3.Prevenir a contaminação 4.Promover segurança e facilitar a execução do procedimento 5.Manter equilíbrio e postura

Andar com Auxiliares de Marcha	Cap. 3 / Sub-cap. 3.5 / Norma 3.5.1.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>6. Elevar o cliente, ou assisti-lo a assumir a posição de pé. Manter esta posição até o cliente estabilizar a postura</p>  <p>Figura 75 – Posição de pé com andarilho</p> <p>7. Estabilizar o cliente pelo cinto na região lombar</p>  <p>Figura 76 – Estabilização de pé com ajuda de cinto</p> <p>8. Assistir o cliente a andar com pequenos passos aproximando-se da parte da frente do andarilho, a uma distância não inferior a um palmo</p>	<p>6. Reeducar o equilíbrio</p> <p>Avaliar a necessidade de ajuda</p> <p>Detectar precocemente hipotensão ortostática</p> <p>7. Proporcionar confiança e segurança</p> <p>Avaliar a necessidade de ajuda</p>

Andar com Auxiliares de Marcha	Cap. 3 / Sub-cap. 3.5 / Norma 3.5.1.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9. Manter entre cada passo a estabilidade do andarilho</p>  <p>Figura 77 – Marcha assistida com andarilho</p> <p>10. Instalar o andarilho, em cada novo passo, a uma distância que permita manter o equilíbrio e a postura vertical</p> <p>11. Encorajar o cliente a avançar na marcha, respeitando as suas próprias limitações</p> <p>12. Apoiar o cliente reforçando os progressos efectuados</p> <p>13. Assistir o cliente a sentar-se</p> <p>14. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>15. Assegurar a recolha e arrumação do material</p> <p>16. Lavar as mãos</p>	<p>9. Promover segurança</p> <p>10. Facilitar a execução do procedimento Promover segurança</p> <p>12. Melhorar a auto-estima Facilitar o auto cuidado</p> <p>13. Promover o conforto e o repouso</p> <p>14. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>16. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Andar com Auxiliares de Marcha	Cap. 3 / Sub-cap. 3.5 / Norma 3.5.1.2
3.5.1.2 – Canadianas	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>De 1 a 4 idem à norma anterior</p> <p>5. Aprontar as canadianas de acordo com a altura do cliente</p>  <p>Figura 78 – Ajuste da altura das canadianas</p> <p>6. Assistir o cliente a equilibrar-se. Se necessário aplicar o cinto</p>  <p>Figura 79 – Equilíbrio com ajuda de cinto</p>	<p>6. Proporcionar confiança e segurança</p>

Andar com Auxiliares de Marcha	Cap. 3 / Sub-cap. 3.5 / Norma 3.5.1.2
Acções de Enfermagem	Acções de Enfermagem
<p>7. Instruir para:</p> <p>a) avanço de uma canadiana</p>  <p>Figura 80 – Primeiro momento de marcha</p> <p>b) movimento anterior do membro oposto à canadiana</p>  <p>Figura 81 – Segundo momento de marcha</p>	<p>c) avanço da segunda canadiana</p>  <p>Figura 82 – Terceiro momento de marcha</p> <p>d) movimento anterior do outro membro</p>  <p>Figura 83 – Quarto momento de marcha</p>
<p>8. Executar repetidamente pela mesma ordem, até atingir os objectivos definidos</p> <p>9. Encorajar o cliente a avançar na marcha, respeitando as suas próprias limitações</p> <p>10. Apoiar o cliente reforçando os progressos efectuados</p> <p>11. Assistir o cliente a sentar-se</p> <p>12. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>13. Assegurar a recolha e arrumação do material</p> <p>14. Lavar as mãos</p>	<p>10. Melhorar a auto-estima Facilitar o auto cuidado</p> <p>12. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>14. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Andar com Auxiliares de Marcha

Cap. 3 / Sub-cap. 3.5 / Norma 3.5.1.2

VI – REGISTOS

- ◆ Data e hora
- ◆ Diagnósticos de Enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem
- ◆ Resultados obtidos
- ◆ Educação para a saúde

4 – Intervenções Terapêuticas

Norma 4.1 – Oxigenoterapia	Cap. 4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em enriquecer o ar inspirado em O₂</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prevenir a hipóxia dos tecidos ◆ Corrigir as alterações metabólicas motivadas pela hipoxia ◆ Promover uma boa oxigenação <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com prescrição médica, protocolo do serviço em vigor e as necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Verificar as condições de segurança da unidade: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispor de extintor de incêndio no serviço; ▪ Manter o gasómetro de oxigénio na vertical e sempre afastado de qualquer fonte de calor ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Administrar o oxigénio com precaução em doentes com DPOC (a administração de uma alta concentração pode provocar depressão do centro respiratório e conduzir a uma insuficiência respiratória aguda por diminuição do CO₂ a que o cliente está habituado) ◆ Atender aos sinais de hipoxia (dispneia, taquipneia, cianose ou palidez, desorientação temporo-espacial) e aos efeitos tóxicos do oxigénio 	

Oxigenoterapia

Cap. 4 / Norma 4.1

- ◆ Administrar o oxigénio através de um método que atenda: à concentração de oxigénio requerida pelo cliente; à situação clínica; ao grupo etário; às condições físicas e psíquicas. Os sistemas de administração de oxigénio podem ser de:
 - baixo débito: sonda nasal, sonda nasal dupla (*óculos nasais*), máscara facial simples e tenda
 - alto débito: máscara de Venturi
- ◆ Providenciar o calibre da sonda nasal de acordo com as características da narina do cliente
- ◆ Providenciar o tamanho da máscara, tendo em conta que o nariz e a boca devem ficar completamente abrangidos e que a máscara se deve adaptar o melhor possível à face do cliente
- ◆ Manter as vias aéreas superiores permeáveis
- ◆ Trocar diariamente o copo humidificador
- ◆ Preencher o copo humidificador com água destilada/cloreto de sódio isotónico, antes do tratamento
- ◆ Trocar a sonda de oxigénio sempre que necessário, alternando o local de colocação da mesma
- ◆ Trocar diariamente e sempre que necessário o adesivo de fixação da sonda, alternando o local de fixação, a fim de manter a integridade cutânea

IV – RECURSOS

- ◆ Fonte de oxigénio (rampa com debitómetro, ou gasómetro com manómetro e debitómetro)
 - Debitómetro – controla a saída de oxigénio em litros por minuto
 - Manómetro – indica a quantidade de oxigénio dentro do gasómetro
- ◆ Humidificador com água destilada/cloreto de sódio isotónico
- ◆ Tabuleiro com:
 - máscara de oxigénio/sonda nasal dupla
 - tubo de ligação à fonte de oxigénio
 - lenços de papel
 - recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Oxigenoterapia	Cap. 4 / Sub-cap. 4.1 / Norma 4.1.1
<p>ou</p> <p>♦ Tabuleiro com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sonda de oxigénio ▪ tubo de ligação à fonte de oxigénio ▪ água destilada, ou cloreto de sódio isotónico ▪ desengordurante para a pele ▪ adesivo ▪ lenços de papel ▪ recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
4.1.1 – Oxigénio por Sonda	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Testar o funcionamento do gasómetro (manómetro e debitómetro) 3.Preencher o humidificador com água destilada ou cloreto de sódio isotónico 4.Ajustar o tubo de ligação ao humidificador 5.Testar o funcionamento do equipamento 6.Lavar as mãos 7.Instruir o cliente sobre o procedimento 8.Posicionar o cliente de acordo com a situação de saúde 9.Lavar a boca e nariz, se necessário 10.Limpar a pele do nariz, se necessário 11.Medir a distância entre o nariz e o lóbulo da orelha com a sonda marcando-a	1.Gerir o tempo 3.Manter a hidratação das mucosas 6.Prevenir a contaminação 7.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 8.Providenciar conforto Facilitar a execução do procedimento 10.Facilitar a fixação da sonda 11.Obter a medida correcta da sonda a introduzir

Oxigenoterapia	Cap. 4 / Sub-cap. 4.1 / Norma 4.1.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>12.Aplicar água destilada ou cloreto de sódio isotónico, na extremidade da sonda de oxigénio</p> <p>13.Inserir a sonda do oxigénio com suavidade em movimentos semicirculares</p> <p>14.Imobilizar a sonda de oxigénio</p> <p>15.Ajustar a sonda de oxigénio ao tubo de ligação</p> <p>16.Controlar o débito do oxigénio</p> <p>17.Supervisionar o efeito do tratamento</p> <p>18.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>19.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>20.Lavar as mãos</p>	<p>12.Facilitar a execução do procedimento</p> <p>13.Evitar o traumatismo</p> <p>16.Providenciar o aporte de oxigénio prescrito</p> <p>18. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>20.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
4.1.2 – Oxigénio por Máscara/Sonda Nasal Dupla	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1 a 9. idem à norma anterior</p> <p>10.Controlar o fluxo e a percentagem de oxigénio (F_iO_2) a administrar</p> <p>11.Aplicar a máscara sobre o nariz, boca e sob o queixo ou sonda nasal dupla nas narinas</p> <p>12.Ajustar a máscara/sonda nasal dupla à fonte de oxigénio e controlar o débito prescrito</p> <p>13.Supervisionar o efeito do tratamento</p> <p>14. Appreciar o bem-estar do cliente</p> <p>15.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>16.Lavar as mãos</p>	<p>10.Adequar administração às necessidades do cliente</p> <p>11.Minimizar a ocorrência de fugas</p> <p>13.Prevenir precocemente alterações</p> <p>14. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>16.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Oxigenoterapia

Cap. 4 / Sub-cap. 4.1 / Norma 4.1.2

VI – REGISTOS

- ◆ Data e hora
- ◆ Diagnósticos de Enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem
- ◆ Resultados obtidos
- ◆ Educação para a saúde

Norma 4.2 – Inaloterapia	Cap. 4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste em administrar vapor de água/medicamentos sob a forma de aerossol, tendo como veículo o oxigénio ou o ar comprimido</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Humidificar as vias aéreas ◆ Facilitar a remoção de secreções ◆ Administrar terapêutica na árvore traqueobrônquica <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro, cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição do enfermeiro/médico, protocolo do serviço em vigor e as necessidades do cliente <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Atender às preferências e à privacidade do cliente ◆ Ensinar o cliente a tossir ◆ Estimular o cliente a inspirar profundamente e a tossir ◆ Providenciar o nebulizador de acordo com as necessidades do cliente ◆ Ajustar o nebulizador à rampa de ar/oxigénio ou à electricidade ◆ Assegurar que no cliente com DPOC, o nebulizador seja ligado à rampa de ar, porque necessita de estímulo da hipoxémia a nível cerebral para manter a função respiratória 	

Inaloterapia	Cap. 4 / Norma 4.2
<p>Providenciar para cada cliente uma tubuladura em traqueia individualizada e esterilizada, a qual deve ser substituída diariamente</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Preencher o nebulizador com água destilada / cloreto de sódio isotónico, antes da sua utilização. Se for necessário voltar a preencher o reservatório o líquido remanescente deve ser removido ◆ Remover do interior da tubuladura, sempre que necessário, a água de condensação, para evitar o seu refluxo para o copo de nebulização ◆ Trocar o nebulizador de acordo com protocolo do serviço em vigor ou orientações da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar ◆ Controlar o débito de 6 l/m nos nebulizadores de pequeno volume, para que haja uma boa nebulização do medicamento <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nebulizador / rampa de ar ou oxigénio ◆ Copo de nebulização ◆ Tubos de conexão ao debitómetro ◆ Máscara facial ou bucal ◆ Terapêutica prescrita ◆ Lenços de papel ◆ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Providenciar os recursos para junto do cliente 2.Lavar as mãos 3.Instruir o cliente sobre o procedimento 4.Providenciar lenços de papel e saco para sujos, ao cliente 5.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em semi-Fowler ou sentado 6.Preparar o nebulizador com a medicação	1.Gerir o tempo 2.Prevenir a contaminação 3.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 4.Prevenir a contaminação do ambiente 5.Facilitar a mobilidade da caixa torácica e a tosse

Inaloterapia	Cap. 4 / Norma 4.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>prescrita</p> <p>7. Aplicar a máscara ou bucal</p> <p>8. Instruir o cliente a fazer inspirações amplas e pausa respiratória (3-5 segundos) no final da inspiração</p> <p>9. Controlar FiO₂ pretendido (se o nebulizador o tiver) entre 35 e 100%</p> <p>10. Mobilizar as partículas aderentes às paredes do nebulizador (se de pequeno volume)</p> <p>11. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>12. Monitorizar a nebulização</p> <p>13. Supervisionar o efeito do tratamento</p> <p>14. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>15. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>16. Lavar as mãos</p>	<p>8. Facilitar a deposição das partículas na árvore traqueo-bronquica</p> <p>9. Ajustar F_iO₂ às necessidades do cliente</p> <p>10. Assegurar a utilização de todo o medicamento</p> <p>13. Prevenir precocemente alterações</p> <p>14. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>16. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 4.3 – Hemoterapia	Cap. 4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na administração endovenosa de sangue e/ou componentes sanguíneos</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Aumentar a capacidade de transporte do oxigénio ◆ Restabelecer o volume sanguíneo ◆ Assegurar a correcção das alterações hemorrágicas e dos factores de coagulação ◆ Assegurar a correcção de deficiências imunológicas <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre a transfusão ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Verificar se a rotulagem do(s) componente(s) sanguíneo(s) cumpre os seguintes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> a) Identificação do componente <ul style="list-style-type: none"> ▪ designação oficial do componente ▪ volume, peso ou nº células do componente ▪ número de colheita e número de dador ▪ data de colheita e de validade ▪ nome do serviço de sangue de produção ▪ grupo ABO e Rh D 	

Hemoterapia

Cap. 4 / Norma 4.3

- resultado de análises
 - temperatura de armazenamento
 - nome, composição e volume do anticoagulante
 - b) Identificação do receptor
 - nome do cliente e nº de identificação iguais aos do pedido/requisição
 - nº e grupo sanguíneo da unidade
 - local onde vai ser efectuada a transfusão
 - grupo sanguíneo do cliente
 - resultado das provas de compatibilidade e data de execução
 - ◆ Atender à privacidade do cliente
 - ◆ Executar com técnica asséptica
 - ◆ Assegurar que a verificação dos dados seja feita por dois enfermeiros
 - ◆ Atender à sequência de administração que deve respeitar a prescrição médica, se houver vários componentes sanguíneos a transfundir
 - ◆ Administrar o sangue logo após a sua recepção. Se a transfusão não puder ser iniciada num curto espaço de tempo, devolver imediatamente o sangue ao serviço de Imunohemoterapia. Baixas temperaturas podem desencadear disritmias ou paragem cardíaca. Temperaturas elevadas podem provocar hemólise
- A sua manutenção fora do frigorífico durante períodos prolongados aumenta o risco de crescimento bacteriano, o que pode originar uma reacção transfusional fatal. Pela mesma razão, o seu armazenamento em frigoríficos não adequados está desaconselhado
- ◆ Monitorizar os sinais vitais:
 - antes de iniciar a transfusão
 - 15 minutos após o início
 - 1h/1h durante a administração
 - 1h após terminar
 - ◆ Administrar os seguintes componentes sanguíneos no tempo standard:
 - concentrado de eritrocitos - 1 a 2 horas;
 - concentrado de plaquetas 30 minutos a 1 hora;
 - plasma fresco congelado de 30 minutos a 1 hora,
 - não devendo ultrapassar o tempo máximo de 4 horas
 - ◆ Aplicar sempre um sistema com filtro apropriado, o qual deverá ser substituído após a administração de cada unidade

Hemoterapia

Cap. 4 / Norma 4.3

- ♦ Verificar que a veia a puncionar é adequada a um cateter de calibre 16 a 20G. O fluxo de sangue através de agulhas de pequeno calibre pode danificar os eritrocitos
- ♦ Assegurar que a pressão da manga utilizada em situação de emergência não exceda 300 mmHg, devido ao risco de hemólise.
Observar o cliente durante a transfusão, para detectar sinais e sintomas de reacção transfusional (sensação de mal estar, arrepios, prurido, rubor, exantema, dificuldade respiratória, dor na região lombar, dor precordial, febre, hipotensão persistente) que podem surgir sobretudo nos primeiros 30 minutos e até 6 horas após a sua conclusão
- ♦ Administrar a transfusão a um ritmo lento (2 ml/minuto ou 40 gotas por minuto). Após a entrada inicial em circulação de um pequeno volume de sangue, podem surgir reacções anafiláticas, principalmente durante os primeiros 15 minutos de administração da transfusão. Se o cliente não apresentar alterações, a velocidade poderá ser aumentada de acordo com a prescrição médica
- ♦ Interromper a transfusão, sempre que se verifique reacção adversa, comunicar ao médico e ao serviço de sangue e enviar a este, o saco do componente sanguíneo, bem como o respectivo sistema de administração e uma amostra de sangue do cliente. Manter o acesso venoso com uma perfusão de cloreto de sódio isotónico
- ♦ Controlar a velocidade de administração do componente sanguíneo em função da situação clínica e da prescrição médica
- ♦ Assegurar que não sejam adicionados medicamentos no saco do componente sanguíneo em curso ou que não sejam administrados simultaneamente pela mesma via
- ♦ Preencher o acesso venoso com cloreto de sódio isotónico, sempre que a transfusão é colocada em curso a seguir a outra solução
- ♦ Manter a identificação colada ao saco até que a transfusão termine, devendo aquela ser colocada no processo clínico, após a transfusão ter terminado
- ♦ Aplicar o aquecedor de sangue, em situações específicas de: múltiplas transfusões em curto espaço de tempo; velocidade de administração a um ritmo superior a 50ml por minuto durante um período de 30 minutos ou mais; entre outras. O aquecedor não deve ser usado por rotina devido ao risco de hemólise

Hemoterapia	Cap. 4 / Norma 4.3
<p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tabuleiro com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade de sangue ou componentes a administrar ▪ Sistema de administração do sangue ▪ Material para cateterização de veia periférica (ver norma 2.1.2) ▪ Equipamento para avaliação dos sinais vitais ▪ Aquecedor de sangue, se necessário ▪ Manga de pressão, se necessário ▪ Recipientes para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no método convencional 2. Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o componente a transfundir 3. Verificar a concordância, entre a identificação do cliente e o rótulo do componente sanguíneo (nome, nº de processo clínico e conferir o grupo sanguíneo) 4. Verificar a temperatura do componente a transfundir 5. Lavar as mãos 6. Providenciar os recursos para junto do cliente 7. Identificar o cliente (perguntar-lhe o nome ou conferir com a pulseira de identificação) 8. Instruir o cliente sobre o procedimento 9. Monitorizar os sinais vitais 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir erros 2. Idem 3. Idem 4. Prevenir reacções adversas 5. Prevenir a contaminação 6. Gerir o tempo 7. Prevenir erros 9. Obter valores de referência

Hemoterapia	Cap. 4 / Norma 4.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>10. Calçar luvas</p> <p>11. Ajustar o sistema de administração ao saco do componente sanguíneo a transfundir</p> <p>12. Aprontar o saco do componente sanguíneo no suporte</p> <p>13. Preencher o sistema de administração com o sangue ou componente sanguíneo</p> <p>14. Cateterizar a veia (consultar norma 2.1.2) ou verificar a permeabilidade do cateter, caso se encontre já colocado</p> <p>15. Ajustar o sistema de administração à torneira de 3 vias ou obturador e fixar à pele, se necessário</p> <p>16. Iniciar a transfusão e controlar o ritmo de perfusão</p> <p>17. Remover as luvas</p> <p>18. Lavar as mãos</p> <p><u>Durante a transfusão</u></p> <p>19. Monitorizar os sinais vitais de acordo com a orientação</p> <p>20. Controlar o ritmo de perfusão conforme prescrição e situação clínica do cliente</p> <p><u>Após a transfusão</u></p> <p>21. Lavar as mãos</p> <p>22. Calçar luvas</p> <p>23. Clampar e remover o sistema de administração do sangue ou componente sanguíneo</p> <p>24. Preencher o cateter com soro fisiológico, se necessário, ou remover o cateter</p>	<p>16. Prevenir reacções adversas</p> <p>18. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>19. Identificar alterações</p> <p>21. Prevenir contaminação</p> <p>24. Manter a permeabilidade do cateter</p>

Hemoterapia	Cap. 4 / Norma 4.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>25. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se</p> <p>26. Remover as luvas</p> <p>27. Monitorizar os sinais vitais</p> <p>28. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>29. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>30. Lavar as mãos</p> <p>31. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “Palmtop”</p>	<p>27. Identificar alterações</p> <p>28. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>30. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>31. Validar e documentar legalmente a administração do sangue ou componente sanguíneo</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora do início e do fim da transfusão ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Educação para a saúde ◆ Identificação do componente sanguíneo e volume administrado ◆ Resultados obtidos ◆ Nome do enfermeiro que administrou a transfusão 	

4.4 – Técnicas de Administração de Medicamentos

Norma 4.4.1 – Via Oral	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na administração de medicamentos pela boca</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Promover autonomia no regime terapêutico ◆ Administrar tratamento farmacológico não invasivo ◆ Facilitar a continuidade da terapêutica no domicílio <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre o medicamento ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Aplicar os fármacos de acordo com a apresentação farmacológica. A sua alteração pode modificar as propriedades terapêuticas ou lesar a mucosa oral, esofágica e a gástrica ◆ Assegurar a administração da dose certa, fraccionando apenas os comprimidos com ranhuras ◆ Verificar se não existem contra-indicações para a administração por via oral, tais como náuseas, vômitos, alterações da deglutição ou outras. Quando existirem alterações da deglutição, a terapêutica pode ser administrada por sonda 	

Via Oral

Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.1

nasogástrica

- ◆ Manter os medicamentos dentro das embalagens em que se encontram, abrindo-os, sem lhes tocar, imediatamente antes da sua administração
- ◆ Analisar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos
- ◆ Administrar o medicamento ao cliente com o tronco elevado ou em alternativa posicionar em decúbito lateral
- ◆ Administrar os medicamentos sólidos com 60 a 100 ml de líquidos, se possível
- ◆ Minimizar o sabor desagradável de alguns medicamentos triturando-os e diluindo-os em sumos ou bebidas frias ou misturando-os com alimentos moles ou pastosos, se possível
- ◆ Lavar a cavidade oral após a administração dos medicamentos
- ◆ Descartar os medicamentos que se tenham contaminado, colocando-os num contentor de material a incinerar
- ◆ Vigiar o cliente regularmente para detecção de reacções adversas ao medicamento

IV – RECURSOS

- ◆ Carro de dose unitária ou tabuleiro com:
 - Recipiente com o medicamento
 - Copo com água, se necessário
 - Material para higiene oral, se necessário
 - Palhinha, se necessário
 - Seringa, se necessário
 - Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “*Palmtop*”
 - Cartão com: identificação do cliente; fármaco; dose; via; frequência e horário (se ainda utilizado no serviço)
 - Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Via Oral	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.1
V – PROCEDIMENTO	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no <i>método convencional</i> 2. Verificar a folha de registo de terapêutica ou impresso computadorizado com o respectivo medicamento 3. Lavar as mãos 4. Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento e material 5. Identificar o cliente 6. Instruir o cliente sobre o procedimento e pedir a sua colaboração 7. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em semi-fowler ou sentado, se a sua situação clínica o permitir 8. Administrar o medicamento com líquidos 9. Assistir o cliente até o medicamento ser deglutido e limpar a boca 10. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário 11. Apreciar o bem-estar do cliente 12. Assegurar a recolha e lavagem do material 13. Lavar as mãos 14. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “<i>Palmtop</i>” 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir erros 2. Idem 3. Prevenir a contaminação 4. Gerir o tempo 5. Prevenir erros 6. Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 7. Prevenir a aspiração durante a administração 9. Verificar a ingestão do medicamento 11. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem 13. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos 14. Validar a administração Documentar legalmente a administração

Via Oral

Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.1

VI – REGISTOS

- ◆ Data e hora
- ◆ Diagnósticos de Enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem
- ◆ Resultados obtidos
- ◆ Educação para a saúde

Norma 4.4.2 – Via Cutânea	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na aplicação de um medicamento na pele</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Promover a hidratação da pele ◆ Proteger a superfície cutânea ◆ Obter efeito terapêutico sistémico por via transdérmica <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre o medicamento ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Administrar o medicamento conforme as instruções, tendo em vista a sua absorção ◆ Observar o estado da pele, no local onde vai ser aplicado o medicamento ◆ Assegurar que o cliente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento ◆ Aplicar técnica limpa, ou técnica asséptica se existirem soluções de continuidade ◆ Calçar luvas quando se aplicam medicamentos que produzem efeito local ou 	

Via Cutânea

Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.2



sistémico

- ◆ Lavar a pele com água à temperatura corporal e um sabão neutro, antes de aplicar o medicamento. Se existir irritação ou inflamação cutânea, utilizar apenas água ou óleo de amêndoas doces
- ◆ Aplicar as pomadas, cremes e líquidos em camadas finas e com suavidade, a fim de favorecer a sua absorção. Não aplicar o medicamento directamente do recipiente na pele
- ◆ Analisar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos
- ◆ Alterar os locais de aplicação se o medicamento for de absorção transdérmica, para prevenir a irritação da pele
- ◆ Vigiar o cliente regularmente para detectar reacções adversas ao medicamento

IV – RECURSOS

- ◆ Carro de dose unitária ou tabuleiro com:
 - Medicamento
 - Luvas
 - Compressas, se necessário
 - Material para higiene, se necessário
 - Avental, se necessário
 - Ligadura ou manga tubular, se necessário
 - Adesivo, se necessário
 - Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “*Palmtop*”
 - Cartão com: identificação do cliente; fármaco; dose; via, frequência e horário (se ainda utilizado no serviço)
 - Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Via Cutânea	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.2.1
V – PROCEDIMENTO	
4.4.2.1 – Aplicação de Gel, Loções, Cremes e Pomadas	
Acções de Enfermagem	Justificação
1.Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no <i>método convencional</i> 2.Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento 3.Lavar as mãos 4.Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento e material 5.Identificar o cliente 6.Instruir o cliente sobre o procedimento 7.Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se de modo a expor a área de aplicação 8.Lavar e secar a superfície corporal no local de aplicação, se necessário 9.Calçar luvas, se necessário: a) não esterilizadas b) esterilizadas	1.Prevenir erros 2.Idem 3.Prevenir a contaminação 4.Gerir o tempo 5.Prevenir erros 6.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 7.Facilitar a execução do procedimento 8.Remover resíduos e excesso de humidade 9. a)Prevenir a absorção do medicamento pelo enfermeiro b)Prevenir infecção em zonas com solução de continuidade

Via Cutânea	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.2.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>10. Aplicar uma pequena quantidade de medicamento na palma da mão e esfregar suavemente uma mão na outra ou na região distal dos dedos</p>  <p>Figura 84 – Preparação da pomada</p> <p>11. Aplicar o medicamento de acordo com as indicações, utilizando movimentos suaves tendo em conta a direcção do crescimento dos pêlos</p>  <p>Figura 85 – Aplicação de pomada</p> <p>12. Cobrir a região, se indicado</p> <p>13. Remover as luvas</p> <p>14. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>15. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>16. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>17. Lavar as mãos</p> <p>18. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no</p>	<p>10. Facilitar a aplicação e aquecimento do medicamento</p> <p>11. Prevenir a irritação dos folículos pilosos</p> <p>15. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>17. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>18. Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>

Via Cutânea	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.2.2
4.4.2.2 – Aplicação de Sprays	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p><i>“Palmtop”</i></p> <p>1 a 8 Idem à norma anterior</p> <p>9. Posicionar a cabeça do cliente, de forma a que a sua face não fique na direcção do vaporizador</p> <p>10. Proteger a boca e o nariz do cliente com uma compressa e solicitar-lhe que expire durante a aplicação, quando o spray é aplicado na face</p> <p>11. Aplicar o spray directamente na pele</p> <p>12. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se, se necessário</p> <p>13. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>14. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>15. Lavar as mãos</p> <p>16. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no <i>“Palmtop”</i></p>	<p>9. Prevenir a inalação accidental de spray</p> <p>10. Prevenir a inalação accidental do medicamento</p> <p>13. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>15. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>16. Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>
4.4.2.3 – Aplicação Transdérmica	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1 a 8 Idem à norma 4.4.2.1</p> <p>9. Barbear o local da aplicação, se necessário</p> <p>10. Aplicar o disco evitando tocar na zona impregnada com o medicamento</p> <p>11. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se, se necessário</p>	<p>9. Facilitar a aderência do disco e a absorção do medicamento</p> <p>10. Evitar alteração da dosagem Prevenir a absorção do medicamento pelo enfermeiro</p>

Via Cutânea	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.2.3
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>12. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>13 Assegurar a recolha e lavagem de material</p> <p>14.Lavar as mãos</p> <p>15.Registar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “Palmtop”</p>	<p>12 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>14.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>15.Validar a administração</p> <p>Documentar legalmente a administração</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 4.4.3 – Via Ocular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na aplicação de um medicamento nos olhos</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Obter efeito terapêutico por via oftálmica ◆ Tratar lesões dos olhos ◆ Manter a lubrificação da córnea e da conjuntiva ◆ Facilitar a realização de exames auxiliares de diagnóstico ◆ Induzir a anestesia local dos olhos <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre o medicamento ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Atender às preferências e privacidade do cliente ◆ Aplicar técnica asséptica ◆ Providenciar iluminação adequada ◆ Aplicar o medicamento conforme as instruções ◆ Administrar os diferentes medicamentos com um intervalo mínimo de 5 minutos ◆ 	


Via Ocular


Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.3

- ◆ Administrar o medicamento à temperatura ambiente, quando necessitar de frigorífico
- ◆ Prevenir a pressão directa no globo ocular
- ◆ Apreciar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos
- ◆ Avaliar a capacidade do cliente para estabilizar a cabeça e facilitar a aplicação do medicamento
- ◆ Confirmar se o cliente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento
- ◆ Instruir o cliente que tenha sido submetido à administração de midriáticos, a usar óculos escuros para reduzir a fotofobia
- ◆ Instruir o cliente a não conduzir, ou exercer actividades de risco, sempre que se apliquem medicamentos susceptíveis de alterar a acuidade visual
- ◆ Providenciar uma embalagem de medicamento para cada cliente
- ◆ Descartar o medicamento, que não for utilizado, no final do tratamento
- ◆ Vigiar o cliente regularmente para detecção de reacções adversas ao medicamento

IV – RECURSOS

- ◆ Carro de dose unitária ou tabuleiro com:
 - Medicamento
 - Compressas
 - Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “*Palmtop*”
 - Cartão com identificação do cliente, fármaco, dose, via, frequência e horário (se ainda utilizado no serviço)
 - Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares
- Se necessário:
 - Solução estéril para lavagem (cloreto de sódio isotónico)
 - Penso oftálmico
 - Luvas esterilizadas
 - Compressas esterilizadas
 - Adesivo

Via Ocular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.3.1
V – PROCEDIMENTO	
4.4.3.1 – Aplicação de Gotas	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no <i>método convencional</i></p> <p>2.Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento</p> <p>3.Lavar as mãos</p> <p>4.Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento e material</p> <p>5.Identificar o cliente</p> <p>6.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>7.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se de modo a expor o olho. A cabeça deverá estar em ligeira hiperextensão e rotação para o lado do olho que está a ser tratado</p>	<p>1.Prevenir erros</p> <p>2.Idem</p> <p>3.Prevenir a contaminação</p> <p>4.Gerir o tempo</p> <p>5.Prevenir erros</p> <p>6.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado</p> <p>7.Facilitar a execução do procedimento</p>
<p>F</p>  <p>a</p>	
<p>8.Lavar o olho se necessário</p>	<p>8.Remover as secreções existentes nas pestanas e/ou pálpebras e os resíduos da aplicação anterior</p>

Via Ocular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.3.1
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9.Posicionar a mão dominante suavemente na testa do cliente e segurar o conta-gotas ou o frasco com medicamento, um a dois centímetros acima do saco conjuntival</p> <p>10.Posicionar suavemente a outra mão na arcada zigomática (malar) e expor o saco conjuntival, traccionando a pálpebra inferior para baixo</p>  <p>Figura 87 – Aplicação de gotas oculares</p> <p>11.Instruir o cliente para olhar para cima</p> <p>12.Calçar luvas, se necessário</p> <p>13.Instilar as gotas no saco conjuntival, na região central, da pálpebra inferior</p> <p>14.Instruir o cliente para fechar o olho suavemente</p> <p>15.Remover o excesso de medicamento com uma compressa</p> <p>16.Aplicar o penso ocular, se indicado</p> <p>17.Remover luvas, se necessário</p> <p>18.Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>19.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>20.Assegurar a recolha e lavagem de material</p> <p>21.Lavar as mãos</p> <p>22.Registar na folha de administração de terapêutica de enfermagem ou no impresso processado por computador ou validar no</p>	<p>9.Estabilizar a cabeça facilitando a execução do procedimento</p> <p>10.Facilitar a execução do procedimento Promover o efeito terapêutico do medicamento pela formação de um receptáculo para receber medicação</p> <p>11.Prevenir o reflexo de pestanejo</p> <p>14.Facilitar a distribuição uniforme do medicamento</p> <p>19.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>20.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>22.Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>

Via Ocular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.3.2
4.4.3.2 – Aplicação de Pomada	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p><i>“Palmtop”</i></p> <p>1 a 8 Idem à norma anterior</p> <p>9. Baixar suavemente a pálpebra inferior com os dedos polegar ou indicador</p> <p>10. Instruir o cliente para olhar para cima</p> <p>11. Calçar luvas</p> <p>12. Remover a primeira porção da pomada</p> <p>13. Aplicar a pomada ao longo da pálpebra inferior, do canto interno para o externo</p> <p>14. Instruir o cliente para fechar o olho e mobilizar o globo ocular</p> <p>15. Executar movimentos circulares com a pálpebra fechada, se não houver contra-indicação</p> <p>16. Remover o excesso de pomada, se necessário</p> <p>17. Explicar ao cliente que vai ficar temporariamente com alterações da visão</p> <p>18. Aplicar penso ocular se indicado</p> <p>19. Remover luvas</p> <p>20. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>21. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>22. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>23. Lavar as mãos</p> <p>24. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no <i>“Palmtop”</i></p>	<p>9. Facilitar a execução do procedimento</p> <p>10. Prevenir a estimulação do reflexo de pestanejo</p> <p>12. Prevenir a contaminação</p> <p>14. Distribuir uniformemente o medicamento</p> <p>17. Prevenir acidentes</p> <p>21. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>23. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>24. Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>

Via Ocular


Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.3.2

V – REGISTOS

- ◆ Data e hora
- ◆ Diagnósticos de Enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem
- ◆ Resultados obtidos
- ◆ Educação para a saúde

Norma 4.4.4 – Via Nasal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na aplicação de um medicamento na mucosa nasal</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Aliviar o desconforto e a congestão nasal ◆ Obter efeito terapêutico por via nasal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre o medicamento ◆ Administrar o medicamento conforme as instruções ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Atender às preferências e privacidade do cliente ◆ Analisar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos ◆ Monitorizar a pressão arterial nos clientes que fazem utilização prolongada de medicamentos, por via nasal, que contenham vasoconstritores ◆ Explicar ao cliente, de que vai sentir o sabor do medicamento, visto que as narinas drenam para a porção posterior da cavidade oral e da orofaringe 	

Via Nasal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.4
<p>♦ Providenciar uma embalagem de medicamento para cada cliente</p> <p>IV – RECURSOS</p> <p>♦ Carro de dose unitária ou tabuleiro com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamento ▪ Lenços de papel ▪ Luvas ▪ Compressas ▪ Solução estéril para lavagem (cloreto de sódio isotónico) ▪ Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “<i>Palmtop</i>” ▪ Cartão com: identificação do cliente; fármaco; dose; via; frequência e horário (se ainda utilizado no serviço) ▪ Recipiente de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no <i>método convencional</i> 2. Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento 3. Lavar as mãos 4. Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento e material 5. Identificar o cliente 6. Instruir o cliente sobre o procedimento 7. Aconselhar o cliente, a limpar o nariz, se não houver contra-indicação 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir erros 2. Idem 3. Prevenir contaminação 4. Gerir o tempo 5. Prevenir erros 6. Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 7. Remover muco ou secreções

Via Nasal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.4
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>8. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se com a cabeça em hiperextensão</p>  <p>Figura 88 – Aplicação de gotas nasais</p> <p>9. Instruir o cliente a respirar pela boca</p> <p>10. Calçar luvas</p> <p>11. Aplicar o medicamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Instilar as gotas prescritas, colocando o conta-gotas a um centímetro das narinas b) Inserir o aplicador nas narinas, se a administração for através de microdoseador <p>12. Manter o cliente, na mesma posição cerca de cinco minutos</p> <p>13. Providenciar um lenço ao cliente, para secar a secreção nasal, ou expelir secreções</p> <p>14. Remover luvas</p> <p>15. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>16. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>17. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>18. Lavar as mãos</p> <p>19. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “Palmtop”</p>	<p>8. Facilitar a passagem do medicamento através das fossas nasais</p> <p>9. Diminuir o risco de aspiração das gotas para a traqueia ou pulmão</p> <p>11.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evitar a contaminação do conta-gotas b) Evitar o desperdício de medicação <p>12. Prevenir a perda da medicação através das narinas</p> <p>16. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>18. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>19. Validar a administração</p> <p>Documentar legalmente a administração</p>

Via Nasal


Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.4

VI – REGISTOS

- ◆ Data e hora
- ◆ Diagnósticos de Enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem
- ◆ Resultados obtidos
- ◆ Educação para a saúde

Norma 4.4.5 – Via Auricular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na aplicação de um medicamento no canal auditivo externo</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Obter efeito terapêutico por via auricular ◆ Limpar o canal auditivo externo <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre o medicamento ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Atender às preferências e privacidade do cliente ◆ Administrar o medicamento conforme as instruções ◆ Instilar as soluções à temperatura ambiente ◆ Administrar o medicamento com um intervalo de tempo de cerca de 3 minutos, entre cada ouvido, quando a aplicação for bilateral ◆ Lavar o pavilhão auricular sempre que necessário ◆ Evitar a utilização de objectos na limpeza do canal auditivo ◆ Analisar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos 	


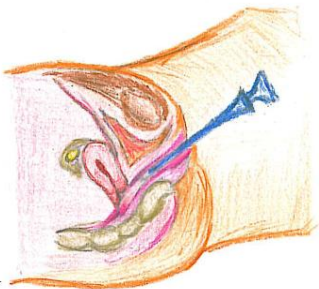
Via Auricular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.5
<p>♦ Providenciar uma embalagem de medicamento para cada cliente</p> <p>IV – RECURSOS</p> <p>♦ Carro de dose unitária ou tabuleiro com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamento ▪ Lenços de papel ▪ Luvas ▪ Compressas ▪ Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “<i>Palmtop</i>” ▪ Cartão com: identificação do cliente; fármaco; dose; via; frequência e horário (se ainda utilizado no serviço) ▪ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares ▪ Tampão auditivo, se necessário <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no <i>método convencional</i></p> <p>2.Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento</p> <p>3.Lavar as mãos</p> <p>4.Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento e material</p> <p>5.Identificar o cliente</p> <p>6.Instruir o cliente sobre o procedimento</p> <p>7.Calçar luvas</p> <p>8.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em decúbito lateral, expondo o ouvido a ser tratado</p>	<p>1.Prevenir erros</p> <p>2.Idem</p> <p>3.Prevenir contaminação</p> <p>4.Gerir o tempo</p> <p>5.Prevenir erros</p> <p>6.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado</p> <p>8.Facilitar a execução do procedimento</p>

Via Auricular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.5
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>9. Remover suavemente o cerúmen ou exsudado que esteja a ocluir o canal auditivo externo</p> <p>10. Posicionar a mão dominante suavemente na cabeça do cliente e segurar o conta-gotas um centímetro acima do canal auditivo</p>  <p>Figura 89 – Aplicação de gotas no canal auditivo</p> <p>11. Elevar suavemente o pavilhão auricular para trás</p> <p>12. Instilar as gotas prescritas, dirigindo-as para a parede do canal auditivo e não directamente na direcção do tímpano</p> <p>13. Massajar ligeiramente o “tragus” do ouvido</p> <p>14. Manter o cliente na posição referida no ponto 7, cerca de dois a três minutos</p> <p>15. Aplicar tampão no canal auditivo, quando prescrito</p> <p>16. Remover o tampão do canal auditivo após tempo prescrito</p> <p>17. remover luvas</p> <p>18. Posicionar ou assistir o cliente a posicionar-se</p> <p>19. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>20. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>21. Lavar as mãos</p>	<p>9. Facilitar a progressão do medicamento através do canal auditivo</p> <p>12. Prevenir lesões do canal auditivo e do tímpano Evitar desconforto para o cliente</p> <p>13. Facilitar a progressão do medicamento</p> <p>14. Facilitar a absorção do medicamento</p> <p>19. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>21. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Via Auricular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.5
Acções de Enfermagem	Justificação
22.Registar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “ <i>Palmtop</i> ”	22.Validar a administração Documentar legalmente a administração
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 4.4.6 – Via Vaginal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na aplicação de um medicamento na vagina</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Obter efeito terapêutico por via vaginal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre o medicamento ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Atender às preferências e privacidade do cliente ◆ Providenciar iluminação adequada ◆ Observar a região genital antes da administração do medicamento ◆ Aplicar técnica limpa, ou técnica asséptica se existirem soluções de continuidade ◆ Executar com luvas ◆ Aplicar o medicamento conforme as instruções ◆ Analisar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos ◆ Providenciar uma embalagem de medicamento para cada cliente ◆ 	

Via Vaginal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.6
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Manter os óvulos à temperatura indicada pelo fabricante ♦ Evitar a utilização de tampões, porque podem irritar a mucosa, impedir a drenagem de exsudados e/ou absorver o medicamento ♦ Evitar fazer irrigações vaginais após a administração de um medicamento <p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Carro de dose unitária ou tabuleiro com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamento ▪ Aplicador ▪ Compressas ▪ Luvas ▪ Material para higiene, se necessário ▪ Penso perineal se necessário ▪ Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “<i>Palmetop</i>” ▪ Cartão com: identificação do cliente; fármaco; dose; via; frequência e horário (se ainda utilizado no serviço) ▪ Recipiente para sujose acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no <i>método convencional</i> 2.Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento 3.Lavar as mãos 4.Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento e material 5.Identificar o cliente 6.Instruir o cliente sobre o procedimento 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Prevenir erros 2.Idem 3.Prevenir a contaminação 4.Gerir tempo 5.Prevenir erros 6.Encorajar o cliente a ser independente

Via Vaginal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.6
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>7.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em decúbito dorsal com os membros inferiores em abdução e flexão e os pés apoiados na base da cama, expondo a região perineal</p> <p>8.Calçar luvas</p> <p>9.Lavar e secar os órgãos genitais</p> <p>10.Preparar o medicamento de acordo com a forma de apresentação</p> <p>11.Manipular os grandes lábios afastando-os, expondo o orifício vaginal</p> <p>12.Administrar o medicamento de acordo com a forma de apresentação. No caso de ser administrado com aplicador inseri-lo cerca de 5 a 7 cm na vagina, pressionando o êmbolo</p>  <p>Figura 90 – Aplicação do óvulo</p>  <p>Figura 91 – Utilização de aplicador</p>	<p>Promover o auto cuidado</p> <p>7.Facilitar a execução do procedimento</p> <p>11.Facilitar a execução do procedimento</p>

Via Vaginal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.6
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>13.Orientar o cliente para se manter em posição dorsal durante pelo menos 10 minutos</p> <p>14.Aplicar um penso higiénico, se necessário</p> <p>15.Remover as luvas</p> <p>16.Posicionar o cliente, ou assisti-lo a posicionar-se se necessário</p> <p>17.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>18.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>19.Lavar as mãos</p> <p>20.Registar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no "Palmtop"</p>	<p>13.Facilitar a distribuição e absorção do medicamento</p> <p>15.Prevenir contaminação</p> <p>16.Providenciar conforto</p> <p>17.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>19.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>20.Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 4.4.7 – Via Rectal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na administração de um medicamento na mucosa rectal</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Obter efeito terapêutico local e sistémico através da via rectal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro ◆ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre o medicamento ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Aplicar técnica limpa ◆ Executar o procedimento com luvas ◆ Observar a região anal antes da administração do medicamento ◆ Verificar a existência de massa fecal antes da aplicação da terapêutica ◆ Analisar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos ◆ Aplicar clister de limpeza se a existência de massa fecal puder comprometer a eficácia da absorção 	

Via Rectal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.7
<p>IV – RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Carro de dose unitária ou tabuleiro com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamento ▪ Compressas ▪ Luvas ▪ Gel lubrificante hidrossolúvel ▪ Material para higiene, se necessário ▪ Material para clister de limpeza, se necessário ▪ Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “<i>Palmtop</i>” ▪ Cartão com: identificação do cliente; fármaco; dose; via; frequência e horário (se ainda utilizado no serviço) ▪ Recipiente para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no <i>método convencional</i> 2.Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento 3.Lavar as mãos 4.Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento e material 5.Identificar o cliente 6.Instruir o cliente sobre o procedimento 7.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo, com a perna direita flectida, de modo a expor a região anal 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Prevenir erros 2.Idem 3.Prevenir a contaminação 4.Gerir tempo 5.Prevenir erros 6.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 7.Facilitar a execução do procedimento

Via Rectal	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.7
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>8. Calçar luvas</p> <p>9. Lavar e secar a região anal se necessário</p> <p>10. Preparar o medicamento de acordo com a forma de apresentação</p> <p>11. Aplicar lubrificante na extremidade do supositório e no dedo indicador da mão dominante ou na extremidade da cânula da embalagem do medicamento</p> <p>12. Instruir o cliente para inspirar profundamente</p> <p>13. Manipular as nádegas, afastando-as com a mão não dominante</p> <p>14. Aplicar o medicamento de acordo com a forma de apresentação. No caso de ser supositório, inseri-lo suavemente com o dedo indicador da mão dominante, colocando-o para além do esfíncter anal interno</p> <p>15. Limpar a região anal</p> <p>16. Remover as luvas</p> <p>17. Instruir o cliente a manter-se na mesma posição cerca de 5 minutos</p> <p>18. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário</p> <p>19. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>20. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>21. Lavar as mãos</p> <p>22. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no "Palmtop"</p>	<p>11. Facilitar a introdução do medicamento Prevenir traumatismos</p> <p>12. Facilitar a introdução do medicamento através do relaxamento do esfíncter anal</p> <p>14. Prevenir a sua expulsão involuntária</p> <p>15. Providenciar higiene e conforto</p> <p>16. Prevenir contaminação</p> <p>17. Prevenir a expulsão do medicamento</p> <p>19. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>21. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>22. Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>

Via Rectal

Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.7

VI – REGISTOS

- ◆ Data e hora
- ◆ Diagnósticos de Enfermagem
- ◆ Intervenções de enfermagem
- ◆ Resultados obtidos
- ◆ Educação para a saúde

Norma 4.4.8 – Via Subcutânea	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na administração de um medicamento no tecido celular subcutâneo</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Administrar medicamentos por via parentérica em que se pretende absorção mais lenta <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ O enfermeiro ♦ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ♦ Informar o cliente sobre o medicamento ♦ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ♦ Atender à privacidade do cliente ♦ Executar com técnica asséptica ♦ Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação ♦ Verificar a integridade das soluções a administrar (transparência e partículas em suspensão) e dos recipientes onde estão contidas, bem como as datas de validade ♦ Trocar a agulha, depois de aspirar o medicamento de um frasco hermético, ou de uma ampola ♦ Observar a pele e seleccionar o local para administração: 1/3 médio da face externa do braço; 1/3 médio da face antero-lateral da coxa; parede abdominal a nível inferior da região umbilical; 1/3 superior do tórax posterior (região escapular); porção ventral 	

Via Subcutânea

Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.8

- ◆ ou dorsal da região glútea
- ◆ Administrar a uma distância de 5 cm do umbigo, devido à vascularização da zona, no caso de usar a parede abdominal
- ◆ Desinfetar a pele com compressas. Evitar a utilização de algodão, devido ao risco de inserção de partículas no acto da punção
- ◆ Analisar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos
- ◆ Administrar tendo em conta a rotação dos locais de administração, de acordo com o protocolo/rotina do serviço, para prevenir a lipodistrofia e excessiva formação de tecido cicatricial, o que dificulta a absorção do medicamento
- ◆ Comprimir o local da administração, porque está contra-indicada a massagem por aumentar a velocidade de absorção

IV – RECURSOS

- ◆ Carro de dose unitária ou tabuleiro com:
 - Seringa de insulina ou de 2 ml
 - Agulha de calibre 25 e com 1/2 ou 5/8” de comprimento
 - Agulha de aspiração com filtro de partículas ou similar
 - Medicamento
 - Material para desinfeção da pele
 - Luvas
 - Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “*Palmtop*”
 - Cartão com: identificação do cliente; fármaco; dose; via; frequência e horário (se ainda utilizado no serviço)
 - Recipientes para sujos de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Via Subcutânea	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.8
V – PROCEDIMENTO	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no <i>método convencional</i> 2. Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento 3. Lavar as mãos 4. Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento preparado e o material 5. Identificar o cliente 6. Instruir o cliente sobre o procedimento 7. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se de acordo com o local seleccionado 8. Aprontar a área de administração 9. Calçar luvas 10. Verificar novamente a dose a administrar 11. Desinfectar o local 12. Remover a cápsula que cobre a agulha 13. Executar uma prega na pele com a mão não dominante, se indicado 14. Inserir a agulha com um ângulo de 45° ou 90°, de acordo com o comprimento da mesma e a espessura do tecido adiposo 15. Suprimir a prega cutânea 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir erros 2. Idem 3. Prevenir a contaminação 4. Gerir tempo 5. Prevenir erros 6. Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 7. Facilitar a execução do procedimento 10. Prevenir erros 11. Promover a assepsia 13. Diminuir a sensação dolorosa da inserção da agulha Prevenir a administração do medicamento no músculo 14. Assegurar a introdução do medicamento no tecido celular subcutâneo

Via Subcutânea	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.8
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>16. Aspirar ligeiramente</p> <p>17. Injectar a medicação lentamente</p> <p>18. Remover a agulha respeitando o trajecto da sua inserção e comprimir ao mesmo tempo com compressa</p> <p>19. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário</p> <p>20. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>21. Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>22. Remover luvas</p> <p>23. Lavar as mãos</p> <p>24. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no "Palmtop"</p>	<p>16. Prevenir a administração do medicamento através de um vaso sanguíneo</p> <p>17. Diminuir a dor</p> <p>18. Diminuir a lesão tecidual e o desconforto Prevenir a ocorrência de hemorragia</p> <p>20. Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>23. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>24. Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 4.4.9 – Via Intramuscular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na administração de um medicamento no tecido muscular</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Administrar medicamentos por via parentérica em que se pretende absorção mais rápida do que pela via subcutânea ♦ Administrar medicamentos que são irritantes para o tecido celular subcutâneo ou que são neutralizados no tracto gastrointestinal <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ O enfermeiro ♦ O cliente ou outro prestador de cuidados com supervisão do enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ♦ Informar o cliente sobre o medicamento ♦ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ♦ Atender à privacidade do cliente ♦ Executar com técnica asséptica ♦ Verificar as condições ambientais da unidade: temperatura, ventilação e iluminação ♦ Verificar a integridade das soluções a administrar (transparência e partículas em suspensão) e dos recipientes onde estão contidas, bem como as datas de validade ♦ Trocar a agulha, depois de aspirar o medicamento de um frasco hermético, ou de uma ampola 	

Via Intramuscular

Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.9

- ◆ Prevenir o desconforto provocado pela entrada de anti-séptico nos tecidos, secando ou deixando evaporar de acordo com o desinfectante
- ◆ Executar um movimento suave, rápido e firme para atravessar a pele, a fim de diminuir a dor da punção
- ◆ Observar a pele e seleccionar o local para administração: quadrante superior externo da região dorsoglútea; 1/3 médio da face antero-lateral da coxa; face externa do 1/3 superior do braço
- ◆ Avaliar o músculo, tendo em conta a sua capacidade e velocidade de absorção. O músculo glúteo é aquele que tem menor velocidade de absorção e maior capacidade: no adulto até 4ml; na criança e no idoso até 2ml e nos bebés até aos 2 anos 1ml.
- ◆ O músculo deltóide tem maior velocidade de absorção e menor capacidade (1ml)
- ◆ Instruir o cliente a relaxar os músculos
- ◆ Analisar os efeitos secundários do medicamento antes da sua administração, a fim de se poderem planear acções a desenvolver caso ocorram efeitos adversos
- ◆ Desinfectar a pele com compressas. Evitar a utilização de algodão, devido ao risco de inserção de partículas no acto da punção
- ◆ Administrar alternando os locais para prevenir a formação de nódulos e áreas dolorosas

IV – RECURSOS

- ◆ Carro de dose unitária ou tabuleiro com:
 - Seringa com capacidade adequada ao medicamento
 - Agulha intramuscular
 - Agulha de aspiração com filtro de partículas, ou similar
 - Medicamento
 - Material para desinfecção da pele
 - Luvas
 - Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “*Palmtop*”
 - Cartão com: identificação do cliente; fármaco; dose; via; frequência e horário (se ainda utilizado no serviço)
 - Recipientes, de acordo com as normas de triagem de resíduos hospitalares

Via Intramuscular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.9
V – PROCEDIMENTO	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no método convencional 2. Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento 3. Lavar as mãos 4. Providenciar os recursos para junto do cliente: carro de dose unitária ou tabuleiro com o medicamento preparado e o material 5. Identificar o cliente 6. Instruir o cliente sobre o procedimento 7. Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se de acordo com o local seleccionado 8. Aprontar a área de administração 9. Calçar luvas 10. Verificar novamente a dose a administrar 11. Desinfectar o local 12. Remover a cápsula que cobre a agulha 13. Remover a agulha da seringa 14. Inserir perpendicularmente a agulha, fazendo um ângulo de 90° com a pele 15. Ajustar a seringa à agulha 16. Aspirar ligeiramente, puxando o êmbolo (caso se verifique retorno de sangue desviar o trajecto da agulha) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevenir erros 2. Idem 3. Prevenir a contaminação 4. Gerir o tempo 5. Prevenir erros 6. Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado 7. Facilitar a execução do procedimento 10. Prevenir erros 11. Promover a assepsia 14. Diminuir a sensação dolorosa da inserção da agulha Facilitar a profundidade adequada 16. Prevenir a administração do medicamento através de um vaso sanguíneo

Via Intramuscular	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.9
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>17.Injectar o medicamento devagar</p> <p>18.Remover a agulha respeitando o trajecto da sua inserção, e fazer a compressão do local com a outra mão com compressa</p> <p>19.Posicionar o cliente, ou assisti-lo a posicionar-se se necessário</p> <p>20.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>21.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>22.Remover as luvas</p> <p>23.Lavar as mãos</p> <p>24.Registar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “Palmtop”</p>	<p>17.Diminuir a sensação dolorosa</p> <p>18.Diminuir a lesão tecidual e o desconforto Prevenir a ocorrência de hemorragia</p> <p>20.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>23.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>24.Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

Norma 4.4.10 – Via Intravenosa	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4
Aprovada em:	A rever em:
Enfermeiro Director:	
<p>I – DEFINIÇÃO</p> <p>Consiste na administração de medicamentos ou soluções através de uma veia</p> <p>II – OBJECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Permitir a absorção rápida do medicamento ◆ Aplicar medicamentos a clientes impossibilitados de utilizar outra via ◆ Administrar doses elevadas de medicamentos/soros ◆ Manter / restabelecer o equilíbrio hidro-electrolítico <p>III – INFORMAÇÕES GERAIS</p> <p>A – Quem executa</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ O enfermeiro <p>B – Frequência</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ De acordo com a prescrição médica, necessidade do cliente ou protocolo do serviço em vigor <p>C – Orientações quanto à execução</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados ◆ Informar o cliente sobre o medicamento ◆ Identificar o cliente pelo nome e confirmar com a pulseira ◆ Atender à privacidade do cliente ◆ Administrar os medicamentos por via endovenosa de forma intermitente (em “<i>bolus</i>” ou num período entre 4 a 16 horas) ou contínua ◆ Consultar as orientações da norma cateterização de veia periférica (2.1.2) ◆ Monitorizar: sinais vitais; estado da pele e mucosas; débito urinário; peso; ocorrência de sede; estado de consciência; tónus muscular e valores laboratoriais sempre que está a ser administrada terapia com fluidos ou electrólitos ◆ Executar com técnica asséptica 	

Via Intravenosa

Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.10

- ◆ Verificar a integridade das soluções a administrar (transparência e partículas em suspensão) e dos recipientes onde estão contidos, bem como as datas de validade
- ◆ Trocar o cateter, sistema de perfusão, torneiras e prolongamentos de acordo com as orientações da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar ou do serviço em vigor. Não manter por períodos superiores a 72 horas, a fim de reduzir o risco de infecção e prevenir a lesão das veias
- ◆ Proteger com penso estéril o local de inserção do cateter, para prevenir a contaminação
- ◆ Verificar a compatibilidade dos medicamentos; não administrar em simultâneo, medicamentos incompatíveis entre si
- ◆ Evitar a administração de substâncias quimicamente irritantes através dos cateteres periféricos
- ◆ Verificar o local de inserção do cateter e a permeabilidade do mesmo e do sistema de perfusão, antes de qualquer administração
- ◆ Aplicar prolongamentos venosos com o comprimento suficiente, para a mobilização do cliente, mas o mais curto possível.
- ◆ Aplicar torneira de três vias ou obturador para cateter sempre que sejam previsíveis administrações subsequentes

IV – RECURSOS

- ◆ Carro de dose unitária ou tabuleiro com:
 - Material para desinfecção
 - Resguardo
 - Luvas
 - Garrote
 - Cateteres periféricos
 - Sistema de perfusão
 - Prolongamento
 - Torneira de três vias ou obturador para cateter (válvula unidireccional), se necessário
 - Penso esterilizado poroso, de preferência transparente
 - Seringa (s) com capacidade adequada ao (s) medicamentos (s)
 - Agulha de aspiração com filtro de partículas, ou similar
 - Medicamento/solução para perfusão

Via Intravenosa	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.10
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seringa com solução isotónica (cloreto de sódio isotónico a 0,9%) se necessário ▪ Adesivo ▪ Doseadores: regulador de fluxo, seringa ou bomba infusora ▪ Folha de registo de terapêutica de enfermagem, impresso processado por computador ou “<i>Palmtop</i>” ▪ Cartão, se ainda utilizado no serviço, com identificação do cliente, medicamento, dose, via, frequência e horário ▪ Recipiente para sujos de acordo com a norma de triagem de resíduos hospitalares <p>V – PROCEDIMENTO</p>	
Acções de Enfermagem	Justificação
<ol style="list-style-type: none"> 1.Verificar a prescrição e comparar com a folha de registo de terapêutica no método convencional 2.Verificar o registo de terapêutica em suporte de papel ou electrónico com o respectivo medicamento 3.Lavar as mãos 4.Providenciar os recursos para junto do cliente: <ol style="list-style-type: none"> a) tabuleiro com o medicamento preparado e o material b) carro de dose unitária, sendo o medicamento preparado junto do cliente 5.Identificar o cliente 6.Instruir o cliente sobre o procedimento 7.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se de acordo com o local seleccionado 	<ol style="list-style-type: none"> 1.Prevenir erros 4.Gerir o tempo 5.Prevenir erros 6.Encorajar o cliente a ser independente Promover o auto cuidado

Via Intravenosa		Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.10.1
Acções de Enfermagem		Justificação
<p>8.Aplicar um resguardo sob o membro do cliente e expor a área de administração</p> <p>9.Lavar as mãos</p> <p>10.Proceder de acordo com a norma de cateterização de veia periférica (2.1.2) dos pontos 7 a 21, se necessário</p> <p>11.Remover a tampa da torneira de três vias ou obturador</p> <p>12.Aplicar seringa com cloreto de sódio isotónico e aspirar</p> <p>13.Administrar de acordo com a norma 4.4.10.1 ou 4.4.10.2</p>		<p>8.Proteger a roupa de eventuais perdas de sangue ou líquidos</p> <p>9.Prevenir a contaminação</p> <p>12.Observar se há refluxo de sangue</p>
4.4.10.1 – Terapia Intermitente		
Acções de Enfermagem		Justificação
<p>1.Consultar os pontos 1 a 12 da norma 4.4.10</p> <p>13.Ajustar seringa/sistema ao obturador de cateter ou à torneira de três vias</p> <p>14.Injectar lentamente o medicamento ou colocar o soro em perfusão ao ritmo prescrito</p> <p>15.Preencher o cateter com solução isotónica, retirar a seringa ou sistema de perfusão e colocar tampa se necessário</p> <p>16.Observar a reacção do cliente ao medicamento</p> <p>17.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário</p> <p>18.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>19.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>20.Remover as luvas</p> <p>21.Lavar as mãos</p>		<p>15.Preparar a veia para administrações subsequentes</p> <p>16.Prevenir complicações</p> <p>17.Providenciar conforto e promover autocuidado</p> <p>18.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>21.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

Via Intravenosa	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.10.2
Acções de Enfermagem	Justificação
22.Registar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “ <i>Palmtop</i> ”	22.Validar a administração Documentar legalmente a administração
4.4.10.2 – Terapia Contínua	
Acções de Enfermagem	Justificação
<p>1.Consultar os pontos 1 a 12 da norma 4.4.10</p> <p>13.Ajustar uma seringa com solução isotónica se a perfusão em curso não for compatível com o medicamento/soro a administrar</p> <p>14.Ajustar o sistema com prolongamento ao obturador ou à torneira de três vias</p> <p>15.Administrar o soro/medicamento de acordo com a prescrição</p> <p>16.Assegurar que o ritmo de perfusão corresponde à prescrição</p> <p>17.Observar a reacção do cliente</p> <p>18.Posicionar o cliente ou assisti-lo a posicionar-se, se necessário</p> <p>19.Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>20.Assegurar a recolha e lavagem do material</p> <p>21.Remover as luvas</p> <p>22.Lavar as mãos</p> <p>23.Registar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “<i>Palmtop</i>” o início da perfusão</p> <p>24.Monitorizar a reacção do cliente ao medicamento/soro</p>	<p>13.Prevenir interacções medicamentosas</p> <p>17.Prevenir complicações</p> <p>18.Providenciar conforto Promover o auto cuidado</p> <p>19.Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>22.Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>23.Validar a administração Documentar legalmente a administração</p>

Via Intravenosa	Cap. 4 / Sub-cap. 4.4 / Norma 4.4.10.2
Acções de Enfermagem	Justificação
<p><u>Após a Perfusão do medicamento / soro:</u></p> <p>25. Calçar luvas</p> <p>26. Interromper o circuito de administração:</p> <p style="padding-left: 40px;">a) Rodar a torneira de três vias, ajustar uma seringa com solução isotónica, se a perfusão em curso não for compatível com o medicamento/soro administrado, remover o sistema e aplicar tampa na torneira de três vias</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p style="padding-left: 40px;">b) Remover o sistema do obturador e ajustar uma seringa com solução isotónica, se a perfusão em curso não for compatível com o medicamento/soro administrado e aplicar uma tampa se necessário</p> <p>27. Restabelecer a perfusão em curso</p> <p>28. Apreciar o bem-estar do cliente</p> <p>29. Remover as luvas</p> <p>30. Lavar as mãos</p> <p>31. Registrar na folha de administração de terapêutica de enfermagem, ou no impresso processado por computador ou validar no “<i>Palmtop</i>” o fim da perfusão</p>	<p>28 Facilitar a actualização do diagnóstico de enfermagem</p> <p>29. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>31. Validar a administração</p> <p style="padding-left: 40px;">Documentar legalmente a administração</p>
<p>VI – REGISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Data e hora ◆ Diagnósticos de Enfermagem ◆ Intervenções de enfermagem ◆ Resultados obtidos ◆ Educação para a saúde 	

BIBLIOGRAFIA

- BOLANDER, Era Verolyn – Sorensen e Luckmann *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998.
- BREIVIK EK, Bjornsson GA et al. - *A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data*. S.I. ed. Clin J Pain, 2000.
- CAVANAGH, Stephen J.– *Modelo de OREM*. Barcelona: Masson, 1993.
- CHABERT, Teresa et all – *Imuno-Hematologia, Recomendações*. 2ª ed.Lisboa: Instituto Português do Sangue, 2008
- CONSELHO DE EUROPA – *Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components*. 11ª ed. Council of Europe Publishing, 2006.
- DEMING. W. E. - *Qualidade: A Revolução da Administração* [em linha] Os 14 princípios de Deming [consult. 13 Maio. 2007]. Disponível na internet: <http://www.datalyzer.com.br>.
- ELHART, Dorothy et all – *Princípios Científicos de Enfermagem*. 8ª ed. Lisboa: Livros Técnicos e Científicos Lda, 1983.
- ELKIN, Martha Keene, PERRY, Anne Griffin; POTTER, Patrícia A – *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2000.
- GOUVEIA, João Carlos – *Is it safe to use saline solution to clean wounds?*. EWMA Jornal , 2007 Vol 7 Nº 2: 7-12
- HENDERSON, Virgínia – *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta, 2007.
- HERR K, Coyne PJ, et all - *Pain Assessment in the Non-verbal Patient: Position Statement With Clinical*. S. I.: s.n., 2006.
- HERR, KA et al. Tools for assessment of pain in nonverbal adults with dementia: A state of the science review. *J Pain and Symptom Management* 2006..
- HERR KA, Mobily PR, Kohout FJ, Wagenaar D. Evaluation of the faces pain scale for use with elderly.Clin J Pain 1998 Jan; 14:29-38
- International Council of Nurses – CIPE versão Beta 2, Associação Portuguesa de Enfermeiros Lisboa, 2000
- International Council of Nurses – CIPE versão 1.0, Ordem dos Enfermeiros Lisboa, 2005
- International Council of Nurses – CIPE versão 2, Ordem dos Enfermeiros Lisboa, 2011
- JENSEN MP, Karoly P - Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In D. C. Turk &, 1992.
- JOHNSTONE, Margaret – *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. - São Paulo: Manole Ltda., 1979.
- JOHNSTONE, Margaret – *Tratamento domiciliar do paciente hemiplégico: vivendo dentro de um esquema*. - São Paulo: Atheneu, 1986.

- MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva – Uma Crise Acidental na Família: o doente com AVC. Coimbra: Formasau, 2002.
- Melzack (eds.) Handbook of pain assessement,. New York: Guilford Press, p. 135.151
- MINTZ, PD – *Transfusion Therapy: Clinical Principles and Practice*. 2ª ed. Bethesda, MD: AABB Press, 2005.
- MOORE A, Edwards J et al. Bandolier's - Little Book of Pain. Oxford. Oxford University Press, 2003, p. 14-18.
- ORDEM dos ENFERMEIROS – Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: ed Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- ORDEM dos ENFERMEIROS – Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: ed Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- PAULINO, Cristina Duarte; TARECO, Ilda Costa; ROJÃO, Manuela – Técnicas e Procedimentos em Enfermagem – Coimbra: Formasau, 1998.
- PETRIDES, Marian e STACK, Gary – *Guia práctica de medicina transfusional*. Barcelona: SETS e PRESS, 2005.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa Nº 09/DGCG. 2003-06-14. – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.
- PORTUGAL. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, Ministério da Saúde (2001) – Manual de Normas e Procedimentos Técnicos de Enfermagem. Lisboa.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 267/2007 de 24 de Julho. Diário da República, 1ª série – Nº141 – pág. 4696-4717.
- POTTER, Patrícia A. Castaldi – *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e Procedimentos*: guia de estudo, 5ª ed. Loures: Lusociência, 2003.
- POTTER, Patrícia A. e PERRY, Anne Griffin (2003) – Fundamentos de Enfermagem – Loures: Lusociência – 5ª edição. Loures: Lusociência, 2006.
- Pratice Recomendations American Society for Pain Management Nursing, “Pain Management Nursing” 2006; 7(2):44-52.
- STUPPY DJ - The faces pain scale: reliability and validity with mature adults.” Applied Nursing Research”, May; 11(2):84-9, 1998.
- WONG, D., and Baker, C. :(1988) - Pain in children: comparison of assessment scales, “Pediatric. Nursing” 14 (1): 9017.

ANEXO I – Parecer do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros



4

Parecer do Conselho de Enfermagem. Manual de Normas Enfermagem

Parecer do Conselho de Enfermagem:

Consideramos relevante, a vontade expressa do grupo de trabalho da ACSS em trabalhar, de novo, sobre o Manual, nos aspectos em que o Parecer do CE (2008) apontou serem fragilidades ou inconformidades com a visão regulamentar da profissão,

Entendemos que o enquadramento de fundo de elaboração do Manual e a concepção do Conselho de Enfermagem não são justaponeáveis; assim, reconhecemos, por um lado, o trabalho moroso e metucioso do Manual e, por outro lado, a análise e aprofundamento conceptual e profissional que se tem vindo a desenvolver e que postula uma diferente concepção teórico-metodológica de orientação para os cuidados.

Relevamos que existe um entendimento diverso em algumas matérias, tais como o paradigma actual proposto pela Ordem (em concreto, um desenvolvimento profissional com base em competências face a um manual que elenca técnicas) ou a concepção de que Guias Orientadores de Boas Práticas devem ser baseados na melhor evidência científica (enquanto que as normas não possuem referência bibliográfica e decorrem dos próprios utilizadores). Não obstante, pode este Manual ser útil em alguns contextos, se bem que não deva ser tido como referencial único para Manuais de normas e procedimentos técnicos – entendemo-lo no percurso de desenvolvimento da profissão, do ensino e da organização técnica procedimental, sendo que antevemos, no desenvolvimento futuro, a aproximação à linguagem classificada, da designação da norma com a acção proposta na CIPE, ou ao próprio processo de enfermagem, no que se refere a diagnósticos e resultados esperados.

Em abono do rigor, um dos itens de maior dissenso foi o dos registos. Os registos de enfermagem dizem respeito à documentação de enfermagem de suporte à decisão política e garantia da segurança e qualidade dos cuidados (OE:2007), aferem-se pela proposta relativa ao resumo mínimo de dados que tem por base a organização dos indicadores das componentes de avaliação de qualidade de A. Donabedian (2003) e do tipo epidemiológico; as recomendações para a implementação e desenvolvimento do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.

Assim sendo, qualquer forma de registo actualmente em Portugal (de acordo com o paradigma actual) deve descrever o que foi realizado enquanto tomada de decisão do enfermeiro, registando-se diagnóstico, intervenção ou resultados esperado. As vigilâncias sobre a evolução da condição de saúde do utente, as notas associadas à intervenção são importantes para a continuidade dos cuidados e para a identificação de indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Nem sempre se regista algum (um) diagnóstico de enfermagem, muitas vezes situamo-nos num foco ou fenómeno de enfermagem que tem como intervenção de enfermagem as actividades de vigilância, que permitem o registo da forma como estes focos se apresentam e como variam em forma de progresso em saúde.

Os dados obtidos com estas acções de vigilância permitem perceber se os enfermeiros podem então estar perante um diagnóstico, identificar intervenções e com a sua implementação obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta aprendizagem e desenvolvimento profissional é o que se pretende com o Programa Padrões de Qualidade, no que concerne à utilização da linguagem classificada.

Declinamos a menção na ficha técnica do Manual, seja de «revisão técnica» como proposto ou profissional, por entendermos que o nosso contributo foi o possível numa época de transição paradigmática de enfermagem.

A Presidente do Conselho de Enfermagem
Enf.ª Lucília Nunes