

COLÉGIO PROJEÇÃO

**A ATUAÇÃO DO TÉCNICO DE
ENFERMAGEM NO CENÁRIO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE**



GUIA DO ALUNO

**Ribeirão Preto
2014**

APRESENTAÇÃO

Este guia de orientação, que integra a série ***A atuação do técnico de enfermagem no cenário dos serviços de saúde***, destina-se a todos os estagiários do curso técnico em enfermagem que estão em constante atuação no cuidado ao paciente/cliente/usuário de forma integral e tem o objetivo de oferecer conhecimento teórico-prático sobre os cuidados de enfermagem.

As alunas da Disciplina de Estágio Curricular Supervisionado em Educação Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) empenham-se em orientar os estagiários quanto ao cuidado integral e humanizado, a partir de suas necessidades biopsicossociais no sentido de preservar a qualidade de vida do paciente/cliente/usuário e proporcionar uma assistência segura e eficaz.

2014. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

Elaboração:

Fabiana Cristina dos Santos
Karen da Silva Santos

Colaboração:

Adriana Katia Côrrea
Ana Carolina Silva Teles
Lindemberg Reis
Paula Furquim Gallo

Ficha Catalográfica:

SANTOS, F.C.; SANTOS, K.S. ***A atuação do técnico de enfermagem cenário dos serviços de saúde***. Ribeirão Preto- SP. 1ª edição. 2014.
64 páginas.

CONTEÚDO

1 . OBJETIVOS DO ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	7
2. CONDUTA E OBRIGAÇÕES DO ALUNO NO CAMPO DE ESTÁGIO	8
3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTES NO CAMPO DE ESTÁGIO	9
4. ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	11
5. DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE	12
6. TERMINOLOGIAS	13
7. SINAIS VITAIS	16
8. EXEMPLOS DE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	23
9. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO	24
10. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM.....	25
• HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	25
• ARRUMAÇÃO DE CAMA COMPLETA	26
• DESINFECÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE	29
• LIMPEZA CONCORRENTE	31
• BANHO NO LEITO	32
• HIGIENE ÍNTIMA.....	35
• HIGIENE ORAL	36
• HIGIENE DA PRÓTESE DENTÁRIA	37
• TRICOTOMIA FACIAL	39
• CATETERISMO VESICAL DE DEMORA DO CLIENTE FEMININO (02 PESSOAS).....	40
• CATETERISMO VESICAL DE DEMORA DO CLIENTE MASCULINO (02 PESSOAS).....	43
• CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE	46
• RETIRADA DE SONDA VESICAL DE DEMORA	47
• SONDAGEM GÁSTRICA.....	48
• RETIRADA DE SONDA GÁSTRICA E ENTÉRICA	50
• GAVAGEM POR SONDA.....	51
• LAVAGEM INTESTINAL (ENTEROCLISMA).....	52
• ADMINISTRAÇÃO DE ENEMA PREPARADO COMERCIALMENTE	54
• ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAVENOSA.....	56
• SALINIZAÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO	59
• ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.....	61
11. REFÊRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

1 . OBJETIVOS DO ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

1.1- OBJETIVO GERAL

O objetivo do estágio curricular é proporcionar ao aluno o desempenho da prática de enfermagem em situações reais da vida e do trabalho, aliado ao conhecimento científico, teórico-prático, relacional e de humanização desenvolvido no decorrer do curso.

1.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver conhecimento técnico-científico, habilidade técnica e relacional no desempenho da prática de enfermagem;
- Compreender e implementar o processo de cuidar como instrumento da prática profissional;
- Estabelecer relacionamento respeitoso e comprometido com a equipe de enfermagem, demais profissionais da instituição e com o paciente/cliente/usuário e familiares;
- Conhecer e respeitar o Código de Ética de Enfermagem e demonstrar compromisso com o curso e a profissão;
- Compreender a política de saúde e os modelos de atenção vigentes, relacionando-os com os cenários de estágios;
- Desenvolver compromisso com o trabalho no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Refletir sobre a importância do papel do técnico de enfermagem na equipe de saúde e no cuidado de enfermagem;
- Adquirir habilidades/iniciativa de identificar situações de risco e intervir quando necessário;
- Identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde dos indivíduos/famílias;
- Intervir no processo saúde/doença, no âmbito de competência do técnico de enfermagem, responsabilizando-se pela qualidade da assistência / cuidado de

enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, na perspectiva da integralidade / humanização da assistência.

2. CONDOTA E OBRIGAÇÕES DO ALUNO NO CAMPO DE ESTÁGIO

NORMA REGULAMENTADORA- NR 32

É uma legislação do Ministério do Trabalho e Emprego que estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde em qualquer serviço de saúde, qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

RISCO BIOLÓGICO



- São vedados o reencape e a desconexão manual de agulhas;
- A proibição do uso de adornos deve ser observada. São exemplos de adornos: alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, piercings expostos. Esta proibição estende-se a crachás pendurados com cordão e gravatas;
- São vedados o ato de fumar, o uso de adornos e o manuseio de lentes de contato, o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho e o uso de calçados abertos. Entende-se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (peito) ou das laterais do pé;

- Os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais (Exemplo: jalecos).

Fonte: LIVRETO NR 32 COREN-SP.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTES NO CAMPO DE ESTÁGIO

- **Procedimentos em caso de acidentes com estudantes durante a realização de atividades (estágio).**

3.1- Acidente com exposição a material potencialmente contaminado

Caso o aluno entre em contato com material biológico (sangue, fluído com sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido cefalorraquiano, líquidos, tecido) ou instrumentos contaminados com esse material ou toda exposição a material biológico e em caso de dúvidas, o aluno deverá procurar o professor responsável imediatamente.

- **Importante:** o aluno não deverá fazer sua autoavaliação de risco do acidente, devendo sempre comunicar-se com o professor.

Como proceder em caso de acidente?

1. O aluno deverá comunicar imediatamente o professor e o enfermeiro do serviço sobre o acidente;
2. O professor e/ou o enfermeiro do serviço e o aluno deverão:
 - a) avaliar a natureza da exposição para administração dos cuidados locais:
 - **Exposição percutânea:** limpeza imediata com água e sabão; lavagem com solução antisséptica degermante – PVPI;
 - **Exposição mucosa:** lavar imediata e prolongadamente com soro fisiológico ou água (mais de 5 minutos);
 - b) verificar a possibilidade de identificação do paciente-fonte;
 - c) em caso afirmativo, tomar providências para abordagem/aconselhamento e posterior coleta de sangue, o mais rápido possível, para testes anti HIV e hepatite B, mediante consentimento explícito do paciente. O paciente deverá ser instruído quanto ao local para recebimento do resultado dos exames. Deverão ser coletados 2 frascos de 5 ml. É desejável a presença do enfermeiro responsável pelo serviço durante a realização desta ação. Não coletar o sangue sem o consentimento do paciente fonte;

3. Na impossibilidade de identificação do paciente fonte, seguir os procedimentos listados no item 2, com exceção do item “C”.

3.2- Outros Acidentes

Ocorrências sem exposição do aluno a materiais potencialmente contaminados. Exemplos: quedas, entorses, ferimentos provocados por instrumentos estéreis, etc.

Como proceder?

1. O aluno deverá comunicar o professor e o enfermeiro responsável pelo serviço sobre o acidente;
2. Um profissional de saúde deverá avaliar a necessidade de primeiros cuidados no local e a necessidade de atendimento médico. Em caso de urgência, o aluno deverá ser encaminhado a um serviço de pronto atendimento da rede municipal de saúde ou ser atendido no próprio local, quando possível.



- Comunique qualquer acidente!
- Pratique as precauções padrão, use sempre os equipamentos de proteção. Para atendimento às doenças infecciosas ou lesões com secreção abundante pratique as precauções adicionais indicadas, peça orientação a CCIH. As máscaras de proteção devem ser individuais e específicas aos agentes presentes (consulte a CCIH). Exija uma só para você. Descarte as agulhas e outros materiais perfurocortantes, sem reencapar, dentro da caixa apropriada.

Fonte: PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTES EERP/USP.

4. ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

As competências do TÉCNICO DE ENFERMAGEM consistem em:

- Prestar cuidados de enfermagem ao paciente por delegação e supervisão do enfermeiro;
- Receber e passar plantão de enfermagem;
- Receber pacientes/clientes admitidos e orientá-los na unidade;
- Oferecer aos pacientes/clientes cuidados de higiene pessoal, conforto e prevenção de complicações ou deformidades;
- Transportar pacientes/clientes em macas e cadeiras de rodas;
- Auxiliar a equipe de saúde em tratamentos e exames especiais;
- Prestar cuidados no pré e pós-operatório;
- Checar prescrições médicas e de enfermagem;
- Participar do tratamento dos pacientes/clientes sob a supervisão do enfermeiro;
- Atender o paciente/cliente em suas necessidades e solicitações;
- Comunicar o enfermeiro e registrar as alterações observadas no estado clínico dos pacientes/clientes sob seus cuidados;
- Preparar e administrar terapia medicamentosa prescrita;
- Verificar, registrar e comunicar os parâmetros de sinais vitais;
- Controlar, registrar e comunicar líquidos infundidos, eliminados e outros parâmetros;
- Coletar material para exames laboratoriais;
- Oferecer alimentação aos pacientes/clientes, assim como, administrar dieta por sonda;
- Registrar no prontuário dos pacientes/clientes todas as ações de enfermagem executadas;
- Manter ordem e limpeza da unidade do paciente/cliente e posto de enfermagem, entre outros;

- Receber, conferir, guardar, manter ordem dos armários de medicação e checar data de validade dos medicamentos periodicamente;
- Cumprir normas de serviço, portarias e regulamentos do serviço de saúde e do Código de Ética de Enfermagem, bem como as recomendações da Norma Regulamentadora nº 32 (NR32);
- Executar outras tarefas afins desde que seja designado pela chefia da unidade e sob a supervisão do enfermeiro.

Fonte: COREN, 1987.

5. DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE

A Carta dos direitos dos usuários da saúde foi baseada em princípios que garantem a todos os cidadãos o acesso aos sistemas de saúde, públicos e privados. São eles:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Fonte: BRASIL, 2011, p.4-5

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização possui cinco diretrizes que orientam as equipes de saúde, para o cuidado integral e humanizado, na perspectiva do SUS, tais como:

- **Acolhimento**- acolher não tem apenas o significado de interagir com o outro, mas chamar o outro a corresponsabilização com base na orientação ética para a produção de novas atitudes;

- **Gestão democrática e compartilhada-** trabalho em equipe, com a inclusão de pacientes/clientes/usuários e suas famílias, rodas de discussão são exemplos de medidas concretas para uma gestão democrática e compartilhada;
- **Clínica Ampliada-** foco deixa de ser centrado no biológico, o que pode incluir terapias complementares com a participação de uma equipe multiprofissional. Uma experiência de trocas, com vínculos e trocas entre profissional e usuário, com foco na responsabilização mútua;
- **Valorização do trabalho-** valorizar o trabalhador significa permitir a inclusão deste na gestão e na construção das organizações da saúde;
- **Garantir os direitos dos usuários-** usuários possuem o direito a informação, inclusão nas atividades de saúde (consultas, exames, internações, dentre outros, tem o direito de ser respeitado de acordo com as suas opções sexuais, religiosas e políticas).

Fonte: BRASIL, 2010.

6. TERMINOLOGIAS

As terminologias são importantes, no sentido de facilitar a comunicação padronizada entre os membros da equipe de saúde e qualificar o cuidado prestado.

Afebril: sem febre.

Anúria: < 100 ml ou ausência de urina.

Apneia: ausência de respiração pode ser periódica.

Atrofia: diminuição do tamanho ou peso natural de um órgão ou tecido.

Bradycardia: frequência cardíaca abaixo do normal.

Bradipneia: diminuição da frequência da respiração abaixo da frequência normal para o grupo etário.

Cianose: cor azulada da pele por falta de oxigênio no sangue.

Cistite: inflamação da bexiga.

Disfagia: dificuldade de deglutir.

Dislalia: dificuldade de verbalização ou de fala.

Dispneia: respiração difícil pode ser acompanhada de outros sinais (batimento de asas nasais).

Disúria: dor ou ardência ao urinar.

Diurese: volume de urina coletado.

Êmese: ato de vomitar.

Epigastralgia: dor no epigástrico.

Equimose: extravasamento de sangue por baixo dos tecidos "manchas escuras ou avermelhadas".

Eritema: vermelhidão na pele.

Eupneia: respiração normal.

Fadiga: cansaço, esgotamento.

Fétido: mau cheiro.

Flatulência: distensão dos intestinos por gases.

Gastralgia: dor de estômago.

Gastrite: inflamação do estômago.

Glicosúria: presença de açúcar na urina.

Hálito diabético: hálito adocicado.

Hematêmese: vômito com sangue.

Hematúria: presença de sangue na urina.

Hemiplegia: paralisia de metade do corpo.

Hemocultura: cultura de sangue através de técnicas laboratoriais.

Hemostasia: processo para conter a hemorragia, coagulação do sangue.

Hiperpneia: aumento da profundidade da respiração, com frequência normal.

Hiperventilação: aumento da frequência e da profundidade das respirações.

Hipoventilação: diminuição da frequência e profundidade das respirações.

Icterícia: coloração amarelada da pele e mucosa.

Inapetência: falta de apetite, anorexia.

Meato: abertura.

Melena: fezes escuras e brilhantes, com presenças de sangue.

Midríase: dilatação da pupila.

Miose: contração da pupila.

Necrose: morte dos tecidos localizados, de uma região do corpo.

Neo: prefixo novo de neoplasia, câncer.

Nictúria: frequência de micção durante a noite.

Normocardia: frequência cardíaca normal.

Oligúria: diminuição do volume = 100 a 400 ml.

Ortopneia: acentuada falta de ar em decúbito dorsal, quantos travesseiros usam para dormir.

Piúria: presença de pus.

Polidipsia: sede excessiva.

Poliúria: eliminação excessiva de urina.

Proteinúria: proteína na urina.

Sinais Flogísticos: Presença de edema, hiperemia, calor e dor (sinais de inflamação).

Taquicardia: frequência cardíaca acima do normal.

Taquipneia: aumento da frequência acima da frequência normal para o grupo etário.

Fonte: SILVA; SILVA; VIANA, 2009.



7. SINAIS VITAIS

PADRÃO DE NORMALIDADE

Frequência Respiratória (FR)

Valores da Frequência Respiratória

Idade	FR (mov/min)
Recém- nascido	35-40
Lactente	30-50
Criança	25-32
Idade Escolar	20-30
Adolescente	16-19
Adulto	12-20

Fonte: SBC, 2010

Frequência de Pulso (P)

Valores da Frequência do Pulso

Idade	Pulso (bat/min)
Lactentes	120-160
Crianças	90-140
Pré-escolares	80-110
Idade Escolar	75-100
Adolescente	60-90
Adulto	60-100

Fonte: SBC, 2010

Pressão Arterial (PA)

Valores da Pressão Arterial

Classificação	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: SBC, 2010

Temperatura Corporal (T)

Valores da Temperatura

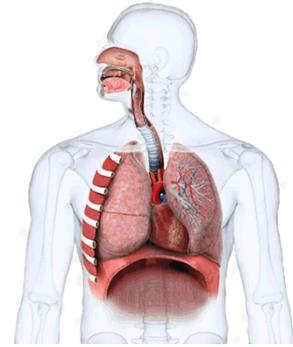
Temperatura normal do corpo: 36,8°C a 37,3°C			
Oral	Retal	Axilar	Timpânica
37°C	37,5° C	36,5°C	37°C

Fonte: POTTER; PERRY, 2009

7. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS WANDA HORTA (1979)

Oxigenação/Respiração

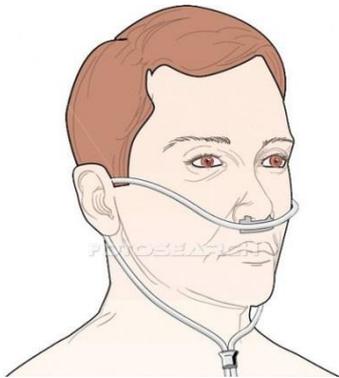
- ✓ Profundidade (profunda ou superficial);
- ✓ Ritmo (rítmica ou arritmica);
- ✓ Abdominal ou torácica;
- ✓ Presença de sons audíveis;
- ✓ Dor ao respirar.



Observe: Frequência Respiratória: (mov./min., torácica, abdominal ou tóraco-abdominal, superficial, profunda); Ritmo: (regular, irregular); Presença de dispneia (frequência, esforço, repouso), bradipneia, taquipneia, batimento de asas nasais, tosse (frequência, produtiva, seca), coriza ou expectoração (quantidade, cor, odor, consistência, outros componentes), cânula de traqueostomia (tipo, Nº, tempo), dreno de tórax (local, tempo, tipo de drenagem, características e volume do conteúdo drenado) cateter nasal (tipo, tempo); Oxigenoterapia (L/min, tipo), ventilação mecânica. Pulso oxímetro (saturação).

Dispositivos de Liberação de Oxigênio:

Cânula nasal



Fração de Concentração de Oxigênio inspirado (FIO_2)

1 L/min: 24%

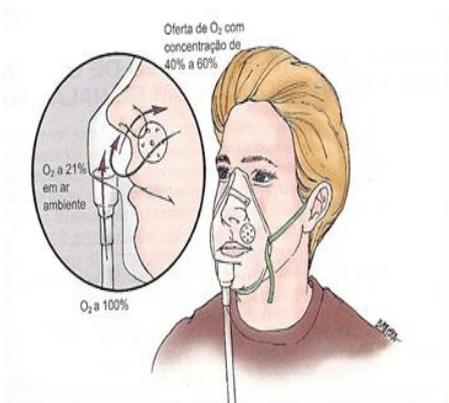
2L/min: 28%

3L/min: 32%

4L/min: 36%

5L/min: 40%

Máscara Facial Simples



Fração de Concentração de Oxigênio inspirado (FIO_2)

5-6 L/min: 40%

6-7 L/min: 50%

7-8L/min :60%

>8L/min:60%

Máscara de Venturi



Bolsa-valva-máscara



Cânula orofaríngea (Guedel)



Traqueostomia



Circulação

Observe: Pressão Arterial (mmHg). Local de aferição. Posição do cliente. Frequência de pulso periférico (local, rítmico, arrítmico, forte, fraco, cheio, fino). Presença de edema (cacifo - +, ++, +++, +++++/4+), cianose (local), palidez (local), perfusão periférica, enchimento capilar (maior que 3 seg. ou menor que 3 seg.) varizes (local, características). Cateter periférico ou central (local, tipo, tempo de permanência, sinais flogísticos). Infusão venosa: soro, hemoderivados (tipo, volume, gotejamento).

Termorregulação

Observe: Temperatura corporal (Cº, local). Presença de sudorese, tremores. Pele fria ou quente (toque).

Percepção Sensorial

Observe: Dor: (tipo, tempo, local, intensidade). Nível de consciência: orientação no tempo, espaço e quanto à pessoa; abertura ocular (espontânea, ordem verbal, dor); resposta motora (obedece a comandos, flexão à dor, localiza dor, extensão a dor, nenhuma); confusão, agitação, sonolência. Acuidade visual: vê objetos ou pessoas (próximos, distantes), faz leituras, uso de óculos ou lentes de grau, prótese, presença de distúrbios visuais (especificar). Examinar: conjuntiva, esclerótica, movimentação do globo ocular, secreção, pálpebras. Acuidade olfativa: distingue odores, dificuldade para respirar. Examinar: desvio de septo, obstrução, coriza, secreção, lesões, mucosa nasal (umidade, cor). Acuidade auditiva: distingue sons, uso de aparelhos. Examinar: pavilhão auricular (tamanho, implantação, simetria, presença de nódulos, lesões, cor, higiene); ouvidos (hiperemia, presença de cerume, secreções, descamação e pelos). Acuidade gustativa: distingue paladar. Percepção tátil: distingue natureza e forma dos objetos, sente o toque, frio ou calor.

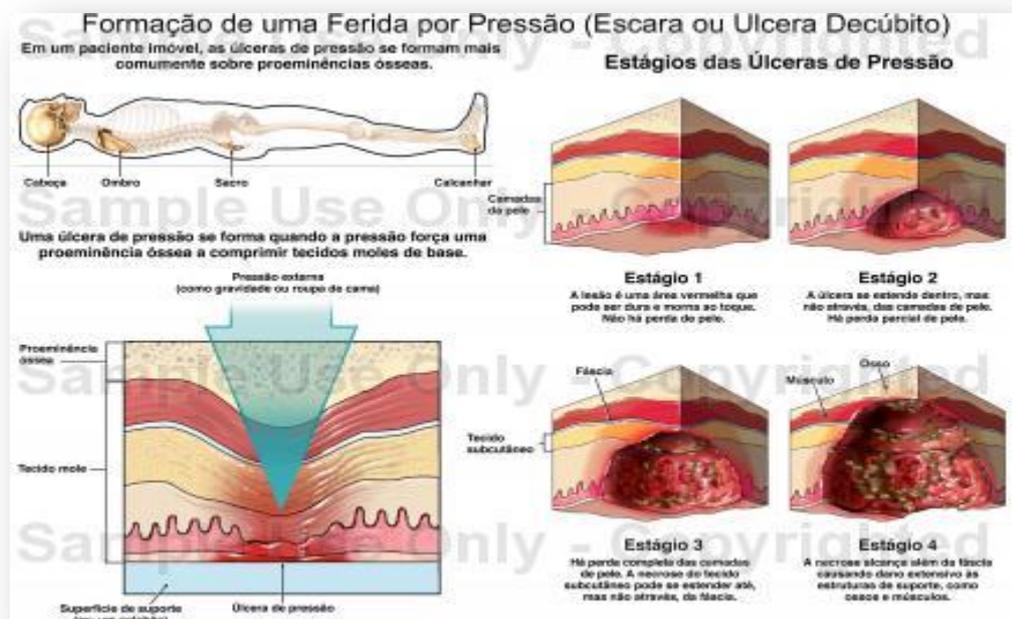
Integridade Tecidual

Observe: Pele: coloração, umidade, temperatura, textura, mobilidade, elasticidade, turgor (presente, diminuído), cicatriz (tamanho, tipo, quelóide, local), presença de lesões, prurido, descamação, manchas, hematomas, nódulos (características e local). Perda de sensibilidade: local, intensidade e extensão. Unhas: cor, formato e presença de lesões (características e local). Cabelos: tipo de implantação, quantidade, distribuição, textura, perdas (padrão), seco, brilho, quebradiço, cor, higiene, presença de pediculose (lêndeas ou piolho), caspas. Couro cabeludo: descamação, saliências, lesões, depressões.

Referências Sugeridas:

http://www2.eerp.usp.br/site/grupo_s/feridas_cronicas/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=1

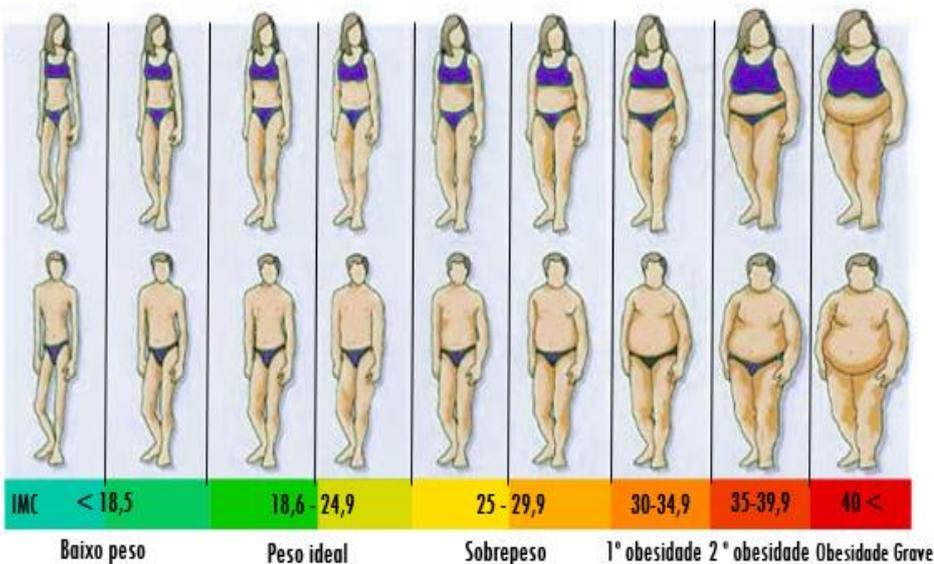
http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/manual_feridas_2011.pdf



Nutrição/Hidratação

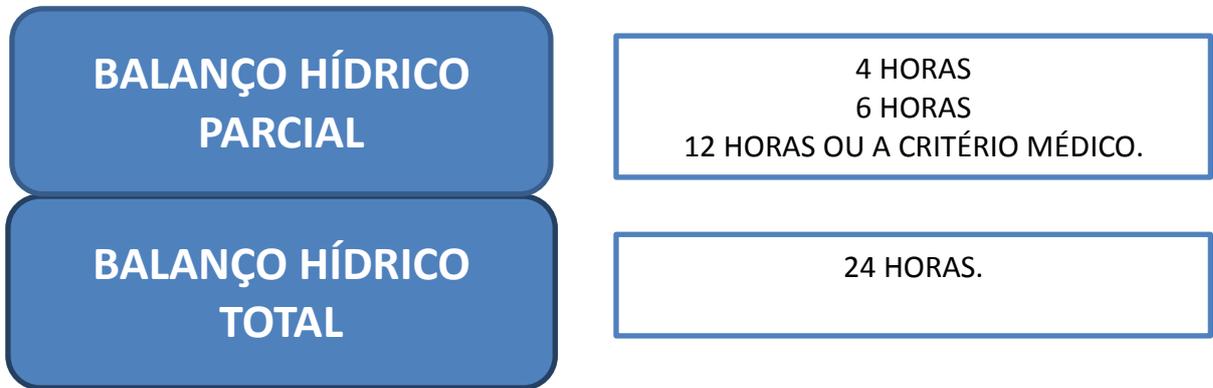
Observe: Modificação peso: diminuição, aumento (kg), em quanto tempo. Ingesta alimentar: dieta prescrita, horários, tipos de alimentos, quantidade aceita, dietas especiais. Ingesta hídrica: quantidade (ml/24h), tipo, horários, restrição hídrica (ml/24h). Presença de Sonda Nasogástrica (tipo, finalidade), náuseas, azia, vômito (relacionado a..., duração, quantidade, características), dificuldade na mastigação e/ou deglutição (especificar). Exame da boca: presença de prótese (desajustada, ajustada, desgastada), halitose (especificar), higiene. Lábios: coloração, umidade, nódulos, ulcerações, rachaduras, desvio de rima, tiques (local e características). Mucosa oral: coloração, umidade, lesões, placas esbranquiçadas, nódulos, sangramento (local e características). Gengiva: coloração, edema, lesões, hipertrofia, retração, sangramento, abscesso (local, características). Dentes: formato, posição, falta de dentes, manchas, amolecimento, cárie, coloração, higiene. Língua: simetria, posição, superfície, coloração, movimentação, lesões, alterações (especificar).

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL



$$IMC = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$$

Balanço Hídrico → Medição e registros rigorosos de todos os líquidos consumidos e excretados sem determinado intervalo de tempo.



Eliminação

Observe: Urinária: freq., quantidade (por micção e/ou 24h), características (cor, odor, sedimentos), disúria, anúria, poliúria, polaciúria, oligúria, nictúria, hematúria, piúria, urgência, incontinência (especificar). Presença de sonda ou cateter (tipo e finalidade). Intestinal: frequência, data da última evacuação, quantidade, características (cor, odor, consistência, forma, presença de muco, pus ou sangue), flatos, esforço/dor para evacuar, diarreia, constipação, incontinência, ostomia (tipo, local, condições, características e quantidade do material drenado).

Sono/Repouso

Observe: Mudanças no padrão de sono e repouso, horas de sono por noite e durante o dia, horas de sono são suficientes e sente-se descansado, fadiga ao despertar ou durante o dia, sonolência durante o dia, presença de agitação, alteração de humor, períodos de sono intervalados com períodos de agitação, dificuldades para adormecer ou permanecer dormindo, incômodos com mudanças de horário.

Atividade Física e Mobilidade

Observe: Locomoção: deambula ou se movimenta (sozinho, com ajuda de outra pessoa, uso de muletas, bengala, andador, cadeira de rodas, maca, prótese). Tipo de marcha, dificuldades, amputação. Pratica alguma atividade física no hospital (que tipo, período e duração). Sente vontade de praticar atividade física (qual). Possui limitação de movimentos (devido a patologias, fraqueza muscular, dor, paralisia, fadiga).

Higiene

Observe: Horário preferido para o cuidado pessoal (banho, higiene oral, lavar os cabelos, higiene íntima), necessidade de ajuda e/ou acessórios para banhar-se, vestir-se, arrumar-se (de quem, quais). Tipo de banho (chuveiro, leito). Uso de sanitário. Tipo de vestimentas, aparência geral, odor corporal.

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Segurança

Observe: Verbaliza ou manifesta: ansiedade, medo, calma, agressividade, aflições, retraído, incapacidade, desamparo, irritabilidade (expressão facial, postura, atitude). Autopercepção de seu estado.

Comunicação

Observe: Comunica-se: verbalmente, por gesto, escrita. Tom de voz: alto, baixo, fraco, apropriado. Forma: clara, coerente. Alterações: obstinação em não falar, desorientação, dificuldade de verbalizar ou falar (dislalia), dificuldade de expressar pensamento. Déficit visual ou auditivo. Ansiedade, depressão, ausência de pessoas significativas.

Interação Social

Observe: Comunicação com os outros, permanece sozinho, participa de atividades, recebe visitas (de quem), gostaria de receber visitas (de quem). Interação com as pessoas no serviço de saúde.

Lazer/Recreação

Observe: Quais atividades de lazer/recreação o paciente/cliente pratica (TV, rádio, trabalhos manuais, leitura, outras). O que gostaria de fazer.

Autoestima

Observe: Os sentimentos em relação a si mesmo. Está conseguindo o que quer em sua vida. Como é o seu relacionamento com a sua família. Passou por momentos angustiantes ou estressantes que o abalaram (perda do trabalho, divórcio, conflitos, doença, outros).



8. EXEMPLOS DE ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

15/09/2014 - 20h. Realizada **sondagem nasogástrica**, inserção de sonda de Levine nº.16 através da narina direita. Certificado adequado posicionamento da sonda por meio dos testes de ausculta e refluxo, pH = 3. (Nome, Função, COREN-XXXXXX).

17/09/2014, 15h – Administrado **enema**, 1000 ml de solução salina fisiológica. Paciente sem cólica. Enema retido durante 5 minutos. Observada eliminação de grande quantidade de fezes sólidas, formadas, coloração marrom, sem muco, ou sangue. (Nome, Função, COREN-XXXXX).

18/09/14, 16hs– Realizado **cateterismo vesical intermitente**, sem intercorrências, utilizado sonda uretral, nº12. Desprezado 400ml de urina amarelo claro, odor característico e sem sedimentos. (Nome, Função, COREN-XXXXX).

19/09/14, 18hs– Realizado **cateterismo vesical de demora**, sem intercorrências, utilizado sonda foley duas vias, nº14, insuflado balão com 10ml de água destilada. Desprezado 200ml de urina amarelo claro e sem sedimentos. Mantido em sistema de drenagem fechado. (Nome, Função, COREN-XXXXX).

20/09/2014, 10hs- Paciente encontrada no leito acordada com abertura ocular espontânea, alerta e responsiva. Encontra-se no refeitório jogando dominó. Porém pouco comunicativa, responde somente aquilo que perguntávamos, com velocidade da fala lenta, volume baixo e olhar centrado. Paciente relata estar bem e que as sensações estranhas que sentia na mente e no corpo diminuiram. E que algumas vezes ou vozes dizendo que quer fazer-lhe algum mal. Durante as atividades e conversas com a paciente esta se encontra com dificuldade de memória remota por não ter se lembrado da idade de seus filhos, quantidade de filhos, e o nome deles. Aceitou bem o lanche da manhã (pão, suco e uma laranja). Encontra-se assistindo televisão. (Nome, Função, COREN-XXXXX).

9. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

“13 certos” para aplicação de medicação

13

- Paciente certo;
- Medicamento certo;
- Prescrição certa;
- Dose certa;
- Diluição certa;
- Via de administração certa;

CERTOS

- Em tempo certo;
- Orientação e informação certa ao paciente;
- Horário certo;
- Registro certo;
- Compatibilidade certa;
- Monitorização certa;
- Devolução certa.

Fórmula do cálculo de gotejamento:

$$\text{Número gotas} = \frac{V \text{ (ml)}}{T \text{ (horas)} \times 3}$$

Sendo que,

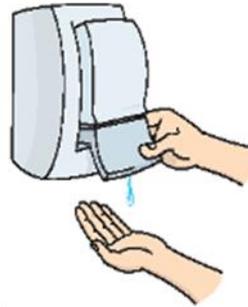
1 ml – 20 gotas

10. PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

• HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



- 1.** Abra a torneira e molhe as mãos, evitando encostar na pia.



- 2.** Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante).



- 3.** Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



- 4.** Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos.



- 5.** Entrelace os dedos e fricçãoe os espaços interdigitais.



- 6.** Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.



- 7.** Esfregue o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), utilizando movimento circular.



- 8.** Fricçãoe as poipas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha (e vice-versa), fazendo movimento circular.



- 9.** Esfregue o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita (e vice-versa), utilizando movimento circular.



- 10.** Enxágüe as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evite contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.



- 11.** Seque as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos.

Para a técnica de Higienização Anti-séptica das mãos, seguir os mesmos passos e substituir o sabonete líquido comum por um associado a anti-séptico.

- **ARRUMAÇÃO DE CAMA COMPLETA**

Objetivos: Promover higiene e conforto ao cliente.

Profissionais habilitados para execução do procedimento: Auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Material:

- Toalhas de papel;
- Sabonete líquido;
- 3 Lençóis;
- 1 Fronha;
- Luvas de procedimentos;
- Cadeira;
- Hamper.

Descrição do Procedimento:

- Realizar a higiene das mãos;
- Reunir o material na enfermaria e dispô-lo no assento de uma cadeira ao lado do leito;
- Colocar no encosto da cadeira cada roupa de cama a ser usada, na seguinte ordem:
 - Fronha, dobrada no sentido transversal uma vez;
 - Lençol de cima, dobrado no sentido longitudinal duas vezes de modo que, quando colocado sobre a cama, as bordas livres fiquem voltadas para cima e para o centro do colchão. A bainha mais larga do lençol sempre deverá estar voltada para a cabeceira da cama;
 - Lençol móvel, dobrado no sentido transversal uma vez e, em seguida, dobrado no sentido longitudinal duas vezes, com a bainha mais larga voltada para dentro, de modo que, quando colocado sobre a cama, as bordas livres fiquem voltadas para cima e para o centro do colchão e as bainhas voltadas para os pés da cama;
 - Lençol de baixo, dobrado da mesma forma que o lençol de cima.
- Se necessário, calçar as luvas de procedimentos e trocá-las no decorrer do procedimento;
- Se possível, elevar a cama do paciente;
- Baixar as grades laterais e afrouxar todas as roupas da cama;

- Dobrar em quatro as roupas de cama que não precisam ser trocadas, como lençóis, cobertores e colchas e organizá-las sobre uma cadeira desocupada;
- Retirar a roupa de cama de modo ordenado, uma a uma, começando pelo lençol de cima, seguido do móvel e por último o lençol de baixo;
- À medida que forem sendo retiradas, cada peça de roupa de cama deve ser depositada no hamper, devendo ser mantidas afastadas do corpo e não colocá-las no chão ou sobre móveis;
- Realizar limpeza concorrente no leito do paciente;
- O profissional deve desenvolver toda a técnica de um lado da cama para depois ir para o outro lado;
- Iniciar a arrumação do leito com o lençol de baixo;
- Colocar a dobra central do lençol de baixo no meio da cama e o suficiente para ser dobrado sob a cabeceira do colchão, esticando-o rigorosamente para evitar rugas ou pregas capazes de causar desconforto ou lesões cutâneas ao cliente;
- O móvel deverá ser colocado no centro do leito, mantendo-se a dobra transversal;
- Após colocar o lençol de baixo e o móvel, dobrar o lençol de baixo sob a cabeceira do colchão formando uma prega triangular de angulação aproximada de 45°. Repetir o procedimento nos pés da cama. (Se o lençol for com elástico, não há necessidade de formar pregas nos cantos);
- Enfiar as extremidades dos lençóis sob o colchão;
- Repetir o mesmo procedimento do outro lado da cama;
- Colocar o lençol de cima com a dobra central no meio do leito e o suficiente para ser dobrado sob os pés do colchão, formando a prega triangular nos cantos;
- Não dobrar as extremidades laterais o superior do lençol de cima sob o colchão, as quais devem ficar livres;
- Passar para o outro lado da cama e repetir o procedimento;
- Após arrumar os dois lados da cama, fazer uma dobra de 15 cm na extremidade superior do lençol de cima;
- Caso sejam utilizados colchas ou cobertores, colocá-los sobre o lençol de cima e posteriormente angular os cantos. Além disso, as bordas superiores de colchas ou cobertores devem ser colocadas cerca de 15 cm abaixo do topo do lençol de cima;
- Dobrar os 15 cm superiores do lençol de cima sobre a colcha ou cobertor;
- Fazer “prega de conforto” no lençol de cima para acomodar os pés do paciente: fazer uma dobra transversal de 15cm na extremidade inferior do lençol;

- Colocar o travesseiro sobre a cabeceira do leito com a extremidade aberta voltada para a janela;
- Caso a altura da cama tenha sido alterada para a arrumação, ajustar a cama para a posição usual;
- Posicionar a campainha próxima ao travesseiro;
- Recompôr a unidade e encaminhar o hamper ao expurgo;
- Retirar as luvas, desprezando-as no lixo;
- Realizar higienização das mãos.

Observações:

1) Denomina-se **cama fechada** quando o leito está desocupado, devendo a arrumação seguir todos os passos descritos.

2) Denomina-se **cama aberta** quando o leito está ocupado por paciente internado e capaz de deambular, devendo a arrumação seguir os passos descritos; porém, ocorre uma diferença na colocação do lençol de cima:

- Após fazer a dobra na extremidade superior do lençol de cima, deve-se pegar a ponta da extremidade superior da lateral voltada para a porta do quarto e levá-la até a lateral oposta do leito, fazendo uma dobra tipo envelope.

3) Se o **paciente estiver acamado**, a arrumação da cama ocorre com o paciente no leito, devendo ser realizada por 2 profissionais, no mínimo, devendo-se colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo para a arrumação do lado direito do leito e em decúbito lateral direito para a arrumação do lado esquerdo. Além disso, como o lençol de cima é colocado sobre o paciente, não é necessário fazer a prega de conforto nos pés da cama.

4) Se o **paciente estiver em centro cirúrgico**, o lençol de cima deve ser colocado no leito da seguinte maneira:

- Abri-lo sem prendê-lo aos pés da cama;
- Fazer uma prega na cabeceira e nos pés de maneira que elas se encontrem no centro do leito;
- Em seguida, fazer dobras tipo sanfona no sentido longitudinal em direção à lateral oposta ao lado da entrada do cliente, mantendo o centro do leito e a lateral na qual o cliente será recebido livre.

- **DESINFECÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE**

Objetivos:

Preparar na unidade um leito seguro, confortável, e organizada livre de sujidades e contaminação, evitando a disseminação microbiana.

Deve ser realizada diariamente (limpeza concorrente), após a alta hospitalar, quando o cliente permanecer por muito tempo no hospital, bem como nas situações de óbito, transferência e término de isolamento.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; ou pessoal do serviço de higiene e limpeza, a depender das rotinas da instituição.

Materiais:

- 02 recipientes próprios para o procedimento sendo um para limpeza outro p/ enxágüe;
- Hamper;
- Água e sabão líquido neutro;
- Álcool líquido a 70%;
- Panos de limpeza;
- Papel toalha;
- 02 pares de luvas de procedimento não estéreis.

Descrição do procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Explicar aos demais clientes que estiverem na unidade de internação o que será feito;
- Abrir as portas e janelas para que o ambiente fique arejado;
- Verificar o que pertence à unidade do cliente onde será realizada a limpeza e a desinfecção: cama (colchão, travesseiro e impermeável), mesa de cabeceira, cadeira, escadinha de acesso ao leito, suporte de soro, campainha e régua de gazes;
- Reunir o material, levar à unidade;
- Calçar dois pares de luvas (uma sobre a outra) ou utilizar apenas um par e atentar para troca em caso de umidade interna ou perfurações;
- Retirar a roupa de cama e colocá-la no hamper;
- Retirar todo o material da mesa de cabeceira, encaminhando-o aos locais apropriados;
- Colocar os dois recipientes com água e o frasco de detergente sobre a cadeira;
- Afastar a cama da parede e travar as rodas;

- Limpar o suporte de soro, a campainha e a régua de gazes (o procedimento de limpeza deve ser realizado primeiro com água e detergente e após remover com água, seguir estes passos para os demais objetos);
- Sempre utilizar movimentos unidirecionais na horizontal e de cima para baixo na vertical (do mais limpo para o mais sujo);
- Limpar a mesa de cabeceira por dentro e por fora;
- Limpar o lado exposto do travesseiro e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira com o lado limpo sobre a mesa de cabeceira;
- Limpar o outro lado do travesseiro;
- Estender o impermeável em sentido longitudinal sobre o colchão;
- Limpar o lado exposto do impermeável e dobrá-lo unindo as partes limpas, colocá-lo sobre o encosto da cadeira;
- Limpar a parte superior (que está exposta) e laterais (direita e esquerda) do colchão;
- Abrir o impermeável sobre o colchão em sentido longitudinal com a parte limpa voltada para baixo;
- Limpar o lado exposto do impermeável, dobrá-lo e colocá-lo sobre o travesseiro;
- Dobrar o colchão ao meio e deixá-lo sobre a parte inferior da cama, descobrindo a metade superior do estrado;
- Limpar a cabeceira, o estrado e a metade superior do colchão que estiver exposta, acionar a manivela e limpar debaixo do estrado;
- Esticar o colchão novamente sobre a cama e dobrá-lo no sentido oposto ao realizado anteriormente, deixando a metade inferior do estrado exposta;
- Limpar o estrado e a outra metade do colchão que estiver exposta, acionar a manivela, limpar as mesmas e depois debaixo do estrado;
- Retornar o colchão à sua posição original;
- Limpar as laterais e os pés da cama;
- Forrar a escadinha com papel toalha e colocar sobre ela a bacia;
- Limpar a cadeira;
- Forrar a cadeira com papel e colocar sobre ela a bacia;
- Limpar a escadinha;
- Posicionar os equipamentos da unidade;
- Após ter sido feita a limpeza de unidade com a água e detergente, deverá ser realizado a desinfecção com álcool a 70% (três vezes consecutivas em todas as superfícies - CCIH – HCFMRP);

- Recompôr a unidade;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Colocar o aviso – Feito desinfecção da unidade (nome, função, data e horário).

- **LIMPEZA CONCORRENTE**

Objetivos:

Preparar um leito seguro e confortável, livre de sujidades e contaminação, evitando a propagação de infecção e mantendo a unidade com aparência ordenada. Deve ser realizada diariamente após serem prestados os cuidados relacionados à higiene do cliente.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; ou pessoal do serviço de higiene e limpeza, a depender das rotinas da instituição.

Materiais:

- Bacia ou recipiente próprio para ser utilizado na limpeza;
- Hamper;
- Água e sabão líquido neutro ou álcool a 70%, a depender da rotina da instituição;
- Panos de limpeza;
- 01 par de luvas de procedimento não estéreis;
- Material para arrumação do leito de acordo com as condições do cliente.

Descrição do procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Explicar aos demais clientes que estiverem na unidade de internação o que será feito;
- Abrir as portas e janelas para que o ambiente fique arejado;
- Verificar o que pertence à unidade do cliente onde será realizada a limpeza concorrente: cama, mesa de cabeceira, cadeira, escadinha de acesso ao leito, suporte de soro, campainha e régua de gases;
- Retirar a roupa de cama e colocá-la no hamper;
- Calçar as luvas;
- Iniciar a limpeza pelo suporte de soro, campainha, régua de gases, mesa de cabeceira, partes expostas da cama, cadeira e escadinha;
- Sempre utilizar movimentos unidirecionais na horizontal e de cima para baixo na vertical (do mais limpo para o mais sujo);

- Recompôr a unidade encaminhando os materiais aos locais apropriados;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos.

- **BANHO NO LEITO**

Objetivo/ Finalidade: realizar higiene corporal no paciente acamado, realizar a inspeção da pele e mucosas

Profissionais habilitados para execução do procedimento: Auxiliar e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro.

Material:

- Roupa de cama (2 lençóis, 1 fronha, 1 lençol móvel)
- Camisola/ Pijama/ Fralda se necessário
- Toalha de banho
- Compressas ou luvas de banho
- Sabonete individual em pedra ou líquido
- Hidratante para a pele
- Suprimento para higiene pessoal (desodorante/ xampu/ pasta de dente/ escova de dente/ pente/ aparelho de barbear)
- 1 Jarra/ Frasco para água
- 1 Bacia
- Água morna
- Luvas descartáveis e outros EPIs se necessário
- Comadre/ Papagaio
- Hamper
- Biombos

Descrição do Procedimento:

- Realizar higiene das mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente e investigar seu nível de capacidade funcional e sua necessidade de ajuda;
- Identificar se há restrições/ limitações na atividade física do paciente;
- Desocupar a mesa de cabeceira e colocar o material sobre a mesma;
- Posicionar uma cadeira aos pés da cama do cliente e colocar a outra bacia com água morna;

- Dispor sobre o encosto da cadeira as roupas que serão utilizadas, conforme a técnica da arrumação completa de cama;
- Evitar corrente de ar, fechando janelas e portas;
- Oferecer ao paciente a comadre ou papagaio;
- Se possível, elevar a cama do paciente em uma posição mais alta;
- Abaixar ou retirar a grade lateral mais próxima e auxiliar o cliente a posicionar-se próximo ao lado da cama onde irá estar. Manter o paciente em decúbito dorsal;
- Proporcionar privacidade ao paciente com biombos e manter sempre um lençol em cima do paciente;
- Desprender a roupa de cama, se necessário soltar os nós do lençol de baixo;
- Ajudar o paciente na higiene oral quando necessário conforme a técnica;
- Encher a bacia com água morna;
- Com uma compressa úmida com água morna, limpar os olhos do paciente no sentido do canto interno para o externo; alternando as diferentes partes da compressa para cada olho;
- Umedecer novamente a compressa, ensaboá-la e lavar a face, o pescoço e os ouvidos; enxaguar a compressa na água morna e aplicá-la retirando o sabonete sobre o rosto, pescoço e orelhas do paciente. Com uma toalha secá-los;
- Remover a roupa do paciente e mantê-lo coberto. Quando um membro apresenta lesão ou o cliente recebe infusão venosa, remover a camisola começando pelo braço sem problemas. Não desconectar o equipo;
- Umedecer novamente a compressa, ensaboá-la e lavar o braço mais afastado do cliente (lado oposto da realização da técnica) utilizando movimentos longos e firmes no sentido do punho à axila (área distal para proximal). Enxaguar e secar;
- Realizar a limpeza do outro braço seguindo a mesma técnica;
- Trocar a água da bacia;
- Pegar outra compressa;
- Lavar, enxaguar e enxugar as mãos do paciente, iniciando pelo lado oposto da realização da técnica, conforme os passos acima descritos;
- Colocar uma toalha sobre o tórax e abdome do cliente afastando o lençol até o púbis;
- Umedecer a compressa, ensaboá-la, erguer a toalha com uma das mãos e com a outra lavar o tórax e abdome do cliente utilizando movimentos circulares. Atenção especial para as dobras de pele sob as mamas da paciente. Limpar área umbilical e quaisquer dobras abdominais e rugas.

- Enxaguar a compressa na água da bacia e retirar enxaguar a região lavada;
- Enxugar a região lavada, observando as condições da pele do cliente;
- Cobrir com o lençol o tórax e abdome do cliente e retirar a toalha;
- Retirar o restante da roupa do cliente, mantendo-o protegido com o lençol;
- Umedecer novamente a compressa, ensaboá-la e lavar a perna do cliente (lado oposto da realização da técnica) utilizando movimentos longos e firmes no sentido do tornozelo ao joelho e do joelho à virilha (área distal para proximal). Segurar a perna na região das panturrilhas com a outra mão;
- Enxaguar a compressa na água da bacia e aplicá-la sobre a perna e coxa lavadas e, com a toalha, secá-las;
- Proceder a higiene da outra perna seguindo a mesma técnica;
- Aproximar a bacia dos pés do cliente;
- Colocar um dos pés na bacia;
- Lavar, enxaguar e secar os pés, com especial atenção à região interdigital, observando suas condições;
- Retirar a bacia dos pés da cama e trocar a água,
- Trocar as luvas de procedimento
- Trocar a água da bacia;
- Virar o cliente em decúbito lateral, colocar a toalha sob suas costas e nádegas, mantendo-o nesta posição com o auxílio de outra pessoa;
- Umedecer a compressa, ensaboá-la e lavar as costas, nádegas e cóccix do cliente, utilizando movimentos circulares. Observar qualquer as condições de integridade de pele na área sacral e outras proeminências ósseas;
- Enxaguar a compressa na água da bacia e enxaguar a região lavada;
- Enxugar a região lavada;
- Fazer a higiene íntima do cliente, conforme a técnica;
- Hidratar a pele do cliente;
- Trocar as roupas da cama do cliente, conforme a técnica de arrumação de cama ocupada;
- Vestir o cliente;
- Aplicar o desodorante nas axilas;
- Pentear os cabelos do cliente;
- Limpar e cortar as unhas, se necessário;
- Retirar as luvas;
- Recompôr a unidade encaminhando o material utilizado ao lugar adequado;

- Higienizar as mãos;
- Fazer a desinfecção da mesa de cabeceira e repor jarro de água e copo do cliente;
- Higienizar as mãos;
- Proceder ao registro no prontuário do cliente, o procedimento realizado e as condições da pele ou qualquer outra anormalidade e comunicar ao docente e enfermeiro.

- **HIGIENE ÍNTIMA**

Objetivo/ Finalidade: Limpar e condicionar a pele; promover conforto; remover odores desagradáveis e evitar infecções e que a integridade da pele ou mucosas fique prejudicada.

Profissionais habilitados para execução do procedimento: Auxiliar e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro.

Material:

- Bacia com água morna;
- Cuba redonda ou similar;
- Sabonete;
- Compressa de banho;
- Luvas para procedimentos não estéreis;
- Comadre/ Papagaio (se necessário);
- Toalha;
- Lençol móvel e impermeável (se necessário);
- Biombos;
- Hamper.

Descrição do Procedimento:

- Explicar o procedimento ao cliente;
- Higienizar as mãos;
- Desocupar a mesa de cabeceira e colocar a bacia com água morna, cuba redonda ou similar, sabonete, pano de banho;
- Na escadinha forrada com papel toalha, deixar a comadre e/ou papagaio;
- Dispor sobre o encosto da cadeira as roupas que serão utilizadas, conforme a técnica da arrumação completa de cama;
- O hamper deve ficar aos pés da cama;
- Proporcionar privacidade ao cliente com biombos;
- Desprender a roupa de cama, se necessário soltar os nós do lençol de baixo;

- Calçar as luvas;
- Colocar o cliente em posição ginecológica e a comadre sob as nádegas;
- Proteger a região abdominal inferior com uma toalha dobrada;
- Jogar a água morna com a cuba redonda ou similar suavemente sobre as raízes das coxas, monte pubiano e genitais;
- Ensaboar as raízes das coxas, monte pubiano e genitais. Para os genitais femininos, usar movimentos únicos, no sentido anteroposterior. Para os genitais masculinos, expor a glândula;
- Enxaguar e enxugar os genitais e retirar a comadre;
- Virar o cliente lateralmente e lavar, enxaguar e enxugar a região anal;
- Fazer a troca do lençol móvel;
- Colocar o cliente em posição confortável;
- Recompor a unidade;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Proceder à anotação do procedimento realizado e das condições de integridade da pele e mucosas, secreções e excreções .

• HIGIENE ORAL

Objetivo/ Finalidade: Realizar higiene, manter o conforto, umidade, avaliar as condições da cavidade oral e dentes do cliente e prevenir infecção.

Profissionais habilitados para execução do procedimento: Auxiliar e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro.

Material:

- Escova de dentes ou espátula montada com gazes
- Creme dental ou Recipiente com solução anti-séptica bucal
- Fio dental (opcional)
- Copo com água
- Copo para prótese dentária
- Hidratante labial;
- Toalha;
- Cuba rim ou bacia;
- Biombos.

- Luvas para procedimentos

Descrição do Procedimento:

- Explicar o procedimento ao cliente;
- Proteger a unidade do cliente com biombos, proporcionando privacidade;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material na bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- Colocar o cliente com a cabeceira da cama elevada, em posição confortável e, se não houver contra-indicação;
- Colocar uma toalha sobre o seu pescoço e tórax protegendo-o;
- Calçar as luvas;
- Encorajar o cliente a escovar os próprios dentes ou ajudar se necessário;
- Umedecer a escova de dente e aplicar a pasta nas cerdas;
- Colocar a escova em um ângulo de 45º da linha da gengiva;
- Escovar a boca no sentido da gengiva para o dente;
- Escovar a língua;
- Se o cliente estiver em condições, oferecer água com solução anti-séptica para o bochecho;
- Enxugar os lábios do cliente com a toalha e lubrificá-los;
- Recompôr a unidade;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Proceder à anotação do procedimento realizado e as condições de integridade da cavidade oral e dentes.

Observação:

- Auxiliar o cliente conforme o seu grau de dependência, estimulando-o ao autocuidado.

- **HIGIENE DA PRÓTESE DENTÁRIA**

Objetivo/ Finalidade: Realizar conforto, limpeza, manter umidade, prevenir infecção e avaliar as condições da boca do cliente.

Profissionais habilitados para execução do procedimento: Auxiliar e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro.

Material:

- Escova de dente ou espátulas envolvidas com gazes;
- Creme dental;
- Recipiente com solução antisséptica bucal;
- Copo para prótese dentária;
- Papel toalha;
- Cuba rim ou bacia;
- Biombos;
- Luvas para procedimentos não estéreis.

Descrição do Procedimento:

- Explicar o procedimento ao cliente;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Higienizar as mãos;
- Reunir o material na bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- Proporcionar privacidade ao cliente;
- Colocar o cliente com a cabeceira da cama elevada, em posição confortável e, se não houver contra indicação;
- Colocar uma toalha sobre o seu pescoço e tórax protegendo-o;
- Calçar as luvas;
- Auxiliar o cliente na remoção da prótese dentária utilizando uma gaze;
- Envolver a prótese em papel toalha e levá-la ao banheiro;
- Colocar o creme dental na escova de dente;

- Manter a prótese na palma da mão (jogar o papel toalha no lixo) sob o jato de água;
- Escovar a prótese com movimentos firmes com início na base dos dentes para as pontas. Em seguida, limpar toda a extensão de acrílico (cela);
- Lavar a escova com água corrente;
- Se o cliente estiver em condições, oferecer água com solução antisséptica para o bochecho antes de recolocar a prótese;
- Solicitar que o cliente recolocar a prótese. Se o cliente não estiver em condições de recolocá-la sozinho, a enfermagem deverá realizá-lo cuidadosamente;
- Recompôr a unidade;
- Retirar as luvas;

- Higienizar as mãos;
- Proceder à anotação do procedimento realizado.

- **TRICOTOMIA FACIAL**

Objetivo/ Finalidade: Melhorar a autoestima e a aparência.

Profissionais habilitados para execução do procedimento: Auxiliar e Técnicos de Enfermagem e Enfermeiro.

Material:

- Toalha de rosto
- Lâmina de barbear ou aparelho descartável;
- Gaze;
- Papel toalha ou papel higiênico;
- Tesoura;
- Pacote de tricotomia esterilizado contendo cuba rim, aparelho de barbear, pinça Pean e gazes;
- Luvas para procedimentos não estéreis;
- Recipiente para material perfurocortante;
- Recipiente para dejetos;
- Biombos (se necessário).

Descrição do Procedimento:

- Realizar higiene das mãos.
- Discutir o procedimento com o paciente e investigar sua capacidade de ajudar neste processo.
- Desocupar a mesa de cabeceira e colocar o material sobre a mesma;
- Proporcionar privacidade ao paciente com biombos
- Colocar um pouco de água na cuba rim para poder enxaguar o barbeador durante a execução da técnica;
- Calçar as luvas;
- Posicionar o cliente de maneira que sinta-se confortável;
- Colocar a toalha de rosto sob a área a ser tricotomizada;

- Caso o aparelho de barbear não seja descartável, montá-lo com a lâmina;
- Com a pinça Pean, pegar a gaze (“bonequinha”) umedecê-la no sabão líquido;
- Ensaboar com movimentos circulares, uma pequena área a ser tricotomizada,;
- Desprezar a gaze utilizada no recipiente para dejetos;
- Esticar a pele levemente com uma gaze (ou pedaço de papel higiênico) e raspar a área ensaboada, no sentido da implantação dos pelos, com movimentos firmes e curtos, evitando escoriações;
- Remover os pelos do aparelho, com as gazes e passá-los na água que está na cuba rim, sempre que necessário;
- Repetir esse procedimento em toda área a ser tricotomizada;
- Trocar a água da cuba rim, a lâmina ou o aparelho, se for descartável, sempre que necessário;
- Após o término da tricotomia, realizar higiene facial;
- Revisar a área tricotomizada, refazendo-a se necessário;
- Desprezar a lâmina ou o aparelho descartável em recipiente para material perfurocortante;
- Reposicionar o cliente;
- Recompor a unidade;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Proceder à anotação do procedimento realizado e as ocorrências, como escoriações, caso houver.

- **CATETERISMO VESICAL DE DEMORA DO CLIENTE FEMININO (02 PESSOAS)**

Objetivos: Promover o esvaziamento da bexiga, monitorizar débito urinário, preparo cirúrgico.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros.

Materiais:

- Bandeja contendo:
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, 01 pinça Pean, 3 bolas de algodão, cuba redonda pequena);
- Campo fenestrado;
- 01 sonda Folley (duas vias) de calibre adequado ao cliente (geralmente 14 a 16 Fr);

- Bolsa coletora sistema fechado;
- Solução antisséptica aquosa de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;
- Gaze;
- Agulha 25 x 8;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Ampola de 20 ml de água destilada;
- Recipiente com algodão embebido em álcool 70%;
- 01 par de luvas de procedimento estéril;
- Fita adesiva para fixação do cateter;
- Material para higiene íntima (toalha de banho, luvas de procedimento, sabão líquido, bacia com água morna e comadre);
- Comadre;
- Biombos.

Técnica:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade à cliente;
- Reunir todo o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade da cliente com biombos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a cliente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais;
- Lavar a região genital com água morna e sabão, enxaguar e secar levemente com a toalha;
- Desprezar a água, a toalha, retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Colocar o pacote estéril de cateterismo vesical sobre o colchão, entre as pernas da cliente;
- Utilizando técnica asséptica, abrir o pacote de cateterismo próximo à região exposta;
- Calçar as luvas de procedimento estéril;
- Solicitar ao seu auxiliar que realize os seguintes passos:
 - ❖ Abrir a embalagem externa da sonda vesical e colocá-la no campo estéril, ou entregá-la a você;
 - ❖ Abrir as seringas e colocá-las no campo estéril;
 - ❖ Abrir a bolsa coletora com técnica estéril, mantendo-a protegida até o momento do uso;
 - ❖ Realizar a assepsia da ampola de água destilada com algodão embebido em álcool 70%, deixando-a sobre a mesa de cabeceira;
 - ❖ Umedecer as bolas de algodão que estão na cuba redonda com solução aquosa de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;

- Retirar o êmbolo da seringa de 20 ml e solicitar ao seu auxiliar que despeje dentro desta, a água destilada, recoloque o êmbolo e retire o ar;
- Efetuar o teste do balonete da sonda injetando de 10 ml a 30 ml de água destilada (à depender do tamanho da sonda), se o balonete inflar como pretendido, retirar o líquido e manter a seringa conectada ao cateter;
- Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
- Verificar se a pinça do sistema de drenagem está fechada;
- Com o auxílio de uma gaze estéril¹, abrir os pequenos lábios com o dedo indicador e polegar da mão não dominante, levantando suavemente para o alto e para fora, visualizando o meato urinário;
- Com o auxílio da pinça pegar uma bola de algodão, proceder a antisepsia do meato urinário e do vestíbulo da vagina em movimento único, no sentido anteroposterior;
- Desprezar a bola de algodão no lixo ou na embalagem da luva; mantendo a posição da outra mão;
- Com o auxílio da pinça pegar outra bola de algodão e proceder a antisepsia dos pequenos lábios;
- Desprezar a bola de algodão no lixo ou na embalagem da luva; mantendo a posição da outra mão;
- Com o polegar e o primeiro dedo da mão dominante, pegar a sonda a uma distância aproximada de 03 a 05cm da ponta;
- Enrolar cuidadosamente a sonda na mão;
- Pedir a cliente para relaxar, respirar lenta e profundamente, encorajando-a a continuar a respirar dessa forma até que a sonda esteja inserida;
- Solicitar ao seu auxiliar que umedeça a ponta da sonda com água destilada;
- Introduzir a extremidade da sonda lentamente pelo meato uretral, cerca de 05 a 7,5 cm, ou até que a urina flua;
- Ao retornar urina introduzir aproximadamente mais 5,0 cm da sonda;
- Se houver resistência, interromper o procedimento por alguns segundos, encorajando a cliente a continuar respirando lenta e profundamente;
- Após introduzir a sonda e obter o retorno de urina, insuflar o balonete, injetando de 10 ml a 30 ml de água destilada;
- Tracionar a sonda delicadamente até obter resistência;
- Fixar a sonda na face interna da coxa, sem tracionar permitindo livre movimentação dos membros inferiores;

- Medir o volume de urina drenado e desprezar;
- Fixar a bolsa coletora na cama da cliente do mesmo lado em que foi fixada a sonda vesical;
- Reposicionar a cliente com conforto e arrumar a roupa de cama;
- Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Identificar a bolsa coletora com data, hora, nº da sonda utilizada, volume injetado no balão, nome do executor da técnica;
- Higienizar as mãos;
- Proceder a anotação do procedimento realizado, quantidade e características da urina, e eventuais intercorrências.

- **CATETERISMO VESICAL DE DEMORA DO CLIENTE MASCULINO (02 PESSOAS)**

Objetivos:

- Promover o esvaziamento da bexiga, monitorizar débito urinário, preparo cirúrgico.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros.

Materiais:

- Bandeja contendo:
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, pinça Pean, bolas de algodão, cuba redonda pequena);
- Campo fenestrado;
- 01 sonda Foley (duas vias) de calibre adequado ao cliente (geralmente 14 a 20Fr);
- Bolsa coletora sistema fechado;
- Solução aquosa antissépticas de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;
- Gaze;
- Agulha 25x8;
- 01 seringa de 20 ml;
- 01 seringa de 10 ml;
- 01 ampola de 20 ml de água destilada;
- Recipiente com algodão embebido em álcool 70%;
- Tubo de Xylocaína gel 2%;

- 01 par de luvas de procedimento estéril;
- Fita adesiva para fixação do cateter;
- Material para higiene íntima (toalha de banho, luvas de procedimento, sabão líquido, bacia com água morna e comadre);
- Papagaio;
- Biombos.

Técnica:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Reunir todo o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar o cliente em posição dorsal, expondo apenas os genitais;
- Lavar a região genital com água morna e sabão, enxaguar e secar levemente com toalha;
- Desprezar a água, a toalha, retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Solicitar ao cliente que afaste ligeiramente as pernas;
- Colocar o pacote estéril de cateterismo vesical entre as pernas do cliente;
- Utilizando técnica asséptica abrir o pacote de cateterismo próximo à região exposta;
- Calçar as luvas de procedimento estéril;
- Solicitar ao seu auxiliar que realize os seguintes passos:
 - ❖ Abrir a embalagem externa da sonda vesical e colocá-la no campo estéril, ou entregá-la a você;
 - ❖ Abrir as seringas e colocá-las no campo estéril;
 - ❖ Abrir a bolsa coletora com técnica estéril, mantendo-a protegida em seu invólucro até o momento do uso;
 - ❖ Realizar a assepsia da ampola de água destilada com algodão embebido em álcool 70%, deixando-a sobre a mesa de cabeceira;
 - ❖ Umedecer as bolas de algodão que estão na cuba redonda com solução aquosa de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;
 - ❖ Abrir o tubo de Xylocaína 2%, e desprezar a primeira gota;
- Retirar o êmbolo da seringa de 10 ml e solicitar ao seu auxiliar que despeje dentro desta 10 ml de Xylocaína gel, após recolocar o êmbolo da seringa e retirar o ar;
- Retirar o êmbolo da seringa de 20 ml e solicitar ao seu auxiliar que despeje dentro desta a água destilada; recolocar o êmbolo e retirar o ar;

- Efetuar o teste do balonete da sonda injetando de 10 ml a 30 ml de água destilada (à depender do tamanho da sonda), se o balonete inflar como pretendido, retirar o líquido e manter a seringa conectada ao cateter ;
- Conectar a sonda ao sistema de drenagem;
- Verificar se a pinça do sistema de drenagem está fechada;
- Retrair o prepúcio e posicionar o pênis em ângulo de 90^o como dedo indicador e polegar da mão não dominante;
- Com auxílio da pinça pegar uma bola de algodão e proceder a antisepsia do meato urinário em movimento único e circular; desprezando-a em seguida no lixo ou na embalagem da luva;
- Com auxílio da pinça pegar outra bola de algodão e proceder à antisepsia da glândula em movimentos circulares, partindo do meato urinário, desprezando-a em seguida no lixo ou na embalagem da luva;
- Após a anti-sepsia descartar a pinça;
- Manter o pênis posicionado em ângulo de 90^o e introduzir a Xylocaína gel 2% no meato uretral;
- Com o polegar e o primeiro dedo da mão dominante, pegar a sonda a uma distância aproximada de 03 a 05cm da ponta;
- Enrolar cuidadosamente a sonda na mão;
- Pedir ao cliente para relaxar, respirar lenta e profundamente, encorajando-o a continuar a respirar dessa forma até que a sonda esteja inserida;
- Introduzir a extremidade da sonda lentamente pelo meato uretral, cerca de 17 a 22cm;
- Ao retornar urina introduzir aproximadamente mais 05 cm da sonda;
- Se houver resistência, interromper o procedimento por alguns segundos, encorajando o cliente a continuar respirando lenta e profundamente;
- Após introduzir a sonda, e a obtenção de retorno de urina, insuflar o balonete, injetando de 10 ml a 30 ml de água destilada;
- Tracionar a sonda delicadamente até obter resistência;
- Reposicionar o prepúcio;
- Fixar a sonda na região suprapúbica, sem tracionar, com o pênis direcionado para o abdômen, para que haja livre movimentação dos membros inferiores;
- Fixar a bolsa coletora na cama do cliente do mesmo lado em que foi fixada a sonda vesical;
- Reposicionar o cliente com conforto e arrumar a roupa de cama;
- Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente;

- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Identificar a bolsa coletora com data, hora, nº da sonda utilizada, volume injetado no balão, nome do executor da técnica;
- Higienizar as mãos;
- Proceder a anotação do procedimento realizado, quantidade e características da urina, e eventuais intercorrências.

- **CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE**

Objetivos:

- Promover esvaziamento da bexiga urinária, coleta de material para exames.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros.

Materiais:

- Bandeja contendo:
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, pinça Pean, bolas de algodão, cuba redonda pequena);
- Campo fenestrado;
- 01 sonda uretral descartável (poliuretano ou silicone) ou sonda de vidro de calibre adequado (geralmente de calibre 10 Fr);
- Solução antisséptica aquosa de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;
- Gaze;
- 01 seringa de 10 ml (se cliente masculino);
- Tubo de Xylocaínagel (se cliente masculino);
- 01 par de luvas de procedimento estéreis;
- Frasco coletor estéril (se necessário);
- Cálice graduado se o cliente estiver com controle hídrico;
- Material para higiene íntima (toalha de banho, luvas de procedimento, sabão líquido, bacia com água morna e comadre);
- Biombos.

Técnica:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Reunir todo o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Proceder a técnica de sondagem vesical conforme protocolo descrito nº;
- Introduzir a extremidade da sonda lentamente pelo meato uretral até que a urina flua;
- Aguardar o esvaziamento total da bexiga, utilizando se necessário um frasco estéril;
- Ao término da drenagem retirar a sonda vagarosamente, desprezando-a no lixo;
- Utilizar o cálice graduado para medir o volume de urina, desprezando-a no vaso sanitário;
- Recolher o material e recompor a unidade;
- Colocar o cliente em posição confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Proceder a anotação do procedimento realizado, volume urinário, possíveis intercorrências.

- **RETIRADA DE SONDA VESICAL DE DEMORA**

Objetivo:

- Remover a Sonda Vesical de Demora.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Materiais:

- Bandeja contendo:
- Gaze;
- Luvas de procedimentos não estéril;
- Seringa de 20 ml;
- Cálice graduado;

Descrição do procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Reunir todo o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Colocar o cliente em decúbito dorsal;
- Retirar com cuidado o esparadrapo de fixação da sonda;

- Calçar luvas de procedimento não estéril;
- Esvaziar o balonete da sonda inserindo a seringa na extremidade da sonda que contém a válvula, observando a retirada de todo o volume utilizado para inflar o balonete;
- Retirar a sonda lentamente segurando-a com uma gaze, solicitando ao cliente que relaxe o períneo;
- Medir o volume de urina dentro da bolsa com o auxílio do cálice graduado, após desprezar a bolsa no lixo;
- Recolher o material e recompor a unidade;
- Colocar o cliente em posição confortável;
- Retirar as luvas,
- Higienizar as mãos;
- Realizar a anotação do procedimento realizado.

• SONDAGEM GÁSTRICA

Objetivos:

- Administrar alimentos, hidratação e medicamentos,
- Drenagem de secreções e decompressão removendo substâncias gasosas do trato gastrointestinal (prevenção ou alívio da distensão abdominal);
- Lavagem gástrica em casos de envenenamento ou dilatação gástrica.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Materiais:

- Bandeja contendo:
- 01 par de luvas de procedimento não estéreis;
- 01 sonda gástrica (14 a 20Fr), de calibre apropriado a cada paciente e finalidade do procedimento;
- Estetoscópio;
- 01 ampola de soro fisiológico 0,9% 10 ml para lubrificação;
- 01 pacote de gazes;
- 01 seringa de 20 ml;
- Esparradrapo ou fita adesiva cirúrgica (fita microporosa);
- Copo com água;
- Toalha;

- Cordonê;
- Fita métrica;
- Frasco para drenagem (se necessário);
- Biombos.

Descrição do Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Observar estado geral do cliente (respiração, batimentos cardíacos);
- Reunir todo o material e colocar próximo ao cliente;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Posicionar-se de pé no lado direito do leito, se destro, e do lado esquerdo, se canhoto.
- Posicionar o cliente em posição semi-Fowler;
- Pedir ao cliente que respire por uma narina enquanto oclui a outra;
- Pedir ao cliente que assoe as narinas;
- Medir o comprimento necessário da sonda (da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, do lóbulo da orelha até o apêndice xifóide), marcar a posição com um pequeno pedaço de esparadrapo;
- Proteger o tórax do cliente com a toalha;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Lubrificar a extremidade da sonda com o soro fisiológico;
- Avisar o paciente quanto à introdução da sonda e pedir que o mesmo faça movimentos de deglutição;
- Orientar o paciente a inclinar a cabeça para baixo em direção ao tórax quando a sonda atingir a parte posterior da faringe e deglutir água, se possível. Em cada deglutição da água, introduzir a sonda delicadamente. Avançar a sonda até a marca;
- Observar se o paciente apresenta tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação. Nesse caso, retirar a sonda e reintroduzi-la posteriormente;
- Após introduzir a sonda até a marca, checar o posicionamento;
- Aspirar a sonda com a seringa e avaliar o retorno de conteúdo gástrico;
- Com a seringa injetar aproximadamente 10ml de ar na sonda e efetuar a ausculta com o estetoscópio na região epigástrica;
- Se a sonda for para drenagem, conectar o frasco coletor, deixando-o abaixo da linha do tórax e do mesmo lado da narina que está a sonda;

- Prender o cordonê na sonda, colocar um pedaço de esparadrapo sobre a fronte e outro sobre o dorso nasal do cliente fixando o cordonê;
- Recolher o material;
- Recompor o ambiente;
- Retirar as luvas;
- Colocar o cliente em posição confortável;
- Higienizar as mãos;
- Proceder a anotação do procedimento realizado, data, número da sonda, posição, narina D/E, finalidade, medida externa, características do líquido drenado, eventuais intercorrências.

• RETIRADA DE SONDA GÁSTRICA E ENTÉRICA

Objetivo:

- Remover a sonda gástrica ou entérica.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Materiais:

- Bandeja contendo:
- Gaze;
- 01 seringa de 10ml;
- 01 ampola de 10ml de SF0,9%;
- 01 par de luvas de procedimento não estéreis;
- Toalha de banho.

Descrição do procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Reunir o material na bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- Colocar a toalha sobre o tórax do paciente, posicionar o paciente em decúbito dorsal, retirar o esparadrapo que fixa a sonda;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Conectar a seringa na extremidade da sonda e lavá-la com 10 ml de SF 0,9%
- Clampar a sonda e começar a retirá-la lentamente com o auxílio de uma gaze até que ela saia por inteiro;

- Limpar as narinas e realizar a inspeção das condições das mesmas;
- Realizar a higiene oral;
- Reposicionar o paciente;
- Recompôr a unidade;
- Higienizar as mãos;
- Documentar a retirada da sonda no prontuário, destacando o motivo da retirada e se houve intercorrência.

- **GAVAGEM POR SONDA**

Objetivo:

- Administrar alimentação de forma contínua (infundida durante as 24 horas, em um volume máximo de 100 –150ml/hora através da gravidade ou bomba de infusão), intermitente (administrada de 4 a 6 vezes ao dia, durante um período de 2 horas, através da gravidade ou bomba de infusão) ou em bolus (infundida de 5 a 15 minutos, por meio de uma seringa ou frasco de dieta usando-se a gravidade ou bomba de infusão).

Profissionais habilitados para a execução do procedimento:

Enfermeiro, auxiliar e técnico de enfermagem.

Materiais:

- Seringa de 20 ml;
- Gaze limpa;
- Recipiente com a dieta prescrita;
- Equipo;
- Copo com água;
- Estetoscópio;
- Fita métrica;
- Toalha.

Técnica:

- Higienizar as mãos;
- Retirar a dieta do refrigerador 01 hora antes, para administração em temperatura ambiente;
- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;

- Reunir o material na bandeja e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- Colocar o cliente em posição de Fowler com a cabeceira da cama elevada no mínimo a 30º (Taylor) e proteger o tórax com a toalha;
- Verificar se a SNE /SNG/ SOG (sonda nasoentérica, nasogástrica ou sonda orogástrica) está posicionada, pela confirmação da medida externa, pela aspiração do suco gástrico ou pela ausculta da região epigástrica ao injetar 10 ml de ar;
- No caso de administração de dieta em bolus, aspirar a dieta do recipiente com a seringa;
- Conectar a seringa à sonda e proteger a conexão com uma gaze limpa;
- Injetar a dieta pela sonda, lentamente;
- Clampar a sonda imediatamente sempre que for desconectar a seringa, para evitar assim a entrada de ar e/ou refluxo da dieta;
- No caso de administração de dieta contínua ou intermitente, conectar o frasco de dieta ao equipo e realizar o nível;
- Abrir o clampe da sonda enteral e conectar o equipo, colocar o frasco de dieta no suporte à altura de 30 (Taylor) ou 45 cm acima do nível do abdome;
- Abrir a pinça rolete do equipo, controlando o gotejamento de acordo com o tempo de infusão prescrito ou instalar em bomba de infusão;
- Durante a administração da dieta observar as reações do paciente, e em caso de intolerância, suspender a administração;
- Ao término da dieta, desconectar o equipo ou a seringa da sonda, injetar 20 ml de água com uma seringa, desconectá-la e clampar a sonda. Retirar as luvas;
- Retirar a toalha do tórax do cliente;
- Recompor a unidade;
- O paciente deverá permanecer sentado ou com a cabeceira elevada durante 1 hora após a administração da dieta;
- Higienizar as mãos;
- Proceder a anotação do procedimento realizado, quantidade de líquidos administrados, eventuais intercorrências.

- **LAVAGEM INTESTINAL (ENTEROCLISMA)**

Objetivos:

- Aliviar distensão, flatulência e constipação
- Preparar o cliente para exames radiológicos, endoscópicos e cirurgias

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem

Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Sonda retal de tamanho apropriado ao cliente (geralmente de 22 a 30 Fr. 18 a 24 Fr).
 - Lubrificante hidrossolúvel
 - 1 par de luvas de procedimento não estéril
 - 1 pacote de gazes
 - Papel higiênico
 - Frasco com a solução prescrita aquecida a 40 a 43° C
 - Extensão de látex
 - Pinça Pean
 - Forro impermeável
 - Lençol móvel
 - Comadre
 - Bacia com água morna
 - Toalha ou compressa de banho
 - Suporte para soro
 - Biombo

Descrição do Procedimento

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Reunir todo o material e colocar próximo à cama do cliente;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Colocar o forro impermeável e lençol móvel;
- Posicionar o cliente em decúbito lateral esquerdo modificado (posição de Sims);
- Cobrir o cliente com lençol, expondo apenas a região do ânus;
- Deixar a comadre em local de fácil acesso;
- Colocar a solução no suporte de soro, 45 cm acima do nível do ânus;
- Conectar a sonda retal à extensão de látex do frasco irrigador e preenche-las com o líquido; clampar em seguida com a pinça Pean, mantendo a sonda protegida;
- Calçar as luvas de procedimento não estéreis;

- Lubrificar de 5 a 7 cm da extremidade da sonda retal, utilizando gaze;
- Separar as nádegas do cliente e localizar o ânus;
- Utilizar gaze para pegar a sonda retal e inseri-la de 7 a 10 cm, direcionando-a em um ângulo que aponte ao umbigo e fazer movimentos rotatórios, pedindo ao cliente que respire profundamente para manter-se relaxado;
- Firmar a sonda retal, abrir a pinça e deixar a solução fluir lentamente;
- Segurar a sonda enquanto a solução estiver sendo instilada;
- Caso o cliente não suporte toda a solução de uma única vez, introduzir de forma intermitente;
- Ao término da solução, pinçar a extensão;
- Retirar a sonda, envolvendo-a em papel higiênico, e instruir o cliente a reter o líquido por 5 a 10 min;
- Oferecer a comadre ou levá-lo até o sanitário;
- Ajudar o cliente, conforme necessário, a lavar a região anal com água morna e sabão, secando após com a toalha ou compressa de banho;
- Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Proceder à anotação do procedimento realizado, incluindo o resultado final do procedimento (quantidade e característica das fezes).

- **ADMINISTRAÇÃO DE ENEMA PREPARADO COMERCIALMENTE**

Objetivos:

- Aliviar distensão, flatulência e constipação.
- Preparar o cliente para exames radiológicos, endoscópicos e cirurgias.

Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem

Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Conjunto de enema descartável
 - Lubrificante hidrossolúvel
 - 1 par de luvas de procedimento não estéril

- 1 pacote de gazes
- Papel higiênico
 - Forro impermeável
 - Lençol móvel
 - Comadre
 - Bacia com água morna
 - Toalha ou compressa de banho
 - Biombo

Descrição do Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente;
- Reunir todo o material e colocar próximo à cama do cliente;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Colocar o forro impermeável e lençol móvel;
- Posicionar o cliente em decúbito lateral esquerdo modificado (posição de Sims);
- Cobrir o cliente com lençol, expondo apenas a região do ânus;
- Deixar a comadre em local de fácil acesso;
- Calçar as luvas de procedimento não estéreis;
- Remover a capa plástica da extremidade do frasco de enema e lubrificá-la de 5 a 7 cm, utilizando gaze;
- Separar as nádegas do cliente e localizar o ânus;
- Inserir a extremidade do frasco do enema via retal, de 7 a 10 cm, direcionando-a em um ângulo que aponte ao umbigo e fazer movimentos rotatórios, pedindo ao cliente que respire profundamente para manter-se relaxado;
- Comprimir o frasco até que toda a solução tenha sido administrada;
- Retirar o enema, envolvendo a extremidade em papel higiênico e instruir o cliente a reter o líquido por 5 a 10 min;
- Oferecer a comadre ou levá-lo até o sanitário;
- Ajudar o cliente, conforme necessário, a lavar a região anal com água morna e sabão, secando após com a toalha ou compressa de banho;
- Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;

- Proceder à anotação do procedimento realizado, incluindo o resultado final do procedimento (quantidade e característica das fezes).

- **ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAVENOSA**

Objetivos: Administrar medicamentos e soluções em grande volume, na impossibilidade de utilizar outras vias de administração e quando se deseja manter administração contínua de soluções eletrolíticas; restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico, atingir efeito farmacológico imediato (principalmente em situações de urgência e emergência); administrar drogas anestésicas para a realização de cirurgias; administrar hemoderivados.

Profissionais habilitados para a execução do procedimento: Auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Materiais:

- Toalhas de papel;
- Sabonete líquido;
- Prescrição médica;
- Medicamento prescrito;
- Diluente ou solução prescritos (ampolas de água bidestilada e soro fisiológico 0,9% ou frascos de soro fisiológico 0,9% de 100ml e 250ml);
- Agulha para aspiração da droga (usualmente 40x12 ou 30x8);
- Seringa de 10ml ou 20ml;
- Equipo para soro;
- Dispositivo intravenoso (escalpe ou abocath) de acordo com a medicação a ser administrada e com as condições do paciente: idade, condições da rede venosa;
- Torneirinha de 3 vias (Triway);
- Garrote;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%;
- Bandeja;
- Luvas de procedimentos.

Descrição do procedimento:

- Realizar higienização das mãos;
- Preparar a medicação prescrita conforme técnica de Preparo de Medicação Injetável;

- **Organizar o material e transportá-lo na bandeja até a mesa de cabeceira do paciente;**
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Avaliar as condições da rede venosa do paciente e selecionar o local de administração da droga;
- Orientar o paciente sobre a melhor posição para receber o medicamento e ajudá-lo a ocupar a posição adequada;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Puncionar a veia selecionada (ver técnica de Punção Venosa) ou utilizar acesso venoso salinizado ou no qual o paciente recebe soroterapia;

Se a medicação estiver preparada em seringa e o paciente permanecer com cateter venoso periférico salinizado:

- retirar a tampa de uma das vias da torneirinha (Triway) acoplada ao cateter venoso e realizar desinfecção utilizando algodão embebido em álcool a 70%;
- injetar aproximadamente 10ml de soro fisiológico no vaso sanguíneo, conectando o bico da seringa à via selecionada da torneirinha;
- após a introdução de soro fisiológico no vaso, conectar a seringa que contém a medicação e injetá-la lentamente, cerca de 2 a 3ml por minuto, testando o retorno venoso a cada 5ml injetados, certificando-se de que a não há extravasamento da droga;
- após administrar a medicação, salinizar o cateter com cerca de 10 ml de soro fisiológico (ver técnica de Salinização de Cateter Venoso Periférico).

Se a medicação estiver preparada em seringa e o paciente permanecer com infusão intravenosa de soro contínua:

- interromper o fluxo do soro:
- retirar a tampa de uma das vias da torneirinha (Triway) acoplada ao cateter venoso e realizar desinfecção utilizando algodão embebido em álcool a 70%;
- conectar a seringa que contém a medicação e injetá-la lentamente, cerca de 2 a 3ml por minuto, testando o retorno venoso a cada 5ml injetados, certificando-se de que a não há extravasamento da droga;
- após administrar a medicação, retirar a seringa e fechar a via da torneirinha;

- reiniciar a infusão do soro, controlando o gotejamento conforme prescrição médica.

Caso a medicação seja diluída em soro e o paciente permaneça com cateter venoso salinizado:

- colocar a solução no suporte de soro, mantendo-o ao lado do leito, próximo à punção venosa;

- interromper o fluxo do soro;

- retirar a tampa de uma das vias da torneirinha (Triway) acoplada ao cateter venoso e realizar desinfecção utilizando algodão embebido em álcool a 70%;

- conectar o equipo de soro da solução na qual está diluída a droga na torneirinha;

- infundir a medicação prescrita, controlando o gotejamento da solução de acordo com a prescrição médica;

- após administrar a medicação, salinizar o cateter com cerca de 10 ml de soro fisiológico (ver técnica de salinização de Cateter Venoso Periférico).

Caso a medicação seja diluída em soro e o paciente com infusão intravenosa de soro contínua:

- colocar a solução no suporte de soro, mantendo-o ao lado do leito, próximo à punção venosa;

- interromper o fluxo do soro;

- retirar a tampa de uma das vias da torneirinha (Triway) acoplada ao cateter venoso e realizar desinfecção utilizando algodão embebido em álcool a 70%;

- conectar o equipo da solução na qual está diluída a droga na torneirinha;

- infundir a medicação prescrita, controlando o gotejamento da solução de acordo com a prescrição médica;

- ao término da infusão da medicação, reiniciar a infusão do soro, controlando o gotejamento conforme prescrição médica.

- Após a administração da droga, colocar o paciente em posição confortável;

- Reorganizar a unidade, depositando os materiais utilizados na bandeja e transportá-los até o posto de enfermagem;
- Desprezar materiais descartáveis no lixo e perfurocortantes em recipiente apropriado com paredes rígidas;
- Retirar as luvas, desprezando-as no lixo;
- Realizar higienização das mãos;
- Checar o medicamento administrado na prescrição médica e registrar qualquer intercorrência no prontuário do cliente;
- Observar a ocorrência de possíveis reações adversas e, se necessário, comunicar a enfermeira responsável e a equipe médica.
- Verificar, a cada duas horas, o gotejamento do soro, local da infusão e as reações do paciente.

• SALINIZAÇÃO DE CATETER VENOSO PERIFÉRICO

Objetivos: Manter cateteres venosos periféricos permeáveis para a administração de medicamentos e soluções endovenosas intermitentes.

Profissionais habilitados para a execução do procedimento: Auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Materiais:

- Toalhas de papel;
- Sabonete líquido;
- Ampola 10ml ou 20ml de soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40x12 ou 30x8;
- Seringa de 10ml ou 20ml;
- Equipo para soro;
- Dispositivo intravenoso (escalpe ou abocath) de acordo com a medicação a ser administrada e com as condições do paciente: idade, condições da rede venosa;
- Torneirinha de 3 vias (Triway);
- Garrote;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%;

- Bandeja;
- Luvas de procedimentos.

Descrição do procedimento:

- Realizar higienização das mãos;
- Aspirar 10ml ou 20ml de soro fisiológico 0,9% conforme técnica de Preparo de Medicação Injetável;
- **Organizar o material e transportá-lo na bandeja até a mesa de cabeceira do paciente;**
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Avaliar as condições do local no qual está inserido o cateter venoso, identificando sinais flogísticos ao redor e no ponto de inserção do cateter;
- Orientar o paciente sobre a melhor posição para a realização do procedimento e ajudá-lo a ocupar a posição adequada;
- Retirar a tampa da torneirinha (Triway) acoplada ao dispositivo intravenoso da punção venosa e realizar desinfecção de uma das vias;
- Retirar a agulha da seringa que contém SF 0,9% e conectar o bico da seringa à via selecionada da torneirinha;
- Injetar de 5ml a 10ml de SF 0,9% lentamente (cerca de 2 a 3ml por minuto), testando o retorno venoso a cada 5ml injetados, certificando-se de que não há extravasamento da droga;
- Observar a formação de abaulamento local e considerar as queixas do paciente (dor, desconforto);
- Retirar a seringa e fechar a via da torneirinha;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Reorganizar a unidade, depositando os materiais utilizados na bandeja e transportá-los até o posto de enfermagem;
- Desprezar materiais descartáveis no lixo e perfurocortantes em recipiente apropriado (recipiente com paredes rígidas);
- Retirar as luvas, desprezando-as no lixo;
- Realizar higienização das mãos;
- Checar a prescrição médica e registrar qualquer intercorrência no prontuário do cliente.

Observação:

A salinização de cateteres venosos periféricos deve ocorrer a cada 6 horas e antes e após a administração de qualquer medicação ou solução endovenosa.

- **ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS**

Objetivo: Alívio do desconforto respiratório.

Profissionais: Enfermeiro; Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e fisioterapeuta.

Materiais:

- Cateter de aspiração do tamanho apropriado e com, no mínimo, três orifícios na extremidade (o diâmetro externo do cateter não deve exceder 1/3 do diâmetro interno da via aérea artificial);
- Gazes estéreis;
- Luvas estéreis;
- Toalha limpa;
- 100 ml de água destilada ou SF 0,9% estéril;
- Estetoscópio;
- Oxímetro de pulso;
- Sucção portátil ou de parede e frasco coletor;
- Tubo de conexão/extensão do látex ou silicone;
- Dispositivo bolsa-valva-máscara, se indicado;
- Avental, máscara facial e óculos protetores;

Descrição do procedimento:

- Avalie os sinais e sintomas de obstrução de via aérea e de hipoxemia;
- Identifique contraindicações para aspiração nasotraqueal (passagens nasais ocluídas; sangramento nasal, lesão aguda de cabeça, facial ou de pescoço ou cirurgia, coagulopatia, ou distúrbio de sangramento; via aérea irritável ou laringoespasma ou broncoespasmo; cirurgia gástrica com anastomose alta; infarto do miocárdio);
- Explique o procedimento ao paciente/cliente;
- Quando possível, encoraje a tosse durante o procedimento;
- Ajude o paciente/cliente a assumir posição confortável (geralmente semi-fowler ou sentado ereto);

- Coloque o oxímetro de pulso no dedo do paciente/cliente. Faça a leitura e deixe-o no lugar;
- Coloque uma toalha sobre o tórax do paciente/cliente;
- Faça a higiene das mãos e coloque os EPIs;
- Conecte uma extremidade do tubo do coletor ao equipamento de sucção, e coloque a outra extremidade no local conveniente próximo ao cliente. Ligue o aparelho de sucção e teste o seu funcionamento;
- Se indicado, aumente a oxigenoterapia suplementar para 100%;
- Abra o pacote de luva estéril sobre uma superfície plana e limpa, próxima ao cliente;
- Abra o cateter de aspiração apropriado usando a técnica asséptica e coloque-o sobre o campo estéril (utilize o mesmo da luva estéril);
- Abra o pacote de gaze estéril e coloque-o dentro do campo estéril (utilize o mesmo da luva estéril);
- Ligue o dispositivo de sucção. Controle o regulador para pressão negativa apropriada: 100 a 150 mmHg para adultos;
- Calce a luva estéril;
- Pegue o cateter com a mão dominante sem trocar nas superfícies não estéreis. Pegue o tubo do coletor com a mão dominante. Prenda o cateter ao tubo;
- Verifique se o equipamento está funcionando apropriadamente aspirando pequenas quantidades de SF 0,9%;
- Hiperinsufle e/ou hiperoxigene o paciente/cliente antes da aspiração usando o dispositivo bolsa-valva-máscara, conectando-o à fonte de oxigênio;
- Se o paciente/cliente estiver em ventilação mecânica, desconecte o adaptador da via aérea artificial;
- Sem aplicar aspiração, insira suave, mas rapidamente o cateter usando o polegar dominante e o dedo indicador na via aérea artificial até encontrar resistência ou até o cliente tossir. Então, puxe a sonda de volta 1 cm;
- Aplique a sucção intermitente, "descolamando" a sonda de aspiração. Retire lentamente a sonda enquanto gira de volta e para cima (entre 10 e 15 segundos). Encoraje, se possível, o paciente/cliente a tossir e observe desconforto respiratório;
- Se o paciente/cliente estiver em ventilação mecânica, conecte-o novamente ao respirador;
- Lave a extensão da sonda e do tubo de sucção com SF 0,9% ou água destilada até limpar. Use sucção contínua;

- Avalie o estado cardiopulmonar do paciente/cliente com relação à depuração de secreções e complicações;
- Repita o procedimento uma ou duas vezes mais. Dê o tempo suficiente (pelo menos 1 minuto) entre as passagens da sucção para ventilação e hiperoxigenação;
- Aspire, em seguida, a nasofaringe e a orofaringe. Após realizá-las, a sonda está contaminada, não devendo reinseri-la na cânula de traqueostomia ou tubo orotraqueal;
- Desconecte a sonda do tubo do coletor. Gire o cateter nos dedos da mão dominante. Retire a luva de modo que o cateter fique nela. Tire a outra luva sobre a primeira da mesma forma para conter contaminantes. Descarte-a em recipiente apropriado. Desligue o dispositivo de sucção;
- Remova a toalha do tórax do paciente/cliente;
- Ausculte os pulmões à procura de mudanças nos sons pulmonares adventícios;
- Reposicione o paciente/cliente confortavelmente;
- Se indicado, reajuste o oxigênio no nível original;
- Recomponha a unidade;
- Realize a higiene das mãos;
- Registre o procedimento no prontuário.

11. REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ASSOCIATION FOR RESPIRATORY CARE- AARC clinical practice guideline: nasotracheal suctioning-2004 revision % update. Respiratory Care, v.49, n.9, p. 1080-87.2004

APOSTILA INTERESCOLAR, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 30 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Boas Práticas**: Cálculo Seguro. Vol.2, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, art.10 e art.11. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/decreto-n-9440687-dispoe-sobre-o-exercicio-da-enfermagem-e-da-outrasprovidencias_767.html.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo (SP): EPU 1979. 16ª Reimpressão (2006), 101 p.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 900 p., 2002.

LIVRETO NR 32 COREN-SP. Disponível em:
http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/livreto_nr32_0.pdf

POTTER, PA.; PERRY, AG. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTES ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO- EERP/USP. Disponível em:
<http://eerp.usp.br/procedimentos-caso-acidentes/>

SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L.; VIANA, D.L. **Compacto dicionário ilustrado de saúde e principais legislações de enfermagem COREN-SP**. 4 ed. São Caetano do Sul: Yedis, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev.Bras.Hipertens**, v. 17, n. 1, p. 4-64, 2010.