



PREFEITURA DE
CAMPINAS



SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR DE CAMPINAS

**SAD - PROTOCOLO DE
ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM DOMICILIAR**

2020

FICHA TÉCNICA

Jonas Donizette

Prefeito Municipal de Campinas

Cármino Antônio de Souza

Secretário Municipal de Saúde

Mônica Regina de Toledo M. Nunes

Departamento de Saúde

Renata Cauzzo Zingra Mariano

Coordenação Municipal de Enfermagem

Bruno Andrade Pagung

Coordenação Serviço de Atendimento Domiciliar

GRUPO DE TRABALHO

Enf.^a Alessandra M. Nery Costa Santos

SAD Noroeste

Enf.^a Ana Maria Silva Marques de Brito

SAD Noroeste

Enf.^a Daniele Rocha de Souza

SAD Sudoeste

Enf. Edson Eden de Oliveira

SAD Sul

Enf.^a Elvira Maria F. Santos

SAD Sul

Enf.^a Fabiana de Souza Gomes

SAD Sul

Enf. Flávio Ventura dos Santos

SAD Leste/Norte

Enf. Julimar Fernandes de Oliveira

SAD Sul

Enf.^a Lilian Helen do Prado Yamakawa

SAD Leste/Norte

Enf.^a Lissandra R. Porto *In memoriam

SAD Sul

Enf.^a Luciana Maximina do Paço Guedes

SAD Leste/Norte

REVISORES 2015

Enf.^a Fabiana de Souza Gomes Yoshino

SAD Sul

Enf.^a Joselene de Freitas Guimarães

SAD Leste/Norte

Enf. Julimar Fernandes de Oliveira

SAD Sul

Enf.^a Luciana Maximina do Paço Guedes

SAD Leste/Norte

REVISORES 2020

Enf.^a Ana Maria Silva Marques de Brito

SAD Noroeste

Enf.^a Joselene de Freitas Guimarães

SAD Leste/Norte

Enf. Julimar Fernandes de Oliveira

SAD Sul

Enf.^a Lilian Helen do Prado Yamakawa

SAD Leste/Norte

Enf.^a Luciana Maximina do Paço Guedes

SAD Leste/Norte

Enf.^a Mônica Gláucia Silva

SAD Sudoeste

Enf.^a Natalia Panonto Correia

SAD Sul

Enf.^a Luciana Maximina do Paço Guedes

SAD Leste/Norte

Enf.^a Renata Cauzzo Zingra Mariano

Coordenação Municipal de Enfermagem

COLABORADORES

Leonel Carlos Pereira

Coordenador - Coordenadoria Setorial de Informática

Felipe Hideo Fávaro Kajihara

Técnico em informática – Coordenadoria Setorial de Informática

Iago Emerick

Secretaria de Comunicação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
MISSÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	7
VISÃO.....	7
OBJETIVOS.....	7
COMO ENCAMINHAR O PACIENTE AO SAD.....	8
CRITÉRIOS GERAIS DE INCLUSÃO.....	8
CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO.....	8
CRITÉRIOS PARA AGENDAMENTO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM.....	9
ROTEIRO BÁSICO DE VISITA.....	9
MONTAGEM PRÉVIA DO CARRO ANTES DAS VISITAS.....	10
ATRIBUIÇÕES GERAIS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	10
ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	11
CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	11
ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	11
ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	13
PAPEL DO CUIDADOR NO ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	14
ALGUMAS SITUAÇÕES QUE PODEM GERAR ESTRESSE PARA O CUIDADOR.....	14
RECURSOS TERAPÊUTICOS DISPONÍVEIS NO SAD.....	15
NORMAS, ROTINAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM CAMPINAS-SP.....	15
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – CIAD.....	15
ORIENTAÇÃO AOS CUIDADORES/PACIENTES.....	16
SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E DESTINO FINAL DE RESÍDUOS GERADOS NO DOMICÍLIO.....	16
ORIENTAÇÃO AO CUIDADOR/PACIENTE NO DOMICÍLIO.....	16
PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM CAMPINAS.....	17
ELETROCARDIOGRAMA.....	17
ENTEROCLISMA OU CLISTER.....	18
MEDICAÇÕES INJETÁVEIS E ANTIBIOTICOTERAPIA.....	19
VIA INTRAVENOSA IV OU ENDOVENOSA EV.....	20
VIA INTRAMUSCULAR IM.....	21
VIA SUBCUTÂNEA.....	21
HIPODERMÓCLISE.....	22
TRAQUEOSTOMIA.....	24
DECANULAÇÃO.....	26
ASPIRAÇÃO OROFARÍNGEA E ENDOTRAQUEAL.....	27

CISTOSTOMIA	29
GASTROSTOMIA	30
DISPOSITIVO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA	32
CATETER VESICAL DE DEMORA E DE ALÍVIO – CVD E CVA	33
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO OU PARA COLETA DE EXAMES	33
CATETERISMO INTERMITENTE	35
CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: AUTO - SONDAÇÃO.....	35
CATETERISMO INTERMITENTE FEITO POR OUTRA PESSOA	35
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	36
RETIRADA DO CVD.....	38
TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTE.....	38
PARACENTESE	40
NUTRIÇÃO PARENTERAL (NP).....	41
DENSISTALAR NUTRIÇÃO PARENTERAL	43
CATETER DE NUTRIÇÃO ENTERAL - CNE.....	44
CURATIVOS NO DOMICÍLIO.....	47
COLETA PARA EXAMES.....	49
IRRIGAÇÃO VESICAL.....	50
ÓBITO NO DOMICÍLIO.....	52
SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXO 1 – Processo de enfermagem.....	56
ANEXO 2 – Protocolo de dispensa de materiais para SAD e UBS	59
ANEXO 3 – Protocolo de prevenção de lesão por pressão	61
ANEXO 4 – Guia de Tratamento de Feridas	63

INTRODUÇÃO

O Município de Campinas possui o Serviço de Assistência Domiciliar desde 1993, com a proposta assistencial de atendimento à pacientes acamados, com patologias incapacitantes, terminais e sujeitos a internações recorrentes.

A portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O SAD atende em todo Município pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, portadores de patologias que necessitam de cuidados paliativos e portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente, sendo também priorizados os atendimentos a idosos com dificuldades especiais, que denotem necessidade de atendimento domiciliar. Sendo os mesmos dependentes de cuidados de equipe multiprofissional de média e alta complexidade. O SAD deve atuar como apoio matricial às Equipes Locais de Saúde da Família.

Baseado nesse contexto, vimos por meio deste manual, elaborar atribuições e procedimentos padronizados da prática de enfermagem no Serviço de Atendimento Domiciliar da Prefeitura Municipal de Campinas. A assistência é prestada através da elaboração de um Plano Terapêutico Individual, que considera as necessidades específicas de cada paciente, busca a melhoria da qualidade de vida, promoção de saúde, autonomia do paciente e/ou cuidador, entendimento e apropriação das patologias e cuidados do paciente.

MISSÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

Prestar assistência domiciliar, através de equipe multiprofissional especializada, aplicando os conhecimentos técnicos e científicos na recuperação e promoção da qualidade de vida do paciente, participando e adequando integralmente a sua rotina, objetivando ao máximo sua independência para atividades de autocuidado.

VISÃO

Disponibilizar a população um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção ao paciente com quadro clínico que exijam cuidados e necessidades de tecnologias especializadas, que não necessitam de ampla gama de serviços oferecidos pelos hospitais, devendo-se respeitar as condições das intervenções terapêuticas e intensidade de cuidados realizados de forma segura nos ambientes domiciliares.

OBJETIVOS

- Evitar hospitalização desnecessária ofertando uma melhor alternativa assistencial, diminuindo o número de internação dos pacientes com patologias crônicas;
- Humanização dos cuidados;
- Processos de “alta assistida” (programada) definindo garantia da continuidade da assistência e demonstrando um forte viés de busca de garantias de economicidades do processo hospitalar;
- Otimização / Disponibilização dos leitos hospitalares recursos escassos, tais como leitos de clínica médica;
- Períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos;
- Redução da média de permanências e os índices de infecção hospitalar nos hospitais;
- Processo terapêutico humanizado da redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos;
- Servir de elo de ligação entre hospital e a rede básica de serviços de saúde;
- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes dependentes de cuidados da equipe de saúde, que não possam, pela sua complexidade serem absorvidas pelas equipes das unidades básicas de saúde, sob critério avaliativo de inclusão das equipes do SAD;
- Contribuir para ganhos no grau de autonomia do paciente /familiar no cuidado com sua saúde promovendo a capacitação do familiar/ cuidador;
- Humanização da assistência, com o olhar ampliado relativo aos cuidados com o paciente e a condição dos familiares/cuidadores preservando ao vínculo familiar.

COMO ENCAMINHAR O PACIENTE AO SAD

Os pacientes que tenham um cuidador responsável e que se encaixem nos critérios de inclusão podem ser referenciados para serviço de atendimento domiciliar pelas unidades de urgência e emergência, hospitalares e unidades básicas de saúde.

O encaminhamento pode ser realizado por qualquer profissional de saúde de nível superior da Rede SUS Campinas, para isso basta:

- Preencher o formulário (FO860E) específico do serviço com todos dados descritos (<http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO860E.pdf>)
 - Enviar e-mail à ao SAD específico de acordo com a região que o paciente mora. (SAD – Sul; Leste/Norte; Sudoeste ou Noroeste)
 - Confirmar endereço, telefones do domicílio. Relatar os dados importantes em um resumo da história clínica
- Caso paciente esteja internado e com necessidade de cuidados de baixa complexidade, o mesmo deve ser encaminhado à Unidade Básica de Referência.

Se o paciente tem condição de seguimento ambulatorial deve ser avaliado a possibilidade de encaminhamento aos atendimentos nos respectivos centros de referências em reabilitação da rede SUS Campinas.

Quando o paciente estiver internado, o cuidador deve ser orientado/capacitado previamente, antes da alta sobre os cuidados necessários (curativos, aspiração, cuidados com dispositivos diversos), isso faz parte da segurança do paciente pós alta e evita intercorrências agudas no domicílio. É, ainda, importante providenciar previamente os equipamentos necessários ao cuidado no domicílio.

O Horário de Funcionamento do SAD é de segunda a sexta-feira das 07h00 às 19h00 horas (sábados, domingos e feriados ocorrem os atendimentos programados para antibioticoterapia parenteral).

CRITÉRIOS GERAIS DE INCLUSÃO

- Ter cuidador responsável.
- Pacientes com doenças que denotem cuidados técnicos de média e alta complexidade de acordo classificação AD2 e AD3 (cartilha melhor em casa).
- Pacientes com doenças crônicas degenerativas agudizadas, acamado com dependência de atendimento da equipe multiprofissional no domicílio.
- Pacientes acamados com doenças que necessitam de cuidados paliativos e em fase final de vida.
- Pacientes em necessidade de cuidado de média e alta complexidade em condições clínicas de risco que tenham internações recorrentes (acamados/dependentes).
- Pacientes acamados com necessidade de antibioticoterapia parenteral.
- Paciente em uso de suporte ventilatório artificial e com familiar treinado previamente.

Obs.: Tais critérios norteiam os encaminhamentos, bem como necessidade de absorção dos pacientes pelo serviço, mas devem ser analisados em conjunto, referentes à complexidade e condição individuais a serem absorvidas no SAD, com o olhar ampliado e de integralidade relativa às ações nos serviços envolvidos. A avaliação do paciente pela equipe do SAD não garante a inserção automática para atendimentos feitos pelo serviço.

CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO

- Não possuir cuidador responsável contínuo e identificado.
- Paciente possuir necessidades de cuidados que impossibilitem o tratamento no domicílio.
- Melhora / estabilidade do quadro que deu origem a inclusão.
- Mudança para outro Município.
- Falta de adesão aos cuidados propostos e normas da assistência.

- Pacientes institucionalizados (pacientes devem receber cuidados através da própria instituição).
- Necessidade de condições mínimas do domicílio relacionadas ao processo de doença do paciente, “ponderar” condições do domicílio X necessidades mínimas segundo as doenças instaladas.
- Necessidade de enfermagem intensiva.
- Em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração.
- Com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência, e que não tenham cuidador contínuo identificado.

Maiores detalhes quanto critérios para elegibilidade e inclusão no serviço encontra-se na cartilha melhor em casa e os pacientes a serem incluídos são aqueles que adequa a classificação AD2, AD3 e paliativos exclusivos.

CRITÉRIOS PARA AGENDAMENTO DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

O atendimento de enfermagem se dará em caso de instabilidade clínica e/ou por meio de visitas agendadas (programadas), considerando a proximidade entre os domicílios, visando otimizar o transporte e atingir um número satisfatório de pacientes assistidos a cada período.

Durante a visita, vários pontos devem ser observados, considerando:

- Estado de saúde atual.
- Ambiente domiciliar.
- Nível de capacidades de autocuidado.
- Nível de cuidado de enfermagem necessário.
- Necessidade de educação do paciente/família/cuidador.
- Nível de adesão paciente/família/cuidador.
- Prognóstico.
- Segurança e conforto do profissional.
- Riscos de infecção.
- O desenvolvimento de vínculos e o respeito mútuo.
- A privacidade e a individualidade do paciente/ família/ cuidador.

ROTEIRO BÁSICO DE VISITA

- Apresentar-se ao paciente e familiares.
- Lavar as mãos antes e após cada visita, e se necessário, também entre um procedimento e outro no domicílio. Na impossibilidade de lavagem das mãos, utilize álcool gel glicerinado 70%.
- Questionar sobre queixas e intercorrências desde a última visita da equipe e o que foi feito pela família na solução do problema. Disponibilizar contato telefônico do serviço.
- Verificar situações de risco como: piso irregular ou escorregadio, tapetes, camas sem grade, automedicação, procedimentos não autorizados, e outros.
- Verificar sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial) e mensurar dor, em todas as visitas de rotina e nos retornos para observação de intercorrências.
- Conferir as medicações em uso de acordo com a última prescrição.
- Realizar procedimentos e/ou orientações conforme prescrito e/ou rotina do serviço, após colher informações e dúvidas do cuidador. Registrar o atendimento com data e horário da visita, letra legível, evitando siglas (exceto aquelas universais), no prontuário domiciliar e do serviço: sinais vitais, queixas, observações, procedimentos, acidentes, medicação em uso e material dispensado. Assinar e carimbar ao final de cada anotação.
- Orientar ao cuidador que solicite apoio técnico quando julgar necessário, ou em caso de dúvidas, para garantir a integridade do paciente.

- Respeitar as decisões e indecisões do paciente/família.
- Respeitar as rotinas da família.

MONTAGEM PRÉVIA DO CARRO ANTES DAS VISITAS

- Conferir a escala de atendimento e procedimentos.
- Preparar o material necessário (individual e de acordo com a prescrição médica e de enfermagem, ou outros) e sempre evitar desperdício.
- Conferir todo o material no carro, antes da saída e ao retornar.

ATRIBUIÇÕES GERAIS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

- Gerenciar as atividades da equipe de enfermagem.
- Conhecer as políticas, funções, estrutura, financiamento e organograma da instituição onde está inserido o SAD.
- Planejar, desenvolver e avaliar, com a equipe multidisciplinar o programa de atendimento domiciliário.
- Definir, junto com a equipe multidisciplinar, critérios para admissão, acompanhamento e alta dos pacientes do SAD.
- Participar de reuniões administrativas e técnicas.
- Preparar a família e/ou cuidador para compreender o processo saúde-doença-envelhecimento que o paciente vivencia.
- Participar de discussão com equipe multidisciplinar e elaboração de projetos terapêuticos.
- Promover a integração da equipe multiprofissional.
- Estimular o paciente, cuidador e familiares para o autocuidado e adaptar atividades de vida diária, por meio de maximização de suas potencialidades, até sua capacidade máxima, dentro dos limites de sua incapacidade.
- Estabelecer via de comunicação participativa com a família por meio telefônico.
- Avaliar as condições de infraestrutura física do domicílio e rotinas domésticas, opinando sobre possíveis modificações, adaptando-as às condições sociais e econômicas do paciente e família.
- Opinar sobre possíveis modificações na rotina doméstica e planta física do domicílio sempre que possível e necessário.
- Devolver à equipe multidisciplinar, os dados do atendimento domiciliar e promover sua avaliação.
- Realizar as triagens e dar encaminhamento aos casos não inseridos no SAD (unidades básicas de saúde, centros de referência entre outros).
- Realizar contato, bem como fornecer apoio técnico matricial com as unidades básicas de referência.
- Gerenciar recursos humanos e materiais em sua área de trabalho, sendo sua responsabilidade a otimização destes, para o máximo benefício do paciente.
- Orientar a equipe de enfermagem quanto à finalidade, manuseio e conservação de equipamentos e aparelhos, controlando o seu uso adequado.
- Representar o serviço quando determinado pela direção e/ou gerência.
- Servir de apoio à equipe multidisciplinar e à família, intermediando situações que interfiram no bom atendimento à pessoa dependente de cuidados.
- Identificar e treinar o cuidador domiciliar.
- Orientar o paciente, a família e/ou cuidador sobre a realização dos cuidados de enfermagem prestados.
- Proporcionar ao paciente assistência e conforto físico e emocional em situações de agonia e morte.
- Realizar e/ou participar de pesquisas.
- Prescrever medicamentos estabelecidos conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual e municipal, observadas as disposições legais da profissão.

- Solicitar exames necessários de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais, para o atendimento e cuidados de forma integral aos pacientes, conforme os protocolos ou normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual e municipal, observadas as disposições legais da profissão.

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

- Gerenciar, supervisionar e organizar os serviços de enfermagem.
- Realizar consulta de enfermagem tendo como norteador, protocolos de saúde pública do ministério de saúde bem como os pertencentes a atenção básica de Campinas.
- Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de enfermagem em domicílio, por meio da sistematização do atendimento de enfermagem (SAE).
- Avaliar a qualidade da assistência por meio de indicadores assistenciais.
- Capacitar a equipe de enfermagem inserida no SAD.
- Proporcionar educação permanente à equipe de enfermagem nas tarefas relativas à assistência de Enfermagem.
- Avaliar o desempenho da equipe de enfermagem.
- Capacitar o cuidador para assistir ao paciente nas suas necessidades básicas biopsicossociais.
- Realizar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas.
- Planejar, realizar e avaliar as visitas domiciliárias determinando as prioridades de assistência.
- Controlar o agendamento dos pacientes.
- Verificar o cumprimento do cronograma de visitas de enfermagem.
- Elaborar escala de visitas de enfermagem.
- Dar alta dos cuidados de enfermagem.
- Servir de apoio à equipe de enfermagem e à família intermediando situações que interfiram no bom atendimento ao dependente de cuidados.
- Monitorar o estoque e empréstimo de materiais de enfermagem.
- Monitorar o consumo diário e semanal de material de enfermagem.
- Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
- Elaborar e aprovar escalas mensais de folga e atividades da equipe de enfermagem.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Todos os pacientes inseridos no serviço deverão ser avaliados pelo enfermeiro, o mais breve possível, após sua admissão no serviço. Serão priorizados os pacientes clinicamente instáveis com alto risco de complicações de saúde.

A consulta de enfermagem é privativa do Enfermeiro. É uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE e deve seguir o seguinte roteiro: Histórico de enfermagem (coleta de dados e exame físico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

O processo de enfermagem deve ser realizado sempre na primeira visita domiciliar feita pelo enfermeiro e reavaliado com frequência mínima de 1 (uma) vez por mês. Sendo possível aumentar a frequência de acordo com as peculiaridades individuais dos pacientes.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

O técnico de enfermagem exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, desde que sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro, cabendo-lhe:

1. Assistir o enfermeiro:

- a. No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem.
 - b. Na prestação de cuidados de enfermagem à pacientes em estado grave.
 - c. Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e em programas de vigilância epidemiológica, no contexto domiciliário.
 - d. Na prevenção e controle sistemático da infecção domiciliar.
 - e. Na prevenção e controle sistemático de danos físicos e emocionais, que possam ser causados a pacientes durante a assistência à saúde, pela equipe de enfermagem e/ou cuidador.
 - f. Participação nas atividades de educação em saúde.
 - g. Participação em grupo de cuidadores.
 - h. Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e doenças profissionais e do trabalho.
 - i. Executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no artigo 12º da LEI Nº 7.498, de 25 de junho de 1986.
 - j. Preparar o roteiro de visitas, separando kit de material de consumo de cada paciente, material reserva da viatura, como determinado pelo enfermeiro.
2. Preparar o paciente, em conjunto com o cuidador e/ou familiar, para consultas, exames e tratamentos, durante o atendimento domiciliário.
 3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação.
 4. Executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, adaptando-as à realidade de cada domicílio, conforme rotinas estabelecidas pelo enfermeiro, tais como:
 - a. Ministrando medicamentos por via oral e parenteral.
 - b. Realizar controle hídrico.
 - c. Fazer curativos.
 - d. Verificar sinais vitais.
 - e. Aplicar oxigenoterapia e nebulização.
 - f. Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas.
 - g. Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis.
 - h. Realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio diagnóstico, conforme descrito no protocolo de assistência de enfermagem do município.
 - i. Colher material para exames laboratoriais.
 - j. Realizar eletrocardiograma.
 - k. Realizar atividades de enfermagem em conformidade com as normas técnicas da profissão bem como os procedimentos e atividades presentes no protocolo de assistência de enfermagem do município de Campinas bem como outros protocolos do Sistema Único de Saúde - SUS.
 5. Prestar cuidados de enfermagem no pós-operatório mediato e tardio.
 6. Auxiliar em procedimentos invasivos realizados pela equipe de saúde no domicílio.
 7. Executar e/ou orientar o cuidador e familiares em atividades de desinfecção, de materiais e equipamentos, quando lotados no domicílio.
 8. Prestar cuidados de higiene e conforto, no domicílio, quando necessário, estimulando a participação do cuidador, nas tarefas de sua competência, zelando pela segurança do paciente, nas atividades de vida diária.
 9. Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
 10. Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidade de saúde.
 11. Integrar a equipe multidisciplinar, e auxiliar na elaboração do projeto terapêutico.
 12. Promover o vínculo com o paciente, o cuidador e a família, de forma a estimular a autonomia e o autocuidado.
 13. Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

- a. Orientar o paciente após o atendimento da equipe multidisciplinar, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas, orientações dos outros profissionais, e /ou rotinas do SAD.
 - b. Auxiliar o enfermeiro na execução dos programas de educação em saúde.
 - c. Participar de grupo de cuidadores.
14. Realizar visita domiciliar, utilizando-se de escuta ampliada, no contexto da família e da comunidade.
 15. Participar de triagens.
 16. Dispensar medicamentos de acordo com a prescrição médica atualizada e rotina de cada SAD.
 17. Realizar controle de estoque de materiais de enfermagem e medicamentos.
 18. Proporcionar ao paciente, cuidador e familiares assistência e conforto físico e emocional em situações de fim de vida.
 19. Participar dos procedimentos pós-morte no domicílio, conforme as rotinas do SAD.
 20. Participar de pesquisas.
 21. Participar de treinamentos e buscar atualização técnica constantemente.

ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

O auxiliar de enfermagem exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, desde que sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro, cabendo-lhe:

1. Preparar o roteiro de visitas, separando kit de material de consumo de cada paciente, material reserva da viatura, como pactuado com o enfermeiro.
2. Preparar o paciente, em conjunto com o cuidador e/ou familiar, para consultas, exames e tratamentos, durante o atendimento domiciliário.
3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação.
4. Executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, adaptando-as à realidade de cada domicílio, conforme rotinas estabelecidas pelo enfermeiro, tais como:
 - a. Ministrando medicamentos por via oral e parenteral.
 - b. Realizar controle hídrico.
 - c. Fazer curativos.
 - d. Verificar sinais vitais.
 - e. Aplicar oxigenoterapia e nebulização.
 - f. Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas.
 - g. Efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis.
 - h. Realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio diagnóstico, conforme descrito no protocolo de assistência de enfermagem do município.
 - i. Colher material para exames laboratoriais.
 - j. Realizar eletrocardiograma.
 - k. Dispensar medicamentos de acordo com a prescrição médica atualizada e rotina de cada SAD.
5. Prestar cuidados de enfermagem no pós-operatório mediato e tardio.
6. Auxiliar em procedimentos invasivos realizados pelo médico e/ou enfermeiro no domicílio.
7. Executar e/ou orientar o cuidador e familiares em atividades de desinfecção, de materiais e equipamentos, quando lotados no domicílio.
8. Prestar cuidados de higiene e conforto, no domicílio, quando necessário, estimulando a participação do cuidador, nas tarefas de sua competência, zelando pela segurança do paciente, nas atividades de vida diária.
9. Orientar cuidados com o lixo domiciliar gerado pelo atendimento (separação, armazenamento e coleta).
10. Zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências do serviço.
11. Orientar cuidadores para manutenção da limpeza e ordem do material e dos equipamentos cedidos ou emprestados, para a assistência no domicílio.

12. Integrar a equipe multidisciplinar, e auxiliar na elaboração do projeto terapêutico.
13. Promover o vínculo com o paciente, o cuidador e a família, de forma a estimular a autonomia e o autocuidado.
14. Participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a. Orientar o paciente após o atendimento da equipe multidisciplinar, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas, orientações dos outros profissionais, e /ou rotinas do SAD.
 - b. Auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução dos programas de educação em saúde.
 - c. Participar de grupo de ações educativas aos cuidadores.
15. Realizar visita domiciliar, utilizando-se de escuta ampliada, no contexto da família e da comunidade.
16. Participar de triagens.
17. Dispensar medicamentos prescritos, de acordo com a rotina de cada SAD.
18. Realizar controle de estoque de materiais de enfermagem e medicamentos.
19. Proporcionar ao paciente, assistência, além de, conforto físico e emocional em situações de agonia e morte.
20. Participar dos procedimentos pós-morte no domicílio, conforme as rotinas do SAD.
21. Participar de pesquisas.
22. Participar de treinamentos e buscar atualização técnica constantemente.

PAPEL DO CUIDADOR NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

- Auxiliar na transferência para cadeira/cama.
- Auxiliar no cuidado corporal - higiene e eliminações.
- Auxiliar na locomoção e atividade física apoiada.
- Estimular e auxiliar na alimentação.
- Promover lazer e recreação.
- Promover a comunicação e a socialização.
- Estimular a memória e o intelecto.
- Estimular e/ou manter seu interesse pelo autodesenvolvimento.
- Estimular, manter ou adaptar o desenvolvimento de atividades laborativas, segundo suas possibilidades e capacidades.
- Manter a limpeza e a ordem da casa ou quarto do paciente fragilizado, promovendo ambiente seguro e diminuindo riscos de acidentes.
- Assegurar um ambiente confortável para o repouso e o sono.
- Servir de elo entre o paciente/família e a equipe de AD.
- Acompanhar o paciente em consultas, exames e hospitalizações.
- Prestar cuidados elementares ao paciente em tratamento no domicílio, sob a orientação de profissionais que o assistem.
- Conversar frequentemente com o paciente, mesmo que pareça não entender, informando dia da semana e horário do dia para manter nível de orientação
- Conversar sobre assuntos de interesse, e estimular que o paciente comunique e lembre-se de nomes e fatos.

ALGUMAS SITUAÇÕES QUE PODEM GERAR ESTRESSE PARA O CUIDADOR

- Cuidados diretos, contínuos e intensivos.
- Medo do desconhecido.
- Sobrecarga quando é o único cuidador.
- Cuidador idoso.
- Conflitos familiares.
- Demanda de cuidados e recursos disponíveis.

- Sobrecarga de trabalho doméstico e/ou fora de casa.
- Preconceitos e mitos da sociedade em relação ao idoso.

RECURSOS TERAPÊUTICOS DISPONÍVEIS NO SAD

Material para curativos, medicações, instrumentais, EPI, camas, cadeiras, colchões, almofadas, aspirador, inalador, entre outros.

NORMAS, ROTINAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM CAMPINAS-SP

Muitas ações realizadas no ambiente hospitalar podem ser realizadas no domicílio, desde que, considerados e controlados os riscos. Neste processo são necessárias adaptações com o máximo de segurança e conforto, tanto para o paciente e sua família, quanto para o profissional que a realiza.

Para tanto, é necessário observar os seguintes princípios na realização de qualquer procedimento:

A. Segurança:

- Evitar contaminação.
- Evitar acidentes.
- Conservar as mãos limpas.

B. Conforto

- Evitar ruídos desnecessários.
- Falar com voz moderada e pausada.
- Proporcionar conforto ao paciente.
- Boa postura em relação a si próprio e ao paciente.

C. Economia

- Planejar o trabalho.
- Usar apenas o material necessário.
- Manter o ambiente limpo e organizado.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – CIAD

As infecções relacionadas à assistência são uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Assim, sugere-se a formação de uma Comissão de Controle de Infecção na Assistência Domiciliar (CIAD) para instituição de normas de precauções, programas educativos, gestão de antibióticos, padronização de procedimentos invasivos, monitoramento de novas colonizações por microrganismos multirresistentes.

Estratégias de controle:

- Estabelecer os principais fatores de risco para infecção, dentre eles: lesões de pele; acesso venoso; cateter vesical de demora (CVD); ostomias; traqueostomia com ventilação mecânica (VM) e traqueostomia sem VM.
- Estabelecer precaução de contato a todos pacientes com microrganismos multirresistentes (higiene das mãos, luvas, avental, quarto privativo).
- Estabelecer precaução padrão a todos pacientes como forma de evitar infecções cruzadas com microrganismos multirresistentes (higiene das mãos, luvas, avental, máscara e óculos).
- Estabelecer precaução aerossóis a todos pacientes que têm potencial risco de espalhar micro gotículas de secreções, com microrganismos multirresistentes (higiene das mãos, luvas, avental, máscara N95 e óculos).
- Criar um modelo de vigilância epidemiológica das infecções na assistência em saúde domiciliar e ter visão crítica e uso racional de antimicrobianos.

- Promover internamente educação continuada com revisão do processo de trabalho, atualizando a equipe profissional sobre normas, rotinas e procedimentos relacionados a segurança do paciente.
- Padronizar, implantar e monitorar das medidas de isolamento.
- Identificar todos pacientes com microrganismos multirresistentes e os respectivos microrganismos com a data do último exame de vigilância.

ORIENTAÇÃO AOS CUIDADORES/PACIENTES

- Higienizar as mãos antes e após contato com o paciente.
- Usar álcool em gel 70% para higiene das mãos na impossibilidade de lavá-las.

SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E DESTINO FINAL DE RESÍDUOS GERADOS NO DOMICÍLIO

O plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde é adaptado conforme o serviço prestado por cada âmbito de saúde e a realidade local. Sendo assim, o SAD deve ter um que contemple suas atividades, objetivando minimizar resíduos, substituir materiais perigosos, proteger o profissional, usuário, cuidador e preservar o meio ambiente.

Resíduos Grupo E: Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes, rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 13853/97 da ABNT, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

Tipos de materiais: materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas e lamínulas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

ORIENTAÇÃO AO CUIDADOR/PACIENTE NO DOMICÍLIO

O paciente e/ou seus cuidadores devem realizar precauções de segurança e cuidados com resíduos gerados no domicílio, através da devolução dos resíduos infectantes do Grupo E.

Resíduos infectantes perfurocortantes, devem ser armazenados em recipientes resistentes à punctura e deve se manter o limite de 2/3 de sua capacidade, fechar a tampa e levar até a unidade básica de saúde de referência.

O resíduo que chega à unidade, proveniente de residências do município, deve ser recebido por profissional de saúde designado, acondicionado em saco branco leitoso com simbologia de resíduo infectante. Deve-se encaminhá-lo para o abrigo de coleta de lixos infectantes da UBS.

Material a ser fornecido pelo serviço de saúde à família:

Sacos plásticos (saco branco leitoso com simbologia infectante).

ELETROCARDIOGRAMA

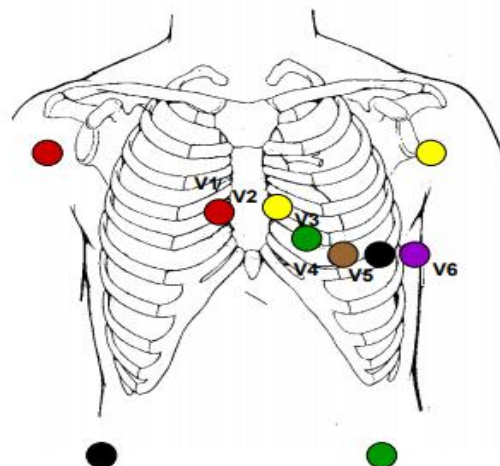
O Eletrocardiograma (ECG) fornece um registro da atividade elétrica do coração. As ondas eletrocardiográficas fornecem imediatamente a informação para o diagnóstico de pacientes com tonturas, síncope, dor torácica, síndromes coronárias agudas (SCA), hipertensão arterial sistêmica (HAS), entre outras doenças.

Executantes: enfermeiro, técnico e ou auxiliar.

ELETROCARDIOGRAMA

Material

- Aparelho completo: caneta, cabos.
- Papel milimetrado.
- Bateria: 01.
- Fio de extensão: 01.
- Plug "Benjamim" trifásico: 01.
- Álcool 70%.
- 01 pote com bolas de algodão.
- Eletrodo de fixação ou de sucção.
- Material para tricotomia se necessário.



POSICIONAMENTO DOS ELETRODOS

Fonte: Google Imagens

Procedimento

1. Testar o equipamento e verificar se o mesmo está completo antes de ir para casa do paciente.
2. Explicar ao paciente e família/cuidador sobre o procedimento pedindo sua colaboração se necessário.
3. Preparar o ambiente preservando a privacidade do paciente, evitando descobri-lo desnecessariamente e por tempo além do necessário.
4. Verificar PA e FC antes do procedimento. Checar voltagem e condições de aterramento no domicílio.
5. Realizar limpeza da pele com álcool 70% e colocar os eletrodos nos locais adequados.
6. Desligar aparelhos eletrônicos (celulares, telefone sem fio) durante o procedimento.
7. Retirar meias de nylon, pulseiras, relógios, correntes, ou peças de roupa com partes metálicas.
8. Realizar o registro do E.C.G. com o seguinte arranjo dos cabos no paciente:
 - Cabo vermelho (RA) em membro superior direito.
 - Cabo amarelo (LA) em membro superior esquerdo.
 - Cabo preto (RL) em membro inferior direito.
 - Cabo verde (LL) em membro inferior esquerdo.
 - Colocar os eletrodos de sucção ou eletrodos descartáveis no tórax utilizando álcool a 70% ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), para obtenção dos registros das derivações precordiais, seguindo o seguinte arranjo com o cabo do paciente: cabo vermelho (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno; cabo amarelo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno; cabo verde (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4; cabo marrom (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular; cabo preto (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior; cabo roxo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média.
9. Após o término do exame, retirar os eletrodos do paciente e higienizá-lo.

10. Cobrir o paciente, limpar e guardar todo o equipamento na caixa.
11. Descrever o posicionamento do paciente que o exame foi realizado.
12. Registrar o procedimento no papel de E.C.G. com nome, idade, data, horário, assinatura com carimbo do profissional que realizou. Efetuar o registro no prontuário.
13. Registrar procedimento em planilha de produção.

Observações

1. Utilizar a convenção de programação com ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII.

ENTEROCLISMA OU CLISTER

É a introdução de líquidos em grande volume, no intestino, através do canal retal, com objetivo de facilitar a evacuação, amolecendo as fezes e estimulando a peristalse. Deve-se ressaltar que o procedimento não é isento de riscos, podendo ocorrer perda importante de líquidos, alterações hidroeletrólíticas, diminuição do volume urinário, hemoconcentração e tendência à retenção de sódio.

Cuidados de enfermagem nas alterações dos hábitos intestinais (HI):

- Questionar sobre hábitos intestinais, frequência, consistência e cor das fezes, última evacuação, presença de dor, sangue e hemorroidas.
- Questionar hábitos alimentares, uso de medicamentos e tratamentos anteriores.
- Orientar quanto a dieta laxativa e aumento de ingestão hídrica.

Contra Indicação: obstrução intestinal, hemorragia retal não diagnosticada, lesões intestinais oncológicas.

Executantes: enfermeiro, técnico e auxiliar

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento).
- Solução glicerizada 12% ou outras, em volume de 500ml.
- Equipamento para soro.
- Extensor.
- Sonda para retal.
- Gel de lidocaína 2%.
- Luvas de procedimento.

Procedimento

1. Apresentar-se ao paciente e familiar, explicando o procedimento que será realizado, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
2. Checar a prescrição.
3. Reunir o material.
4. Higienizar as mãos.
5. Promover a privacidade do paciente.
6. Aquecer a solução prescrita a 37°, conectar o equipamento macrogotas e a sonda retal.
7. Paramentar-se com os EPIs.
8. Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE), se possível, com membro inferior esquerdo (MIE) estendido e membro inferior direito (MID) fletido.
9. Lubrificar a sonda retal com gel de lidocaína 2%.

10. Introduzir a sonda retal lentamente no ânus, cerca de 5 a 7cm nas crianças e 10 a 13cm nos adultos.
11. Infundir a solução de acordo com a prescrição médica.
12. Após o término da infusão, retire a sonda e oriente ao paciente a comprimir as nádegas.
13. Oferecer a comadre, colocar fralda descartável ou encaminhar o paciente ao vaso sanitário, conforme condições clínicas.
14. Deixar o paciente confortável.
15. Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados.
16. Retirar os EPIs e higienizar as mãos.
17. Realizar anotação de enfermagem no prontuário, assinar e carimbar.
18. Registrar o procedimento em planilha de produção.

Observações

1. São utilizadas soluções salinas, glicerinada 12% ou outras, em volume de 500ml ou mais. O gotejamento deve ser controlado entre 30 e 60 minutos.
2. É necessária prescrição médica: volume, gotejamento, e frequência de aplicações.
3. O enfermeiro avalia os riscos e habilidade do cuidador, para permanência ou não de profissional de enfermagem no domicílio até o final do gotejamento.
4. O cuidador deverá avisar a equipe, através de ligação telefônica, sobre o resultado do procedimento.
5. Combinar, se possível, com o cuidador, o melhor horário para a realização do clister, pois neste dia, os cuidados lhe tomarão mais tempo.

O papel do cuidador

- Preparar o leito e o paciente para o procedimento.
- Higiene do paciente após o procedimento.
- Seguir as orientações do profissional.
- Estar atento às alterações no hábito intestinal.

MEDICAÇÕES INJETÁVEIS E ANTIBIOTICOTERAPIA

Cabe a equipe de enfermagem administração de medicamentos conforme prescrição médica. O procedimento deve ser explicado ao paciente e cuidador antes de ser realizado. Checar nome do paciente, medicamento, dosagem, validade, via de administração e horário a ser administrado.

O ambiente para manipulação de medicamentos deverá ser limpo, seco e iluminado.

No preparo das medicações é importante observar aspecto da substância (se não existe alteração de coloração, presença de depósitos ou turvação).

Considerar o volume suportável para a aplicação do medicamento na via escolhida, assim como se a via se encontra pérvia.

As bolas de algodão usadas para antissepsia devem ser guardadas secas em um recipiente com tampa e o álcool em uma almotolia. Nunca manter as bolas de algodão embebidas em álcool, pois isso favorece a contaminação.

Lavar sempre as mãos antes e após o procedimento. Nunca reencapar agulhas, devendo as mesmas ser desprezadas em caixa de perfuro cortante.

Serão desprezados em lixo domiciliar, todos materiais, exceto agulhas e frascos de vidro.

A posição ideal para o idoso receber infusão venosa é em semi-fowler, se não houver contraindicação. Evite posicionar o suporte em local de circulação de pessoas.

Na administração parenteral realizar o procedimento de acordo com a técnica, procurando fazer rotação do local de aplicação, evitando se possível, membros plégicos, paréticos, onde tenham sido realizados, previamente, cateterismo arterial ou esvaziamento de gânglios.

Verificar os sinais vitais antes do procedimento, durante e após a infusão.

Durante toda a infusão esteja atento às reações adversas e complicações da administração: hipervolemia, choque pirogênico, extravasamento da solução, transfixação, edema, dor, suspendendo a infusão se necessário e comunicando o enfermeiro.

O cateter periférico não deve ser trocado por um período inferior a 96 horas. Deve se estar atento as alterações de febre, hiperemia, calor, edema e dor. É possível tomar a decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado, quando ocorre avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, do sítio de inserção, da integridade da pele e do vaso, da duração e tipo de terapia prescrita, da integridade e permeabilidade do dispositivo e da integridade da cobertura. Em pacientes neonatais e pediátricos, não se deve trocar cateter rotineiramente (ANVISA 2017).

VIA INTRAVENOSA IV OU ENDOVENOSA EV

Consiste na administração de medicamentos diretamente na rede venosa utilizando agulha, cateter rígido ou flexível.

Executantes: enfermeiro, técnico e auxiliar.

Material

- Luva de procedimento.
- Algodão e álcool 70%.
- Fita hipoalergênica.
- 2 agulhas para aspiração.
- 1 agulha para administração da medicação.
- 2 seringas 10 ou 20ml.
- Cateter de infusão rígido ou flexível se necessário.
- Solução prescrita.
- Diluente se necessário.
- 1 Equipo.
- “Plug macho” /” Polifix”.

Procedimento

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador. Verificar prescrição médica, medicamento, dose, via, volume, tempo de gotejamento, período de tratamento.
2. Reunir todo o material.
3. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento
4. Garrotear o membro escolhido
5. Realizar antisepsia com álcool 70% e puncionar
6. Conectar o plug macho/Polifix se o tratamento for por mais de 2 dias
7. Realizar fixação com fita hipoalergênica e identificar com nome, data e hora
8. Preparar medicação conforme prescrição
9. Instalar e/ou iniciar infusão
10. Para manter Acesso Venoso Periférico pérvio, após término, administrar 4ml Soro Fisiológico 0,9%.
11. Desprezar todo o material, dando o destino correto: lixo comum, lixo branco e caixa de perfuro cortante.

12. Lavar as mãos.
13. Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
14. Registrar procedimento em planilha de produção.

VIA INTRAMUSCULAR IM

É a administração direta de medicamento no tecido muscular. O volume de líquidos não deve ultrapassar 5ml.

Executantes: enfermeiro, técnico e auxiliar.

Material

- Luva de procedimento.
- Algodão e Álcool 70%.
- 1 agulha para aspiração.
- 1 agulha para administração da medicação.
- 1 seringa.
- Solução prescrita.
- Diluente se necessário.
- Caixa de perfurocortante.

Procedimento

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador.
2. Verificar prescrição médica: medicamento, dose, via, volume, tempo/gotejamento, período de tratamento.
3. Reunir todo o material.
4. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento.
5. Realizar antisepsia com álcool 70%.
6. Preparar medicação conforme prescrição.
7. Aplicar medicação no músculo escolhido.
8. Desprezar todo o material, dando o destino correto, lixo comum, lixo branco e caixa de perfurocortante..
9. Lavar as mãos.
1. 10. Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
10. Registrar procedimento em planilha de produção.

VIA SUBCUTÂNEA

Os medicamentos são administrados abaixo da pele, no tecido subcutâneo. Os locais das injeções são regiões superiores externas dos braços, face anterolateral do abdome, face lateral das coxas, sendo de extrema importância alternar os locais de aplicação.

Executantes: enfermeiro, técnico de e auxiliar.

Material

- Luva de procedimento.
- Algodão e Álcool 70%.
- 1 agulha para aspiração.
- 1 agulha 13x4,5 para administração da medicação.
- 1 seringa 1 ml.

- Solução prescrita.
- Diluente se necessário.
- Caixa de perfurocortante.

Procedimento

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador.
2. Verificar prescrição médica: medicamento, dose, via, volume, tempo/gotejamento, período de tratamento.
3. Reunir todo o material.
4. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento.
5. Realizar antisepsia com álcool 70%.
6. Preparar medicação conforme prescrição.
7. Avaliar local da punção.
8. Aplicar a injeção com bisel lateralizado em um ângulo de 45° a 90°.
9. Desprezar todo o material, dando o destino correto, lixo comum, lixo branco e caixa de perfurocortante.
10. Lavar as mãos.
11. Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
12. Registrar procedimento em planilha de produção.

HIPODERMÓCLISE

É a administração de fluidos via subcutânea através de um cateter agulhado ou não. Os locais de punção recomendados são: face externa da coxa na junção dos terços médio e distal, região escapular, face anterolateral do abdome e região torácica superior entre o 4º e 5º espaço intercostal, devendo essa ser a última escolha em pacientes com caquexia. É contraindicado em pacientes com distúrbios de coagulação (contraindicação relativa); edema (contraindicação relativa); anasarca/ hipoalbuminemia; desequilíbrio hidroeletrólítico; desidratação severa; choque.

É uma modalidade para a administração de fluidos que permite a correção de desequilíbrio hidroeletrólítico. É um método efetivo de hidratação para pacientes que apresentam inadequada ingestão oral e desidratação consequente a situações como a redução da sede no idoso, anorexia, dificuldade de deglutição, confusão, agitação e também na tentativa sem sucesso de hidratação por sondagem enteral, além de ser uma alternativa para a administração de fármacos como analgésicos e antibióticos.

Durante a assistência domiciliar é necessário utilizar curativo de membrana semipermeável transparente sobre a inserção do acesso SC para permitir a observação e avaliação contínuas. O acesso deverá ser reavaliado continuamente, podendo permanecer por até 7 dias, devendo ser retirado antes caso apresente dor local, edema e/ou sinais flogísticos. Trocar o curativo imediatamente se a integridade estiver comprometida. Na infusão contínua o volume diário total não deve ultrapassar 3.000 ml. O débito da perfusão pode variar entre 1 a 8 ml/min dependendo do volume e da solução infundida.

Executantes: enfermeiro, técnicos e auxiliares.

Material

- Luva de procedimento.
- Algodão e Álcool 70%.
- 1 agulha para aspiração.
- 1 cateter rígido 21G a 25G ou cateter flexível 18G a 24G para administração da medicação.
- 1 seringa 10ml.
- Solução prescrita.

- Diluente se necessário.
- Equipo se necessário.
- Caixa de perfurocortante.
- Polifix infantil para adaptar o cateter.
- Cateter rígido (indicado para dose única de medicação).
- Bomba de infusão, quando houver recomendação de administração contínua.

Procedimento

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador.
2. Verificar prescrição médica: medicamento, dose, via, volume, tempo/gotejamento, período de tratamento, atentar a compatibilidade de medicações com via hipodermóclise.
3. Reunir todo o material.
4. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento.
5. Realizar antisepsia com álcool 70%.
6. Preparar medicação conforme prescrição.
7. Avaliar local da punção.
8. Preencher o cateter rígido com SF 0,9%.
9. Introduzir a agulha em ângulo de 30° a 45° com bisel voltado para cima, verificando se não pegou nenhum vaso sanguíneo.
10. Realizar fixação com fita adesiva transparente e identificar com nome, data e hora.
11. Administrar 4ml de soro fisiológico 0,9%, após término, para manter acesso pérvio.
12. Desprezar todo o material, dando o destino correto: lixo comum, lixo branco e caixa perfuro cortante.
13. Lavar as mãos.
14. Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
15. Registrar procedimento em planilha de produção

Observações

- Punções por hipodermóclise têm menor complexidade que por via endovenosa.
- Não puncionar regiões de articulações.
- Medicações em bolus tem limite máximo de 5 ml.
- A punção deve ser sempre realizada no sentido do coração.
- Locais de punção: abdominal (até 1000ml/24h), antero lateral da coxa (até 1500 ml/24h), deltoide (até 250 ml/24h), escapular (até 1000 ml/24h), subclavicular (até 250 ml/24h).
- Deve-se fazer o rodízio de punção respeitando 5 cm do local da punção anterior.
- Para administração intermitente de medicações poderá ser orientado ao paciente ou cuidador a mesma técnica de administração da medicação de insulina subcutânea.
- Deve-se atentar para incompatibilidade medicamentosa, conforme tabela abaixo:

HIPODERMÓCLISE

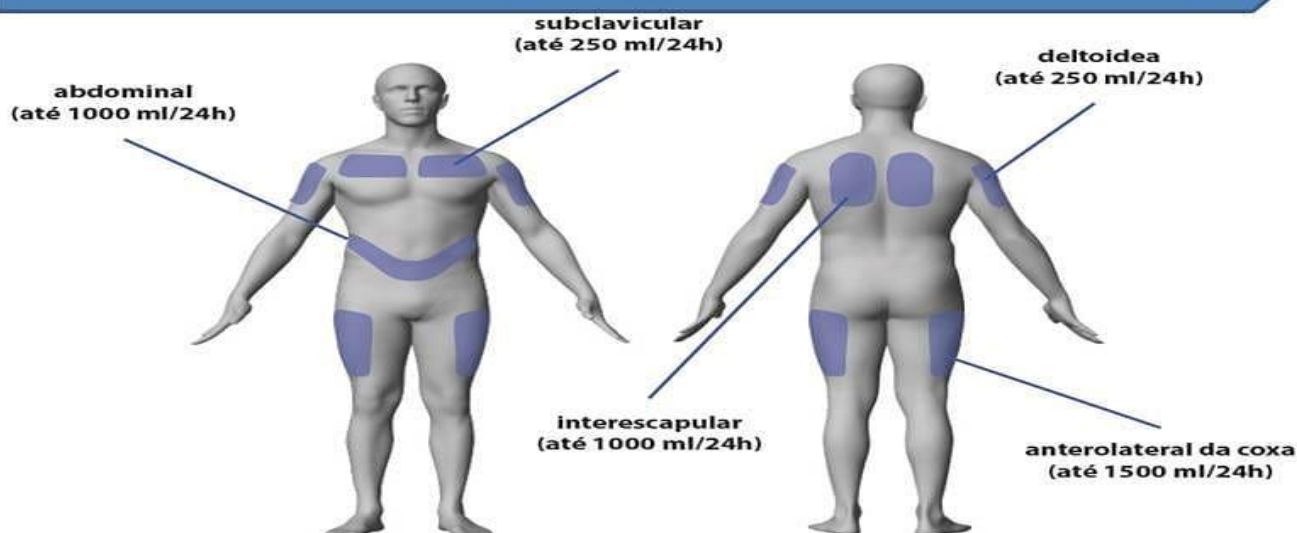


TABELA DE COMPATIBILIDADE ENTRE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS	cefepime	ceftriaxona	dipirona	escopolamina	furosemida	haloperidol	levomepromazina	metoclopramida	midazolam	morfina	octreotida	ondansetrona	ranitina	tramadol	dexametasona
cefepime	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
ceftriaxona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
dipirona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
escopolamina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
furosemida	C	C	C	C	C	C	C	I	I	I	I	C	I	C	I
haloperidol	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
levomepromazina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
metoclopramida	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
midazolam	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	I	C	C	C	I
morfina	C	C	C	C	I	C	C	C	C	C	I	C	C	I	I
octreotida	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I
ondansetrona	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	C	I	C	I
ranitina	I	I	I	I	I	I	I	I	C	C	I	I	C	I	I
tramadol	C	C	C	C	C	C	C	C	C	I	I	C	C	C	I
dexametasona	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I

C: compatível; I: incompatível. Fonte: Azevedo e Barbosa, 2012.

Tabela 2: compatibilidade entre medicamentos

Fonte: Google Imagens

TRAQUEOSTOMIA

O termo traqueostomia refere-se à operação que realiza uma abertura e exteriorização da luz traqueal. O paciente traqueostomizado mantém uma via aérea artificial e, conseqüentemente, necessita de cuidados para evitar complicações relacionadas à presença da cânula plástica com ou sem *cuff* ou *cânula de metal* tais como: lesões e infecção local, ressecamento das secreções pulmonares, obstrução da cânula, risco de broncoaspiração e desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Dentre esses cuidados está a necessidade de manter a subcânula limpa, cuidados com a pele e o tubo traqueal. A troca de uma cânula de traqueostomia ocorre de acordo com as características individuais do paciente e do equipamento variando de 30 dias a 6 meses dependendo do material utilizado (aço, alumínio, plástico ou silicone).

Executantes: enfermeiro

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento).
- Traqueostomia com número adequado ao procedimento.
- Cadastrar de fixação.
- Gazes.
- Gel de lidocaína.

Procedimento

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador.
2. Reunir todo o material.
3. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento.
4. Retirar a cânula suavemente e introduzir a nova cânula (cânula com “cuff” deve ser desinflada antes da retirada).
5. Trocar as gazes entre a pele e o tubo traqueal.
6. Fixar o cadarço.
7. Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
8. Registrar procedimento em planilha de produção.

Orientação a família e ao paciente

- Cânula plástica: deve ser limpa com um cotonete umedecido com soro fisiológico.
- Cânula metálica: deve se retirar a cânula interna (mandril) e lavar em água corrente, limpando com uma escovinha, gaze ou cotonete. Recolocar a subcânula dentro da cânula.
- Trocar as gazes que estão entre a pele e o tubo traqueal.
- Colocar duas gazes dobradas entre o tubo traqueal e a pele do pescoço.
- Limpar o pescoço e ao redor do tubo traqueal, utilizando uma gaze umedecida com água potável ou soro fisiológico 0,9%.
- Realizar este cuidado sempre que necessário.
- Realizar a troca do cadarço sempre que estiver sujo ou úmido, atentar ao cuidado de não pressionar a região cervical demasiadamente, mantendo um espaço de 1cm entre o cordão e a pele.
- Limpar a cânula interna de traqueostomia 3 vezes ao dia. Em caso de muita secreção pode-se fazer a limpeza mais vezes ao dia.

Observações

- Orientar o paciente, cuidadores e familiares sobre como proceder em casos de urgências relacionadas ao sistema respiratório.
- Em pacientes em uso crônico de cânula de traqueostomia metálica e com cuidador capacitado previamente pelo enfermeiro, pode ser efetuar a troca e higiene do conjunto da cânula (parte externa e mandril) a cada 2 dias com água e sabão e desinfecção em água fervendo por 10 minutos. Nesse caso, a família/paciente deve possuir dois conjuntos de cânulas.
- Recomenda-se que a equipe de saúde responsável ensine os cuidadores sobre a troca de cânulas, principalmente para cuidados em caso decanulação acidental.

- Para familiar capacitado, entregar ao cuidador dois conjuntos reservas estéreis de cânula de traqueostomia (1 com a mesma numeração em uso e o outro de menor calibre).
- A limpeza dos tubos de traqueostomia de materiais plásticos pode ser realizada com água corrente e sabão líquido. Após secar pode se utilizar hipoclorito de sódio a 0,3% com imersão por 30 minutos ou clorexidina aquosa 1% por 10 minutos de imersão em vasilhame opaco, com tampa e posterior enxágue em água potável ou corrente. Hipoclorito de sódio é mais comercializado na concentração de 2,0% a 2,5%, assim a cada 110ml de água, adicione (uma colher de sopa) 15 ml de hipoclorito.

DECANULAÇÃO

A decanulação deve ser particularizada para cada paciente, de acordo com a sua doença de base e o estadiamento.

Recomenda-se que os pacientes recebam avaliação de enfermagem, de fisioterapia, de fonoaudiologia e médica antes do processo de decanulação.

Em crianças, a nasofibrosopia é necessária para a decanulação e acontece em ambiente ambulatorial ou hospitalar.

Após a decanulação, há necessidade de seguimento do paciente devido ao aparecimento de complicações precoces e tardias após retirada (sangramento, fístulas, estenoses).

A interação entre a equipe multidisciplinar permite diminuir o tempo de uso da traqueostomia, propiciando a decanulação e tornando o cuidado mais seguro para o paciente, com menor risco de insucesso e complicações.

Alguns outros fatores preditores de sucesso na decanulação incluem:

- Estabilidade do paciente.
- Ausência de secreções em quantidades que possam comprometer o padrão respiratório.
- Capacidade de deglutição.
- O paciente deve ser capaz de respirar por via aérea superior (nasal).
- O fluxo expiratório também deve ser suficiente para gerar força para que o paciente possa tossir e falar.

Executantes: enfermeiro

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento).
- Traqueostomia com um número adequado ao paciente.
- Cadastrar de fixação.
- Gazes.
- Gel de lidocaína.

Procedimento

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador.
2. Reunir todo o material
3. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento
4. Deixar todo material pronto para reduzir a numeração.
5. Retirar a cânula suavemente e introduzir a nova cânula de número menor.
6. Trocar as gazes entre a pele e o tubo traqueal.
7. Fixar o cadarço.
8. Realizar anotação de enfermagem, carimbar e assinar.
9. Registrar procedimento em planilha de produção.

Processo de Decanulação domiciliar em adultos

1. Avaliação do enfermeiro, médico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo.
2. Se paciente com TQT plástica a mesma deve ser trocada para metálica com calibre menor (6 ou 5).
3. Após 24-48 horas, trocar a cânula metálica para uma de calibre menor (4 ou 3).
4. Após 24-48 horas, ocluir a TQT durante o atendimento, se o paciente manter estável clinicamente, permanecer ocluída por 24-48 horas.
5. Na ausência de secreção, sinais de desconforto respiratório, broncoaspiração e presença de tosse eficaz, decanular e realizar curativo oclusivo em estoma.
6. Depois de realizada a decanulação, o estoma é coberto com um curativo seco que deve ser trocado duas vezes ao dia e o local deve ser avaliado quanto à cicatrização e a complicações.

ASPIRAÇÃO OROFARÍNGEA E ENDOTRAQUEAL

É indicada para remover secreções da boca e da faringe, desobstruindo a entrada de ar das vias aéreas superiores, bem como traqueia e brônquios dos pacientes, de acordo com a necessidade, ou seja, acúmulo de secreções.

Frequência de aspiração

A aspiração acontece conforme a necessidade e depende da capacidade do paciente de gerar uma tosse efetiva, da viscosidade e da quantidade de secreções. Recomenda-se efetuar inalação com soro fisiológico de manhã e de noite e efetuar pelo menos duas aspirações ao dia após a inalação para uma boa limpeza brônquica.

Objetivo da técnica:

- Manter as vias aéreas livres e permeáveis.
- Garantir ventilação e oxigenação adequadas.
- Prevenir infecções.
- Prevenir complicações no quadro clínico geral do paciente, provocado por acúmulo de secreções nos pulmões.

Executantes: enfermeiro, técnico e auxiliar.

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento ou estéril).
- Aspirador portátil.
- Extensão de látex.
- Frasco coletor de secreções (aspiração).
- Cateter de aspiração orotraqueal (crianças numeração entre 06-08 e adultos entre 08-14).

Procedimento

1. Avaliar a viabilidade da técnica limpa ou asséptica (enfermeiro).
2. Orientar o paciente e pedir sua colaboração.
3. Lavar as mãos antes e após procedimento conforme técnica.
4. Preparar todo material e colocar em local acessível.
5. Montar o cateter no aspirador.
6. Elevar a cabeceira.
7. Calçar as luvas e outros EPIs (óculos e máscara).
8. Introduzir o cateter fechado na cânula de traqueostomia.
9. Retirar o cateter, aspirando com movimentos giratórios para não lesar a traqueia.

10. Ao finalizar o procedimento, aspirar água fervida ou filtrada para garantir a limpeza do interior da extensão de látex (retirada de secreções).
11. Repetir a aspiração quantas vezes forem necessárias, não esquecer sempre de verificar o padrão respiratório do paciente.
12. Reposicionar o paciente para que fique confortável.
13. Desprezar o cateter de aspiração após o uso.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
15. Registrar procedimento em planilha de produção.

Observações

A orientação do paciente/cuidador para que ele possa fazer a aspiração com uso da sonda mais de uma vez antes de serem descartadas, deve ser avaliada individualmente.

Orientações aos cuidadores

Limpeza dos Materiais

Todo material usado na aspiração (extensão de látex, frasco coletor de secreções, recipiente da água) deve ser lavado com água e sabão líquido, enxaguar em abundância até que se garanta a remoção da sujidade e do sabão. Após enxugar com uma toalha ou gazes específicas para o procedimento, assegure a secagem interior com ar sob pressão por meio do aspirador. Todo material permanente deve ser lavado diariamente com água abundante corrente e sabão líquido.

Obs. O látex deve ser trocado 1 vez por semana, ou antes se necessário. O frasco deve ser lavado no mínimo 1 vez ao dia, para evitar acúmulo de crostas em seu interior e minimizar riscos de contaminação.

Kit sugerido de materiais para o paciente no domicílio

- 120 cateteres de aspiração endotraqueal/mês com a numeração adequada (o diâmetro externo do cateter de sucção deve ser limitado a menos de 50% do diâmetro interno diâmetro do tubo de traqueostomia).
- 4 unidades de soro fisiológico 0,9% 250 ml por mês para inalação e instilação.
- 4 extensões de látex por mês.
- 02 pacotes de gazes não estéreis por mês.
- Escovinha para limpeza da subcânula traqueal 8 unidades por mês.
- Cadastrar 15 metros/mês.
- 1 unidade de fita adesiva hipoalergênica 5cmX4,5m.
- 4 Agulha 40x12 ou 25x12 por mês.
- 4 seringas de 1 ml por mês.
- 100 pares luvas de procedimento/mês.

Material permanente para urgências:

- 1 AMBU (máscara de silicone).
- Kit de traqueostomia de numeração inferior a utilizada para casos de decanulação acidental.

Ventilação mecânica no domicílio

A ventilação mecânica substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea e está indicada na insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Proporciona melhora das trocas gasosas e diminui o trabalho respiratório, podendo ser utilizada de forma não invasiva através de uma interface externa, geralmente via máscara facial ou nasal, ou com prongs nasais e de forma invasiva através de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.

Entre outros cuidados, o papel da enfermagem na ventilação mecânica engloba as orientações de:

- Controle de sinais vitais.
- Monitorização do padrão respiratório.
- Aspiração de secreções pulmonares.
- Higiene oral, troca de fixação do tubo orotraqueal (TOT) ou traqueostomia (TQT).
- Observar o circuito do ventilador.
- Observar os alarmes do ventilador.
- Observar o nível de água destilada e o aquecimento do umidificador.

Materiais a serem fornecidos pelo serviço de saúde a família:

1. Traqueostomia reserva com número adequado.
2. Água destilada se necessário.
3. Material necessário para aspiração e cuidados com TQT.
4. Fornecer AMBU para cuidados em urgência respiratória.

OBS: Em caso de problema com o equipamento deve se acionar o serviço de urgência e/ou empresa responsável pelo equipamento.

CISTOSTOMIA

Uma cistostomia supra púbica ou vesicostomia é uma abertura cirúrgica feita acima do osso púbico até a bexiga. Um tubo ou cateter urinário é introduzido na bexiga e mantido no lugar com um balão e/ou suturas. O profissional Enfermeiro tem competência técnico-científica para a execução da troca da cistostomia tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar.

Dentre os cuidados necessários com a cistostomia é o de avaliar a necessidade de troca e limpeza do local da inserção. Como protocolo, o tempo de troca varia de acordo com a característica do sistema, da urina e situação individual do paciente, em média 30 dias.

Executantes: enfermeiro

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento).
- Luvas estéreis.
- Cateter vesical de demora estéril descartável (sonda Foley).
- Clorexidina degermante solução 2% e/ou clorexidina aquosa 1%.
- Compressas de gaze estéril.
- Lidocaína gel.
- Coletor de urina de sistema fechado.
- Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
- Seringa de 20 ml.
- Água destilada – ampolas de 10 ml.
- Campo fenestrado.

Procedimento

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador e posicionar a paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos.

3. Abrir a bandeja de cateterismo utilizando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal.
5. Calçar as luvas estéreis.
6. Realizar antissepsia da região com clorexidina degermante solução 2% e gaze estéril com movimentos únicos: horizontalmente, do centro a periferia da ostomia.
7. Lubrificar bem o cateter vesical de demora com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
8. Introduzir o cateter pré-conectado a um coletor de drenagem de sistema fechado, utilizando técnica asséptica.
9. Introduzir suavemente o cateter.
10. Insuflar o balonete com água destilada de acordo com a recomendação do fabricante, observar a presença de diurese.
11. Fixar o cateter na região abdominal.
12. Realizar curativo protetor com gaze seca fixando-o com fita adesiva hipoalergênica na região de inserção da cistostomia.
13. Secar a área e manter paciente confortável.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
16. Registrar procedimento em planilha de produção.

Orientações à família e ao paciente

O curativo deve ser trocado diariamente, ou com maior frequência, se necessário.

- Lavar as mãos.
- Remover o curativo antigo.
- Limpar a pele em torno do cateter com soro fisiológico 0,9%.
- Aplicar o curativo no local da inserção, fixando-o com fita adesiva hipoalergênica ou curativo transparente, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora e acaba irritando a bexiga.
- Lavar as mãos após procedimento.
- Esvaziar a bolsa coletora regularmente.
- Manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.

Materiais a serem fornecidos ao familiar

- Fita adesiva hipoalergênica 1 unidade por mês.
- Gazes 30 pacotes por mês.
- 2 SF 0,9% 250ml.

GASTROSTOMIA

Gastrostomia é uma abertura feita cirurgicamente no estômago para o meio externo, com finalidade de facilitar a alimentação enteral para o paciente e administração de líquidos ou medicamentos, quando a mesma está impossibilitada por via oral. Em casos no qual há necessidade do uso prolongado da nutrição enteral é indicado realização de gastrostomia, desde que o paciente tenha condições clínicas para o procedimento cirúrgico e que seja avaliado pela equipe multiprofissional.

A substituição da sonda de gastrostomia se dá em casos de rompimento do balão, alterações do estoma e em processos infecciosos, obstrução, perda, tempo prolongado e desgaste natural. Em média essa troca acontece a cada 3 meses podendo prorrogar até 1 ano de acordo com o material.

Razões para substituir um tubo ou dispositivo de gastrostomia

- O dispositivo não está funcionando adequadamente (vazando, bloqueando regularmente, sujidade aderida).
- O dispositivo está deteriorado.
- O dispositivo está causando complicações no local do estoma.
- O dispositivo saiu acidentalmente.

O profissional enfermeiro treinado tem competência técnico-científica para a execução da troca do cateter de gastrostomia tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar.

Executantes: enfermeiro

Material

- Luvas de procedimento.
- Cateter de foley de silicone.
- Compressas de gazes.
- Lidocaína gel 2%.
- Seringa de 20 ml.
- Água destilada – ampola 10 ml.

Procedimento

1. Explicar o procedimento para o paciente/família/cuidador e posicionar o paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos.
3. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal.
4. Calçar as luvas de procedimento.
5. Realizar antisepsia da região com soro fisiológico 0,9% e gaze com movimentos únicos: horizontalmente, do centro a periferia da ostomia.
6. Lubrificar bem o cateter com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
7. Colocar trava de segurança para ao final aproximá-la e prendê-la junto a pele.
8. Introduzir o cateter, utilizando técnica asséptica.
9. Introduzir suavemente o cateter.
10. Insuflar o balonete com água destilada de acordo com recomendação do fabricante.
11. Fazer ausculta de borborigmo.
12. Aplicar curativo no local da inserção, fixando-os com fita adesiva hipoalergênica ou curativo transparente, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora.
13. Lavar as mãos.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
15. Registrar procedimento em planilha de produção.

Orientações à família e ao paciente

O curativo deve ser trocado diariamente ou com maior frequência, caso fique sujo ou se solte.

- Lavar as mãos.
- Remover o curativo antigo.
- Limpar a pele em torno do cateter com soro fisiológico 0,9%.
- Aplicar curativo no local da inserção, fixando-o com fita adesiva hipoalergênica ou curativo transparente, a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora.
- Gire o cateter de forma circular diariamente para evitar aderência a pele.
- Em caso de saída acidental, se não souber manusear o dispositivo, solicitar serviço do SAD ou de urgência.

- Durante a troca do cateter pode ocorrer extravasamento de suco gástrico ou até mesmo pequeno sangramento.
- A orientação do paciente/cuidador para que eles possam mudar tubo de gastrostomia deve ser avaliada individualmente.

Observações

Em caso de hipergranulação do estoma consultar guia de tratamento de feridas da Prefeitura Municipal de Campinas.

Material recomendado para o cuidado de paciente com gastrostomia

- 8 frascos de dieta por mês.
- 8 equipos de dieta por mês.
- 10 seringas de 20 ml (5 para água e 5 para medicação) por mês.
- 30 pacotes de gazes por mês.
- 1 fita adesiva hipoalergênica 5cmx4,5m por mês.

DISPOSITIVO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

É um dispositivo composto por policloreto de vinila, látex, poliuretano ou silicone que, ao ser colocado externamente ao pênis, propicia a drenagem da urina para um frasco coletor. Substitui fraldas e absorventes e permite controle de débito urinário.

A mangueira do dispositivo de incontinência urinária é encaixada a um frasco coletor de urina, também conhecido como sistema aberto.

Executantes: enfermeiro, técnico e auxiliar

Procedimento

- Raspar os pelos da região genitália.
- Lavar o pênis com água e sabão e secar bem.
- Selecionar o tamanho adequado 25, 30 ou 35 (P, M.G).
- Colocar o dispositivo de incontinência urinária como se ele fosse uma camisinha, e deixe um espaço livre na ponta do pênis.
- Colocar a fita adesiva hipoalergênica em base do pênis fixando o dispositivo de incontinência urinária.
- Conectar em frasco coletor.

Observações

Retirar o dispositivo de incontinência urinária uma vez ao dia para realizar a higiene do pênis.

Examinar o pênis com frequência e, se apresentar lesões locais ou inchaço, interromper o uso do dispositivo de incontinência urinária e utilizar fraldas, até que as lesões estejam curadas.

Trocar dispositivo de incontinência urinária diariamente e após higiene.

Kit Material à Família

Fornecer a família 30 unidades de dispositivo de incontinência urinária por mês.

Fornecer 4 frascos de coletor de sistema aberto, não estéril, o mesmo pode ser lavado e utilizado por uma semana.

Fita adesiva hipoalergênica 5cmx4,5m 1 unidade por mês.

O coletor de urina sistema aberto pode ser lavado e utilizado por uma semana. Para pacientes que são cadeirantes são ofertados além dos coletores de urina adulto, mais 4 unidades de coletor urinário de perna – 500ml. Para maior conforto e discricção em suas atividades diárias, não é recomendado o uso deste coletor de perna durante o sono (período noturno) devido a sua reduzida capacidade de volume, pode causar refluxo urinário, o que contribui para infecção.

CATETER VESICAL DE DEMORA E DE ALÍVIO – CVD E CVA

Cateterismo vesical é a introdução de um cateter na bexiga, através da uretra para drenagem de urina.

Indicações

- Retenção urinária.
- Pré-operatório.
- Pós-operatório.
- Monitorização do débito urinário.
- Determinação de urina residual bexiga neurogênica.
- Obtenção de urina para exame.
- Sistema fechado de drenagem.

Objetivos

- Obter amostras de urina, livre de contaminação (CVA).
- Impedir a distensão da bexiga (CVD).
- Manter o cateter nos casos de incontinência urinária (CVD).
- Irrigar a bexiga no caso de ressecção transuretral de próstata.
- Intervir na retenção urinária, controle de diurese.
- Auxiliar em exames (cistostomia, uretrocistografia miccional).

CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO OU PARA COLETA DE EXAMES

Executante: enfermeiro

Material

- EPIs (óculos, máscara, luva estéril).
- Sonda uretral estéril descartável.
- Clorexidina degermante Solução 2% e ou aquoso 1%.
- Compressas de gaze estéril.
- Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
- Campo fenestrado.
- Frasco para coleta de urina.
- Xylocaína gel 2%.

Procedimento

Paciente do sexo feminino

1. Explicar o procedimento a paciente e posiciona-la confortavelmente.
2. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento.
3. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre o leito.
4. Realizar a higiene íntima.
5. Lavar as mãos novamente.
6. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
7. Calçar as luvas estéreis.
8. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
9. Realizar antisepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado.
10. Evitar contaminar a superfície da sonda.
11. Realizar o esvaziamento total da bexiga ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
12. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
13. Secar a área, tornar o paciente confortável.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. Anotar a quantidade, a coloração e as demais características da urina.
16. Registrar procedimento em planilha de produção.
17. Manter ambiente em ordem.

Paciente do sexo masculino

1. Explicar o procedimento ao paciente e posiciona-lo confortavelmente.
2. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento.
3. Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendidas.
4. Realizar a higiene íntima.
5. Lavar as mãos novamente.
6. Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica.
7. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula.
8. Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de alívio, gazes e seringa.
9. Calçar luvas estéreis.
10. Solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de xylocaína.
11. Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica.
12. Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento.
13. Limpar o corpo do pênis.
14. Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glândula. Limpar a glândula com movimentos circulares, começando a partir do meato.
15. Limpar o orifício da uretra.
16. Colocar o campo fenestrado.
17. Injetar 10 ml de xylocaína no meato.
18. Introduzir delicadamente o cateter no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária.

19. Depois de esvaziar a bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial remover delicadamente o cateter.
20. Após a sondagem vesical, o prepúcio deve ser recolocado sobre a glândula, pois sua posição retraída pode vir a causar edema.
21. Posicionar o paciente confortavelmente.
22. Lavar as mãos.
23. Registrar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. Anotar a quantidade, a coloração e as demais características da urina.
24. Registrar procedimento em planilha de produção.
25. Manter ambiente em ordem.

CATETERISMO INTERMITENTE

O cateterismo urinário intermitente é um procedimento no qual é inserido um cateter uretral até a bexiga com a finalidade, dentre outras, de drenagem da urina em pacientes com problema de eliminação urinária.

CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: AUTO - SONDAÇÃO

Executantes: paciente devidamente orientado pelo enfermeiro.

Procedimento

- Lavar bem as mãos com sabão e água corrente.
- Colocar todo o material que vai usar ao alcance das suas mãos.
- Realizar a limpeza local com sabão neutro e gaze, logo após retire o sabão com água corrente e limpe com outra gaze.
- Lavar novamente as mãos com sabão e água corrente.
- Abrir a embalagem original da sonda, conferir se o número é o definido.
- Passar gel anestésico 2 % na extremidade da sonda que será introduzida.
- Introduzir a sonda na uretra. Massagear a região da bexiga para favorecer a saída da urina. Aguardar o esvaziamento completo da bexiga.
- Retirar a sonda após esvaziar a bexiga.
- Após isso, desprezar a sonda no lixo.
- Lavar as mãos.

CATETERISMO INTERMITENTE FEITO POR OUTRA PESSOA

Executantes: enfermeiro / cuidador devidamente orientado pelo enfermeiro

Procedimento

- Lavar bem as mãos com sabão e água corrente.
- Calçar a luva na mão que vai realizar a limpeza local. Retirar a luva e jogá-la no lixo.
- Lavar novamente as mãos com sabão e água corrente.
- Abrir a embalagem original da sonda, conferir o número definido pelo seu médico.
- Calçar a luva de procedimento na mão que vai passar a sonda.
- Passar gel anestésico 2 % na extremidade da sonda a ser introduzida.

- Massagear a região da bexiga para favorecer a saída da urina. Aguardar o esvaziamento completo da bexiga.
- Retirar a sonda após esvaziamento da bexiga.
- Retirar a luva e jogá-la no lixo
- Lavar as mãos.

Materiais a serem fornecidos ao paciente/familiar para cateterismo intermitente

- 180 unidades de sondas uretrais mês (numeração de sondas uretrais disponíveis 6,8,10,12,14)
- 6 Tubos de gel lubrificante estéril - xylocaína 2%.
- 01 pacote gaze não estéril (500 unidades).
- 100 pares de Luvas de procedimentos.

Observações

Caso o paciente necessite de um número maior de sondas será necessário relatório de profissional de saúde com justificativa detalhada.

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

Executantes: enfermeiro

Material

- EPI s (óculos, máscara, luvas de procedimento e luvas estéreis).
- Sonda foley estéril.
- Clorexidina degermante solução 2% ou aquosa 1%.
- Compressas de gaze estéril.
- Xylocaína gel.
- Coletor de urina de sistema fechado.
- Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
- 2 Seringas de 20 ml.
- Água destilada – ampola
- Campo fenestrado.

Procedimento

Paciente do sexo feminino

1. Explicar o procedimento a paciente e posiciona-la confortavelmente.
2. Lavar as mãos e calçar luvas de procedimento.
3. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados, os pés sobre o leito.
4. Realizar a higiene íntima.
 5. Lavar as mãos novamente.
5. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
6. Calçar as luvas estéreis.
7. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
8. Realizar antisepsia da região perineal com clorexidina 2% e gaze estéril com movimentos únicos. Colocar campo fenestrado.

9. Lubrificar a sonda com xylocaína 2%.
10. Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita.
11. Insuflar o balonete com água destilada conforme orientação do fabricante. Certifique que a sonda está drenando adequadamente. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência.
12. Fixar a sonda de demora juntamente com o equipo de drenagem na coxa.
13. Secar a área e manter paciente confortável.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. Anotar a quantidade, a coloração e as demais características da urina.
16. Registrar procedimento em planilha de produção.
17. Manter ambiente em ordem.

Paciente do sexo masculino

1. Explicar o procedimento ao paciente e posiciona-lo confortavelmente.
2. Lavar as mãos calçar as luvas de procedimento.
3. Colocar o paciente em posição dorsal com as pernas estendidas.
4. Realizar a higiene íntima.
5. Lavar as mãos novamente.
6. Abrir o pacote de cateterismo usando técnica asséptica.
7. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula.
8. Colocar dentro do campo do cateterismo sonda vesical de demora, gazes e seringa.
9. Calçar luvas estéreis.
10. Solicitar auxílio para preencher a seringa com 10 ml de xylocaína.
11. Pegar, com o auxílio da pinça, gaze embebida em solução antisséptica.
12. Limpar primeiramente a região púbica, no sentido transversal, com movimento único e firme, desprezando a gaze para cada movimento. Usar gazes para segurar o pênis, perpendicular ao corpo, e limpar, no sentido longitudinal, de cima para baixo, do lado mais distante ao mais próximo, sempre utilizando uma gaze para cada movimento.
13. Limpar o corpo do pênis.
14. Segurar o pênis do paciente, perpendicular ao corpo, puxar o prepúcio para baixo, de modo a expor a glândula. Limpar a glândula com movimentos circulares, começando a partir do meato.
15. Limpar o orifício da uretra.
16. Colocar o campo fenestrado.
17. Injetar 10 ml de xylocaína no meato.
18. Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado pela uretra, de forma a deslizar até que flua a urina.
19. Insuflar balonete com água destilada de acordo com a orientação do fabricante.
20. Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na direção vertical.
21. Secar a área e manter paciente confortável.
22. Lavar as mãos.
23. Registrar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. Anotar a quantidade, a coloração e as demais características da urina.
24. Registrar procedimento em planilha de produção.
25. Manter ambiente em ordem.

Orientações à família e ao paciente que use CVS

- Lavar as mãos.
- Fixar a sonda com fita adesiva hipoalergênica a fim de evitar que ele se movimente para dentro e para fora.
- Esvaziar a bolsa coletora regularmente.
- Manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga.

Observações quanto a troca de CVD e Cistostomia

A mudança de cateteres de demora ou bolsas de drenagem em intervalos fixos de rotina não é recomendada. Em vez disso, sugere-se a troca de cateteres e bolsas de drenagem com base em indicações clínicas, como infecção, obstrução ou quando o sistema fechado está danificado.

RETIRADA DO CVD

Executantes: enfermeiro, técnicos e auxiliar.

Material

- EPIs (óculos, máscara e luvas de procedimento).
- Saco de lixo
- Luva de procedimento
- Seringa 20 ml.

Procedimento

1. Verificar a bolsa coletora (volume, cor, aspecto da urina).
2. Calçar luvas de procedimento.
3. Aspirar o soro fisiológico do cuff.
4. Retirar a sonda.
5. Desprezar no lixo.
6. Lavar as mãos.
7. Registrar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
8. Registrar procedimento em planilha de produção.
9. Manter ambiente em ordem.

TRANSFUSÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTE

A administração intravenosa de sangue total ou hemocomponentes pode ser definida como a transferência de sangue e hemocomponentes de um indivíduo (doador) para outro (receptor). Está indicada para pacientes que sofreram perda sanguínea significativa ou alterações hematológicas decorrentes de doenças ou procedimentos.

A infusão só poderá ocorrer após a confirmação da identidade do paciente e sua compatibilidade com o produto (glóbulos vermelhos, plaquetas, fatores de coagulação, plasma fresco congelado, glóbulos brancos).

Executantes: enfermeiro

Obs.: A transfusão é realizada sempre na presença do médico responsável durante todo o procedimento no domicílio.

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento)
- Algodão e Álcool 70%.
- Fita adesiva hipoalergênica.
- 2 agulhas para aspiração.
- 1 agulha para administração da medicação.
- 2 seringas 10 ou 20ml.
- Cateter de infusão rígido ou flexível se necessário.
- Diluente.
- 1 Equipo.
- Plug macho/Polifix.
- Caixa de perfuro cortante.

Punção Venosa

1. Escolher uma boa via de acesso (em casos de transfusão de concentrado de hemácias utilizar cateteres calibrosos a fim de evitar a quebra das hemácias).
2. Buscar inicialmente as veias distais, evitar as veias que ficam próximas ao coração.

Procedimento

1. Certificar de que o paciente e/ou cuidador declarou consentimento para a infusão de sangue e hemocomponente.
2. Manter o sangue e/ou hemocomponente em caixa térmica na temperatura entre 2 e 8 °C.
3. Confirmar a identificação do paciente, a prescrição médica e o rótulo do hemocomponente, antes da sua administração. Esta verificação deverá ocorrer DUAS vezes antes de iniciar a infusão. O profissional realiza a primeira checagem e a segunda deve ser feita com o próprio paciente caso ele tenha condições, ou com o responsável pelo paciente.
4. Manter o sangue e/ou hemocomponente por no máximo 30 minutos em temperatura ambiente antes de iniciar a infusão.
5. Avaliar os sinais vitais do paciente antes, durante e após o procedimento.
6. Avaliar a permeabilidade do cateter intravenoso e a ausência de complicações, como infiltração ou flebite, antes da instalação do produto.
7. Conectar a bolsa ao equipo com filtro padrão específico.
8. Realizar a infusão em via exclusiva.
9. Permaneça junto ao paciente nos primeiros 15 minutos após a instalação para identificar possíveis sinais de reações adversas (aumento da temperatura corpórea, exantema ou rash cutâneo, prurido, edema, vertigem, cefaleia, tremores, calafrios e dor). Após este período avalie o paciente a cada 30 ou 45 minutos.
10. Mantenha a infusão por no máximo quatro horas, devido ao risco de contaminação e ou alterações do produto.
11. Ao término da infusão verificar os sinais vitais do paciente. Retirar o cateter, fazer compressão do local com algodão, cerca de três minutos. Observar atentamente o paciente nos 15 a 30 minutos após o término da transfusão. Orientar o paciente e/ou cuidador quanto a eventuais reações adversas nas primeiras 24 horas após o procedimento transfusional.
12. Anotar o procedimento em prontuário número da bolsa, tipo e origem dos hemocomponentes transfundidos, hora do início e término da transfusão, data, assinatura de quem realizou a transfusão e número das unidades transfundidas.
13. Anotar o procedimento em planilha de produção.

Reação Transfusional

1. Interromper imediatamente a transfusão na vigência de um ou mais sinais de reação adversa. Manter a extremidade do equipo protegida para não haver contaminação. Manter a veia permeável com a solução de hidratação da prescrição.
2. Comunicar ao Médico **IMEDIATAMENTE**.
3. Verificar e registrar na prescrição médica os sinais vitais do paciente (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar).
4. Providenciar todos os medicamentos, materiais e equipamentos necessários para o atendimento emergencial, no caso de reação moderada ou grave.
5. Registrar a reação no mapa transfusional e no livro de ocorrências da enfermagem.
6. Encaminhar todas as amostras, bolsas e pedidos de exames solicitados pelo Médico.
7. Devolver ao banco de sangue as bolsas usadas na transfusão.
8. Anotar em prontuário o procedimento, as reações apresentadas e a identificação das bolsas de sangue utilizadas no prontuário do paciente.

PARACENTESE

Paracentese ou punção peritoneal é um procedimento realizado pelo profissional médico em conjunto com a equipe de enfermagem, pode ser para fins diagnóstico ou terapêutico, e consiste na introdução de agulha no abdômen para drenagem de líquido ascítico. Ascite é o acúmulo de líquido na cavidade peritoneal. A paracentese pode ter finalidade diagnóstica ou terapêutica (utilizada para alívio da pressão abdominal).

Procedimento pode ser realizado com segurança no ambiente domiciliar, conforme Caderno de Atenção Domiciliar – volume 2, desde que cuidador/familiares esteja capacitados para avaliar sinais de alerta.

Complicações

- Perfuração intestinal e de órgãos peritoneais.
- Hemorragia.
- Hematoma da parede abdominal.
- Perda contínua de líquido pelo local da punção.
- Infecção no local da punção.
- Peritonite.
- Hipotensão após paracentese.

Executantes: profissional médico.

A equipe de enfermagem auxilia no procedimento.

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento, luvas estéril, avental descartável).
- Bandeja para paracentese ou pequenas cirurgias.
- Frasco/coletor graduado.
- Luva estéril.
- Luvas de procedimento.
- Seringas de 5ml, 10ml e 20ml.
- Agulhas 25x12, 25x07 e 13x0,45.
- Gaze estéril.
- Suporte de soro ou local adequado para manter o soro elevado o soro.

- Solução antisséptica clorexidina degermante 2%.
- Frasco de solução fisiológica 0,9% na quantidade prescrita.
- Equipo de soro ou tubo extensor estéril.
- Cateter venoso flexível periférico 14 ou 16.
- Torneira 3 vias (se for para diagnóstico).
- Cloridrato de lidocaína a 2% sem vasoconstritor.
- Frasco ou tubo coletor para exames de laboratório.
- Fita adesiva hipoalergênica.
- Caixa perfurocortante.
- Lâmina de barbear para tricotomia se necessário.

Procedimento

1. Confirmar o nome do paciente.
2. Explicar o procedimento, os riscos e possíveis complicações .
3. Pedir para familiar, responsável ou paciente para assinar consentimento informado.
4. Se for diagnóstica, rotular os frascos/tubos para encaminhar ao laboratório.
5. Orientar o esvaziamento completo da bexiga urinária.
6. Verificar os sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, saturação de oxigênio) antes e após procedimento.
7. Deixar o paciente mais confortável possível em decúbito dorsal levemente elevado.
8. Higienizar as mãos.
9. Preparar o campo estéril e dispor os materiais a serem utilizados.
10. Calçar as luvas de procedimento.
11. Proceder tricotomia se necessário com a lâmina de barbear.
12. Auxiliar ao médico durante o procedimento.
13. Deixar o frasco abaixo do nível do paciente para que o líquido flua passivamente
14. Avaliar sinais vitais.
15. Após procedimento, anotar o volume drenado e desprezar-lo.
16. Manter o paciente confortável em decúbito contrário do local da punção por 2 horas, a fim de evitar extravasamento de líquido ascítico.
17. Organizar o ambiente e desprezar o material perfurocortante na caixa própria.
18. Anotar procedimento em prontuário, descrever aspecto, cor e quantidade do líquido drenado.
19. Orientar o paciente e/ou cuidador sobre a necessidade de manter repouso; observar local da punção quanto a hematomas, sangramento ou saída de líquido.

Observações

- Não é necessário jejum para a realização do procedimento.
- Orientar ao paciente a manter o uso habitual dos medicamentos.

NUTRIÇÃO PARENTERAL (NP)

A nutrição parenteral é uma “solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril, apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar. Visa a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

Indica-se a via parenteral para terapia nutricional, quando há contraindicação absoluta para o uso do trato gastrointestinal. Também se utiliza a NP se o trato gastrointestinal não tolerar receber todo aporte calórico proteico indicado.

Executantes: enfermeiro

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento).
- Campo cirúrgico para montagem do material.
- Bolsa de NP.
- Equipo fotossensível de bomba de infusão.
- Capa protetora.
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólico.
- Gazes estéreis.
- Bomba de infusão.
- Seringa de acordo com o tipo do cateter.
- Flaconete 10 ml de Soro Fisiológico (SF) 0,9%.

PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento ao paciente/cuidador.
2. Reunir o material sobre a campo cirúrgico.
3. Conferir rótulo da NP, nome completo do paciente, via de acesso, data de validade, tipo da solução, osmolaridade, volume total e tempo de infusão de acordo com a prescrição médica.
4. Verificar homogeneidade da solução em caso de alterações tais como presenças de cristais, precipitação e alteração na coloração separar o frasco e comunicar imediatamente ao farmacêutico.
5. Retirar a bolsa da geladeira ou caixa, a ser infundida, aproximadamente 2 horas antes de sua infusão, e colocar em local isento de luz e umidade (a bolsa de NP jamais deverá ser aquecida).
6. Higienizar as mãos e colocar os EPIs.
7. Apoiar a bolsa na bancada ou carrinho, em posição horizontal.
8. Realizar desinfecção da via de conexão da bolsa ao equipo com álcool 70% ou clorexidina alcoólico.
9. Conectar o equipo à bolsa de NP com rigor asséptico e preenchê-lo com a solução, não deixar bolhas de ar no sistema.
10. Proteger a solução de NP da luz com a capa protetora.
11. Instalar a NP na bomba de infusão, programar o volume e tempo conforme prescrição médica.
12. Avaliar o acesso venoso, considerar a via prescrita (central ou periférica) e analisar presença de sinais flogísticos.
13. Realizar desinfecção de cateter com álcool à 70% ou clorexidina alcoólico.
14. Verificar a permeabilidade do acesso venoso periférico com 03 ml de SF 0,9% ou cateter central com 10 ml de SF 0,9%, bem como manter acesso salinizado.
15. Instalar equipo da NP em via indicada.
16. A NP deve ser infundida em acesso exclusivo.
17. Checar a programação da bomba e iniciar a infusão da NP.
18. Retirar luvas de procedimento.
19. Higienizar as mãos.
20. Checar o procedimento em prescrição médica.
21. Anotar procedimento em prontuário.
22. Observar, anotar e comunicar tremores, sudorese, dispneia, cianose, hipertermia, cefaleia, náuseas e vômitos.

23. Anotar procedimento em planilha de produção.

Transporte do material de nutrição parenteral

A bolsa de NP deverá ser acondicionada em caixa térmica própria identificada, contendo termômetro e gelo reciclável, além de grade higienizável para evitar o contato direto da bolsa de NP com o gelo reciclável. A temperatura da bolsa deverá ser mantida entre 2°C a 8°C.

DENSISTALAR NUTRIÇÃO PARENTERAL

Material

- EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento).
- Campo cirúrgico para montagem do material.
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólico.
- Gazes estéreis.
- Seringa de acordo com o tipo do cateter.
- Flaconete de 10 ml de Soro Fisiológico (SF) 0,9%.
- Tampa estéril para ocluir cateter.

Procedimento

1. Explicar o procedimento ao paciente/cuidador.
2. Reunir o material sobre a campo cirúrgico .
3. Higienizar as mãos.
4. Verificar a bomba de infusão, anote o tempo de infusão e o volume administrado.
5. Interromper a administração da NPP e desligar a bomba de infusão.
6. Colocar a máscara.
7. Calçar luvas de procedimento.
8. Avaliar o acesso venoso e considerar a via prescrita (central ou periférica), além de analisar a presença de sinais flogísticos.
9. Realizar desinfecção de cateter com álcool à 70% ou clorexidina alcoólico.
10. Salinizar o acesso venoso periférico com 03 ml de SF 0,9% ou cateter central com 10 ml de SF 0,9%,
11. Conectar a tampa no acesso venoso periférico ou central.
12. Proteger o acesso venoso se necessário.
13. Organizar o ambiente.
14. Realizar as devidas anotações em prontuário.

Observações

- A bolsa de NP pode ser infundida em até 24 horas após sua instalação, observe a peculiaridade do horário de funcionamento de serviço, bem como do paciente/cuidador e o prazo de validade da bolsa. Considere como tempo, adequado máximo, de 8 horas.
- A nutrição parenteral periférica não deve ultrapassar 800 mOsm /l ou 12,5 % de glicose.
- A temperatura adequada para a infusão é a ambiente, desde que sem extremos.
- Utilizar equipo de bomba de infusão (fotossensível) de acordo com a farmácia de manipulação da NP que deverá ser trocado a cada 24 horas.
- A infusão rápida pode provocar hiperglicemia aguda e alterações eletrolíticas (devido a glicose e emulsão lipídica).

- Em cateter central duplo-lúmen deverá ser identificada a via para infusão exclusiva da NP.
- Observar cuidados para evitar hipoglicemia e alterações metabólicas.
- Manter cuidados com assepsia para evitar flebite.
- Não adicionar nenhuma outra substância na NP.

Na ocorrência de sinais clínicos de bacteremia

- Suspende imediatamente a infusão.
- Comunicar a equipe de saúde responsável.
- Proteger a ponta do equipo, não o desconectar da bolsa e armazená-los sob refrigeração.
- Avisar imediatamente o serviço de farmácia.
- Anotar na evolução de enfermagem o intervalo entre o horário da instalação até o início da bacteremia, os dados do produto (número do lote, validade, via de acesso, fabricante, componente, características do local de inserção do cateter).

Cuidados especiais para equipe de enfermagem

- Evitar desconexão e interrupções da infusão da NP, pois a abertura do sistema de infusão aumenta em muito o risco de contaminação da solução e a colonização do cateter. Se seu paciente será submetido a algum exame, interrompa o procedimento.
- Se a via de acesso for periférica, realizar troca da punção venosa a cada 72 horas.
- Se a via de acesso for central, realizar curativo com técnica estéril e avalie o aspecto da inserção do cateter.
- Realizar anotação no prontuário os procedimentos realizados, bem como intercorrências.

CATETER DE NUTRIÇÃO ENTERAL - CNE

Terapia Nutricional Enteral (TNE) pode ser definida como um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção e recuperação do estado nutricional de pacientes, incapazes de satisfazer suas necessidades nutricionais e metabólicas por via oral.

Executantes: enfermeiro

Material

- EPIs (óculos, máscara, luva de procedimento).
- Cateter para NE de poliuretano ou silicone, tamanhos 8 a 12 F.
- Luvas de procedimento.
- Mandril (fio guia).
- Gazes.
- Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%) ou água.
- Seringa 20ml.
- Copo com água filtrada ou fervida.
- Estetoscópio.
- Fita adesiva hipoalergênica 5cmx4,5m.

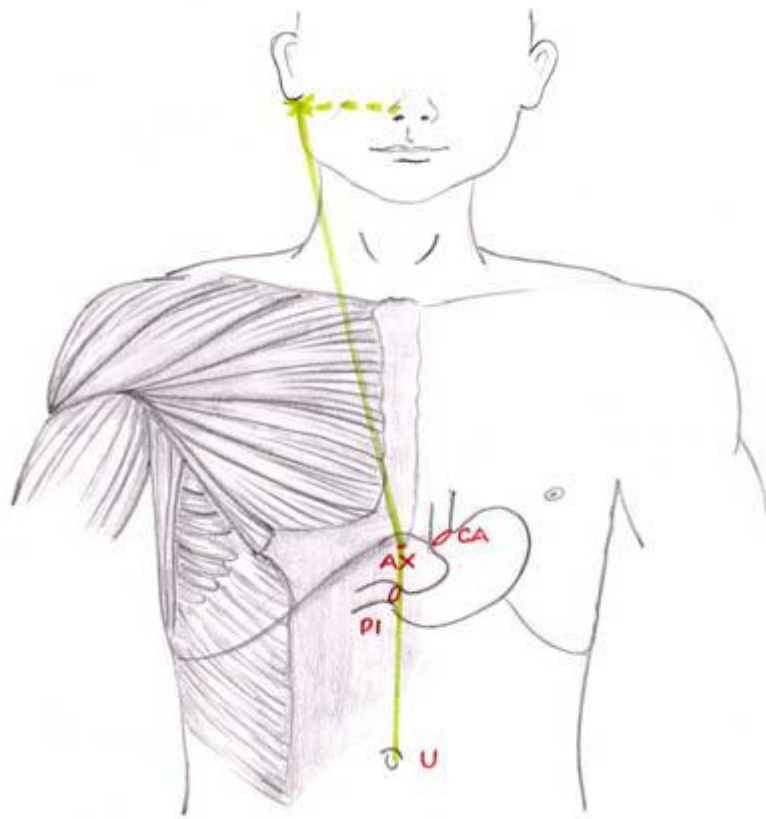
Procedimento

1. Reunir o material.
2. Explicar o procedimento ao paciente e cuidador.

3. Posicionar o paciente sentado ou em Fowler a 45°.
4. Lavar as mãos e colocar os EPIs.
5. Retirar próteses dentárias, se necessário.
6. Medir o comprimento da sonda a partir da ponta do nariz ao lóbulo da orelha ao apêndice xifoide (LO-AX) e apêndice xifoide do esterno ao ponto médio da cicatriz umbilical (AX-U). em média 10 a 15 cm do apêndice xifoide (ver figura) marcá-la com esparadrapo para visualizar o tamanho da sonda a ser introduzida.
7. Posicionar o paciente em Fowler a 45°, mantendo a cabeça em posição de deglutição (fletida para frente), alinhada em relação ao tronco.
8. Introduzir a sonda lubrificada na narina até a nasofaringe, dirigindo-a para baixo e para trás. Quando a sonda alcançar a orofaringe solicitar que o paciente inspire profundamente e degluta várias vezes e se necessário dar-lhe um pouco de água, para ajudar na progressão da sonda para o esôfago.
9. Não forçar a passagem da sonda caso esta apresente resistência. A rotação suave pode ajudar.
10. Continuar a progressão da sonda até a marca definida.
11. Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresentar náuseas, vômitos, tosse, dispneia ou cianose.
12. Realizar testes de localização explicando os objetivos ao paciente e/ou cuidador:
 - a. Solicitar ao paciente que fale, pois se a voz estiver alterada a sonda pode estar localizada na traqueia.
 - b. Mergulhar a ponta externa da sonda na água e pedir para que o paciente expire. Se borbulhar a sonda pode estar no pulmão e deve ser retirada.
 - c. Adaptar uma seringa na ponta externa da sonda, insuflar ar (15 ml) e auscultar o estômago com estetoscópio com dupla checagem. A entrada de ar no estômago provoca um ruído característico do tipo bolhas na água.
 - d. Aspirar com a seringa, verificando o retorno de líquido gástrico.
13. Retirar o mandril com cuidado.
14. Verificar a posição da sonda, novamente, injetando ar em bolo.
15. Na ausência de ausculta ou de retorno de conteúdo gástrico, repassar a sonda.
16. Tapar a conexão da sonda.
17. Retirar as luvas.
18. Fixar a sonda e deixar o paciente confortável.
19. Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente enrolado, e deixar na casa do paciente, para repassar a sonda se necessário.
20. Lavar as mãos.
21. Registrar o procedimento em prontuário.
22. Registrar o procedimento em planilha de produção.
23. Realizar testes que indicam posicionamento correto: (a) ausculta de borborigmo gástrico; (b) verificar conteúdo gástrico. O exame de radiografia é considerado padrão ouro. Deve-se, contudo, avaliar as condições clínicas e de transporte do paciente.

Posicionamento do Duodeno

1. Se a posição pós-pilórica da sonda for indicada administrar a medicação gastro-cinética antes do procedimento.
2. Acrescentar 15 a 20 cm, conforme a compleição do paciente e posição desejada, à distância medida para posição gástrica.
3. Introduzir a sonda até o estômago.
4. Retirar o mandril.
5. Realizar os testes já descritos.
6. Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito durante 2 a 3 horas, para favorecer a migração.
7. Solicitar, orientar e encaminhar paciente para exame de radiografia, orientando que já se testou com ausculta de borborigmo gástrico e verificou resíduo gástrico que indicam o posicionamento correto.



Fonte: Google imagens (Malta, 2013)

Observação

A Resolução COFEN 453/2014 orienta que compete ao enfermeiro solicitar e encaminhar o paciente para exame radiológico visando a confirmação da localização da sonda. É fundamental que seja esclarecido ao paciente e cuidador/familiar que os testes realizados indicam o posicionamento adequado da sonda e que a radiografia é considerada padrão ouro em relação a esta avaliação.

Infusão e manutenção do CNE

- Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida, com água, ou SF 0,9%.
- Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e descamação da pele.
- Aplicar creme labial nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- Manter a cabeceira do paciente em Fowler a 45° durante todo o período em que estiver recebendo dieta e por 30 minutos após.
- O tempo de troca de cateteres enterais são determinados pelo profissional enfermeiro, em geral tais cateteres têm durabilidade de 60 a 90 dias se mantidos adequadamente.
- Em caso de retirada acidental a sonda poderá ser repassada após lavagem interna com água e sabão. Verificar a integridade da sonda, se apresentar sinais de rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, desprezá-la.
- Cuidado para não tracionar a asa do nariz, pelo risco de lesão.
- Lavar a sonda com 40 ml de água filtrada ou fervida, após administrar medicamento e dieta.
- Administrar os medicamentos um a um, lavando a sonda entre as medicações, evitando interações físico-químicas que podem causar obstrução.
- Nunca administrar medicação com a dieta.
- Diluir as apresentações hipertônicas com 30-60 ml de água.
- Suspende a infusão da dieta por 1 hora antes e 1 hora após para medicações que sofrem diminuição de absorção na presença de alimentos como exemplo fenitoína, captopril e quinolonas.

- No caso de obstrução, injetar água com pressão moderada, em seringa de 20 ml, pois a pressão excessiva pode provocar rachaduras na sonda.
- Verificar a posição da sonda por aspiração de líquido gástrico/duodenal e ausculta de borborigmo na região epigástrica ou no quadrante abdominal superior esquerdo: cada vez que for instalar o frasco de NE; de 6/6 hs, em caso de NE contínua; após episódios de vômito, regurgitação e tosse intensa (a extremidade da sonda pode voltar ao esôfago ou até enrolar-se na cavidade oral, mesmo quando bem fixada externamente).
- A passagem transpilórica espontânea da sonda ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.
- Medicamentos devem ser administrados separadamente e o tubo deve ser lavado com água antes e depois de cada medicação.

Prescrição dietética da terapia de nutrição enteral (TNE)

- Compreende a determinação de nutrientes ou composição de nutrientes da TNE, adequadas às necessidades específicas do paciente, de acordo com a prescrição do nutricionista (tipo de formulação, volume e valor calórico).

Papel do Cuidador

- Evitar retiradas acidentais da sonda.
- Avisar a equipe do SAD imediatamente se houver dúvidas sobre o posicionamento correto da sonda e aguardar avaliação antes de qualquer uso.
- Administrar dieta, líquidos e medicamentos, de acordo com a prescrição, e garantindo a permeabilidade do cateter.
- Observar alterações e complicações relacionadas à CNE, realizando as condutas conforme orientado pela equipe.
- Manter Kit de dieta em boas condições de higiene e limpeza, protegido de sujidade e insetos.

Materiais e limpeza usados em Nasoenteral

A experiência de diferentes serviços extra hospitalares e discussões com diversos profissionais formadores de opiniões sobre o assunto, sugere fornecer a cada mês 8 frascos de dieta, 8 equipos para NE, 10 seringas de 20 ml (5 para água e 5 para medicação).

No domicílio pode-se utilizar durante uma semana o equipo e o frasco. Todo o material deve ser lavado com água e sabão líquido, imediatamente após o uso e enxaguado rigorosamente em água corrente, seco e acondicionado em recipiente plástico, limpo, seco e com tampa.

CURATIVOS NO DOMICÍLIO

Curativo é o procedimento que compreende o processo de limpeza, desbridamento, seleção e aplicação da cobertura e/ou tratamento tópico da lesão que proporcione um meio adequado ao processo de cicatrização. O enfermeiro deve avaliar o paciente com lesão e considerar as condições ambientais, as habilidades da família e do cuidador ao prescrever o tratamento para as lesões.

A escolha da cobertura será norteadada pelo protocolo de tratamento de feridas do município de Campinas.

Na evolução do enfermeiro a descrição da lesão será realizada periodicamente ou na presença de alterações.

O técnico e/ou auxiliar de enfermagem deverá descrever a lesão quanto à localização, ao aspecto (tipo de tecido, bordas, secreção) e sempre que perceber alterações, por melhora ou piora, o que auxilia na avaliação do paciente e previsão do consumo de material, a fim de evitar desperdício.

O enfermeiro deve prescrever a cobertura adequada para cada ferida através avaliação individualizada, se ainda não houver prescrição, utilizar somente SF 0,9% e gaze.

Nos retornos para observação das lesões proceder à troca da cobertura somente se necessário (curativo realizado há várias horas, odor fétido ou cobertura saturada), evitando excessiva manipulação da ferida, desperdício de material e minimizando riscos de infecção cruzada.

Orienta-se a técnica de limpeza do leito da ferida com a irrigação com jatos de soro fisiológico a 0,9% morno. Não havendo disponibilidade de equipamento adequado para aquecimento (micro-ondas) e controle da temperatura do frasco do soro fisiológico, utilizá-lo em temperatura ambiente.

Sugere-se que se utilize solução fisiológica a 0,9% aquecida (37°C) para a limpeza de feridas, exceto em feridas com sangramento.

Equipamento com uso mais sistematizado para a finalidade de aquecer o soro é o forno micro-ondas.

Outra opção para aquecimento do soro fisiológico 0,9% é o “banho-maria” (modo de aquecer no qual pode colocar o soro fisiológico 0,9% dentro de outro recipiente com água fervente ou quente).

Executantes: enfermeiro, técnico, auxiliar e cuidador.

Procedimento

1. Lavar as mãos antes e após cada curativo.
2. Posicionar o paciente de modo confortável, de forma que exponha a lesão para que possa facilitar o acesso à troca do curativo.
3. Expor a ferida e o material o mínimo de tempo possível;
4. Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las com soro fisiológico 0,9% antes de retirá-las;
5. Não falar e não tossir sobre a ferida e ao manusear material estéril;
6. Usar luvas de procedimentos em todos os curativos;
7. Quando uma mesma pessoa for trocar vários curativos no mesmo paciente, deve iniciar pelos de incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos e por último as colostomias e fístulas em geral;
8. Ao aplicar ataduras, fazê-lo no sentido da circulação venosa, com o membro apoiado, com o cuidado de não apertar em demasia.
9. Os curativos devem ser realizados no leito com técnica limpa.
10. Desprezar o material em lixo comum ou segundo orientação do enfermeiro, lacrar o recipiente.

O papel do cuidador

- Realizar os curativos como prescrito pelo enfermeiro.
- Informar à equipe se houver piora da lesão
- Utilização do material de modo racional evita desperdício e auxilia a equipe na previsão de gastos para o período. É importante acondicionar o material em condições adequadas de higiene.

Material a fornecer a família para curativo domiciliar

Gazes, micropore®, agulha 40x12 ou 25x12, soro fisiológico 0,9% preferencialmente frasco de 250 ml. O soro fisiológico 0,9% deve ser conservado em temperatura ambiente longe de luz solar, em local limpo e seco. No ambiente domiciliar após aberto pela primeira vez, orienta-se que seja utilizado em até 7 dias desde que se mantenha límpido, incolor, transparente e inodoro. Se fechado seguir data de validade proposta pelo fabricante.

A quantidade de material deve ser prescrita pelo enfermeiro que acompanha o paciente após avaliação individualizada.

Outras Observações

- Explicar ao paciente e família /cuidador sobre o procedimento e pedir sua colaboração e participação, além de envolvê-los no cuidado.

- Preparar o ambiente com privacidade.
- Proteger o local (leito, roupas, pisos, etc.) de secreções com forros, sacos plásticos e bacias.
- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- Abrir um saco para lixo e fazer 2 voltas na boca ou gola, do saco, para evitar contato de material contaminado com o exterior deste recipiente.
- Preparar o material em local limpo e calçar luvas.
- Realizar o curativo de acordo com a técnica limpa ou asséptica, como orientado pelo enfermeiro.
- Utilizar somente os produtos tópicos e coberturas prescritos pelo enfermeiro e/ou médico
- Colchão piramidal são trocados conforme orientação do fabricante.

COLETA PARA EXAMES

Cabe à equipe de enfermagem o procedimento, além da responsabilidade no acondicionamento em tubos corretos, armazenamento em caixa de transporte adequada e o envio ao laboratório verificando os formulários junto com a identificação legível dos dados do paciente. Pode ser realizado por toda equipe com exceção da coleta de sangue arterial, privativo do enfermeiro.

Executantes: enfermeiro/técnico e ou auxiliar

Para o sucesso do procedimento, devem-se seguir as recomendações

1. Observar a validade e conservação dos tubos de coleta.
2. Reunir e checar todos impressos de coleta e verifique prioridades previamente estabelecidas.
3. No dia anterior, fazer contato por telefone e/ou VD e avisar o cuidador sobre a coleta e preparo necessário, e anotar no prontuário as orientações.
4. O coagulograma e gasometria deverão ser coletados sempre por último e acondicionados em caixa de transporte com gelo reciclável.
5. Hemocultura deve ser coletada com uso de técnica estéril.
6. Após coleta higienizar, repor e organizar todas as caixas.
7. Registrar no prontuário e livro de coleta.
8. Entregar o material coletado no laboratório do Hospital Municipal Mário Gatti e participar da conferência desses.

Material para procedimento

- Garrote.
- Algodão hidrófilo ou gazes.
- Álcool a 70%.
- Agulha descartável.
- Seringa descartável.
- Sistema a vácuo: suporte, tubo e agulha descartável.
- Tubos de ensaio com tampa.
- Etiquetas para identificação de amostras.
- Caneta.
- Avental, óculos e máscara.
- Luvas descartáveis.
- Estantes para tubos.
- Caixa para transporte.

- Gelo reciclável quando necessário.

A coleta com seringa e agulha descartáveis

1. Confirmar o nome do paciente com o pedido do exame.
2. Paramentar-se com os EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento e avental).
3. Colocar a agulha na seringa sem retirar a capa protetora, não toque na parte inferior da agulha.
4. Movimentar o êmbolo e pressionar para retirar o ar.
5. Ajustar o garrote e escolha a veia.
6. Fazer a antisepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%.
7. Não tocar mais no local no qual fez antisepsia.
8. Retirar a capa da agulha e fazer a punção.
9. Soltar o garrote assim que o sangue começar a fluir na seringa.
10. Orientar o paciente e pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.
11. Transferir o sangue para um tubo, escorra delicadamente o sangue pela parede do tubo. Este procedimento evita a hemólise da amostra.
12. Descartar a seringa e a agulha no recipiente apropriado para material perfurocortante.

Coleta com sistema a vácuo e coleta múltipla

1. Confirmar o nome do paciente com o pedido do exame.
2. Paramentar-se com os EPIs (óculos, máscara, luvas de procedimento e avental).
3. Rosqueie a agulha no adaptador (canhão). Não remova a capa protetora de plástico da agulha.
4. Ajuste o garrote e escolha a veia.
5. Faça a antisepsia do local da coleta com algodão umedecido em álcool a 70%. Não toque mais no local desinfetado.
6. Remova o protetor plástico da agulha, faça a punção.
7. Introduza o tubo no suporte, pressionando-o até o limite.
8. Solte o garrote assim que o sangue começar a fluir no tubo.
9. Separe a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça. Descarte a agulha em recipiente apropriado para material perfurocortante.
10. Oriente o paciente a pressionar com algodão a parte puncionada, mantendo o braço estendido, sem dobrá-lo.

IRRIGAÇÃO VESICAL

Irrigação vesical: É a introdução de solução via cateter vesical de 3 vias para lavagem da bexiga por curto período, sendo o material infundido eliminado junto com a diurese. Necessita de prescrição médica para realizar o procedimento.

Objetivos

- Remover resíduos.
- Remoção de coágulos.
- Remoção de urina em decomposição.
- Fins terapêuticos.

Executantes: enfermeiro, técnico e auxiliar.

Material

- EPIS (óculos, máscara, luvas de procedimento, luvas estéreis).
- Gaze estéril.
- Suporte de soro ou local adequado para manter o soro elevado.
- Solução antisséptica álcool 70%.
- Frasco de solução fisiológica 0,9% na quantidade prescrita.
- Equipo macrogotas (se necessário, tubo extensor).

Procedimento

1. Confirmar o paciente e a prescrição.
2. Preparar o material no ambiente onde encontra-se o paciente, preferencialmente no dormitório.
3. Acomodar confortavelmente o paciente.
4. Explicar o procedimento para o paciente e cuidador.
5. Garantir a privacidade do paciente.
6. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento e os demais EPIs.
7. Esvaziar o coletor de sistema fechado, anotando o volume no prontuário.
8. Higienizar novamente as mãos.
9. Conectar o equipo macrogotas no frasco da solução fisiológica, preenchendo-o completamente.
10. Colocar a solução antisséptica na gaze estéril.
11. Higienizar as mãos e calçar as luvas estéreis.
12. Proceder a antisepsia da terceira via do cateter vesical de demora.
13. Retirar o oclusor da via.
14. Conectar o equipo na terceira via do cateter vesical, se necessário, instalar adaptador.
15. Ajustar o gotejamento rápido da solução.
16. Retirar as luvas e observar o retorno de diurese no coletor.
17. Infundir a solução prescrita, se houver necessidade de instalar outro frasco, o mesmo deverá ser trocado antes de seu término.
18. Após infusão da solução, colocar solução antisséptica na gaze estéril.
19. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento.
20. Proceder a antisepsia da terceira via da sonda vesical.
21. Desconectar o equipo.
22. Retirar o adaptador se houver, e instalar a tampa de oclusão da terceira via.
23. Anotar em prontuário o procedimento, além da presença e característica do odor e/ou secreção na solução drenada.
24. Descartar os materiais utilizados e organizar o ambiente.
25. Anotar o procedimento em planilha de produção.

Observações

1. Desprezar a diurese quando atingir 2/3 da capacidade total.
2. Observar sinais de obstrução como distensão abdominal ou não drenagem na bolsa coletora, se ocorrer, comunicar a equipe responsável e proceder medidas de desobstrução do cateter vesical.

ÓBITO NO DOMICÍLIO

A permanência do paciente no ambiente familiar é muito importante, onde ele pode estar junto de seus conhecidos, revivendo sua vida, seus sucessos e fracassos, o que estabelece também a melhora do vínculo junto ao paciente e família. Sendo assim, no momento de fim de vida, o que orientar aos cuidadores:

1. Manter a calma.
2. Permaneça ao lado da pessoa, apoiando-a.
3. Veja se existe algo que possa melhorar o conforto, como iluminação, barulhos entre outros.
4. Se indivíduo ainda consciente realizar suas últimas vontades.
5. Respeite a religiosidade e/ou espiritualidade.
6. Ligue no SAD e comunique a situação.

Após a morte, siga os passos:

1. Para orientação ligue no SAD, somente em dias úteis das 7h às 19h.
2. Sábado, domingo, período noturno ou feriado o serviço fornecerá previamente telefone específico para comunicação e orientações.
3. A constatação poderá ser feita pelo médico do SAD ou do SAMU, que irá retirar os cateteres e outros dispositivos.
 - a. Se feito pelo SAD, será registrado em prontuário domiciliar a descrição do fato com data e hora, e esse será utilizado como documento na constatação do óbito.
 - b. Se for profissional do SAMU, o médico fornecerá a constatação de óbito para a família entregar ao médico de referência que fará o atestado de óbito.
4. Ligue na SETEC – Fone: 3734-6100 para retirada do corpo e seguir orientações.

SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A Resolução Nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem COFEN, exige que todo serviço de saúde que preste assistência de enfermagem, estabeleça como prioridades da categoria, a implantação de uma Sistematização de Assistência em Enfermagem – SAE.

A Sistematização pressupõe a organização do trabalho ou um conjunto de ações, uma sequência de passos inter-relacionadas para alcance de um determinado fim. Existem diversos modos de sistematizar a assistência de enfermagem, entre as quais podemos citar os planos de cuidados, os protocolos, a padronização de procedimentos e o processo de enfermagem.

O processo de enfermagem envolve uma sequência de etapas específicas (informações sobre o estado de saúde, identificação de condições que requerem ações de enfermagem, planejamento de intervenções necessárias, implementação e avaliação das ações), com a finalidade de prestar atendimento integral ao paciente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, de forma a considerar suas singularidades e de modo ampliado.

Assim, baseado na teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta, bem como nas terminologias da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem – CIPE, elaboramos o questionário **anexo (1)**, para nortear o atendimento e acompanhamento de enfermagem a todos os pacientes vinculados ao SAD que devem estar com processo de enfermagem devidamente registrado no prontuário institucional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A Clinician's Guide: Caring for people with gastrostomy tubes and devices – [Periódico na Internet] Disponível em: https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0017/251063/gastrostomy_guide-web.pdf .
2. Andrade Júnior Dahir Ramos de, Galvão Flávio Henrique Ferreira, Santos Sânia Alves dos, Andrade Dahir Ramos de. Ascite: estado da arte baseado em evidências. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2009. 55(4): 489-496. [Periódico na Internet] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000400028&lng=en .
3. Avelino MA, Maunsell R, Valera FC, Lubianca Neto JF, Schweiger C, Miura CS, et al. First Clinical Consensus and National Recommendations on Tracheostomized Children of the Brazilian Academy of Pediatric Otorhinolaryngology (ABOPe) and Brazilian Society of Pediatrics (SBP). Braz J Otorhinolaryngol. 2017; 83:498---506.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. [Periódico na Internet] Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373> .
5. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013
7. Caderno de Atenção Domiciliar; Procedimentos mais comuns na atenção domiciliar. [Periódico na Internet] Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_5_vol_2_procedimentos_final_\(2\).pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_5_vol_2_procedimentos_final_(2).pdf).
8. Câmara Técnica de Legislação e Normas – CTLN. Guia de Recomendações – COFEN. Portaria n. 523/2015. [Periódico na Internet] Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Guia-de-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CTLN-Vers%C3%A3o-Web.pdf>
9. Conselho federal de enfermagem. Regulamentação do exercício da enfermagem, lei no 7.498, de 25 de junho de 1986.
10. Conselho federal de enfermagem. Sistematização da assistência de enfermagem, resolução cofen-272/2002
11. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Normatização no estado de São Paulo os princípios gerais para ações que constituem a documentação de enfermagem, COREN-SPdir/001/2000.
12. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. PARECER COREN-SPCATNº 032/2010. Lavagem Intestinal. [Periódico na Internet] Disponível em <https://docplayer.com.br/18919450-Conselho-regional-de-enfermagem-de-sao-paulo-parecer-coren-sp-cat-no-032-2010.html>.
13. Cooper FPM, Alexander CE, Sinha S, Omar MI. Policies for replacing long-term indwelling urinary catheters in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(7).
14. Credland N. How to suction via a tracheostomy. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987). 2016;30(28):36-8
15. Freitas, A. A. S; Cabral, I. E. O cuidado a pessoa traqueostomizada. Esc Anna nery ver. Enferm. Rio de Janeiro, v.12 n. 1, p. 84 - 9, mar. 2008. [Periódico na Internet] Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a13.pdf
16. Garcia Leila Posenato, Zanetti-Ramos Betina Giehl. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(3): 744-752. [Periódico na Internet] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300011&lng=en. de junho de 2019
17. Gentil, S.R. Caderno didático de recomendações práticas para realização e avaliação do eletrocardiograma para enfermeiros da atenção primária de saúde. 2016. [Periódico na Internet] Disponível em http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/Selma_Rossi.pdf .

18. Gentil, S.R. Caderno didático de recomendações práticas para realização e avaliação do eletrocardiograma para enfermeiros da atenção primária de saúde. 2016. Disponível em http://www.ee.usp.br/posgraduacao/mestrado/apostilas/Selma_Rossi.pdf . Acessado em 10 de junho de 2019
19. Gilbertson HR, Rogers EJ, Ukoumunne OC. Determination of a practical pH cutoff level for reliable confirmation of nasogastric tube placement. JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition. 2011;35(4):540-4
20. Guideline for prevention of catheter associated urinary tract infections 2009. [Periódico na Internet] Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines.pdf>. . .
21. Horta, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: epu, 1979. Ministério da saúde portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011.
22. Hospital Alemão Oswaldo Cruz – Sustentabilidade Social Projeto Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI- SUS 2017
23. Irrigação Vesical – [Periódico na Internet] Disponível em <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=214>. .
24. Kenny DJ, Goodman P. Care of the patient with enteral tube feeding: an evidence-based practice protocol. Nursing research. 2010;59(1 Suppl):S22-31
25. LYBARGER, E.H. Hypodermoclysis in the home and long-term care settings. J Inf Nurs 2009; 32(1):40-4
26. Lyman B, Kemper C, Northington L, Yaworski JA, Wilder K, Moore C, et al. Use of Temporary Enteral Access Devices in Hospitalized Neonatal and Pediatric Patients in the United States. JPEN Journal of parenteral and enteral nutrition. 2016;40(4):574-80
27. Manuseio e Monitorização da Nutrição Parenteral Neonatal – [periódico na Internet]. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=264>. . .
28. Maximino, N.P; Fontes,C.M.B and Silveira, L.V.A. ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA HOSPITALAR PARA O CUIDADOR DE PACIENTES ACAMADOS. 2016. [Periódico na Internet]. Disponível em : http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/02/orientacoes_acamados-1.pdf.
29. Metheny NA, Meert KL. Monitoring feeding tube placement. Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2004;19(5):487-95
30. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias- CONITEC. Ventilação mecânica invasiva no domicílio. 2017. [Periódico na Internet] Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio-ventilacao-invasiva-domiciliar-CP_58.pdf.. 1 de junho de 2019
31. Moroóka, M; Faro, A.C.M; A técnica limpa do autocateterismo vesical intermitente: Descrição do procedimento realizado pelos pacientes com lesão medular. [Periódico na Internet] disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a04.pdf>
32. Myatt R. Nursing care of patients with a temporary tracheostomy. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain)) : 1987). 2015;29(26):42-9
33. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos / organização Daniel Lima Azevedo. – Rio de Janeiro: SBGG, 2016. [Periódico na Internet]. Disponível em <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf>.
34. Razera, J. C and Kupski,C. ASCITE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E MANEJO. [Periódico na Internet] Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881488/ascite-diagnostico-diferencial-e-manejo.pdf>.. .
35. Recomendações da Sociedade Brasileira de Urologia para cateterismo vesical intermitente – [Periódico na Internet] Disponível em: http://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2016/11/Recomenda%C3%A7%C3%B5es_Cateterismo-Vesical-SBU-2016_final.pdf. .
36. Roveron G, Antonini M, Barbierato M, Calandrino V, Canese G, Chiurazzi LF, et al. Clinical Practice Guidelines for the Nursing Management of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy and Jejunostomy (PEG/PEJ) in Adult Patients: An Executive Summary. Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 2018;45(4):326-34

37. Santos, C. V.O.S- Validação do método preditivo para introdução da sonda nasogástrica na alimentação em adultos: ensaio clínico randomizado / Sandra Cristina Veiga de Oliveira Santos. – Campinas, SP: [s.n.], 2016.
38. Secretaria de atenção à saúde departamento de atenção básica, caderno de atenção domiciliar, Ministério da Saúde 2012.
39. Secretaria municipal de belo horizonte, padronização de fluxo e rotinas na atenção domiciliar. [Periódico na Internet] Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>.
40. Silva, Vivian Sauer Torres da, Torres, Maria Virginia de Almeida Couto Rosa, Silva, Melina Araújo de Oliveira, Freitas, Oneida Silveira, Santos, Priscila Damaceno, Gomes, João Júnior, & Assis, Gisela Maria. (2019). Cateter Urinário Externo Masculino: um olhar sobre a prática assistencial da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 450-454.
41. Soares Maria Carolina Coutinho Xavier, Westphal Fernando Luiz, Lima Luiz Carlos de, Medeiros Jefferson Moreira. Elaboration of a tracheostomy conduct protocol in the Amazonas cancer reference hospital. *Rev. Col. Bras. Cir.* [Periódico na Internet] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912018000400150&lng=en.. .
42. The Royal Children's Hospital Gastrostomy acute replacement of displaced tubes. [Periódico na Internet] Disponível em:
https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Gastrostomy_acute_replacement_of_displaced_tubes/ . .
43. THOMAS, D.R, et.al. Understanding clinical dehydration and its treatment. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9:292-301
44. Traqueostomia: cuidados e decanulação - Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba: EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2015.
45. Vigneau C, Baudel JL, Guidet B, Offenstadt G, Maury E. Sonography as an alternative to radiography for nasogastric feeding tube location. *Intensive care medicine*. 2005;31(11):1570
46. Rogenski NMB, Kurcgant P. Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artigo Original 20(2):[07 telas] mar.-abr. 2012 www.eerp.usp.br/rlae
47. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. ORIENTAÇÕES PARA O CUIDADO COM O PACIENTE NO AMBIENTE FAMILIAR. 2018. Disponível em:
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/11/Orientacoes-para-o-cuidado-com-o-paciente-no-ambiente-familiar.pdf>
48. Silva RC, Carver RA, Ojano-Dirain CP, Antonelli PJ. Efficacy of disinfecting solutions in removing biofilms from polyvinyl chloride tracheostomy tubes. *The Laryngoscope*. 2013;123(1):259-63.



Primeira Avaliação de Enfermagem – SAD/Campinas

Nome: _____ Matrícula: _____ Data: ___/___/___ Hora: _____

HISTÓRIA PREGRESSA:

Antecedentes Pessoais:

<input type="checkbox"/> HAS	Tabagismo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. _____	Alergias: () Desconhece () Sim. _____
<input type="checkbox"/> DM	Etilismo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____	Hospitalizações no último ano: _____
<input type="checkbox"/> AVC	Drogadição: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. _____	Outros tratamentos: _____
<input type="checkbox"/> IAM	<input type="checkbox"/> Outras _____	Recreação: <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Jogos <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Outras

Religião/Espiritualidade: _____ Sono/Repouso: _____

Medicações em Uso:

ALGIAS:

Sim Não Crônica Aguda Local/intensidade _____

EQUIPAMENTOS NO DOMICÍLIO

Cama hospitalar Cadeira de rodas Cadeira de banho Aspirador Inalador Colchão piramidal Colchão pneumático

NUTRIÇÃO

Alimentação: VO CNE N° _____ CNG N° _____ Gastrostomia N° _____ Jejunostomia N° _____

Hábitos alimentares: _____ Ingesta hídrica: _____

Estado Nutricional: () Eutrofico () Emagrecido () Sobrepeso () Obeso Intolerância Alimentar _____

ELIMINAÇÕES

Diurese: Incontinência Urinária Sim Não Sedimentos: Sim Não () Amarelo Claro. () Amarelo escuro. () Piúria () Hematúria. () Disúria _____ ml/dia CVD N° _____ CVI N° _____ Cistostomia N° _____ Uripen: N° _____ outros _____

Evacuação: Constipação Diarréia Espontânea Fralda Colostomia Ileostomia outros.

Frequência/consistência _____

EXAME FÍSICO

FC: ___ bpm **PA:** _____ mm/Hg **FR:** ___ rpm **T:** _____ °C **Glicemia Capilar:** _____ mg/dl **Sat.:** _____ %O²

Fala: () Sim. () Não () Normal () Disfonia () Comunicativo () Não comunica () Verbal () Não verbal

Estado Mental:

Consciente	() Sim. () Não	Comatoso	() Sim. () Não	Atitude:	() Ativa	() Passiva	() Indiferente
Orientado	() Sim. () Não	Torporoso	() Sim. () Não		() Colaborativo	() Desatento	() Responsivo

Acuidade visual:	() Preservada	() Diminuída	() usa lente corretiva	() Refere dificuldade
-------------------------	----------------	---------------	-------------------------	------------------------

Acuidade Auditiva:	() Preservada	() Diminuída	() usa aparelho auditivo	() Refere dificuldade
---------------------------	----------------	---------------	---------------------------	------------------------

<p>Pele:</p> <p>() Corada, () Hipocorada _/4.</p> <p>() Hidratada. () Desidratada _/4</p> <p>() anictérica () ictérica _/4</p> <p>() Acianótica () Cianótica _/4</p> <p>() S/ Lesões () C/lesões</p>	<p>Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Direita:</td> <td style="width: 50%;">Esquerda</td> </tr> <tr> <td>() Miose</td> <td>() Miose</td> </tr> <tr> <td>() Midríase</td> <td>() Midríase</td> </tr> <tr> <td>() Reativa</td> <td>() Reativa</td> </tr> <tr> <td>() Arreativa</td> <td>() Arreativa</td> </tr> </table>	Direita:	Esquerda	() Miose	() Miose	() Midríase	() Midríase	() Reativa	() Reativa	() Arreativa	() Arreativa	<p>Mucosa Ocular</p> <p>() Inteira () Com lesões</p> <p>() Úmida () Ressecada</p> <p>Mucosa Oral</p> <p>() Inteira () Com lesões</p> <p>() Úmida () Ressecada</p> <p>() Halitose () Dentição</p> <p>() Protese prejudicada</p>
Direita:	Esquerda											
() Miose	() Miose											
() Midríase	() Midríase											
() Reativa	() Reativa											
() Arreativa	() Arreativa											

Ausculta Pulmonar:	() MVF sem RA	() Roncos	() Estertores	() Sibilos	() Crepitações	() TQT: N° _____
	() MV c/ RA					

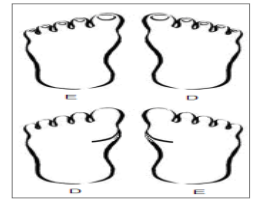
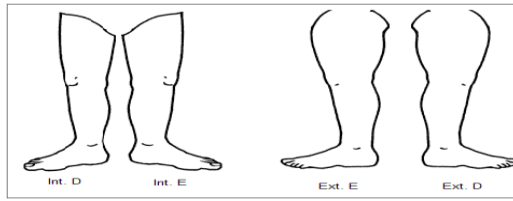
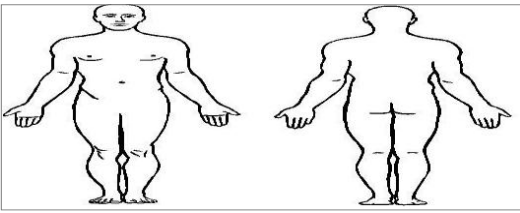
Ausculta Cardíaca:	() BRNF	() Sem sopros	() Taquicardíaco	() Bradicardico	() Pulso cheio
	() Sopros	() Estalidos	() Galopes	() Arritmico	() Pulso Filiforme

Abdome: () Plano () Escavado () Globoso () doloroso () Indolor

Percussão: () Normotonica () timpânica () Maciça RH: (+) ou (-)

Musculoesquelético	Observações Gerais				
	MSE	MSD	MIE	MID	() Acamado. () Deambula com auxílio () Deambulas/ auxílio.
Sem déficit					
Paresia					
Parestesia					
Plegia					
ADM ↓					Grau de dependência: () Total () Parcial () Independente

Lesões: 1- Lesão por pressão 2- Lesão venosa 3- Lesão arterial 4- Outra _____



Data														
Localização														
Dimensões (C/P/L)														
Leito: Necrose seca														
Necrose úmida														
Granulação														
Epitelização														
Exsudato: Alto														
Moderado														
Baixo														
Ausente														
Purulento														
Sanguinolento														
Serossanguinolento														
Seroso														
Odor: Fétido														
Pouco fétido														
Não fétido														
Borda: Macerada														
Periférica: Sinais Flogísticos														
Cobertura Utilizada														

Observações importantes: _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO DO DIAGNÓSTICO													
	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
1. Constipação.														
2. Deglutição Prejudicada														
3. Troca de Gases prejudicada														
4. Diarreia														
5. Integridade da pele prejudicada														
6. Risco de aspiração														
7. Hiperglicemia / Hipoglicemia														
8. Risco de infecção														
9. Tensão (estresse) do cuidador														
10. Mobilidade prejudicada														
11. Ingestão nutricional Prejudicada														
12. Dor: _____														
13. Infecção do trato urinário														
14. Lesão por Pressão														
15. Risco de queda														
16. Incontinência Urinária														
17.														
CARIMBO E RÚBRICA														

LEGENDA: PR=presente, M=melhorado, I=Inalterado, PI =Piora, R=resolvido

Serviço de Atendimento Domiciliar		Nome: _____										Matrícula: _____				
CD	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	
12,8,3	Verificar sinais vitais e dor, comunicar alterações e registrar.															
3	Verificar saturação de O ₂ , comunicar alterações e registrar															
7	Realizar glicemia capilar, comunicar e registrar alterações (>250 ou <70 mg/dl).															
5,8,14	Lavar mãos antes e após os procedimentos.															
4,1,16	Observar e registrar frequência e características de eliminações fisiológicas															
4,5,8,13,14	Manter a pele limpa, seca e protegida de fatores externos (calor, frio e sujidades).															
5,10,12,14	Mudar de decúbito a cada 2 horas															
14,5	Manter leito organizado e higienizado															
14,5,8	Curativo conforme prescrito.															
10,8,6,3	Manter cabeceira elevada em 30° durante e por 30 a 40 minutos após as refeições															
6,4	Infundir dieta entre 30 min a 1h e lavar CNE com 40 ml de água após.															
5,8,6	Verificar e registrar condições da fixação do CNE e trocá-la quando necessário, realizar e orientar higiene nasal															
14,1	Realizar massagem, circular sentido horário, abdominal de baixa pressão (Enfermeiro)															
11,8	Verificar armazenamento da dieta, higienização correta e armazenamento do kit de dieta e substituí-lo quando necessário.															
6,8	Aspirar secreção de Vias aéreas S/N															
6,8	Trocar a sonda de aspiração 1x/dia															
8	Limpar a cânula interna da traqueostomia com água corrente e escovinha 1x/dia															
8	Trocar a extensão de látex do aspirador 1x/semana															
8	Lavar o frasco coletor do aspirador diariamente															
5,8	Inspeccionar CVD, e comunicar sobre lesão genital.															
13,8,5	Realizar e orientar uso de uripen nº ___, higiene íntima adequada, observar e registrar alterações na região genital.															
8,	Proteger a bolsa coletora com saco plástico para evitar contato com o chão															
8	Fechar a bolsa em caso de suspendê-la acima do nível do corpo.															
8	Desprezar diurese aos 500ml															
9,7,1	Usar corretamente a medicação prescrita.															
8	Limpar e organizar mobiliários e equipamentos de uso do paciente.															
9	Incluir familiares nos cuidados. Chamar o cliente pelo nome e falar devagar															
15	Manter Grades elevadas															
15	Orientar sobre prevenção de quedas															
CARIMBO E RÚBRICA																
Observações Gerais: _____																

Legendas para Evolução: R=Realizar. O=Orientar. R/O=Realizar e Orientar. CD: Correlação Diagnóstica D = Data

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE
PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS PARA SAD E UBS

Segue abaixo a relação e quantidade de materiais recomendado para dispensar aos pacientes atendidos pelas UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS CAMPINAS, com prescrição dos profissionais de saúde assistente que avaliaram recentemente o paciente. Os insumos devem ser dispensados no nome do paciente, através do sistema de gestão de materiais vigente, além de solicitar quando necessário a inclusão de cota destes materiais na cota/consumo mensal ou quinzenal da unidade.

Pacientes que fazem uso de traqueostomia com necessidade de aspiração.

Material recomendado para o cuidado:

- 120 cateteres de aspiração endotraqueal/mês com a numeração adequada (O diâmetro externo do cateter de sucção deve ser limitado a menos de 50% do diâmetro interno diâmetro do tubo de traqueostomia).
- 4 unidades de soro fisiológico 0,9% 250 ml por mês para inalação e instilação.
- 02 pacotes de gazes não estéreis por mês.
- 8 unidades de escovinha para limpeza da subcânula traqueal por mês.
- 15 metros de cadarço por mês ou 1 rolo de 50 metros a cada 3 meses.
- 1 unidade de fita adesiva hipoalergênica 5cmX4,5m.
- 4 agulhas 40x12 ou 25x12 por mês.
- 4 seringas de 1 ml por mês.
- 100 pares luvas de procedimento/mês.
- 4 circuitos de látex (2 metros cada circuito).

Pacientes que fazem uso de cistostomia

Material recomendado para o cuidado:

- 1 unidade de fita adesiva hipoalergênica 5cmx4,5m por mês.
- 30 pacotes de gazes estéreis por mês.
- 2 unidades de soro fisiológico 0,9% 250ml.

Pacientes que fazem uso de dispositivo de incontinência urinária

Material recomendado para o cuidado:

- 30 unidades de dispositivo de incontinência urinária por mês.
- 4 unidades de frasco coletor não estéril por mês.
- 1 unidade de fita adesiva hipoalergênica 5cmx4,5m por mês.

OBS: Para pacientes que são cadeirantes são ofertados além dos coletores de urina adulto mais 4 unidades de coletor urinário de perna – 500ml.

Pacientes que fazem uso de gastrostomia

Material recomendado para o cuidado:

- 8 frascos de dieta por mês.
- 8 equipos de dieta por mês.
- 10 seringas de 20 ml (5 para água e 5 para medicação) por mês.
- 30 pacotes de gazes por mês.
- 1 fita adesiva hipoalergênica 5cmx4,5m um por mês.

Pacientes com feridas

Material recomendado para os curativos:

Gazes, fita adesiva hipoalergênica, soro fisiológico 0,9%, agulha 40x12 ou 25x12 e a cobertura indicada e demais materiais específicos de acordo com a individualidade pelo período indicado pelo enfermeiro.

Pacientes que fazem uso de cateter nasoenteral

Material recomendado para o cuidado:

- 8 frascos de dieta por mês.
 - 8 equipos de dieta por mês.
 - 10 seringas de 20 ml (5 para água e 5 para medicação) por mês.
 - 1 fita adesiva hipoalergênica 5cmx4,5m um por mês.
-

Pacientes que fazem uso cateter vesical de demora

Material recomendado para o cuidado:

- 1 fita adesiva hipoalergênica 5cmx4,5m um por mês.
-

Pacientes que fazem uso cateter vesical de alívio

Material recomendado para o cuidado:

- 180 unidades de sondas uretrais - 01 cateter uretral para cada procedimento (menor calibre possível e recomenda-se número 10 para adulto).
 - 6 Tubos de gel lubrificante estéril - xylocaína 2%.
 - 01 pacote gaze não estéril 500 unidades.
 - 100 pares de Luvas de procedimentos.
-

Pacientes idosos que fazem uso de fraldas (exclusivo SAD)

Material recomendado para o cuidado:

- 4 unidades de fralda por dia.
-

Pacientes que fazem uso de material perfuro-cortante (agulha de insulina ou outros)

Material recomendado para o cuidado:

- Sacos plásticos (saco branco leitoso com simbologia infectante).
 - Acondicionamento deve ser em recipientes resistentes à punctura, com tampa rosqueada e preenchido apenas 2/3 de sua capacidade.
-

Pacientes que fazem uso de ventilação mecânica invasiva (exclusivo SAD)

Material recomendado para o cuidado:

- Traqueostomia reserva com número adequado.
- Água destilada se necessário.
- Material necessário para cuidados com TQT e aspiração.
- Fornecer AMBU para cuidados em urgência respiratória.

OBS: Em caso de problema com o equipamento deve se acionar o serviço de urgência (192) e/ou empresa responsável pelo equipamento.

*OBS: EM CASO DE NECESSIDADE DE MATERIAIS ACIMA DO PREVISTO NESTE PROTOCOLO, HÁ NECESSIDADE DE JUSTIFICATIVA TÉCNICA EM RELATÓRIO DETALHADO, POR ESCRITO FEITO, POR PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA LIBERAÇÃO JUNTO AO ALMOXARIFADO.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE
PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

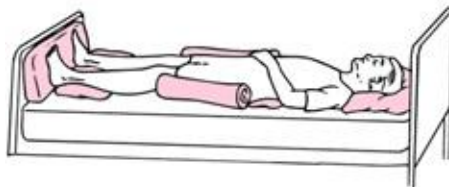
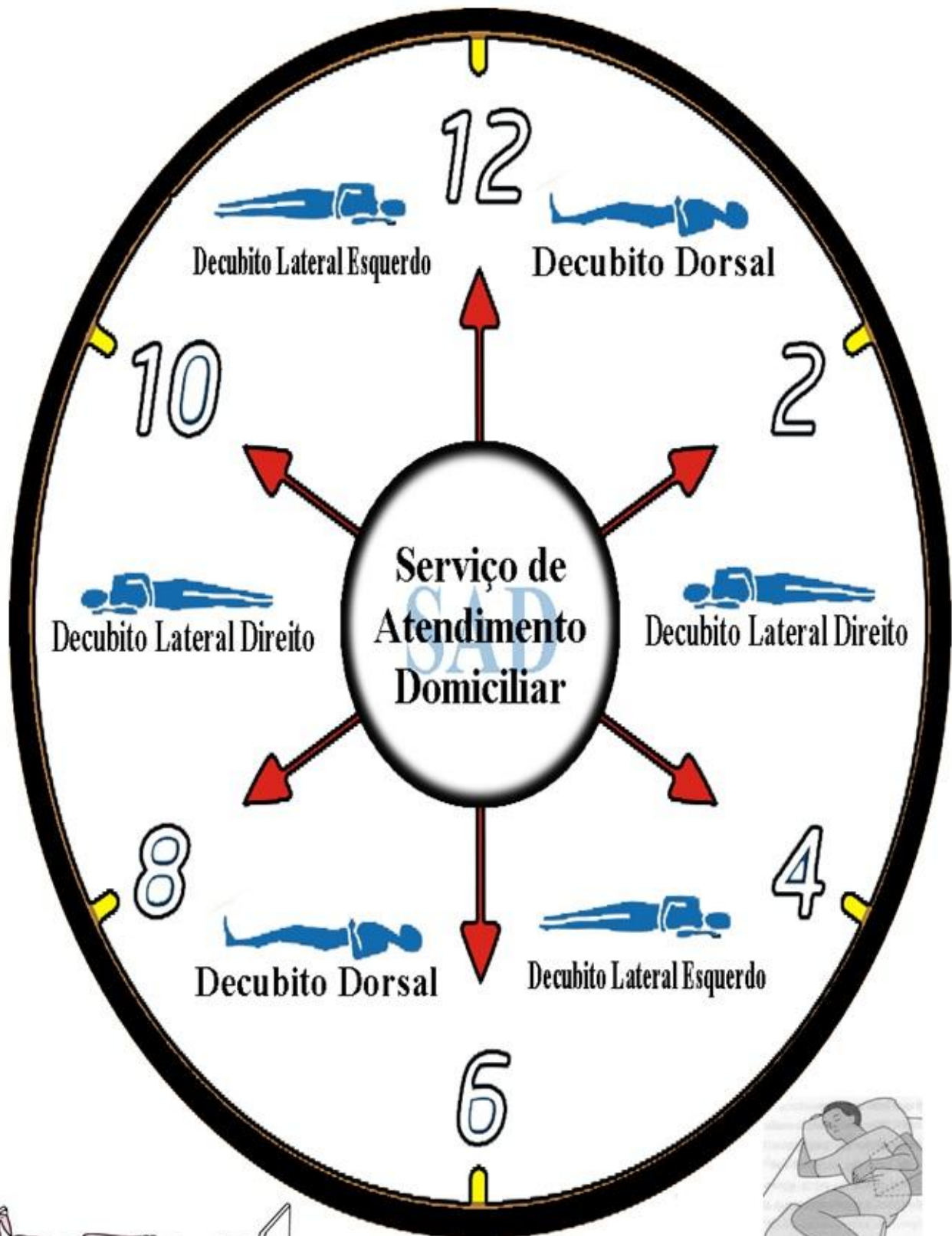
Segue abaixo intervenções preventivas recomendadas para reduzir o risco do desenvolvimento de lesão por pressão nos pacientes acamados.

1. Avaliar a pele do paciente em todos os atendimentos com relação a presença de hiperemia.
2. Estimular a mudar o decúbito de 2/2 horas ou mais frequentemente, se necessário.
3. Estimular o uso de colchão pneumático com pressão alternada no leito do paciente.
4. Evitar posicionar o paciente diretamente sobre os trocânteres.
5. Mantê-lo a 30° (posição lateral) com auxílio de travesseiros e coxins.
6. Evitar fricção na pele para prevenir lesões na pele fragilizada.
7. Elevar a cabeceira da cama no máximo até 30°, se a condição clínica do paciente permitir.
8. Buscar adequar o suporte nutricional e manter alimentação equilibrada.
9. Manter o calcâneo elevado, com auxílio de coxim próprio, evitando encostá-lo no colchão.
10. Minimizar a exposição da pele à umidade causada por incontinência, perspiração ou drenagem de fluidos.
11. Limpar a pele sempre que necessário e em intervalos de rotina.
12. Utilizar um agente suave para o banho (sabonete neutro a base de glicerina) que minimize a irritação e não resseque a pele.
13. Utilizar emoliente suave, imediatamente, após o banho, para a proteção e hidratação da pele (ácidos graxos essenciais - AGE), nos pacientes idosos e/ou com pele ressecada.
14. Evitar o uso de fita adesiva sobre pele frágil (idosos).
15. Não fazer uso de almofadas tipo anel ou bolha de luva que poderão aumentar a área de isquemia.
16. Reposicionar o paciente a cada hora, quando estiver sentado.
17. Proteger o assento da cadeira com almofada redutora de pressão.
18. Observar e considerar o alinhamento postural, a distribuição do peso e estabilidade, quando posicionar o paciente em cadeira de rodas e no leito.
19. Orientar os pacientes usuários de cadeiras de rodas a realizar alívio da pressão a cada 15 minutos.
20. Educação de pacientes e familiares/cuidadores é parte fundamental do cuidado para prevenir e gerenciar lesões por pressão.

(Rogenski NMB, Kurcgant P. 2012)



EVITE FERIDAS

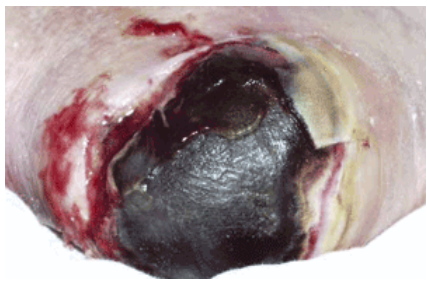







Como posicionar









Google Imagens




Prefeitura Municipal de Campinas
Secretaria Municipal de Saúde
Guia de Tratamento de Feridas


TIPO DE FERIDAS	OBJETIVOS DO TRATAMENTO / COBERTURAS	
Necrose seca	Desbridamento	Observações
	Fitoterápicos 1ª opção: papaína 10% creme 2ª opção: papaína 10% gel	<ul style="list-style-type: none"> Realizar escarotomia antes da aplicação do produto e, se necessário, desbridamento instrumental para acelerar o processo (enfermeiro ou médico). Usar criteriosamente qualquer produto/procedimento em lesão isquêmica (úlceras arteriais) ou distúrbio de coagulação. Avaliar criteriosamente a necessidade de proteção de barreira durante desbridamento*. Ao usar papaína gel sugere-se umidificar a gaze primária com SF 0,9% e/ou AGE.
	Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato e/ou hidrocolóide placa 2ª opção: gaze úmida com SF 0,9%	
Necrose úmida (liquefação)	Desbridamento	Observações
	Fitoterápicos 1ª opção: papaína 10% gel	<ul style="list-style-type: none"> Realizar, se necessário, desbridamento instrumental para acelerar o processo (enfermeiro ou médico). Usar criteriosamente qualquer produto/procedimento em lesão isquêmica (úlceras arteriais) ou distúrbio de coagulação. Avaliar, criteriosamente, a necessidade de proteção de barreira durante desbridamento*. Ao usar papaína gel sugere-se umidificar a gaze primária com SF 0,9% e/ou AGE.
	Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato e/ou hidrocolóide placa 2ª opção: gaze úmida com SF 0,9%	
Necrose + granulação com exsudato moderado a abundante	Desbridamento e controle do exsudato	Observações
	Fitoterápicos 1ª opção: hamamélis 10% gel 2ª opção: calêndula 5% gel 3ª opção: babosa 25% gel 4ª opção: papaína 10% gel, se necrose predominante	<ul style="list-style-type: none"> Realizar escarotomia na necrose seca ou desbridamento instrumental se necessário, para acelerar o processo (enfermeiro ou médico). Usar criteriosamente qualquer produto/procedimento em lesão isquêmica (úlceras arteriais) ou distúrbio de coagulação. Avaliar, criteriosamente, a necessidade de proteção de barreira durante desbridamento*. Ao usar papaína gel sugere-se umidificar a gaze primária com SF 0,9% e/ou AGE. Usar hidrofibra sem Ag ou espuma preferencialmente se 70% do tecido for granulação. Usar gazes e/ou chumaços como cobertura secundária, se necessário.
	Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato. 2ª opção: hidrofibra sem Ag ou espuma / hidropolímero 3ª opção: gaze e/ou chumaço	

Tecido de granulação com pouco exsudato	Manutenção do meio úmido	Observações
	<p>Fitoterápicos 1ª opção: calêndula 5% creme ou gel ou hamamélis 10% ou babosa 25% gel</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato. ou hidrocolóide em placa ou hidrofibra sem Ag ou espuma / hidropolímero 2ª opção: rayon úmido com AGE e/ou SF 0,9% 3ª opção: gaze úmida com SF 0,9%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar preferencialmente o rayon associado com cobertura primária, exceto quando houver o uso de hidrocolóide em placa ou hidrofibra ou espuma. • Atentar à possível necessidade de troca do hidrocolóide antes da data prevista (risco de maceração). • Se lesão estagnada, aplicar papaína 10% gel por 20 dias.
Epitelização e escoriações	Proteção dos novos tecidos	Observações
	<p>Fitoterápicos 1ª opção: calêndula 5% creme ou babosa 25% creme</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrocolóide placa 2ª opção: rayon úmido com AGE e/ou SF 0,9% 3ª opção: AGE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar à possível necessidade de troca da placa de hidrocolóide antes da data prevista (risco de maceração)
Ferida com infecção	Controle da infecção, odor e exsudato	Observações
	<p>Fitoterápicos 1ª opção: calêndula 5% gel 2ª opção: hamamélis 10% gel ou babosa 25% gel 3ª opção: papaína 10% gel</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrofibra com Ag ou hidroalginato com Ag ou Gel com PHMB 2ª opção: carvão com Ag, se ausência de sangramento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar preferencialmente produtos que contenham prata em sua composição. • Usar hidrofibra, hidrogel ou fitoterápico em gel para preenchimento de espaço morto (túneis, descolamentos e cavidades). • O gel de PHMB pode ser usado com cobertura gaze ou rayon umedecido com SF 0,9%. • O gel de PHMB tem indicação para lesões com biofilme

Ferida hemorrágica	Promover hemostasia	Observações
	<p>Fitoterápicos 1ª opção: hamamélis 10% gel ou creme</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com alginato. 2ª opção: rayon úmido com SF 0,9% 3ª opção: espuma / hidropolímero ou hidrofibra sem Ag 4ª opção: gaze úmida com AGE e/ou SF 0,9%</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar curativo compressivo se possível por algumas horas e monitorar sinais de complicações. Realizar limpeza com irrigação de soro fisiológico gelado.
Ferida oncológica	Controle de odor e infecção, prevenir sangramento e evitar trauma na troca do curativo	Observações
	<p>Fitoterápicos 1ª opção: hamamélis 10% creme/gel 2ª opção: calêndula 5% creme/gel ou babosa 25% creme/gel.</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrofibra Ag e/ou Carvão ativado Ag ou hidroalginato com Ag 2ª opção: Gel com PHMB ou hidrogel com alginato 3ª opção: rayon úmido com SF 0,9% ou hidrofibra sem Ag ou hidrogel sem alginato.</p>	<p>Tratamento tópico de ferida oncológica geralmente é paliativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Evitar produtos que estimulem mitose celular, por exemplo: AGE, hidrocolóide em placa, entre outros, se possível. Carvão ativado é contra-indicado em lesões com sangramento. Realizar limpeza com irrigação de soro fisiológico gelado se ferida sangrante. O gel de PHMB pode ser usado com cobertura gaze ou rayon umedecido com SF 0,9%. O gel de PHMB tem indicação para lesões com biofilme.
Queimadura	Alívio da dor, prevenir e tratar infecção	Observações
	<p>Fitoterápicos 1ª opção babosa 25% gel ou creme 2ª opção calêndula 5% creme ou gel</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrofibra com Ag 2ª opção: hidroalginato com Ag 3ª opção: Gel com PHMB ou Espuma hidropolímero 4ª opção: hidrocolóide em placa 5ª opção: rayon úmido com AGE e/ou SF 0,9%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Classificar a lesão quanto à extensão, profundidade e riscos para auxiliar na escolha do produto adequado. A hidrofibra com Ag pode permanecer no leito por até 15 dias. Apenas recorte o excesso nas bordas que se desprende à medida que ocorre epitelização. O gel de PHMB pode ser usado com cobertura gaze ou rayon umedecido com SF 0,9%. O gel de PHMB tem indicação para lesões com biofilme

Hematomas e equimoses	Alívio da dor, redução do hematoma e do edema		Observações
	Fitoterápicos 1ª opção: arnica 5% creme 2ª opção: hamamélis 10% creme		<ul style="list-style-type: none"> • Descartar a possibilidade de fratura. • Não utilizar arnica por mais de 30 dias ou sobre feridas abertas.
Mordedura de cão, gato e outros 	Evitar infecção, remover secreção salivar e sujidades		Observações <ul style="list-style-type: none"> • Inicialmente lavar abundantemente com água e sabão neutro. • Seguir protocolo de profilaxia da raiva humana (esquema vacinal). Preencher formulário de atendimento anti-rábico humano. • Avaliar a necessidade de sutura a critério médico • Em situações que houver necessidade tratar a ferida de acordo com a fase de cicatrização.
Úlcera venosa	Contenção de edema e tratamento da ferida		Observações
	<p>Bota de unha para contenção de edema pode ser associado às diversas coberturas primárias abaixo:</p> <p>Fitoterápicos</p> <p>1ª opção: hamamélis 10% gel</p> <p>2ª opção: calêndula 5% gel</p> <p>3ª opção: babosa 25% gel</p>	<p>Outras tecnologias</p> <p>rayon úmido com SF 0,9% e/ou AGE ou hidrogel com ou sem alginato ou Carvão com Ag ou hidrofibra com ou sem Ag ou hidroalginato com Ag ou espuma / hidropolimero ou hidrocolóide placa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bota de unha é contra indicada para úlcera arterial. • No caso de úlcera mista encaminhar para avaliação médica. • Na ausência de bota de unha podem-se utilizar os fitoterápicos indicados ou outras coberturas como orientado neste guia. • A associação da bota de unha com outras coberturas deve levar em conta fase de cicatrização, período de troca e disponibilidade de materiais.

Dermatites associadas ao uso de fraldas	Alívio da dor, prevenir lesão	Observações
	<p>Fitoterápicos Chá de camomila (banho de assento ou compressas)</p> <p>Outras tecnologias Pomada a base de óxido de zinco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser prevenida com pomada de óxido de zinco e/ou amido de milho.
Hipergranulação	Reduzir o excesso da granulação	Observações
	<p>Fitoterápicos hamamelis gel 10%</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: rayon úmido com SF 0,9% 2ª opção: gazes úmida com SF 0,9%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar preferencialmente produto fitoterápico em gel. • Aumentar número de trocas do curativo por dia, se necessário. • Reduzir o excesso de umidade.
Lesões por fricção e pequenos traumas em pele (Skin Tears)	Alívio da dor, prevenir infecções e promover a cicatrização	Observações
	<p>Fitoterápicos babosa 25% creme ou hamamelis creme</p> <p>Outras tecnologias hidrofibra sem Ag ou rayon úmido com AGE ou hidrogel com ou sem alginato ou espuma/ hidropolímero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estas lesões são características em idosos. • Manter a pele hidratada para prevenção.

Hiperqueratose	Desbastamento, prevenir infecções e promover a cicatrização	Observações
	<p>Fitoterápicos 1ª opção: babosa 25% creme 2ª opção: calêndula 5% creme</p> <p>Outras tecnologias 1ª opção: hidrogel com ou sem alginato e/ou hidrocolóide em placa</p> <p>2ª opção: gaze úmida com AGE e/ou SF 09%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar desbastamento instrumental sempre que necessário (enfermeiro ou médico). • Atentar para o risco aumentado de infecção. • Para prevenir hiperqueratose, comum em pé diabético e pacientes com hanseníase, orientar hidratação e uso de calçados adequados.

*Proteção de barreira: utilizar o fitoterápico em creme, AGE ou pomada de óxido de zinco na região periferida quando houver aumento de exsudação.

SUBSTÂNCIAS A SEREM EVITADAS

- Antibiótico tópico **INDISCRIMINADO** - capaz de promover seleção de flora bacteriana no local da lesão, prejudicando a cicatrização.
- Corticoide - retarda o crescimento tecidual e, conseqüentemente, o processo de cicatrização.
- Éter/Benzina - retarda o processo de cicatrização e promove ressecamento do tecido perilesão.
- Violeta Genciana - é citotóxica para os fibroblastos e dificulta a granulação normal. Promove ressecamento da lesão e pode provocar manchas na pele.
- Lidocaína Gel - não promove efeito anestésico comprovado. Inibe a ação das demais coberturas indicadas no tratamento das feridas, como pomada desbridante.
- Vaselina - causa impermeabilização da pele, dificultando a ação de outros produtos.
- Açúcar - é um esfoliante capaz de lesionar o produto de granulação. É considerada fonte de infecção, atrai pragas (formigas e insetos) e exige múltiplas trocas diárias.
- Permanganato de Potássio (KMnO₄) resseca os tecidos e impossibilita a umidificação do leito da ferida.

FOTOS

Lissandra Rocha Porto*in memorian, Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas, Google imagens

ELABORAÇÃO COMISSÃO DE PREVENÇÃO TRATAMENTO DE FERIDAS

Cintia Mastrocola Soubhia; Edson Eden De Oliveira; Flavio Ventura dos Santos; Julimar Fernandes de Oliveira; Kristine Coely Leal Lemos; Lilian Helen do Prado Yamakawa; Marta De Souza Pereira; Mirela Cláudia Angeli Capovilla; Regina Grimaldi de Oliveira; Shirley Ruriko da Silveira, Thais Gomes do Nascimento e Vanessa Jorge Fontes.

EMAIL CONTATO

comissao.feridas@campinas.sp.gov.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Tratamento clínico-cirúrgico de feridas cutâneas agudas e crônicas. Prof. Dr. Luiz Claudio Candido, Santos-SP – 2006.
- 2) Feridas Complexas. Disponível em: <http://www.feridascomplexas.com.br/p/terapia.html>. Acessado em agosto de 2016.
- 3) Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro. Protocolo de Curativos em Úlceras Crônicas de Membros Inferiores. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111918/curativos.pdf>. Acessado em agosto de 2016.
- 4) MALAGUTTI W. Feridas conceitos e atualidades, 1ª edição. São Paulo: Martinari, 2015.
- 5) BORGES, E.L.; SAAR, S.R.C.; MAGALHÃES, M.B.B.; GOMES, L.; LIMA, V.L.A.N; Feridas: como tratar, 2ª edição. Editora médica Coopmed, 2008.
- 6) JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E.; Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
- 7) Fitoterápicos. Botica da Família. Secretaria Municipal de Campinas. 2015. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>. Acessado em Agosto de 2016.
- 8) Secretaria de Saúde de São Paulo - Prefeitura Municipal de São Paulo. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas, 2010. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Ilha_das_Flores/Feridas_MT1_v1.pdf. Acessado em agosto de 2016.
- 9) Secretaria de Saúde de Belo Horizonte – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – MG. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas, 2011. Disponível em: http://portalpbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_Prevencao_e_Tratamento_Feridas.pdf. Acessado em agosto de 2016.