

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS
LABORATÓRIO DE HABILIDADES EM PEDIATRIA**

2011

ÍNDICE

Banho do RN e lactente.....	3
Troca de fraldas.....	7
Higiene do coto umbilical.....	10
Sondagem gástrica e enteral.....	12
Alimentação VO no copinho.....	16
Alimentação via enteral.....	18
Lavagem gástrica.....	24
Antropometria.....	27
Administração de medicamentos por via intradérmica (ID).....	33
Administração de medicamentos por via subcutânea (SC).....	35
Diluição / reconstituição de medicamentos parenterais.....	37
Administração de medicamentos por via intramuscular (IM).....	39
Administração de medicamentos por via endovenosa (EV).....	43
Punção venosa.....	47
Administração de medicamentos por via oral (VO).....	50
Administração de medicamentos por via retal (VR).....	52
Administração de medicamentos por via tópica (VT).....	55
Administração de aerosol.....	58
Administração de medicamentos por via otológica	59
Administração de medicamentos por via oftálmica.....	61
Administração de medicamentos por via nasal.....	64
Aspiração de vias aéreas superiores e traqueostomia.....	66
Fixação de cânula orotraqueal.....	70
Cateterismo vesical de demora feminino.....	71
Cateterismo vesical de demora feminino.....	75
Cateterismo vesical intermitente.....	79

BANHO DO RN E LACTENTE

1. Objetivos:

- Promover a higiene corporal;
- Propiciar bem-estar;
- Reduzir a temperatura corporal quando houver febre;
- Inserir os pais no cuidado.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - 2 toalhas macias;
 - Sabonete neutro glicerinado;
 - Xampu neutro;
 - 1 par de luvas de procedimentos não-estéreis;
 - 4 bolas de algodão;
 - 1 pente de dentes finos;
 - Gorro (se pré-termo ou baixo peso);
- Banheira;
- Lençol;
- Manta ou cueiro;
- Roupas e fralda;
- Material para higiene do coto umbilical.

4. Descrição do procedimento:

- Reunir o material;
- Fechar portas e janelas e assegurar-se de que o ambiente está aquecido e livre de correntes de ar;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores;

- Colocar um lençol limpo e seco sobre a superfície que usará para vestir o bebê;
- Preencher a banheira com água tépida até a metade, testando na face ventral do antebraço;
- Calçar as luvas;
- Despir o bebê e envolvê-lo em uma toalha seca, expondo somente a cabeça; se o bebê tiver evacuado, realizar higiene perineal;
- Envolver o bebê, com um de seus braços, na posição invertida (a cabeça do bebê repousa sobre a mão do cuidador, o tronco sobre o antebraço e os membros inferiores são seguros entre o braço e a face lateral das costelas do cuidador);
- Ocluir o meato auditivo do bebê, utilizando os dedos médio e polegar da mão que segura a cabeça do mesmo e aproximá-la da banheira;
- Iniciar o banho pela face, utilizando a mão livre: com uma bola de algodão umedecida em água, limpar a área ocular do canto interno para o externo, com 1 bola de algodão para cada olho; em seguida, envolva o dedo indicador em uma parte da toalha de banho, umedece-a e limpe o restante da face, o pavilhão auditivo e a parte posterior a esse;
- Secar a face com uma parte da toalha de banho;
- Lavar cabelos e couro cabeludo, utilizando xampu neutro; utilizar um pente fino para remover seborréia, se houver;
- Secar o couro cabeludo e colocar gorro, se for RN pré-termo ou baixo peso;
- Retirar a toalha que envolve o bebê, colocá-lo sentado na banheira com água e segurá-lo, escolhendo uma das seguintes formas:
 - sustentando o pescoço e a cabeça com uma das mãos; ou
 - segurando firmemente o braço do bebê com uma das mãos e deixando que a cabeça repouse sobre o antebraço do cuidador;
- Lavar sistematicamente no sentido superior-inferior, atentando para as áreas de superposição cutânea (dobras), utilizando pequena quantidade de sabonete neutro glicerinado, se necessário;
- Lavar a genitália da seguinte forma, a depender do sexo do bebê:
 - se for menina, lavar utilizando bolas de algodão, no sentido ântero-posterior;

- se for menino, lavar com a mão enluvada, sem forçar a retração do prepúcio;
- Virar o bebê de bruços para lavar parte posterior do corpo e ânus;
- Retirar o bebê da banheira e colocá-lo sobre a superfície com a toalha seca, envolvendo-o e secando cada parte do corpo;
- Colocar fralda limpa;
- Manter o bebê protegido contra queda e envolto em um cueiro ou manta, retirar as luvas e lavar as mãos;
- Colocar novas luvas e realizar a higiene do coto umbilical;
- Vestir o bebê com roupas limpas e secar e pentear os cabelos;
- Colocar o bebê no berço com grades elevadas ou colo da mãe, mantendo-o coberto com manta ou cueiro;
- Reunir o material e descartar, se apropriado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar o procedimento realizado, resposta do bebê, anormalidades encontradas e desempenho da mãe / cuidador e atitudes promotoras de apego observadas entre mãe / cuidador e bebê.

Observações:

- Se utilizar a cuba de acrílico do berço do bebê para o banho, lavar com água e sabão após o procedimento. Se utilizar bacia que não seja de uso exclusivo do bebê, após o uso encaminhar a mesma à central de materiais para o processamento;
- Após o nascimento, se o RN estiver estável, apenas higienizar face e períneo com compressa úmida e aguardar 2 a 4 horas para realizar o banho de imersão, salvo se for RN de mãe HIV + ou houver líquido amniótico fétido / meconiado, situações nas quais o banho de imersão deverá ser realizado o mais rápido possível;
- Após o nascimento, se o RN estiver instável, aguardar estabilização do quadro para realizar o banho;

- Ao realizar o primeiro banho do RN, não utilizar sabonete, apenas água morna; se o uso do mesmo for necessário, não utilizar sabonete alcalino para evitar remoção do manto ácido protetor da pele;
- Não esfregar para remover o vernix do corpo do RN, deixar que o organismo o reabsorva;
- Quando ainda não tiver ocorrido a queda do coto umbilical, deve-se utilizar pouca água na banheira, de modo que o coto não fique imerso;
- Em RN pré-termo a realização do banho deverá seguir os seguintes critérios:
 - Prematuro extremo: utilizar apenas água estéril morna; se for necessário o uso do sabonete, utilizá-lo em dias alternados;
 - < 1500g: higienizar face e períneo com compressa úmida;
 - 1501g a 1700g: banho de imersão em dias alternados;
 - > 1700g: banho de imersão diário.

TROCA DE FRALDAS

1. Objetivos:

- Promover a higiene perineal;
- Prevenir assaduras por contato da pele com urina e fezes;
- Inserir os pais no cuidado.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- bacia;
- lençol ou forro limpo
- bandeja contendo:
 - fralda de tamanho adequado à criança;
 - 2 compressas;
 - 1 par de luvas de procedimentos não-estéreis;
- material para higiene do coto umbilical.

4. Descrição do procedimento:

- Reunir o material, colocando na bancada próxima ao berço da criança ou mesa de cabeceira;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores;
- Colocar água tépida na bacia, testando na face ventral do antebraço;
- Calçar as luvas;
- Posicionar a criança em decúbito dorsal no berço ou trocador, protegendo a superfície com um lençol ou forro limpo;
- Manter as mãos na criança e não afastar-se dela;
- Retirar a parte inferior da vestimenta, se houver;

- Desprender as fitas adesivas aderidas à região frontal da fralda e aderi-las à região posterior e interna da mesma, evitando que sejam aderidas à pele da criança;
- Dobrar a região anterior da fralda sobre a posterior, embutindo-a sob as nádegas da criança;
- Umedecer uma das compressas na água da bacia e utilizar uma parte para higienizar a genitália da seguinte forma, conforme o sexo da criança:
 - se for menina, no sentido ântero-posterior, em movimentos únicos, virando a compressa após cada movimento, higienizando o meato uretral e vestibulo da vagina, depois os lábios vulvares e restante do períneo anterior e baixo ventre;
 - se for menino, no sentido da glande para a bolsa escrotal (não forçar a retração do prepúcio em crianças menores de 3 anos de idade), virando a compressa após cada movimento, higienizando depois o restante do períneo anterior e baixo ventre;
- Se houver resíduo de pomada, não forçar para removê-lo;
- Secar a região com a compressa seca e limpa;
- Remover a fralda ao elevar ligeiramente os quadris da criança, segurando-a pelas pernas (se RN a termo, lactentes e infantes) ou ao virá-la em decúbito lateral (se RN pré-termo ou crianças com refluxo gastroesofágico);
- Manter o quadril em rotação lateral para higienizar a região posterior;
- Higienizar as nádegas, a região interglútea e o ânus, utilizando a parte limpa da compressa úmida, realizando movimentos únicos no sentido ântero-posterior, virando a compressa após cada movimento;
- Se houver resíduo de pomada, não forçar para removê-lo;
- Secar a região com a compressa seca e limpa;
- Colocar a fralda limpa e ajustar as fitas adesivas, de modo que a fralda não fique apertada ou frouxa e não comprima o coto umbilical, se não tiver caído (se necessário, dobrar a parte anterior da fralda);
- Manter a criança protegida contra queda, retirar as luvas e lavar as mãos;
- Colocar novas luvas e realizar a higiene do coto umbilical, se não tiver caído ainda;

- Colocar a parte inferior da vestimenta, se houver, envolver a criança em uma manta ou cueiro e colocá-la no berço com as grades elevadas ou no colo da mãe / cuidador;
- Reunir e encaminhar ou desprezar o material, se apropriado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar o procedimento realizado, quantidade e características das eliminações, condições do períneo, desempenho da mãe / cuidador e atitudes promotoras de apego observadas entre mãe / cuidador e criança.

Observações:

- Se a criança estiver em controle de eliminações, pesar a fralda antes de colocá-la, anotando o peso na mesma, e pesá-la novamente ao retirar, descontando do peso total a quantidade anotada na fralda;
- Se for necessário o uso de sabonetes para remover resíduos de fezes, banhe a região ao invés de utilizar compressas;
- Se houver muito resíduo de fezes / pomada ou tratar-se de uma criança maior, utilizar três compressas: uma para higienizar a região anterior, uma para a região posterior e uma para secar

HIGIENE DO COTO UMBILICAL

1. Objetivos:

- Remover sujidades do coto umbilical;
- Prevenir infecção;
- Inserir os pais no cuidado.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Frasco com álcool 70 %;
 - 3 hastes flexíveis com algodão estéreis;
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis;
 - 2 gazes estéreis.

4. Descrição do procedimento:

- Reunir o material, colocando na bancada próxima ao berço do RN ou mesa de cabeceira;
- Lavar as mãos e calçar as luvas;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores;
- Iniciar a higiene após colocar fralda limpa e dobrar a parte anterior para expor o coto, mantendo o RN em decúbito dorsal no berço ou trocador limpo;
- Abrir o invólucro das hastes flexíveis com algodão e das gazes;
- Retirar uma das hastes flexíveis com algodão do invólucro, sem tocar na parte com algodão;
- Umedecer as extremidades da haste em álcool 70%;
- Utilizar a mão não dominante para envolver a extremidade distal do coto com uma das gazes estéreis, elevando o mesmo delicadamente e mantendo-o nessa posição;

- Utilizando uma das extremidades da haste, proceder à antissepsia da base do coto, com movimento circular único, girando a haste entre os dedos indicador e polegar;
- Repetir o procedimento, utilizando a outra extremidade da haste;
- Umedecer as extremidades de outra haste e realizar a antissepsia ao longo do coto, no sentido da base para a extremidade, com movimentos únicos, girando a haste após cada movimento;
- Umedecer as extremidades de outra haste e utilizar uma delas para realizar a antissepsia do clamp, com movimentos únicos, girando a haste após cada movimento;
- Soltar a extremidade do coto e segurá-lo pelo clamp, usando a outra gaze estéril;
- Utilizar a outra extremidade da haste para realizar a antissepsia da extremidade distal do coto, com movimentos únicos, girando a haste após cada movimento;
- Soltar o coto e colocar a parte inferior da vestimenta, se houver;
- Envolver o RN em uma manta ou cueiro e colocá-la no berço com as grades elevadas ou no colo da mãe / cuidador;
- Reunir e encaminhar ou desprezar o material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar o procedimento realizado, condições do local (presença de sangramento, secreções ou hiperemia no coto ou pele adjacente), desempenho da mãe / cuidador e atitudes promotoras de apego observadas entre mãe / cuidador e bebê.

Observações:

- A higiene do coto umbilical deverá ser realizada a cada troca de fralda e após o banho;
- Após a queda do coto, continuar higienizando a base com álcool 70% até a completa cicatrização.

SONDAGEM GÁSTRICA E ENTERAL

1. Objetivos:

- Administrar alimentos, hidratação e medicamentos,
- Drenagem de secreções e descompressão removendo substâncias gasosas do trato gastrointestinal (sondagem gástrica);
- Lavagem gástrica em casos de envenenamento ou dilatação gástrica.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiro (sondagem gástrica e enteral) e técnico de enfermagem (sondagem gástrica).

3. Materiais:

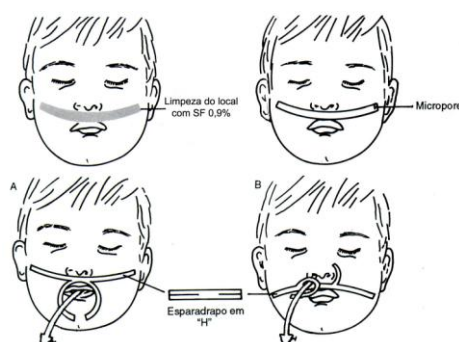
- Bandeja contendo:
 - 1 sonda Levine ou Enteral (Freka - de poliuretano) adequada ao tamanho da criança e finalidade do procedimento: nº 6 ou 8 Fr. (RN a 18 meses), nº 8, 10 ou 12 (18 meses a 6 anos), nº 12, 14 ou 16 (6 anos a adulto);
 - 01 seringa de 3ml (para RN ou lactente) ou 5 ml (crianças maiores);
 - Estetoscópio
 - Esparadrapo e fita adesiva cirúrgica (fita microporosa)
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis
 - 1 pacote de gazes
 - 1 ampola de SF 0,9%
 - Copo com água e canudo (se criança maior e colaborativa)
 - Cordonê (se criança maior)
 - Frasco para drenagem (se necessário)
 - Fita métrica (se sondagem enteral)
 - Toalha ou compressa
 - Biombos / sala reservada

4. Descrição do Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar a bandeja à mesa de cabeceira;

- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Posicionar a criança em posição semi-Fowler; se necessário, realizar contenção;
- Proteger o tórax da criança com toalha ou compressa;
- Calçar as luvas;
- Escolher a via para inserção da sonda (oro ou nasogástrica / entérica) conforme idade e condições da criança;
- Desobstruir as narinas, no caso de sondagem via nasal, pedindo à criança que assoe as narinas e escolher a narina adequada, pedindo à mesma que respire por uma narina enquanto oclui a outra (se puder compreender);
- Proceder à medida da sonda, conforme a idade da criança:
 - Se menor de um ano de idade: medir da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste ao espaço médio entre a cicatriz umbilical e a terminação do apêndice xifóide;
 - Se a criança tiver um ano de idade ou mais: medir da ponta do nariz ao lóbulo da orelha e deste à terminação do apêndice xifóide;
- Se a sondagem for enteral, adicionar 4 cm à medida anterior;
- Marcar com esparadrapo (se enteral, fazer as duas marcações);
- Confirmar a medida;
- Umedecer uma gaze com SF 0,9% e passar na sonda;
- Introduzir a sonda pela boca ou narina lentamente, observando as condições da criança; aproveitar o reflexo de deglutição para introduzir a sonda em RNs; se criança maior, orientá-la a inclinar a cabeça para baixo em direção ao tórax e, quando a sonda atingir a parte posterior da faringe, deglutir água, se possível. Em cada deglutição da água, introduzir a sonda delicadamente;
- Observar se a criança apresenta tosse, dificuldade respiratória, cianose, agitação; nesse caso, retirar a sonda e reintroduzi-la posteriormente;
- Introduzir a sonda até a medida de esparadrapo (se enteral, até a primeira medida);
- Retirar o fio guia (se sonda enteral) e não reintroduzi-lo enquanto a sonda estiver inserida na criança;

- Verificar posicionamento da sonda, por meio de ambos os testes descritos abaixo:
 - Preencher a seringa de 3 ou 5 ml com 0,5 ml a 1 ml de ar (RN e lactentes muito pequenos) ou 2 a 5 ml (se lactente e criança maior), conectá-la à sonda e injetar o ar, auscultando o ruído na região epigástrica com o estetoscópio;^e
 - Aspirar lentamente até verificar o retorno do conteúdo gástrico;
- Fixar com um esparadrapo em “X”, conforme desenho abaixo, (se RN e lactentes pequenos) ou prender o cordonê na sonda, colocar um pedaço de esparadrapo sobre a frente e outro sobre o dorso nasal da criança, fixando o cordonê;



- Se a sondagem for enteral, em caso de sonda com peso na extremidade, fixar no dorso do nariz, deixando uma alça, e posicione a criança em DLD, a fim de que a peristalse conduza sonda até o duodeno;
- Identificar a data da sondagem em um pedaço de fita adesiva e fixar à sonda;
- Conectar o frasco coletor, se a sonda for para drenagem, deixando-o abaixo da linha do tórax e do mesmo lado da narina que está a sonda;
- Desprezar materiais e registrar/ anotar o procedimento e possíveis intercorrências.

Observações:

- Evitar a inserção nas narinas em RNs e lactentes com menos de 4 meses de idade;
- Em caso de sondagem enteral com sonda de peso na extremidade, introduzir até a primeira marcação com esparadrapo e fixar em “U” (fixar a sonda no dorso do

nariz, à altura da marcação de esparadrapo, deixando uma alça), a fim de que a sonda avance até o duodeno com a peristalse; também orientar a criança a permanecer em decúbito lateral direito por 2 a 3 horas após a inserção;

- Deve ser utilizado fio guia de nylon em sondagem enteral em recém-nascidos;
- A sonda gástrica deve ser trocada a cada 3 dias e a enteral a cada 3 meses (ou conforme rotina da instituição).

ALIMENTAÇÃO VIA ORAL NO COPO

1. Objetivos:

- Fornecer complemento ao seio materno para bebês que não conseguem sugar quantidade de leite suficiente às suas demandas nutricionais;
- Inserir os pais no cuidado.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Frasco com leite cru ordenhado da mãe, leite natural ordenhado e processado no banco de leite humano ou fórmula láctea, conforme prescrição médica, em temperatura ambiente;
 - Copo pequeno de plástico transparente e graduado esterilizado;
 - Babador ou fralda de pano;
- Cadeira com encosto.

4. Descrição do procedimento:

- Reunir o material, colocando a bandeja na bancada próxima ao berço do RN ou mesa de cabeceira;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores;
- Colocar a quantidade prescrita do leite no copo;
- Certificar-se de que o bebê esteja em estado de alerta;
- Envolver o bebê em uma manta ou cueiro, realizando a contenção em múmia;
- Colocar o babador ou fralda de pano abaixo do queixo do bebê;
- Sentar-se com as costas apoiadas no encosto da cadeira e com os pés apoiados no chão;
- Posicionar o bebê, em seu colo, sentado ou semi-sentado, apoiando a cabeça e o pescoço com a sua mão não-dominante;

- Utilizando a outra mão, aproximar o copo da boca do bebê, encostando a borda no lábio inferior e inclinándolo até que o leite toque o lábio inferior;
- Aguardar que o bebê retire o leite, sorvendo-o; em seguida, desfaça levemente a inclinação do copo, mantendo-o encostado no lábio, para que o bebê degluta o leite sorvido;
- Repetir o procedimento enquanto houver aceitação do bebê, respeitando as pausas respiratórias;
- Limpar os lábios e a região peri-oral com a fralda;
- Posicionar o bebê para eructar;
- Retirar a contenção do bebê e colocá-lo no berço em decúbito dorsal ou no colo da mãe, com a parte superior do corpo elevada a 45°;
- Reunir e encaminhar ou desprezar o material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar o procedimento, ritmo e coordenação entre sucção / deglutição e respiração, aceitação, desempenho da mãe / cuidador, atitudes promotoras de apego observadas entre mãe / cuidador e bebê e intercorrências.

Observações:

- O leite não deve ser derramado na boca do bebê;
- O fato de não desencostar o copo do lábio do bebê enquanto este deglute evita perda de volume de leite;
- No início da alimentação suplementação por copo, o bebê deve estar monitorado para se determinar quedas da SpO₂ durante o procedimento;
- Se o bebê estiver em controle hídrico, anotar a quantidade ingerida pelo bebê na folha de controles.

ALIMENTAÇÃO VIA ENTERAL

1. Objetivo:

Fornecer alimentação para crianças que não conseguem ingerir uma quantidade adequada de dieta via oral, porém que apresentam adequado funcionamento gastrointestinal.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros e técnicos de enfermagem

3. Materiais:

3.1 Gavagem

- Bandeja contendo:
 - 01 seringa de 3ml (para RN ou lactente) ou 5 ml (crianças maiores);
 - 1 seringa 20 ml
 - Frasco com dieta prescrita
 - Estetoscópio
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis

3.2 Bomba de infusão

- Bandeja contendo:
 - 01 seringa de 3ml (para RN ou lactente) ou 5 ml (crianças maiores);
 - 1 seringa 10 ou 20 ml (a seringa utilizada vai depender do volume total de dieta a ser administrado o horário)
 - 1 extensor
 - Estetoscópio
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis

3.3 Gastróclise

- Bandeja contendo:
 - 01 seringa de 3ml (para RN ou lactente) ou 5 ml (crianças maiores);
 - 1 frasco de dieta

- 1 equipo de dieta
- Estetoscópio
- 1 par de luvas de procedimento não-estéreis

4. Descrição do procedimento:

4.1 Gavagem

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar a bandeja à mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Posicionar a criança em posição semi-Fowler ou em decúbito lateral direito (com cabeceira elevada a 30°);
- Calçar as luvas;
- Verificar posicionamento da sonda, por meio de ambos os testes descritos abaixo:
 - Clampar a sonda antes de abri-la, dobrando sua extremidade, conectar a seringa de 3 ou 5 ml na sonda, desclampá-la e aspirar lentamente até verificar o retorno do conteúdo gástrico, devolvendo após; e
 - Clampar a sonda, retirar a seringa de 3 ou 5 ml, preenche-la com 0,5 ml a 1 ml de ar (RN e lactentes muito pequenos) ou 2 a 5 ml (se lactente e criança maior), conectá-la novamente à sonda, desclampar e injetar o ar, auscultando o ruído na região epigástrica; aspirar novamente o ar injetado, retirar a seringa e fechar a sonda;
- Retirar o êmbolo da seringa de 20 ml e conectá-la à sonda, mantendo-a clampada;
- Derramar o volume prescrito da dieta na seringa, desclampar a sonda e permitir que a dieta flua por gravidade, regulando a altura da seringa (entre 10 e 20 cm acima da cabeça da criança)
- Ao término da administração da dieta, remover o restante de dieta da sonda, introduzindo ar (se RN ou criança em restrição hídrica) ou água (se lactente e criança maior), sendo a quantidade a ser injetada 1,5 vezes o volume necessário para preencher a sonda;
- Clampar a sonda, remover a seringa e fechar o dispositivo da sonda;

- Reunir e encaminhar ou desprezar o material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar volume administrado no controle hídrico, bem como possível resíduo observado (características e volume) e intercorrências.

4.2 Bomba de infusão

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar a bandeja à mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Posicionar a criança em posição semi-Fowler ou em decúbito lateral direito (com cabeceira elevada a 30°);
- Calçar as luvas;
- Verificar posicionamento da sonda, por meio de ambos os testes descritos abaixo:
 - Clampar a sonda antes de abri-la, dobrando sua extremidade, conectar a seringa de 3 ou 5 ml na sonda, desclampá-la e aspirar lentamente até verificar o retorno do conteúdo gástrico, devolvendo após; e
 - Clampar a sonda, retirar a seringa de 3 ou 5 ml, preenche-la com 0,5 ml a 1 ml de ar (RN e lactentes muito pequenos) ou 2 a 5 ml (se lactente e criança maior), conectá-la novamente à sonda, desclampar e injetar o ar, auscultando o ruído na região epigástrica; aspirar novamente o ar injetado, retirar a seringa e fechar a sonda;
- Aspirar o volume prescrito da dieta na seringa de 20 ou 10 ml;
- Conectar a seringa com a dieta ao extensor e retirar o ar do mesmo;
- Clampar a sonda, abri-la, conectar o extensor na mesma e desclampar;
- Colocar a seringa na bomba de infusão, programando-a para infundir a dieta **(volume total em, no mínimo, 30 minutos)**
- Atentar para o término da infusão: quando a bomba parar, restará no extensor certo volume da dieta prescrita, que deverá ser infundido; para isso, retirar a seringa da bomba e do extensor (clampá-lo antes), preencher a seringa com uma quantidade de ar equivalente ao volume de dieta existente no extensor, conectá-la novamente ao extensor e infundir manualmente no fluxo programado;

- Clampar a sonda, remover o extensor e lavá-la, introduzindo ar (se RN ou criança em restrição hídrica) ou água (se lactente e criança maior) pela seringa, sendo a quantidade a ser injetada 1,5 vezes o volume necessário para preencher a sonda;
- Clampar a sonda, remover a seringa e fechar o dispositivo da sonda;
- Desligar a bomba de infusão, mantendo-a conectada à rede elétrica;
- Reunir e encaminhar ou desprezar o material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar volume administrado no controle hídrico, bem como possível resíduo observado (características e volume) e intercorrências.

4.3 Gastróclise

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar a bandeja à mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Posicionar a criança em posição semi-Fowler ou em decúbito lateral direito (com cabeceira elevada a 30°);
- Calçar as luvas;
- Verificar posicionamento da sonda, por meio de ambos os testes descritos abaixo:
 - Clampar a sonda antes de abri-la, dobrando sua extremidade, conectar a seringa de 3 ou 5 ml na sonda, desclampá-la e aspirar lentamente até verificar o retorno do conteúdo gástrico, devolvendo após; **e**
 - Clampar a sonda, retirar a seringa de 3 ou 5 ml, preenche-la com 0,5 ml a 1 ml de ar (RN e lactentes muito pequenos) ou 2 a 5 ml (se lactente e criança maior), conectá-la novamente à sonda, desclampar e injetar o ar, auscultando o ruído na região epigástrica; aspirar novamente o ar injetado, retirar a seringa e fechar a sonda;
- Confirmar volume da dieta com a prescrição médica;
- Conectar frasco da dieta no equipo, fazer o nível e retirar o ar;
- Conectar equipo na sonda e programar o gotejamento do **volume total em, no mínimo, 30 minutos;**

- Ao término da administração da dieta (inclusive da dieta presente no equipo), clampar a sonda e retirar o equipo;
- Remover o restante de dieta da sonda, introduzindo ar (se RN ou criança em restrição hídrica) ou água (se lactente e criança maior), sendo a quantidade a ser injetada 1,5 vezes o volume necessário para preencher a sonda;
- Clampar a sonda, remover a seringa e fechar o dispositivo da sonda;
- Reunir e encaminhar ou desprezar o material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar volume administrado no controle hídrico, bem como possível resíduo observado (características e volume) e intercorrências.

Observações:

- O teste do resíduo gástrico deve ser realizado, com o intuito de verificar a quantidade e aspecto de resíduo, em todas as crianças com alimentação enteral;
- Observar quantidade e aspecto do resíduo aspirado e proceder conforme protocolo da instituição. A seguir, descrevemos o recomendado por alguns autores:
 - Se for obtida mais da metade do volume da dieta anterior, suspender a dieta atual, observar coloração e consistência e comunicar o médico;
 - Se for obtida pequena quantidade de resíduo, devolver o aspirado e administrar a dieta (Bowden & Greenberg, 2003);
 - Se o resíduo é superior a $\frac{1}{4}$ da última dieta, devolver e tornar a verificar entre 30 a 60 min;
 - Se o resíduo for menor que $\frac{1}{4}$, fornecer a dieta do horário e comunicar se persistir nas dietas subseqüentes (WONG, 1997);
 - Qualquer quantidade aspirada é devolvida e a quantidade é subtraída da dieta atual (WONG, 1997);
 - Se o resíduo for leite digerido e inferior a 30% do total da dieta, a quantidade aspirada é devolvida e subtraída da dieta atual;

- Se o resíduo for leite digerido e igual ou superior a 30% do total da dieta, deixar a criança em pausa alimentar e comunicar o médico (bem como se o resíduo apresentar-se borráceo, bilioso ou com raias de sangue) (Collet, 2010);
- Manter a criança em decúbito dorsal, com a cabeceira elevada por 30 min a 1 h após a administração da dieta;
- As seringas e extensores utilizados deverão ser trocados a cada administração de dieta ou a cada 24 hs se limpos com água morna e detergente, secando bem após.
- Em casos que criança que precise de infusão da dieta lentamente (devido vômitos, distensão abdominal, etc) programar a bomba de infusão para infundir o volume total da dieta em 1 hora ou 2 horas (atentando para que reste 1 hora de descanso entre uma dieta e outra).
- Se o frasco com a dieta tiver uma quantidade da mesma maior que a prescrita, utilizar o volume extra para preencher o extensor, retirando o ar do mesmo; nesse caso, não será necessário infundir o volume do extensor quando a bomba de infusão parar;

LAVAGEM GÁSTRICA

1. Objetivos:

- Realizar a limpeza do estômago nos casos de ingestão de substância tóxicas ou irritantes;
- Remover conteúdo gástrico na presença de secreção borrácea, esverdeada ou sanguinolenta;
- Preparo da criança para exame e/ou cirurgia.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiro.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - SF 0.9% 100ml ou volume necessário para realização do procedimento;
 - Sonda gástrica de grosso calibre (nº 8 ou 10 para RN e lactentes, 12 a 16 para crianças maiores);
 - 01 seringa adequada ao tamanho da criança e da sonda;
 - Cuba redonda estéril;
 - Frasco coletor;
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis;
 - 1 equipo de soro (se criança maior);
 - Estetoscópio
 - 1 pacote de gazes
 - 1 ampola de SF 0,9%
- Toalha de banho;
- Suporte de soro (se criança maior);
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar a bandeja à mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade do cliente com biombos;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Posicionar a criança em posição semi-Fowler ou decúbito lateral esquerdo; se necessário, realizar contenção;
- Proteger o tórax da criança com toalha ou compressa;
- Calçar as luvas;
- Executar a sondagem oro/nasogástrica
- Se a criança já estiver sondada, verificar posicionamento da sonda, por meio de ambos os testes descritos abaixo:
 - Clampar a sonda antes de abri-la, dobrando sua extremidade, conectar a seringa de 3 ou 5 ml na sonda, desclampá-la e aspirar lentamente até verificar o retorno do conteúdo gástrico, devolvendo após; e
 - Clampar a sonda, retirar a seringa de 3 ou 5 ml, preenche-la com 0,5 ml a 1 ml de ar (RN e lactentes muito pequenos) ou 2 a 5 ml (se lactente e criança maior), conectá-la novamente à sonda, desclampar e injetar o ar, auscultando o ruído na região epigástrica; aspirar novamente o ar injetado, retirar a seringa e fechar a sonda;
- Proceder a lavagem de acordo com a idade da criança: se for criança maior de 5 anos:
 - Conectar o equipo no frasco de soro fisiológico 0.9% e realizar o nível;
 - Conectar a sonda ao equipo, e infundir um volume de 3 a 5ml/kg até no máximo 150 a 200 ml;
 - Fechar a pinça rolete do equipo após ter sido infundida a quantidade de soro indicada,
 - Desconectar o equipo do soro fisiológico a 0.9%;
 - Conectar a extensão do frasco coletor a sonda e deixar em drenagem espontânea até que não saia mais conteúdo gástrico;

- Repetir os procedimentos de infusão e drenagem até que o retorno do conteúdo gástrico seja límpido;
- Lavar com 20 ml de água e clampar a sonda;
- Se for criança menor de 5 anos:
 - Preencher a seringa com soro (utilizar para drenagem 10 ml de soro / Kg);
 - Conectar a seringa na sonda e instilar seu conteúdo;
 - Retirar a seringa e deixar drenar o conteúdo dentro do frasco de drenagem;
 - Repetir os procedimentos de infusão e drenagem até que o retorno do conteúdo gástrico seja límpido
- Retirar a sonda;
- Reposicionar o cliente;
- Recompor a unidade;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Realizar o registro do procedimento, destacando: o horário, volume de soro infundido, as características do líquido de retorno gástrico, bem como, as intercorrências se houverem.

Observações:

- Medir o volume drenado para certificar-se de que o mesmo não é menor que o volume introduzido;
- Se ao posicionar a sonda para drenagem a mesma não ocorrer espontaneamente, realizar leve aspiração com a seringa.
- Utiliza-se seringa de 3 ou 5ml para RN, de 5 ou 10ml para lactente e de 20 ml para crianças maiores, a depender do tamanho da criança e da sonda.

ANTROPOMETRIA

1. Objetivos

- Monitorar crescimento;
- Calcular índice de massa corporal;
- Fornecer a base para o cálculo de dosagem de medicamentos;
- Auxiliar no diagnóstico de diferentes problemas de saúde.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

VERIFICAÇÃO DE PESO:

3. Materiais:

- Balança
- Papel toalha
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

Se balança infantil mecânica:

- Lavar as mãos;
- Aferir a balança, colocando os massores de quilograma e de grama no ponto zero e mantendo o fiel nivelado;
- Travar a balança abaixando o pino da trava;
- Explicar o procedimento aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Forrar a bandeja da balança com papel toalha;

- Despir a criança, retirando inclusive a fralda e colocá-la na balança; quando estiver realizando a pesagem, mantenha uma das mãos diretamente acima da criança; contudo, evite tocar a criança, o que pode afetar a exatidão da pesagem;
- Destruar a balança levantando o pino da trava;
- Mover os massores até ocorrer o nivelamento do fiel, verificando o peso do cliente;
- Travar a balança novamente;
- Retirar a criança da balança e vesti-la;
- Colocar os massores da balança no ponto zero e travá-la;
- Jogar o papel toalha no lixo;
- Limpar a balança com álcool a 70%, se houver contaminação com fluidos corporais;
- Lavar as mãos;
- Anotar os valores antropométricos no prontuário do cliente.

Se balança infantil digital:

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Forrar a balança com papel toalha;
- Ligar a balança, certificando-se que a mesma está tarada;
- Colocar a criança despida no centro da balança e aguardar que o valor do peso fique fixo (não oscile muito); quando estiver realizando a pesagem, mantenha uma das mãos diretamente acima da criança; contudo, evite tocar a criança, o que pode afetar a exatidão da pesagem;
- Retirar a criança da balança e vesti-la;
- Jogar o papel toalha no lixo;
- Limpar a balança com álcool a 70%;
- Lavar as mãos;
- Anotar os valores antropométricos no prontuário do cliente.

**Se balança vertical:**

- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Aferir a balança, colocando os massores de quilograma e de grama no ponto zero e mantendo o fiel nivelado;
- Travar a balança abaixando o pino da trava;
- Forrar o piso da balança com papel toalha;
- Solicitar que a criança retire os sapatos e suba na balança, posicionando-se de frente para a escala antropométrica com o corpo ereto, olhando para frente, com os pés unidos e os membros superiores estendidos ao longo do corpo;
- Destruar a balança levantando o pino da trava;
- Mover os massores até ocorrer o nivelamento do fiel, verificando o peso da criança;
- Travar a balança novamente;
- Retirar a criança da balança e vesti-la;
- Colocar os massores da balança no ponto zero e travá-la;
- Jogar o papel toalha no lixo;
- Limpar a balança com álcool a 70%;
- Lavar as mãos;
- Anotar os valores antropométricos no prontuário do cliente.

Observação:

- Preferencialmente, pesar a criança em jejum, na mesma balança, antes do banho;
- As crianças até 36 meses de idade deve ser pesadas totalmente despidas.

VERIFICAÇÃO DE ESTATURA / COMPRIMENTO

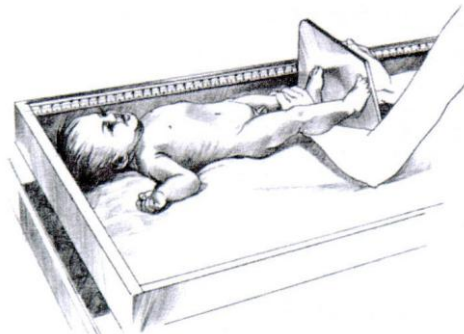
3. Materiais:

- Régua antropométrica
- Papel toalha

4. Descrição do procedimento:

Antropômetro horizontal:

- Lavar as mãos.
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
- Forrar a superfície em que colocará a criança com o papel toalha.
- Posicionar a criança em decúbito dorsal, com a cabeça encostada na parte fixa da régua; segurar a cabeça da criança voltada para cima.
- Estender ao máximo possível os membros inferiores, a fim de obter uma medição adequada.
- Trazer a parte móvel da régua até a planta dos pés da criança.
- Desprezar o papel toalha.
- Limpar a régua antropométrica com álcool a 70% após o uso, se houver contaminação com fluidos corporais.
- Lavar as mãos.
- Registrar a estatura na folha de controles ou gráfico de crescimento.



Antropômetro vertical:

- Lavar as mãos.

- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
- Forrar o piso da balança com o papel toalha.
- Solicitar que a criança retire os sapatos e suba na balança, posicionando-se de costas para a escala antropométrica com o corpo ereto, olhando para frente, com os pés unidos e os membros superiores estendidos ao longo do corpo;
- Levantar a haste do antropômetro mantendo o braço da régua lateralmente, ultrapassando a cabeça da criança;
- Girar o braço da régua para frente e abaixar a haste do antropômetro lentamente, até o braço da régua encostar na cabeça da criança;
- Travar a régua de graduação e verificar a estatura;
- Auxiliar a criança a descer da balança e a calçar os sapatos;
- Abaixar a haste do antropômetro;
- Desprezar o papel toalha.
- Lavar as mãos.
- Registrar a estatura na folha de controles ou gráfico de crescimento.

PERÍMETRO CEFÁLICO

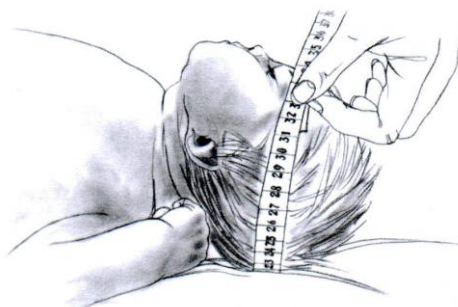
3. Material:

- Fita métrica

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
- Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
- Forrar a superfície em que colocará a criança com o papel toalha.
- Posicionar a criança decúbito dorsal, com a cabeça voltada para cima.
- Meça a cabeça em seu maior perímetro, geralmente um pouco acima das sobrancelhas e pavilhões auriculares e ao redor da proeminência occipital na face posterior da cabeça (vide figura).
- A fita métrica não deve permanecer apertada, para não aferir medida incorreta.

- Registrar o perímetro cefálico na folha de controles ou gráfico de crescimento.
- Limpar a fita métrica com álcool a 70% após o uso.



PERÍMETRO TORÁCICO

3. Material:

- Fita métrica

5. Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos
2. Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
3. Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
2. Forrar a superfície em que colocará a criança com o papel toalha.
1. Colocar a fita métrica ao redor do tórax do RN, passando pelas escápulas, abaixo da axila e em cima dos mamilos (vide figura). A fita métrica não deve permanecer apertada, para não aferir medida incorreta.
2. Registrar o perímetro torácico na folha de controles do RN.
3. Limpar a fita métrica com álcool a 70% após o uso.



ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA (ID)

1. Objetivo:

Via utilizada comumente para verificação de sensibilidade e alergias e para reações de hipersensibilidade e vacina BCG.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - seringa tipo insulina (1 ml)
 - agulha 10 x 0.45mm ou 13 x 0,45 mm
 - medicamento prescrito
 - 1 bola de algodão embebido em álcool
 - 1 bola de algodão seco
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos;
- Aspirar a medicação no posto de enfermagem;
- Reunir o material e levar a bandeja à mesa de cabeceira;
- Conferir o medicamento, paciente, via, dose e horário;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
- Calçar as luvas;
 - Pedir à criança que estenda o braço, expondo a parte ventral do antebraço para selecionar o local da injeção, ou posicione-a. Se necessário, realizar contenção.
 - Limpar o local da injeção com algodão embebido em álcool.
 - Com o polegar da mão não-dominante, esticar a pele para baixo, inclinando-a em direção à mão do paciente.

- Inserir a agulha abaixo da epiderme, em um ângulo de 15°, parando quando a ponta do bisel estiver embaixo da pele. Fazer de forma a poder ainda ver o contorno da agulha embaixo da pele.
- Devagar injetar a solução, observando a formação de pápula.
- Retirar a agulha no mesmo ângulo em que esta foi inserida. Caso tenha alguma gota, enxugar com algodão seco.
- Colocar a crianças em posição confortável.
- Desprezar agulhas e seringas em recipiente de material cortante.
- Registrar a data, hora, tipo do medicamento e assinar.

Observações:

- O local deve ter pouca pigmentação, ser pobre em pêlos, Ter pouca vascularização superficial e ser de fácil acesso para leitura dos resultados das reações aos alérgenos introduzidos. A área mais utilizada é a face ventral do antebraço ou a porção inferior do deltóide (para BCG).
- As soluções devem ser cristalinas e isotônicas. O volume máximo indicado é 0,1 ml para RN e lactentes e 0,5ml para crianças maiores.
- Não administrar a injeção se a pele do paciente não estiver completamente seca, porque a água ou umidade na pele pode inativar o antígeno.
- Não injetar a solução até que você tenha inserido a agulha além do bisel, evitando assim possível vazamento.
- Não retirar a agulha em um ângulo diferente daquele em que você inseriu.
- Não massagear o local da injeção pois você poderá irritar o tecido subjacente, o qual pode afetar o resultado do teste e espalhar a medicação.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA (SC)

1. Objetivo:

Administrar soluções com drogas que não necessitam ser absorvidas tão rapidamente e assegurar uma absorção contínua e segura.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - seringa 1 ml
 - agulha 13 x 0,45 mm ou 13 x 0,38 mm
 - medicamento prescrito
 - algodão embebido em álcool e algodão seco
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos;
- Aspirar a medicação no posto de enfermagem;
- Conferir o medicamento, paciente, via, dose e horário;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
- Calçar as luvas;
- Pedir à criança que fique na posição adequada ou posicione-a. Se necessário, realizar contenção.
- Realizar a anti-asepsia da região selecionada com algodão e álcool em movimento único ou circular.
- Segurar a pele e realizar a prega cutânea com a mão não-dominante.
- Com a mão dominante, introduzir a agulha em um ângulo de 90° (ou 45°, se criança com pequena quantidade de tecido adiposo) com um movimento rápido.

- Puxar o êmbolo na tentativa de verificar se a agulha está alcançando algum vaso sanguíneo. Caso não haja retorno de sangue, injetar a solução em fluxo contínuo, lentamente. Se retornar sangue, retirar a agulha e preparar novamente outra medicação.
- Colocar algodão seco ou gaze sobre o local e exercer uma pressão leve, retirando a agulha no mesmo ângulo em que esta foi introduzida.
- Colocar a criança em posição confortável.
- Desprezar agulhas e seringas em recipiente de material cortante.
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Registrar a data, hora, tipo do medicamento e assinar.

Observação:

- A droga pode estar em veículo aquoso ou oleoso, em estado solúvel ou suspensão e ser coloidal ou cristalina, mas deve ser sempre uma solução isotônica;
- Os volumes máximos que podem ser administrados por essa via são: 0,5 ml em RNs, lactentes e crianças pequenas e 1 ml para pré-escolar e escolar (Bowden & Greenberg, 2003);
- O ângulo para aplicação depende da quantidade de tecido subcutâneo, do local de aplicação e do comprimento da agulha.
- Se houver grande volume do medicamento, pode ser necessário dividir o volume prescrito em mais de uma aplicação;
- Os locais mais utilizados são: face externa e posterior do braço, parede abdominal, região escapular e infraescapular e face lateral externa da coxa; essa via é utilizada para qualquer idade;
- Caso tenha atingido algum vaso sanguíneo ao introduzir a agulha, retirá-la do local, trocá-la e realizar o procedimento em outro local; o não respeito a esse cuidado poderá ocasionar embolias, pela introdução na circulação sanguínea de cristais de drogas em suspensão ou substâncias oleosas;
- O local de aplicação deve ser revezado, quando utilizado por período indeterminado.
- É desaconselhável massagear após a aplicação, a fim de evitar a absorção mais rápida.

DILUIÇÃO / RECONSTITUIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARENTERAIS

1. Objetivos:

- Diluir medicamentos líquidos para que se tornem menos irritantes;
- Reconstituir medicamentos em pó liofilizado, possibilitando sua aplicação parenteral.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Medicamento prescrito
 - Diluente
 - Seringa adequada ao volume de medicamento
 - Agulha 25 x 0,8 mm
 - 2 bolas de algodão embebido em álcool 70 %

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos.
- Reunir o material e levá-lo ao posto de enfermagem, em uma superfície limpa e destinada ao preparo de medicações.
- Abrir o invólucro da seringa e testá-la, sem tocar no bico e no corpo do êmbolo; recolocá-la dentro do invólucro.
- Abrir o invólucro da agulha, mantendo-a com a capa protetora, conectá-la à seringa e testar.
- Se medicamentos em pó liofilizado:
 - Retirar o lacre metálico central do frasco da ampola e fazer desinfecção da tampa do frasco com algodão embebido em álcool 70%.
 - Fazer desinfecção do gargalo da ampola e quebrá-lo.
 - Retirar o protetor da agulha, sem contaminar a cânula e o bisel da mesma.

- Injetar o diluente no frasco. Atentar-se ao volume, ou seja, para não exceder o volume prescrito é preciso injetar um volume menor.
 - Homogeneizar a solução, com movimentos circulares.
 - Aspirar todo o volume diluído e em seguida completar com SF para o volume prescrito.
 - Devolver toda a solução para o frasco e aspirar a dose prescrita do medicamento
 - Retirar o ar da seringa, certificando o volume aspirado.
- Se medicamento líquido:
 - Fazer desinfecção do gargalo das ampolas com algodão embebido em álcool 70% e quebrá-los.
 - Retirar o protetor da agulha, sem contaminar a cânula e o bisel da mesma.
 - Aspirar a dose prescrita do medicamento.
 - Retirar o ar da seringa, certificando o volume de medicamento aspirado.
 - Aspirar a quantidade de diluente desejada.
 - Girar seringa entre a palma das mãos para obter uma mistura homogênea do medicamento.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR (IM)

1. Objetivos:

- Administrar soluções com substâncias irritantes, em doses superiores a 1,5 ml (mas iguais ou inferiores a 5 ml) e para efeitos rápidos ou maiores efeitos farmacológicos;
- Administrar drogas potentes e tóxicas, bem como suspensões aquosas ou soluções oleosas.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - seringa 1, 3 ou 5 ml (de acordo com o volume a ser administrado)
 - agulha 25 x 0,8 mm ou 30 x 0,8mm para aspirar medicação
 - agulha de tamanho apropriado ao tamanho do músculo e viscosidade do medicamento (agulha 20x 0,55mm, agulha 25x 0,60mm, agulha 25x 0,70mm, 25x 0,80mm)
 - medicamento prescrito e diluente, se houver
 - algodão embebido em álcool
 - algodão seco
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos;
- Diluir e aspirar a medicação no posto de enfermagem;
- Reunir o material e levar a bandeja à mesa de cabeceira;
- Conferir o medicamento, paciente, via, dose e horário;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;

- Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
- Avaliar as condições do músculo para aplicação do medicamento e selecionar a região mais adequada.
- Orientar a criança sobre a melhor posição para receber o medicamento e ajudá-la a ocupar a posição adequada. Se necessário, posicioná-la ou realizar contenção.
- Calçar luvas.
- Delimitar a região*;
- Fazer a anti-sepsia (movimento firme e único, de cima para baixo, ou movimento circular).
- Distender a pele e pinçar o músculo, exceto na região Ventroglútea.
- Introduzir a agulha com a angulação recomendada, utilizando movimento firme e único.
- Soltar o músculo e tracionar o êmbolo.
- Pressionar o êmbolo injetando o medicamento.
- Firmar a pele com algodão seco e retirar a agulha com movimento firme, único e rápido.
- Fazer compressão no local com algodão seco ate provocar hemostasia.
- Colocar a criança em posição confortável.
- Desprezar agulhas e seringas em recipiente de material cortante.
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Registrar a data, hora, tipo do medicamento e assinar.

* Delimitação das regiões:

- **Região Ventroglútea**

Dedo médio sobre a crista ilíaca, deixar a palma da mão cair naturalmente sobre o trocânter do fêmur, afastar o dedo indicador apontando-o para a espinha ilíaca ântero-superior: fazer a aplicação no centro do triangulo formado pelos dedos médio e indicador, introduzindo a agulha levemente voltada para a crista ilíaca em um ângulo entre 72º e 90º .

- **Região Dorsoglútea**

Traçar linha imaginária da espinha ilíaca postero-superior ao trocânter do fêmur. Fazer a aplicação no ponto médio acima da linha imaginária, introduzindo a

agulha com ângulo de 90° em relação a superfície em que o paciente está deitado.

- **Região do Vasto Lateral da Coxa**

Traçar linha média na parte anterior da coxa e linha média na parte lateral, dividir o espaço entre o trocânter e o joelho em três partes iguais. Fazer aplicação no terço médio, introduzindo a agulha com o ângulo de 45° a 60° em RN, lactentes e infantes e em um ângulo entre 60° e 90° em crianças maiores, voltada em direção podálica.

- **Região Deltóidea**

Traçar linha paralela 3,5 a 5 cm (aproximadamente 3 dedos) abaixo do acrômio. Identificar a inserção inferior do deltóide e traçar duas linhas em diagonal de modo que se encontrem na inserção inferior do deltóide e formem um triangulo imaginário com a linha paralela. Fazer a aplicação na face supero-lateral do deltóide, introduzindo a agulha com ângulo aproximado de 90°.

Observações:

- Para a escolha do local, deve-se considerar:
 - distância em relação a vasos e nervos importantes;
 - musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
 - espessura do tecido adiposo;
 - idade do paciente;
 - irritabilidade da droga;
 - atividade do paciente.
- **Locais de aplicação:** crianças em diferentes faixas etárias apresentam peculiaridades anatômicas, sendo necessário estabelecer prioridades dos locais por faixa etária:

GRUPO ETÁRIO	LOCAL			
	Ventro-glútea	Vasto-lateral	Dorso-glútea	Deltóide
0 – 2 anos	1º	2º	Contra-indicado	Contra-indicado
2 – 10anos	1º	3º	2º	Contra-indicado
Maiores de 10 anos	1º	3º	2º	4º

- **Volume máximo e comprimento da agulha:**
 - Ventroglúteo:
 - RN e Lactentes: 0,5 ml; 15 mm
 - Infante: 1,0 ml; 15-25 mm
 - Pré-escolar: 1,5 ml; 25 mm
 - Escolar: 1,5 a 2,0 ml; 25 a 30 mm
 - Dorso glúteo:
 - Escolar: 1,5 a 2,0 ml; 15 a 30 mm
 - Vasto lateral da coxa
 - RN e Lactentes: 0,5 ml; 15 mm
 - Infante: 0,5 a 1,0 ml; 15 a 25 mm
 - Pré-escolar: 1,0 ml; 25 mm
 - Escolar: 1,5 a 2,0 ml; 25 mm
 - Deltóide
 - Escolar: 0,5 a 1,0 ml; 15 a 25 mm
- O calibre da agulha é escolhido de acordo com a viscosidade do medicamento, sendo que substâncias mais viscosas requerem um calibre maior.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA (EV)

1. Objetivos:

- Administrar volumes de líquidos maiores que a capacidade de absorção do músculo;
- Administrar substâncias irritantes que poderiam causar necrose tecidual se inoculadas por outras vias;
- Obter uma ação imediata do medicamento ou droga inoculado.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Seringa de tamanho adequado ao volume de solução
 - 1 seringa 3 ml
 - 2 agulhas 25 x 0,8mm, para aspirar medicação
 - 2 agulhas de menor calibre (somente em caso de acesso intermitente com plug)
 - 1 ampola de SF 0,9 %
 - medicamento prescrito e diluente, se houver
 - 3 bolas de algodão embebido em álcool
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis
- Acesso venoso pérvio, sem sinais de extravasamento e infecção
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos.
- Reunir o material e levá-lo ao posto de enfermagem, em uma superfície limpa e destinada ao preparo de medicações.
- Aspirar SF 0,9% na seringa de 3 ml e a medicação na outra seringa, conforme procedimento ____ (lembre-se de trocar as agulhas 25 x 0,8 mm pelas de menor calibre, após aspirar, em caso de acesso intermitente com plug);
- Conferir o medicamento, paciente, via, dose e horário;

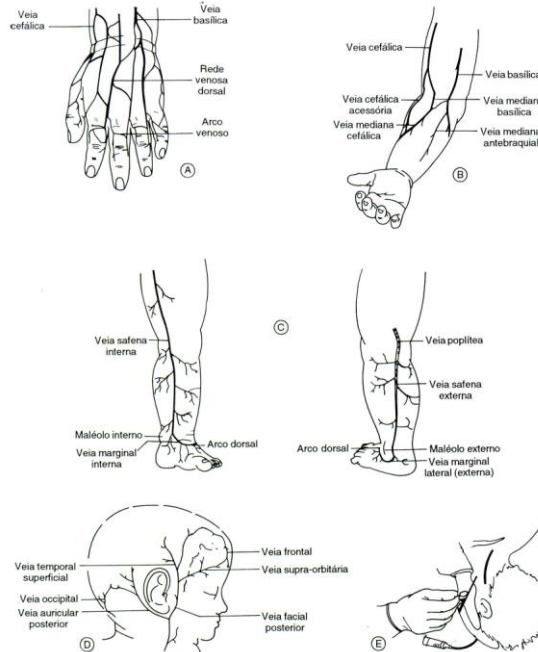
- Dirigir-se à unidade da criança;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
- Calçar as luvas de procedimento não-estéreis;
- Inspeccionar acesso venoso em relação aos sinais de infecção e extravasamento;
- Se o acesso estiver com plug conectado ao abbocath® :
 - Realizar a desinfecção do diafragma de borracha do plug com algodão embebido em álcool 70% com movimento rotatório único e esperar secar;
 - Introduzir a agulha conectada à seringa de 3 ml no diafragma de borracha e injetar 1 a 2 ml de SF 0,9% para checar permeabilidade do acesso;
 - Retirar a seringa com soro e introduzir a seringa com a medicação, administrando lentamente e observando surgimento de edema, hiperemia e reações adversas imediatas;
 - Retirar a seringa com medicação e lavar o acesso com mais 1 a 2 ml de SF 0,9%.
- Se o acesso estiver com torneirinha conectada ao abbocath®:
 - Retirar a tampa protetora de uma das vias da torneirinha que esteja fechada e conectar a seringa de 3 ml;
 - Abrir a via e injetar 1 a 2 ml de SF 0,9% para checar permeabilidade do acesso, fechando a via novamente após a checagem;
 - Retirar a seringa com soro e conectar a seringa com a medicação;
 - Abrir a via e administrar lentamente, observando surgimento de edema, hiperemia e reações adversas imediatas; fechar a via novamente ao término da administração;
 - Retirar a seringa com medicação, conectar a seringa de 3 ml, abrir a via e salinizar o acesso com mais 1 a 2 ml de SF 0,9%;
 - Fechar a via e recolocar a tampa protetora.
- Se o acesso estiver com scalp salinizado:
 - Clampar o scalp (dobrando sua extensão próxima à extremidade distal), retirar a tampa protetora e conectar a seringa de 3 ml;
 - Desclampar e injetar 1 a 2 ml de SF 0,9% para checar permeabilidade do acesso, clampando novamente após a checagem;

- Retirar a seringa com soro e conectar a seringa com a medicação;
 - Desclampar e administrar lentamente, observando surgimento de edema, hiperemia e reações adversas imediatas; clampar novamente ao término da administração;
 - Retirar a seringa com medicação, conectar a seringa de 3 ml, desclampar e salinizar o acesso com mais 2 ml de SF 0,9%;
 - Clampar e recolocar a tampa protetora, desclampando após.
- Colocar a criança em posição confortável.
 - Desprezar agulhas e seringas em recipiente de material cortante.
 - Retirar as luvas e lavar as mãos;
 - Registrar a data, hora, tipo do medicamento e assinar.

Observações:

- São administradas por essas vias substâncias como sais orgânicos solúveis, eletrólitos e substâncias com propriedades osmóticas (soluções hipertônicas, hipotônicas e isotônicas);
- A solução a ser administrada deve ser límpida, transparente, não oleosa e não deve conter cristais visíveis em suspensão.
- Em caso de acesso intermitente com plug, deve-se realizar a troca da agulha, após aspirar a medicação, por uma de menor calibre a fim de evitar a perda do poder de vedação do diafragma de borracha do plug;
- A aplicação de medicação por via endovenosa em pediatria pode ser realizada de diferentes maneiras a depender da condição clínica da criança (restrição de volume de líquidos por exemplo) e tipo de droga a ser administrada (algumas podem ser feitas em bolus outras precisam ser rediluídas novamente e administradas lentamente).
- Se for necessário administrar o medicamento lentamente deve-se providenciar uma bureta (equipo de microgotas) ou uma bomba de infusão de pequeno volume (bomba de seringa)
- As veias mais utilizadas para administração de medicação são:
 - Região cefálica (couro cabeludo) e região cervical (pescoço);
 - Região dos membros superiores: braço (cefálica e basílica e antebraço (veia cefálica, veia cefálica acessória, veia basílica, veia intermediária do antebraço);

- Região da mão: marginal e rede do dorso da mão;
- Região dos membros inferiores: perna (safena magna e tibial anterior) e pé (rede do dorso do pé) conforme figuras abaixo.



PUNÇÃO VENOSA

1. Objetivos:

- Obter um acesso venoso para administração de medicamentos, líquidos ou hemoderivados pela via endovenosa;
- Obter amostra de sangue para exames.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Seringa 3 ml
 - 1 ampola de SF 0,9 %
 - Scalp (23, 25 ou 27 G) ou abbocath® (22 ou 24 G)
 - Algodão embebido em álcool a 70%
 - Esparadrapo ou adesivo hipoalergênico
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis
 - Tala forrada
- Biombos / sala reservada

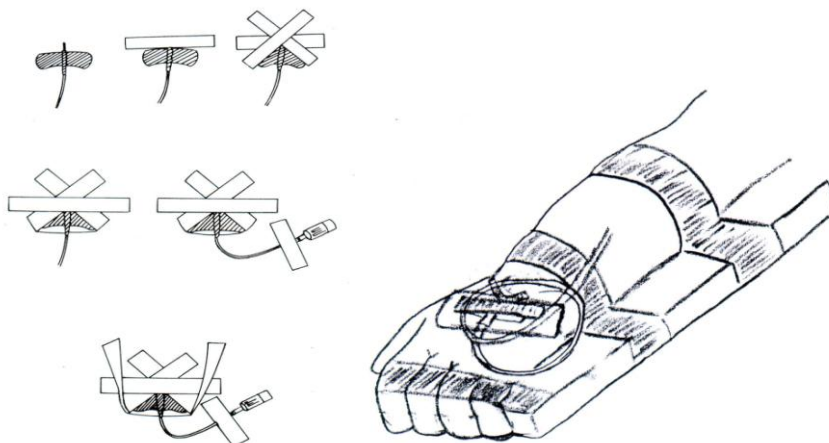
4. Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos;
2. Reunir o material e levar a bandeja à mesa de cabeceira;
3. Conferir o medicamento, paciente, via, dose e horário;
4. Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
5. Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
6. Cortar o esparadrapo ou adesivo hipoalergênico para fixação;
7. Conectar o scalp à seringa preenchida com SF0,9% e pressionar o êmbolo para retirar o ar do scalp;
8. Posicionar a criança em decúbito dorsal (se necessário, restringi-la).

9. Após a seleção da veia a ser puncionada, realizar o garroteamento, atentando para que o mesmo seja feito com as mãos de uma pessoa auxiliar, no caso de RN ou lactente (não utilizar garrotes).
10. Calçar as luvas.
11. Realizar antisepsia do local escolhido com álcool a 70%, no sentido do retorno venoso, com movimento único.
12. Remover o protetor do scalp ou abbocath®.
13. Estirar a pele próxima ao local escolhido a fim de fixar a veia.
14. Puncionar com o bisel voltado para cima, introduzindo a agulha num ângulo de 30° a 45°, posicionando a agulha de maneira paralela à veia assim que puncioná-la.
15. Observar o retorno de sangue pelo scalp (o que pode não ocorrer em RN).
16. Desgarrotear o membro.
17. Introduzir o SF0,9%, pressionando o êmbolo da seringa lentamente; a punção será confirmada se não houver resistência e extravasamento da solução.
18. Conectar o equipo de soro (em caso de soroterapia) ou conectar a seringa contendo medicação.

Em caso do uso do abbocath®: Realizar os procedimentos de 1 a 14 (não precisa conectar a seringa com SF0,9% previamente à punção para retirar o ar), atentando para que, quando houver refluxo de sangue, o mandril deverá ser segurado na posição em que se encontra e o cateter deverá ser introduzido lentamente, para não transfixar a veia. Assim que for completamente introduzido o cateter, o mandril deverá ser retirado. Após sua retirada, realizar uma pressão suave sobre a veia para evitar que o sangue reflua e conectar a seringa de 3 ml com SF0,9%, introduzindo o conteúdo lentamente e verificando se não ocorre extravasamento. Ao confirmar a punção, conectar o equipo de soro (em caso de soroterapia) ou conectar a seringa contendo medicação.

19. A fixação da punção deverá ser realizada com esparadrapo ou adesivo hipoalergênico e tala, conforme desenho abaixo:

**Observações:**

- Caso criança esteja com medicação por via endovenosa intermitentemente, poderá ser salinizado o acesso, utilizando-se SF 0,9%.
- Em uso de dispositivo sem agulha (Abocath®) – conectar o plug que fecha o acesso, realizar a limpeza do diafragma de borracha do mesmo com álcool a 70% e introduzir de 1 a 2 ml de soro fisiológico 0,9% ou conectar uma “torneirinha” já preenchida com soro fisiológico 0,9%.
- O acesso venoso periférico deverá ser trocado a cada 3 dias.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL (VO)

1. Objetivos:

- Administrar medicamentos de forma menos invasiva e traumática em crianças que apresentam trato gastrointestinal íntegro.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Medicamento prescrito
 - água fervida
 - Seringa de 3 ml
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos.
- Confirmar prescrição do medicamento (paciente, horário, via, quantidade prescrita).
- Reunir o material e levá-lo ao posto de enfermagem, em uma superfície limpa e destinada ao preparo de medicações.
- Diluir o medicamento (pó, comprimido ou gotas) um volume pequeno (não ultrapassar 2 ml)
- Aspirar medicamento com a seringa de 3 ml;
- Dirigir-se à unidade da criança;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Sentar e segurar a criança no colo, em posição ortostática, com a cabeça elevada (realizar contenção se necessário);
- Introduzir a seringa na boca da criança, lateralizando-a na cavidade oral, em direção à bochecha;

- Introduzir o medicamento lentamente, respeitando o tempo de deglutição da criança;
- Recompôr a unidade;
- Descartar os materiais;
- Lavar as mãos,
- Checar na prescrição o horário em que realizou a medicação.
- Registrar/anotar procedimento e possíveis intercorrências.

Observações:

- Quanto menor o volume total a ser administrado ao RN, mais sucesso será obtido, pois ele poderá não aceitar por Via Oral grande volume de medicação.
- Se medicamento em apresentação de comprimidos, macerá-lo ainda dentro do invólucro para minimizar perdas e contaminação;
- Apenas comprimidos com sulco podem ser divididos; para os outros comprimidos, diluí-los em certa quantidade de água e realizar cálculos para aspirar a dosagem exata;
- Não macerar medicações de liberação prolongada ou com revestimento entérico;
- O medicamento poderá ser oferecido no copinho ou colher, se criança maior e colaborativa;
- Em caso de medicamento de gosto desagradável oferecer algo doce após, se não estiver contra-indicado.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA RETAL

1. Objetivos:

- Administrar medicamentos na forma de supositórios ou enemas para serem absorvidos no reto e cólon, em crianças incapazes de tolerar a via oral e sem via parenteral disponível;

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Seringa
 - Sonda retal nº 6 ou 8 (se a apresentação do medicamento não for em supositórios)
 - Medicamento
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos.
- Confirmar prescrição do medicamento (paciente, horário, via, quantidade prescrita).
- Reunir o material e levá-lo ao posto de enfermagem, em uma superfície limpa e destinada ao preparo de medicações.
- Diluir medicamento no volume prescrito (caso seja necessário).
- Aspirar medicamento na seringa e conectar na sonda retal, retirando ar da mesma.
- Dirigir-se à unidade da criança;
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender;
- Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
- Calçar as luvas de procedimento não-estéreis;

- Posicionar a criança maior em decúbito lateral esquerdo com a perna direita flexionada (posição de Sims) ou em posição genupeitoral, no caso de RN e lactentes;
- Se sonda retal:
 - Lubrificar a extremidade da sonda retal a ser inserida com lubrificante hidrossolúvel;
 - Afastar as nádegas da criança com a mão não-dominante;
 - Introduzir a sonda retal lentamente, em direção ao umbigo da criança;
 - Introduzir medicamento lentamente;
 - Retirar a seringa e deixar que o restante do medicamento seja introduzido pela gravidade ou injetar ar na sonda, tomando o cuidado de que ele não alcance o reto;
 - Retirar a sonda e aproximar as nádegas com as mãos por alguns minutos;
- Se supositório:
 - Abrir o invólucro do supositório;
 - Aplicar lubrificante hidrossolúvel no supositório, se o mesmo não for lubrificado;
 - Afastar as nádegas da criança com a mão não-dominante;
 - Introduzir delicadamente supositório (primeiro o ápice) via retal, utilizando o dedo mínimo em RN e lactentes e o indicador em crianças maiores;
 - Aproximar as nádegas com as mãos por alguns minutos;
- Recompor a criança e a unidade;
- Reunir e desprezar o material;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Checar na prescrição o horário em que realizou a medicação;
- Registrar/anotar procedimento e possíveis intercorrências.

Observações:

- Volume máximo a ser administrado:
 - RN e lactente: 150 a 250 ml
 - Pré-escolar: 250 a 350 ml
 - Escolar: 350 a 500 ml
 - Adolescente: 500 a 750 ml
- Extensão de introdução da sonda retal:

- RN e lactente: 2,5 cm
- Criança pequena (11 a 30 Kg): 5,0 cm
- Criança maior (31 a 50 Kg): 7,5 cm

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIATÓPICA

1. Objetivos:

- Administrar medicamentos para serem absorvidos pelo suprimento sanguíneo da pele.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - gaze
 - medicamento
 - 1 par de luvas de procedimento não-estéreis
- Biombos (se houver exposição corporal da criança)

4. Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Conferir medicamento prescrito (paciente, horário, via e quantidade prescrita).
3. Reunir o material e levá-lo à mesa de cabeceira da criança.
4. Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
5. Proteger a unidade com biombos se houver exposição corporal.
6. Calçar as luvas de procedimento não-estéreis;
7. Colocar medicamento na gaze.
8. Aplicar no local indicado.
9. Caso necessário, realizar a oclusão do local onde foi aplicado o medicamento.
10. Recompôr a unidade e desprezar os materiais.
11. Retirar as luvas e lavar as mãos.
12. Checar na prescrição o horário em que realizou a medicação.
13. Registrar/anotar procedimento e possíveis intercorrências.

Observações:

- Se medicamento em pó, pulverizá-lo sobre o local, certificando-se de que a cabeça da criança esteja lateralizada para o lado oposto, de forma a não haver inalação do pó.

ADMINISTRAÇÃO DE AEROSOL

1. Objetivos:

- Administrar medicamentos aerossolizados a serem absorvidos pelo pulmão de crianças com sofrimento respiratório agudo ou com fluxo respiratório diminuído.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Medicamento
 - 1 ampola de SF 0,9%
 - Conjunto de inalação (frasco, máscara e extensão)
- Fonte de ar comprimido ou **oxigênio (apenas se prescrito)**

4. Descrição do procedimento:

- Lavar as mãos.
- Conferir medicamento prescrito (paciente, horário, via e quantidade prescrita).
- Reunir o material e levá-lo à mesa de cabeceira da criança.
- Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
- Calçar as luvas de procedimento não-estéreis;
- Colocar medicamento e SF 0,9% conforme prescrição médica no frasco de inalação.
- Conectar extensão ao frasco e na saída de ar comprimido e regule o fluxo entre 5 a 10 l/min, observando a formação de névoa;
- Ajustar a máscara de maneira que esta contemple nariz e boca da criança, evitando escape do medicamento (se necessário, segurar a máscara).
- Recompôr a unidade e desprezar os materiais.
- Retirar as luvas e lavar as mãos.
- Checar na prescrição o horário em que realizou a inalação.

- Registrar/anotar procedimento e possíveis intercorrências.

Observações:

- Criança no ventilador mecânico – conectar frasco de aerossol no O₂ sem a máscara e conectar intermediário. Este deverá ser colocado entre a cânula oro traqueal (COT) e extensão do ventilador.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OTOLÓGICA

1. Objetivos:

- Administrar medicamentos destinados à ação local no conduto auditivo.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Medicamento prescrito
 - Gaze
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos
2. Conferir medicamento prescrito (paciente, horário, via e quantidade prescrita)
3. Reunir o material e levá-lo à mesa de cabeceira da criança.
4. Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
5. Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
6. Calçar as luvas de procedimento não-estéreis.
7. Posicionar a criança em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada.
8. Estender o conduto auditivo externo:
 - Se crianças menores de 3 anos de idade: tracionar o lóbulo da orelha para baixo e para trás;
 - Se crianças com 3 anos de idade ou mais: tracionar a parte superior do pavilhão auditivo para cima e para trás.
9. Instilar medicamento, atentando para que o mesmo permaneça no conduto auditivo interno, evitando que medicamento retorne.
10. Massagear delicadamente o trago (área anterior ao canal auditivo).
11. Utilizar a gaze para retirar excesso do medicamento.

12. Manter a criança em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada por 2 a 3 minutos
13. Reconstituir a unidade e desprezar os materiais.
14. Retirar as luvas e lavar as mãos.
15. Checar na prescrição o horário em que realizou a medicação.
16. Registrar/anotar o procedimento e possíveis intercorrências.

Observações:

- Não administrar medicamento otológico frio; aquecer a solução friccionando delicadamente o frasco entre as mãos antes de administrar.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA OFTÁLMICA

1. Objetivos:

- Administrar medicamentos destinados à ação local no globo ocular e conjuntivas.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Medicamento prescrito
 - Gaze
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Conferir medicamento prescrito (paciente, horário, via e quantidade prescrita)
3. Reunir o material e levá-lo à mesa de cabeceira da criança.
4. Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
5. Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
6. Posicionar a criança em decúbito dorsal;
7. Se necessário, realizar limpeza ocular com gaze estéril e SF09,%;
8. Expor o saco conjuntival (ver desenho) e instilar medicamento prescrito:
 - Colírio: instilar o número correto de gotas no saco conjuntival pressionado o bulbo do conta-gotas ou o próprio frasco;
 - Pomada: aplicar fina camada ao longo de todo saco conjuntival, desde o canto interno ao externo, girando o tubo ao final para que o pomada se solte do tubo; instruir a criança para que mantenha os olhos fechados por 1 minuto.
9. Retirar excesso com gaze.
10. Recompôr a unidade e desprezar os materiais.
11. Retirar as luvas e lavar as mãos
12. Checar na prescrição o horário em que realizou a medicação.

13. Registrar/anotar o procedimento e possíveis intercorrências.



Instilação ocular. Fonte: Kenner, C. Enfermagem Neonatal, 2ª ed. Rio de Janeiro, Reichmann & Affonso Editores, 2001, 375 p.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA NASAL

1. Objetivos:

- Administrar medicamentos destinados à ação local no nariz e seios da face.

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
 - Medicamento prescrito
 - Lenços de papel
- Biombos / sala reservada

4. Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos.
2. Conferir medicamento prescrito (paciente, horário, via e quantidade prescrita)
3. Reunir o material e levá-lo à mesa de cabeceira da criança.
4. Explicar o procedimento e a finalidade aos pais / cuidadores e criança, se puder compreender.
5. Proteger a unidade com biombos ou providenciar sala reservada;
6. Calçar luvas de procedimento não-estéreis.
7. Solicitar à criança que assoe o nariz, se puder cooperar.
8. Posicionar a criança e instilar medicamento prescrito:
 - Se gotas: em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás; instilar o número prescrito em cada narina, mantendo a posição por alguns segundos;
 - Se spray: em semi-Fowler com a cabeça ligeiramente inclinada para trás; instilar o spray em uma das narinas, mantendo a outra ocluída e instruindo a criança a inspirar profundamente durante a administração.
9. Recompôr a unidade e desprezar os materiais.
10. Retirar as luvas e lavar as mãos
11. Checar na prescrição o horário em que realizou a medicação.
12. Registrar/anotar o procedimento e possíveis intercorrências.

Observações:

- Não administrar medicamento nasal frio; aquecer a solução friccionando delicadamente o frasco entre as mãos antes de administrar.

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES INFANTIL (TRAQUEOSTOMIA, NASOFARÍNGE E OROFARÍNGE)

1.Objetivos:

- Manter vias aéreas desobstruídas removendo secreções;
- Promover ventilação eficiente;
- Permitir troca gasosa adequada.

2.Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3.Materiais:

- 01 par de luvas estéreis;
- Sondas de aspiração adequadas ao tamanho do cliente (geralmente de calibre 06 a 10 Fr);
- 04 ampolas de solução fisiológica 0,9% ou água destilada (AD) de 10 mL;
- Máscara cirúrgica simples, óculos de proteção e avental de mangas longas;
- 01 pacote de gaze estéril;
- Algodão com álcool 70%;
- Frasco coletor de secreções (caso ainda não esteja instalado);
- Toalha;
- Biombos;
- Verificar a régua de gases (vácuo e oxigênio).

4.Descrição do procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Identificar sinais e sintomas que indiquem a necessidade da realização do procedimento: presença de secreções nas vias aéreas superiores (VAS), dispnéia, estertores, roncos, inquietação, presença de vômito e apatia; assim como avaliar o estado geral do cliente (respiração, batimentos cardíacos, tipo de ventilação: assistida; controlada ou espontânea e a saturação de oxigênio);
- Explicar o procedimento e a finalidade à criança;
- Reunir todo o material e colocar próximo à criança;
- Proteger a unidade da criança com biombos;

- Posicionar a criança adequadamente em posição de fowler ou semi-fowler (não flexionar ou hiperestender o pescoço de RN ou bebês pequenos pela possibilidade de fechamento das vias aéreas – colabamento da traquéia);
- Proteger o tórax da criança com a toalha de banho;
- Ajustar a pressão apropriada da fonte de aspiração na régua de gases que deve ser de 95 a 110 mmHg para crianças e 50 a 95 mmHg para bebês (no caso de unidade portátil, a pressão negativa deve ser de 5 a 10 mmHg para crianças e 2 a 5 mmHg para bebês);
- Higienizar as mãos;
- Colocar máscara, óculos de proteção e avental;
- Abrir a ampola de água destilada ou soro fisiológico 0,9%, realizando desinfecção externa das mesmas com algodão e álcool 70%;
- Colocar a ampola em local adequado e próximo do procedimento;
- Abrir o invólucro da sonda de aspiração sem retirá-la do mesmo, mantendo os princípios de assepsia;
- Conectar o intermediário da sonda à extensão do aspirador;
- Interromper a infusão de dieta enteral caso o cliente esteja recebendo;
- Calçar a luva estéril, a mão dominante deverá permanecer estéril e a mão não dominante deverá ser considerada contaminada;
- Pegar a sonda estéril com a mão dominante sem tocar em superfícies, e com a mão não dominante (contaminada) clampar a borracha do aspirador próximo ao intermediário;
- Aspirar pequena quantidade de AD do frasco ampola para umedecer o cateter;
- Se criança traqueostomizada, iniciar a aspiração pela cânula de traqueostomia
- Com o vácuo fechado (ou a sonda clampada) introduzir a sonda cerca de **??? cm** ou a criança tossir, delicadamente com o polegar e o indicador da mão dominante;
- Aplicar o vácuo e fazer movimentos circulares tracionando a sonda de aspiração. Este procedimento de entrada e retirada da sonda deve durar no máximo 10s;
- Se forem necessárias aspirações adicionais, propiciar um tempo adequado (no mínimo 1 minuto completo) entre as aspirações para oxigenação, encorajando a criança a tossir e respirar profundamente entre cada aspiração se for possível;
- Lavar a sonda e a extensão do aspirador com AD até limpar;

- Limpar a sonda externamente com gaze estéril se necessário;
- Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias e de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Proceder à aspiração da naso e em seguida da orofaringe com a mesma sonda (no caso de RN ou bebês pequenos, proceder primeiro a aspiração da orofaringe e por último da nasofaringe);
- Para aspiração oral, posicionar a criança consciente com reflexo do vômito funcional em posição SEMI-FOWLER com a cabeça voltada para um dos lados;
- Para aspiração nasal, colocá-lo em posição SEMI-FOWLER com o pescoço hiperestendido (exceto RN);
- Com o vácuo fechado (ou a sonda clampada) introduzir a sonda (na medida equivalente a distância da narina até o lóbulo da orelha) delicadamente com o polegar e o indicador da mão dominante nas narinas, até a faringe.
- Aplicar o vácuo e fazer movimentos circulares tracionando a sonda de aspiração. Este procedimento de entrada e retirada da sonda na faringe deve durar no máximo 10s;
- Se forem necessárias aspirações adicionais, alternar as narinas, respeitando um intervalo de no mínimo 20 a 30 segundos entre as aspirações, encorajando o cliente a tossir e respirar profundamente entre as aspirações;
- Proceder à aspiração da orofaringe com a mesma sonda;
- Ao término das aspirações lavar a sonda e a extensão do aspirador com AD até limpar;
- Desconectar a sonda da extensão do aspirador. Enrolar a sonda em torno dos dedos da mão dominante, puxar a luva para fora, pelo lado de dentro de modo que a sonda permaneça dentro da luva;
- Retirar a outra luva da mesma forma. Desprezá-las no recipiente apropriado;
- Auscultar os pulmões da criança (enfermeiro) após a aspiração;
- Higienizar as mãos;
- Recolher o material e recompor a unidade;
- Desprezar o frasco coletor de secreção quando estiver com 2/3 de sua capacidade preenchida ou na marca indicada no próprio frasco, desprezando-o com todo o seu conteúdo em saco de lixo próprio para materiais infectantes;

- Reposicionar a criança confortavelmente;
- Realizar a anotação do procedimento realizado, quantidade e características das secreções e eventuais intercorrências.

FIXAÇÃO DE CÂNULA OROTRAQUEAL

1.Objetivos:

- Evitar extubação acidental da criança.

2.Profissionais habilitados para execução do procedimento:

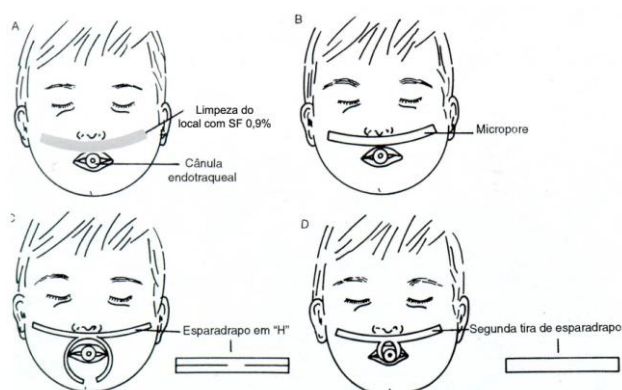
- Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

3.Materiais:

- 01 par de luvas de procedimento não-estéreis;
- esparadrapo
- placa protetora
- soro fisiológico 0,9%
- gaze

4.Descrição do procedimento:

1. Após o procedimento de intubação oro traqueal, limpar a área de fixação com SF 0,9% e secar com gaze.
2. Colocar placa protetora
3. Cortar esparadrapo em forma de “X”
4. Fixar esparadrapo conforme desenho abaixo.
5. Atentar para a altura (numeração) que a cânula foi fixada.
6. Evitar tracionamento da cânula, pois a mesma não possui “cuff”.



CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

1.Objetivos:

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

2.Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, 01 pinça Pean, 3 bolas de algodão, cuba redonda pequena);
- 01 sonda Folley (duas vias) de calibre adequado à criança (vide tabela);
- Bolsa coletora sistema fechado;
- Solução anti-séptica aquosa de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;
- 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.

4.Técnica:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade à família e à criança, se puder compreender;
- 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;
- Abrir a embalagem externa da sonda vesical e colocá-la sobre o campo estéril;
- Abrir a embalagem da seringa e colocá-la sobre o campo estéril;
- Abrir a embalagem da bolsa coletora com técnica asséptica, sem retirá-la do invólucro, mantendo-a protegida até o momento do uso, ao alcance do executor;
- Proceder à desinfecção da ampola de água destilada com algodão embebido em álcool 70%, abri-la 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%;
- Calçar a luva de procedimento estéril em uma das mãos;
- Com a mão não enluvada, pegar a ampola de água destilada e com a mão enluvada pegar a seringa de 20 ml, aspirando seu conteúdo e despejando uma pequena quantidade dentro da cuba rim;
- Calçar a luva na outra mão;
- Efetuar o teste do balonete da sonda injetando 10 ml de água destilada (ou menos, conforme a capacidade do balonete); se o mesmo 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 estéril, 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 à anti-sepsia do meato urinário e do vestíbulo da vagina em movimento único, no sentido antero-posterior;
- 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 anti-sepsia dos pequenos lábios;
- Desprezar a bola de algodão no lixo ou na embalagem da luva; mantendo a posição da outra mão;
- Após a anti-sepsia descartar a pinça;
- Com o polegar e o primeiro dedo da mão dominante, pegar a sonda a uma distância aproximada de 3,0 a 5,0 cm da ponta;
- Enrolar cuidadosamente a sonda na mão;
- Pedir à criança para relaxar, respirar lenta e profundamente, encorajando-a a continuar a respirar dessa forma até que a sonda esteja inserida;
- Umedecer a ponta da sonda com água destilada que se encontra na cuba rim;
- Introduzir a extremidade da sonda lentamente pelo meato uretral, até que a urina flua;
- Ao retornar urina introduzir aproximadamente mais 1 a 2 cm da sonda;
- Se houver resistência, interromper o procedimento por alguns segundos, encorajando a criança a continuar respirando lenta e profundamente;
- Após introduzir a sonda e obter o retorno de urina, insuflar o balonete, injetando **10 ml** de água destilada;
- Tracionar a sonda delicadamente até encontrar resistência;
- Fixar a sonda na face interna da coxa, sem tracionar, permitindo livre movimentação dos membros inferiores;
- Fixar a bolsa coletora na cama ou berço, do mesmo lado em que foi fixada a sonda vesical;
- Reposicionar a criança com conforto e arrumar a roupa de cama;
- Reunir e retirar todo o material da unidade;
- 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 à anotação do procedimento realizado, quantidade e características da urina, e eventuais intercorrências.

Observações:

- Tamanho do cateter: (Bowden & Greenberg, 2003)
 - Pré-termo: cateter reto 5 Fr.
 - RNAT a 1 ano: cateter reto 5 a 6 Fr.
 - 1 a 12 anos: cateter com balão 5 a 10 Fr.
- No caso de RN e lactentes do sexo feminino em que é usado um cateter sem balão, fixá-lo com fita adesiva no ponto mais próximo aos lábios

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO

1. Objetivos:

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

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

3. Materiais:

- Bandeja contendo:
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, 01 pinça Pean, 3 bolas de algodão, cuba redonda pequena);
- 01 sonda Folley (duas vias) de calibre adequado ao cliente (vide tabela);
- Bolsa coletora sistema fechado;
- Solução anti-séptica aquosa de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;
- 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.

4. Descrição do Procedimento:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade à família e criança, se puder compreender;
- Reunir todo o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade da criança com biombos;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Colocar a criança em posição dorsal, 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;
- Solicitar à criança que afaste ligeiramente as pernas;
- Colocar o pacote estéril de cateterismo vesical entre as pernas da criança;
- Utilizando técnica asséptica abrir o pacote de cateterismo próximo à região exposta;
- Abrir a embalagem externa da sonda vesical e colocá-la sobre o campo estéril;
- Abrir as embalagens das seringas e colocá-las sobre o campo estéril;
- Abrir a embalagem da bolsa coletora com técnica asséptica sem retirá-la do invólucro, mantendo-a protegida até o momento do uso, ao alcance do executor;
- Proceder à desinfecção da ampola de água destilada com algodão embebido em álcool 70%, abri-la deixando-a sobre a mesa de cabeceira;
- Abrir o tubo de Xylocaína 2% e desprezar a primeira gota;
- Umedecer as bolas de algodão que estão na cuba redonda com solução aquosa de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;
- Calçar a luva de procedimento estéril em uma das mãos;
- Com a mão estéril (com luva) pegar o corpo da seringa de 10 ml e com a mão não enluvada pegar na parte externa do campo (que está em contato com a cama), retirando o êmbolo da seringa, deixando-o sobre o campo estéril;
- Com a mão não enluvada colocar 10 ml de Xylocaína gel 2% dentro da seringa, recolocando o êmbolo com a mesma técnica da retirada;
- Com a mão não enluvada pegar a ampola de água destilada e com a mão enluvada pegar a seringa de 20 ml, aspirando seu conteúdo;
- Calçar a luva na outra mão;
- Efetuar o teste do balonete da sonda injetando a água destilada (ou menos, conforme a capacidade do balonete); se o mesmo 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 90^0 com o dedo indicador e polegar da mão não dominante;
- Com auxílio da pinça pegar uma bola de algodão e proceder à anti-sepsia 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 anti-sepsia 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 90^0 e introduzir a Xylocaína gel (lubrificante estéril) 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 à criança para relaxar, respirar lenta e profundamente, encorajando-a a continuar a respirar dessa forma até que a sonda esteja inserida;
- Introduzir a extremidade da sonda lentamente pelo meato uretral, até retornar urina;
- Ao retornar urina introduzir aproximadamente mais 1 a 2 cm da sonda;
- Se houver resistência, interromper o procedimento por alguns segundos, encorajando o paciente a continuar respirando lenta e profundamente;
- Após introduzir a sonda e obter o retorno de urina, insuflar o balonete, injetando a água destilada;
- Tracionar a sonda delicadamente até encontrar resistência;
- Reposicionar o prepúcio;
- Fixar a sonda na região supra-púbica, sem tracionar, com o pênis direcionado para o abdômen, para que haja livre movimentação dos membros inferiores;
- Fixar a bolsa coletora na cama ou berço 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;
- 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 à anotação do procedimento realizado, quantidade e características da urina, e eventuais intercorrências.

Observações:

- Tamanho do cateter: (Bowden & Greenberg, 2003)
 - Pré-termo: cateter reto 5 Fr.
 - RNAT a 1 ano: cateter reto 5 a 6 Fr.
 - 1 a 12 anos: cateter com balão 5 a 10 Fr.
- No caso de RN e lactentes do sexo masculino em que é usado um cateter sem balão, fixá-lo com fita adesiva na parte inferior do abdômen ou superior do períneo, deixando o pênis apontado para cima, em direção ao umbigo.

CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE

1. Objetivos:

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

2. Profissionais habilitados para execução do procedimento:

- Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem.

2. Materiais:

- Bandeja contendo:
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, pinça Pean, bolas de algodão, cuba redonda pequena);
- 01 sonda uretral descartável (poliuretano ou silicone) ou sonda de vidro de calibre adequado (vide tabela);
- Solução anti-séptica aquosa de PVPI ou solução de Clorexidina 2%;
- 01 seringa de 10 ml (se cliente masculino);
- Tubo de Xylocaína gel (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.

4. Técnica:

- Higienizar as mãos;
- Explicar o procedimento e a finalidade à família e criança, se puder compreender;
- Reunir todo o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira;
- Proteger a unidade da criança 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 a criança em posição confortável;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Proceder a anotação do procedimento realizado, volume urinário, possíveis intercorrências.

Observações:

- Tamanho do cateter: (Bowden & Greenberg, 2003)
 - Pré-termo: cateter reto 5 Fr.
 - RNAT a 1 ano: cateter reto 5 a 6 Fr.
 - 1 a 12 anos: cateter reto 5 a 10 Fr.