

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM
LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM

GUIA PRÁTICO DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

Alessandra Marin Santini
Carla Mario Brites
Daiana de Araújo
Dalva Cezar da Silva
Fernanda Luisa Buboltz
Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman
Jennifer Aguilar Leocádio de Menezes
Revisão e aprovação:
Silvana Bastos Cogo
Márcio Rossato Badke
Maria Denise Schimith

Autoras e organizadoras

Alessandra Marin Santini - Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Mestra pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Materna Infantil da Universidade Franciscana.

Carla Mario Brites - Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Mestra pelo Programa de Pós-graduação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Pampa.

Daiana de Araújo - Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Mestra pelo Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Dalva Cezar da Silva - Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Fernanda Luisa Buboltz - Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

Priscila de Oliveira Bolzan Bonadiman - Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Mestra pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale dos Sinos.

Jennifer Aguilar Leocádio de Menezes - Enfermeira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Mestra pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria.

Revisão e aprovação

Silvana Bastos Cogo - Enfermeira, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Rio Grande- FURG.

Márcio Rossato Badke - Enfermeiro, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Maria Denise Schimith - Enfermeira, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/SP). Pós-doutora pela Universidade Federal do Rio Grande-FURG.

G943 Guia prático de procedimentos de enfermagem [recurso eletrônico] /
Alessandra Marin Santini ... [et al.]. – Santa Maria, RS : UFSM, Centro de
Ciências da Saúde, Departamento do Curso de Enfermagem, Laboratório de
Enfermagem, 2022.
1 e-book. : il.

ISBN 978-65-88403-65-5

1. Enfermagem 2. Procedimentos I. Santini, Alessandra Marin

CDU 616-083

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	3
Capítulo 1 CATETERISMO ENTÉRICO E GÁSTRICO.....	4
Capítulo 2 CATETERISMO URINÁRIO DE DEMORA FEMININO.....	8
Capítulo 3 CATETERISMO URINÁRIO DE DEMORA MASCULINO.....	14
Capítulo 4 CURATIVO EM CATETER VENOSO CENTRAL.....	20
Capítulo 5 CURATIVO E TROCA DE CADARÇO EM TRAQUEOSTOMIA.....	23
Capítulo 6 CURATIVO EM FERIDA CIRÚRGICA.....	28
Capítulo 7 HIGIENE ORAL E TROCA DE CADARÇO EM PACIENTE ENTUBADO.....	32
Capítulo 8 HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS.....	36
Capítulo 9 COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS.....	39
Capítulo 10 HIGIENE E TROCA DA BOLSA COLETORA DRENÁVEL DE COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA.....	42
Capítulo 11 LIMPEZA DA ENDOCÂNULA METÁLICA DA TRAQUEOSTOMIA... 	47
Capítulo 12 RETIRADA DE PONTOS.....	50
Capítulo 13 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA.....	53
Capítulo 14 TROCA DE SOLUÇÃO DO FRASCO DE DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D´ÁGUA.....	57
Capítulo 15 VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.....	61

APRESENTAÇÃO

Esta obra foi desenvolvida por Enfermeiras do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria com apoio de professores doutores da mesma instituição. O objetivo deste e-book é auxiliar alunos da graduação em enfermagem a desenvolverem as atividades práticas em laboratório e demais campos de ensino e aprendizagem que visam a execução de procedimentos de enfermagem, nos diferentes cenários de atuação do enfermeiro. De maneira clara, sintética e objetiva, o conteúdo poderá auxiliar o estudante que está ingressando nos campos práticos da enfermagem bem como servir de suporte na revisão dos principais procedimentos. A obra está dividida em capítulos que foram elaborados pelas autoras e revisados e aprovados por professores doutores da disciplina de saúde do adulto.

Capítulo 1

CATETERISMO ENTÉRICO E GÁSTRICO

1 Definição

Inserção de uma sonda pelo orifício nasal ou oral até o estômago ou intestino do paciente. Possui finalidades como alimentação, drenagem de conteúdo gástrico ou intestinal. O procedimento é de competência do enfermeiro, não sendo possível delegar ao profissional de nível técnico.

2 Materiais

- Sonda de silicone ou poliuretano (dupla via e fio guia inox).
 - Fita adesiva para fixação, preferencialmente hipoalergênica, podendo ser este do tipo microporosa ou/impermeável, previamente cortadas da maneira a ser usada.
 - Seringa “luer slip” de 20 ml.
 - Material para higiene oral.
 - Anestésico em gel 2%.
 - Gaze.
 - Estetoscópio.
 - Campo estéril, toalha ou compressa limpa.
 - 2 pares de luvas de procedimento.
 - 1 ampola 10ml AD para lubrificar a sonda, se necessário.
 - Caneta de tinta permanente.
- Se necessário, utilize o biombo.

3 Etapas do procedimento

- É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização do cateterismo entérico.
- Reúna, em uma bandeja previamente higienizada com algodão embebido em álcool 70% os materiais listados acima e dirija-se até o paciente.
- Faça uma breve apresentação, conferindo pulseira e a placa de identificação, explicando o procedimento ao paciente e seu familiar/acompanhante.

- Prepare o ambiente fechando as janelas e portas, e, se necessário, utilize o biombo a fim de proteger a privacidade do paciente.
- Higienize as mãos com álcool gel 70%.
- Atente para o posicionamento da cabeceira do leito à 45°.
- Calce as luvas de procedimento.
- Realize a limpeza da pele com gaze, no local onde a sonda será fixada. Caso haja necessidade, realize a higiene da cavidade oral e fossas nasais.
- Retire as luvas de procedimento e higienize novamente as mãos com álcool gel 70%, calçando novas luvas de procedimento.
- Proteja o tórax do paciente com campo estéril, toalha ou compressa limpa para apoiar a sonda.
- Abra o pacote de gaze e coloque sobre o campo, toalha ou compressa limpa. Coloque o gel anestésico sobre as mesmas.
- Realize a medida da sonda a partir do orifício proximal da mesma sem encostar a sonda no paciente.
- Para a sonda em **posição gástrica**, meça a distância do septo nasal ao lóbulo da orelha descendo até o apêndice xifoide. Neste caso, a sonda geralmente não possui fio guia e é usada, idealmente em pacientes adultos, para drenagem aberta em frasco.
- Para a sonda em **posição duodenal ou jejunal**, faça a mesma medida e siga até a cicatriz umbilical, acrescentando mais dois dedos em casos de paciente pediátrico e três dedos para o adulto.
- Marque na sonda a medida encontrada com caneta de tinta permanente.
- Para iniciar a inserção da sonda, lubrifique a extremidade distal da mesma no gel anestésico.
- Solicite ao paciente que flexione a cabeça sobre o tórax e faça movimentos de deglutição durante a introdução da sonda.
- No caso de posição **duodenal ou jejunal**, a sonda deverá conter o fio guia.
- Introduza a sonda pelo orifício nasal ou cavidade oral, lenta e suavemente, cada vez que o paciente deglutir, até atingir a medida previamente realizada.
- Retire o fio guia, se presente, após atingir a medida desejada. No caso de posição gástrica, este procedimento não é necessário, já que não possui fio guia.
- Retire a luva da mão dominante para verificar a localização da sonda.
- Faça ausculta colocando o estetoscópio na base do apêndice xifoide sobre o epigástrico, injetando 20 ml de ar sob pressão, observando a presença de borborigmo.

- Após confirmar a posição correta da sonda, realize a fixação da mesma com fita hipoalergênica no nariz do paciente e, depois, na lateral da face, passando por trás do pavilhão auricular.
- Coloque o fio guia, se presente, retirado da sonda em sua embalagem original. Atente para que a sonda esteja fechada. No caso da sonda em posição gástrica para drenagem, instale o frasco com o extensor de drenagem na sonda o mais breve possível. Observe cor e quantidade drenada.
- As sondas entéricas poderão ser reutilizadas no mesmo paciente, sempre que as mesmas tiverem condições de integridade e funcionalidade.
- Retire a outra luva e higienize as mãos com álcool gel 70%.
- Deixe o paciente confortável, reorganize o local, recolha o material utilizado e despeça-se do paciente.

4 Descarte dos materiais

- Campo estéril no hamper ou outro local específico para ser reprocessado.
- Material contaminado (como gazes e seringa) descartar em lixo infectante.
- Embalagens recicláveis descartar em lixo reciclável.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Faça uma identificação com o nome do paciente, leito, dia e horário que foi realizada a sondagem e fixe no invólucro do fio-guia.
- Após o descarte corretos dos materiais, higienize as mãos e registre o procedimento no prontuário.

5 Considerações importantes

O procedimento de ausculta e instilação de ar não é o método mais confiável para confirmar a posição da sonda. O exame de radiografia é padrão de excelência para confirmar que a sonda não esteja nas vias aéreas do paciente (POTTER; STOCKERT, 2018; STEWART, 2014). Portanto, não administrar nada pela sonda antes da confirmação de sua posição gástrica, duodenal ou jejunal por meio da radiografia.

Para o melhor posicionamento da sonda nas posições duodenal ou jejunal, aconselha-se posicionar o paciente em decúbito lateral direito, caso não haja contraindicação, até a realização da radiografia.

Durante a introdução da sonda, não force a passagem se houver resistência ou se paciente apresentar tosse e cianose. Se, ao término do procedimento o paciente apresentar sinais de deleção do sistema respiratório, retire imediatamente a sonda e observe a necessidade de oferta de ventilação, monitorando os sinais vitais.

6 Registro/Evolução de enfermagem

O registro torna-se tão importante quanto o procedimento. Deste modo, no registro do profissional enfermeiro que realizou o cateterismo entérico/ gástrico deverá constar:

- Horário e data do procedimento.
- O tipo (sonda enteral ou gástrica) e tamanho da sonda.
- Finalidade da sondagem, como drenagem de conteúdo gástrico, alimentação, dentre outros.
- Localização distal da sonda, se a mesma tiver numeração, ou então manter a marca de posição na própria sonda com pedaço de fita ou caneta permanente.
- Registrar o pedido de RX bem como, posteriormente, o horário que o mesmo foi realizado e a posição da sonda observada no resultado do exame.
- É necessário registrar as intercorrências, como resistência devido a anatomia, cianose, tosse, etc...
- Por fim, o registro deve conter a assinatura e registro do COREN.

Referências

CERVO, A. S. *et al.* Cateterismo entérico com a sonda em posição gástrica ou pós-pilórica (duodenal ou jejunal). *In*: KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 282-291.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9. ed. [S.l.]: Elsevier editora, 2018.

STEWART, M. L. Interruptions in enteral nutrition delivery in the critically ill patients and recommendations for clinical practice. **Crit care nurse**, [s.l.], v. 34, n. 4, p. 14-22, 2014.

Capítulo 2

CATETERISMO URINÁRIO DE DEMORA FEMININO

1 Definição

A sondagem vesical ou cateterismo urinário consiste na introdução de um cateter estéril da uretra até a bexiga com o objetivo principal de drenar urina. É uma atividade privativa do enfermeiro, conforme Resolução COFEN Nº 0450/2013, pois se trata de uma técnica invasiva, que envolve riscos ao paciente como infecções do trato urinário, trauma uretral e/ou vesical.

2 Materiais

Preconiza-se que o procedimento de cateterismo urinário de demora seja realizado em duas etapas: higiene íntima/perineal e antisepsia do meato uretral com inserção de cateter estéril.

Em uma bandeja higienizada com álcool 70%, reunir os seguintes materiais conforme etapa:

Higiene íntima/perineal:

- Luva de procedimento;
- Óculos de proteção
- Máscara de proteção/cirúrgica;
- Solução degermante padronizada pela instituição;
- Comadre;
- Jarro com água morna;
- Compressas para degermação.

Antisepsia do meato uretral com inserção de cateter estéril:

- Pacote estéril de higiene oral (contendo cuba rim, cuba redonda e pinça homeostática);
- Campo fenestrado grande ou simples estéril;
- Luvas estéreis de tamanho adequado;
- Seringa de 20 ml “luer slip”;
- Agulha 40x12;

- Água destilada (AD) - 2 a 3 flaconetes;
- Gaze;
- Solução antisséptica padronizada na instituição;
- Gel anestésico;
- Sonda estéril tipo Folley de duas a três vias, de tamanho adequado a paciente e necessidade (utilizar a sonda de menor calibre possível, para minimizar risco de trauma uretral);
- Bolsa coletora de urina em sistema fechado;
- Fita adesiva para fixação externa da sonda e tesoura de bolso;
- Saco plástico;
- Caneta permanente para registro na bolsa coletora;
- Álcool sachê ou algodão com álcool 70%.

Se necessário, leve um biombo e iluminação adicional (foco de luz).

3 Etapas do Procedimento

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização do cateterismo de demora feminino.

Higiene íntima/perineal:

- Reunir o material previamente organizado e ir até a paciente.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%.
- Fazer uma breve apresentação profissional.
- Conferir pulseira e a placa de identificação para certificação da paciente correto.
- Explicar o procedimento a ser realizado bem como sua finalidade.
- Preparar o ambiente para garantir a privacidade da paciente (fechar janelas e porta, utilizar biombo), se necessário.
- Posicionar uma mesa ou carrinho de apoio próximo ao leito da paciente.
- Fixar o saco plástico para resíduos na borda da mesa.
- Higienizar novamente as mãos com álcool 70%.
- Colocar os EPIs na sequência: máscara, óculos de proteção e luvas de procedimento.
- Colocar a comadre sob o períneo da paciente (pedir para elevar o quadril, se possível) e posicionar os joelhos fletidos, aproximando a planta dos seus pés.

- Realizar higiene íntima com compressas e solução degermante. Lavar a região genital no sentido anteroposterior e afastar os grandes lábios para melhor visualizar a uretra.
- Enxaguar com a água morna (contida no jarro) e secar com uma compressa limpa.
- Finalizar a higiene íntima e recolher a comadre e demais materiais utilizados.
- Cobrir a paciente com lençol até dar início ao cateterismo.
- Retirar as luvas de procedimento descartando-as em local adequado.
- Higienizar com álcool a mesa auxiliar.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%.

Antissepsia do meato uretral com inserção de cateter estéril:

- Colocar a bandeja com material previamente organizado na mesa auxiliar.
- Cortar as fitas adesivas para fixação da sonda e manter na lateral da bandeja.
- Abrir o pacote de higiene oral e dispor na mesa de apoio. Utilizar o invólucro como campo para colocar os demais materiais.
- Colocar as luvas estéreis conforme técnica asséptica;
- Pedir auxílio de outro profissional para concluir a disposição dos materiais no campo estéril previamente exposto.
- Solicitar a abertura dos materiais: gazes, seringa e agulha 40x12.
- Dobrar as gazes e colocá-las na cuba redonda. Aproximar a cuba para que o auxiliar possa depositar a solução antisséptica e reservar no campo estéril.
- Solicitar ao auxiliar que faça a assepsia do flaconete de AD. Adaptar a agulha na seringa e aspirar quantidade de AD em acordo com a especificação do fabricante da sonda.
- Abrir o campo estéril, a sonda e a bolsa de urina em sistema fechado e reservar no campo estéril.
- Solicitar ao auxiliar para desprezar a primeira porção de gel anestésico. Após, colocar uma porção suficiente do gel na cuba rim e reservar novamente no campo estéril.
- Com AD contida na seringa, testar o balonete da sonda. Observar presença de microfuros (a insuflação prévia pode não ser realizada conforme as normas institucionais ou contra indicação do fabricante).
- Montar o sistema fechado: conectar a sonda ao extensor da bolsa coletora. Manter o clamp da tubulação aberta.
- Lubrificar a ponta da sonda com o gel anestésico e acomodar dentro da cuba rim e reservar novamente no campo estéril.

- Pedir ao auxiliar para expor a paciente adequadamente e confirmar se está bem posicionada. Informar a paciente que iniciará o procedimento.
- Colocar o campo fenestrado ou o campo simples sobre o períneo da paciente.
- Com a mão não dominante, expor o meato uretral. Abrir os pequenos lábios com o dedo indicador e polegar. Esta mão deve ficar expondo a região até o término da inserção do cateter, pois é considerada contaminada após tocar no períneo.
- Com a mão dominante utilizar a pinça estéril para realizar a antissepsia com movimentos únicos com a gaze embebida em antisséptico.
- Realizar a antissepsia com movimentos no sentido anteroposterior, partindo da uretra para a periferia (região distal). Repetir o processo quanto necessário e descartar cada unidade de gaze utilizada no lixo após o movimento. Após, desprezar a pinça fora do campo estéril.
- Acomodar firmemente a sonda entre o dedo indicador e o polegar da mão dominante e introduzir no meato urinário, por cerca de cinco a sete centímetros e meio ou até a urina fluir. Nunca forçar a introdução da sonda, em caso de resistência.
- Conectar a seringa na extremidade indicada para inflar o balonete e introduzir AD conforme indicação na sonda ou designado pelo fabricante.
- Suavemente, tracionar a sonda lentamente até observar resistência.
- Retirar o campo utilizado. Se for fenestrado, passar o sistema coletor pela janela do campo.
- Fixar a sonda na face interna da coxa com fita adesiva. Observar margem de segurança para evitar tração da sonda
- Atenção! Sempre que houver violação do sistema, todo conjunto deve ser trocado.
- Observar o fluxo de urina pelo circuito do sistema fechado.
- Revisar se os lençóis estão secos. Cobrir a paciente e organizar todo o material utilizado.
- Retirar as luvas estéreis e higienizar as mãos com álcool gel 70%.
- Retirar o restante dos EPIs.
- Identificar o sistema coletor de diurese com data, hora e assinatura.
- Posicionar o coletor sempre abaixo do nível da bexiga e acima de 10 cm de distância do chão.
- Orientar quanto aos cuidados com a sonda.
- Deixar o paciente confortável e reorganizar o local (janelas, biombo, foco de luz).
- Recolher o material utilizado e despedir-se do paciente.

4 Descarte dos materiais

- Colocar as luvas de procedimento para realizar o descarte dos materiais.
- Colocar campo estéril e compressas em hamper ou outro local específico para ser reprocessado.
- Colocar a cuba redonda, cuba rim e pinça no expurgo ou outro local específico para ser reprocessado.
- Descartar materiais contaminados como gaze, seringa, invólucro da higiene oral e luvas no lixo infectante (saco branco).
- Descartar agulha em coletor perfuro-cortante.
- Descartar embalagens recicláveis em lixo reciclável (saco azul).
- Levar jarra e comadre ao expurgo ou outro local específico para higienização.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Realizar higienize das mãos conforme técnica.
- Realizar o registro do procedimento – evolução de enfermagem.

5 Considerações importantes

Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme tipo de precauções preconizadas na instituição na realização do procedimento.

Não utilizar solução fisiológica 0,9% para inflar o balonete da sonda, pois poderá ocorrer precipitação, danificando o balonete.

Para amostras de EQU e urocultura, realizar coleta de amostra somente do sistema ejetor lateral. Esvaziar a bolsa coletora regularmente, não permitindo que ultrapasse 2/3 da sua capacidade. Revisar periodicamente a fixação da sonda, alternando o local para evitar lesões de pele. Realizar higiene do meato urinário com água e sabão, no banho, e sempre que necessário. Em sondagem pediátrica, com sonda com mandril, manter a cuba rim sobre o campo estéril para a coleta de urina, até a retirada do mandril e posterior conexão da bolsa coletora. Em casos de referência de dor na região pélvica ou agitação, investigar possíveis causas de clampeamento ou obstrução da sonda. Na presença de candidíase perineal, avaliar com o médico o risco/benefício do cateterismo.

Na presença de sangue no meato urinário e/ou hematomas, equimoses na região pélvica, não realizar sondagem vesical devido à possibilidade de trauma uretral e comunicar ao médico.

6 Registro/Evolução de Enfermagem

- A evolução de enfermagem deve conter breve relato do procedimento, assim como possíveis intercorrências observadas.
- Registrar o calibre e tipo de sonda utilizada, presença e aspecto da urina drenada, bem como data e hora de realização da sondagem. Finalizar com assinatura e registro do profissional responsável.

Referências

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem**: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CASSOL, J. *et al.* Cateterismo Vesical de Demora. *In*: KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 297-304.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0450, de 11 de dezembro de 2013**. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: Cofen, 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html. Acesso em: 27 set. 2020.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9. ed. [S.l.]: Elsevier editora, 2018.

Capítulo 3

CATETERISMO URINÁRIO DE DEMORA MASCULINO

1 Definição

A sondagem vesical ou cateterismo urinário consiste na introdução de um cateter estéril da uretra até a bexiga com o objetivo principal de drenar urina. É uma atividade privativa do enfermeiro, conforme Resolução COFEN N° 0450/2013, pois se trata de uma técnica invasiva, que envolve riscos ao paciente como infecções do trato urinário, trauma uretral e/ou vesical.

2 Materiais

Preconiza-se que o procedimento de cateterismo urinário de demora seja realizado em duas etapas: higiene íntima/perineal e antisepsia do meato uretral com inserção de cateter estéril.

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização do cateterismo de demora masculino.

Em uma bandeja higienizada com álcool 70% ou solução padronizada pela instituição, reunir os seguintes materiais conforme etapa:

Higiene íntima/perineal:

- Luvas de procedimento;
- Óculos de proteção;
- Máscara de proteção/cirúrgica;
- Solução degermante padronizada pela instituição;
- Comadre;
- Jarro com água morna;
- Compressas para degermação.

Antisepsia do meato uretral com inserção de cateter estéril:

- Luvas estéreis de tamanho adequado;
- Pacote estéril de higiene oral (contendo cuba rim, cuba redonda e pinça hemostática);
- Gaze;
- Gel anestésico;

- Solução antisséptica padronizada na instituição;
- 02 seringas de 20 ml “luer slip”;
- 01 agulha 40x12;
- Água destilada- AD- 2 a 3 flaconetes;
- Campo fenestrado grande ou simples estéril;
- Sonda estéril tipo Folley de duas a três vias, de tamanho adequado a paciente e à necessidade (utilizar a sonda de menor calibre possível, a fim de minimizar a ocorrência de trauma uretral);
- Bolsa coletora de urina em sistema fechado;
- Saco plástico;
- Fita adesiva para fixação externa da sonda;
- Caneta permanente para registro na bolsa coletora;
- Álcool sachê ou algodão com álcool 70%.
- Se necessário, leve um biombo e iluminação adicional (foco de luz).

3 Etapas do Procedimento

Higiene íntima/perineal:

- Reunir o material previamente organizado e ir até o paciente.
- Higienizar as mãos com álcool 70%.
- Fazer uma breve apresentação profissional.
- Conferir pulseira e a placa de identificação, explicando o procedimento ao paciente.
- Preparar o ambiente fechando as janelas e portas, e, se necessário, utilizar o biombo a fim de proteger a privacidade do paciente.
- Posicionar uma mesa ou carrinho de apoio próximo ao leito do paciente e fixar o saco plástico para resíduos em sua borda.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70% e colocar os EPIs (máscara, óculos proteção e luvas de procedimento).
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal e colocar a comadre sob o períneo do paciente (pedir para elevar o quadril, se possível), a fim de manter o períneo elevado.
- Realizar a higiene íntima com compressas e solução degermante, higienizando o pênis, iniciado pela região da glândula num sentido anteroposterior e após o saco escrotal.
- Enxaguar com a água morna (contida no jarro) e secar com uma compressa limpa.

- Finalizar a higiene íntima e recolher a comadre e demais materiais utilizados.
- Cobrir a paciente com lençol até dar início ao cateterismo.
- Descartar o material de degermação e retirar as luvas de procedimento, descartando em local adequado.
- Higienizar a superfície onde irá dispor o material da sondagem.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%.

Antissepsia do meato uretral com inserção de cateter estéril:

- Colocar a bandeja com material previamente organizado na mesa auxiliar.
- Cortar as fitas adesivas para fixação da sonda e manter na lateral da bandeja.
- Abrir o pacote de higiene oral e o dispor na mesa de apoio, utilizando o invólucro como campo para apoio aos outros materiais que irá utilizar.
- Colocar as luvas estéreis conforme técnica asséptica.
- Pedir auxílio de outro profissional para concluir a disposição dos materiais no campo estéril previamente exposto.
- Solicitar a abertura dos materiais: gazes, duas seringas e agulha 40x12.
- Dobrar as gazes e colocá-las na cuba redonda. Aproximar a cuba com as gazes para que o auxiliar possa depositar a solução antisséptica e reservar no campo estéril.
- Solicitar ao auxiliar que faça a antissepsia do flaconete de AD.
- Adaptar a agulha na seringa e aspirar quantidade de AD em acordo com a especificação do fabricante da sonda.
- Dispor no campo a bolsa coletora de urina em sistema fechado, sonda foley e o campo estéril.
- Retirar o êmbolo da seringa de 20 ml e solicitar ao auxiliar que coloque o gel anestésico (10 ml), lembrando-se de desprezar a primeira porção do gel.
- Com AD contida na seringa, testar o balonete da sonda, visando observar presença de micro furos (a insuflação prévia pode não ser realizada conforme as normas institucionais ou contra indicação do fabricante).
- Montar o sistema fechado, conectando a sonda ao extensor da bolsa coletora, mantendo o clamp da tubulação aberto. Acomodá-lo dentro da cuba rim, reservando-o no campo.
- Pedir ao auxiliar para expor a paciente adequadamente e confirmar se está bem posicionada. Informar ao paciente que iniciará o procedimento.
- Colocar o campo estéril no paciente.

- Segurar firmemente o pênis com a mão não dominante, posicionando-o perpendicularmente e retraindo o prepúcio. Esta mão deve ficar exposta a região até o término da inserção do cateter, pois esta mão é considerada contaminada.
- Com a mão dominante utilizar a pinça estéril para realizar a antisepsia com a gaze embebida em antisséptico.
- Realizar movimento circular único em espiral em volta da glande, a partir da uretra para a base do pênis. Repetir o processo quanto necessário e descartar cada unidade de gaze utilizada no lixo após o movimento. Após, desprezar a pinça fora do campo estéril.
- Com o pênis perpendicular ao abdome, acoplar a seringa no meato urinário, introduzindo o gel anestésico lentamente.
- Acomodar firmemente a sonda entre o dedo indicador e o polegar da mão dominante e introduzir no meato urinário de forma cuidadosa, suave e avançar o cateter 17 a 22 cm, observando que a urina flua pela tubulação. Se o trajeto uretral apresentar resistência, não force a introdução da sonda.
- Continuar segurando o pênis com a mão não dominante e com a dominante, conectar a seringa na extremidade indicada para insuflar o balonete. Introduzir a AD, conforme volume indicado na sonda ou designado pelo fabricante. Retirar a seringa.
- Tracionar, suavemente, a sonda até sentir a resistência, para certificar-se da sua posição.
- Recolocar o prepúcio sobre a glande para evitar edema.
- Retirar o campo utilizado. Se for fenestrado, passe o sistema coletor pela fenestra do campo.
- Fixar a sonda no abdome inferior ou porção superior da coxa, com margem de segurança a fim de não tracionar com fita adesiva.
- Observar o fluxo de urina pelo circuito do sistema fechado.
- Revisar se os lençóis estão secos. Cobrir a paciente e organizar todo o material utilizado.
- Retirar as luvas e higienize as mãos com álcool gel 70%.
- Retirar o restante dos EPIs.
- Identificar o sistema coletor de diurese com data, hora e assinatura. Posicionar o sistema de drenagem sempre abaixo do nível da bexiga e acima de 10 cm de distância do chão.
- Orientar quanto aos cuidados com a sonda.

- Deixar o paciente confortável e reorganizar o local (janelas, biombo, foco de luz).
- Recolher o material utilizado e despedir-se do paciente.

4 Descarte dos materiais

- Colocar as luvas de procedimento para realizar o descarte dos materiais.
- Colocar o campo estéril e as compressas no hamper ou outro local específico para ser reprocessado.
- Colocar a cuba redonda, cuba rim e pinça no expurgo ou outro local específico para ser reprocessado.
- Descartar materiais contaminados como gaze, seringa, invólucro da higiene oral e luvas no lixo infectante (saco branco).
- Descartar agulha em coletor perfuro-cortante.
- Descartar embalagens recicláveis em lixo reciclável (saco azul).
- Levar jarro e comadre ao expurgo ou outro local específico para higienização.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Realizar higienize das mãos conforme técnica.
- Realizar o registro do procedimento – evolução de enfermagem.

5 Considerações importantes

Sempre que houver violação do sistema, todo conjunto deve ser trocado. Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme tipo de precauções preconizadas na instituição na realização do procedimento. Não utilizar solução fisiológica 0,9% para inflar o balonete da sonda, pois poderá ocorrer precipitação, danificando o balonete.

Para amostras de EQU e urocultura, realizar coleta de amostra somente do sistema ejetor lateral. Esvaziar a bolsa coletora regularmente, não permitindo que ultrapasse 2/3 da sua capacidade. Revisar periodicamente a fixação da sonda, alternando o local para evitar lesões de pele. Realizar higiene do meato urinário com água e sabão, no banho, e sempre que necessário.

Em sondagem pediátrica, com sonda com mandril, manter a cuba rim sobre o campo estéril para a coleta de urina, até a retirada do mandril e posterior conexão da bolsa coletora.

Em casos de referência de dor na região pélvica ou agitação durante a insuflação do cateter, interrompa a insuflação, retorne o líquido do balonete para a seringa, avance mais o

cateter e infle-o novamente. O balonete pode ter sido inflado na uretra. Caso a dor persista, remova o cateter e notifique o médico.

Na presença de candidíase perineal, avaliar com o médico o risco/benefício do cateterismo. Na presença de sangue no meato urinário e/ou hematomas, equimoses na região pélvica, não realizar sondagem vesical devido à possibilidade de trauma uretral e comunicar ao médico.

6 Registro/Evolução de enfermagem

- A evolução de enfermagem deve conter breve relato do procedimento, assim como possíveis intercorrências observadas.
- Registrar o calibre e tipo de sonda utilizada, presença e aspecto da urina drenada, bem como data e hora de realização da sondagem. Finalizar com assinatura e registro do profissional responsável.

Referências

CASSOL, J. *et al.* Cateterismo vesical de demora. *In:* KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 297-304.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 0450, de 11 de dezembro de 2013**. Normatiza o procedimento de Sondagem Vesical no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília: Cofen, 2013. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04502013-4_23266.html. Acesso em: 27 set. 2020.

PERRI, A. G.; POTTER, P. A.; DESMARAIS, P. L. **Guia completo de procedimentos de competências de enfermagem**. 8 Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

Capítulo 4

CURATIVO EM CATETER VENOSO CENTRAL

1 Definição

Consiste na realização de curativo na inserção do cateter venoso central.

2 Material

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização do curativo de cateter venoso central.

Reunir, em uma bandeja previamente higienizada com algodão embebido em álcool 70%, os seguintes materiais:

- Pacote de curativo.
- Gaze.
- Clorexidina alcoólica 0,5%.
- Haste flexível estéril (cotonete).
- Filme transparente para curativo.
- Saco plástico para lixo
- Fita adesiva hipoalergênica.
- Luvas de procedimento.
- Caneta.

3 Etapas do Procedimento

- Reunir o material previamente organizado na bandeja e dirigir-se até o paciente.
- Fazer uma breve apresentação, conferindo pulseira e a placa de identificação, explicando o procedimento ao paciente.
- Preparar o ambiente fechando as janelas e portas, e, se necessário, utilizar o biombo a fim de proteger a privacidade do paciente.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70% e posicionar o paciente deixando-o confortável.
- Abrir e fixar o saco plástico na lateral da mesa auxiliar.
- Higienizar novamente as mãos com álcool gel 70% e calçar as luvas de procedimento.

- Colocar o pacote de curativo sobre o centro da bandeja ou mesa auxiliar com o rótulo voltado para você. Abrir o pacote com técnica asséptica, dispondo as gazes no campo estéril.
- Utilizar a pinça anatômica para retirar a cobertura anterior do curativo, cuidando para não tracionar o cateter. Essa pinça não deverá ser mais utilizada, será considerada contaminada. Outra opção é retirar o curativo com as luvas de procedimento. Neste caso você precisaria trocá-las para continuar o curativo.
- Realizar antissepsia da inserção do cateter venoso central e da pele próxima à inserção com gaze presa à pinça umedecida com clorexidina alcoólica, pelo menos uma vez em cada região, ou conforme presença de secreção ou sujidade. Se houver disponibilidade, pode-se utilizar a haste flexível esterilizada para auxiliar na limpeza da inserção do cateter. Neste caso, umidificar uma das extremidades da haste flexível com clorexidina alcoólica, tendo cuidado de não tocar na mesma e proceder à limpeza. Utilizar apenas um dos lados da haste flexível, pois o outro ficará em contato com a mão do profissional.
- Observar características do local da inserção do cateter, avaliando presença de eritema, secreção, edema ou dor.
- Caso seja necessário, secar o local do curativo com gaze. Após, abrir o invólucro do filme transparente próprio para cateter venoso central.
- Retirar a proteção da parte adesiva com suas mãos enluvasadas e aplicar no local da incisão do cateter e na pele circunscrita, cuidando para não contaminar a região e nem a parte adesiva do filme. Na presença de secreção, ou quando for o primeiro curativo após instalação do cateter venoso central, é indicado ocluir com gaze e fita adesiva hipoalérgica.
- Recolher o material utilizado e deixar o paciente confortável.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos com álcool gel a 70%.
- Identificar com fita adesiva, em uma das bordas do curativo, a data, turno e profissional responsável pelo procedimento.
- Higienizar as mãos com álcool 70% e despedir-se do paciente.

4 Descarte dos materiais

- Instrumentais de curativo em local próprio para reprocessamento.
- Material contaminado do saco plástico no lixo infectante.

- Resíduos recicláveis em lixo reciclável.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Higienizar as mãos.
- Registrar o procedimento no prontuário.

5 Considerações importantes

Primeiro curativo, logo após passagem do Cateter central, é de responsabilidade do médico e demais curativos do Enfermeiro.

Proteger o curativo do cateter durante a higienização, evitando molhar. A periodicidade da troca dos curativos deverá ser orientada pelo Controle de Infecção Hospitalar. Se houver presença de eritema, secreção ou edema deve ser comunicado ao médico a fim de definir conduta para identificação de infecções de corrente sanguínea.

Caso haja tração acidental do cateter, não tentar reintroduzi-lo. Testar o refluxo sanguíneo, se não houver, será necessária a realização de raio X para confirmação da posição e uso seguro do cateter.

6 Registro/Evolução de enfermagem

- O registro torna-se tão importante quanto o procedimento. Deste modo, no registro deverá constar a avaliação da inserção do cateter, presença de secreção, edema, rubor.
- Também, a descrição do procedimento. Finalizar o registro com assinatura e número do registro profissional.

Referências

AQUISTAPASSE, S. *et al.* Curativo em cateter venoso central. *In:* KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 271-275.

Capítulo 5

CURATIVO E TROCA DE CADARÇO EM TRAQUEOSTOMIA

1 Definição

Consiste na realização de curativo no estoma e na troca de fixação da traqueostomia.

2 Materiais

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização do curativo em ferida limpa.

Antes de iniciar o curativo do estoma da traqueostomia, é necessário avaliar a necessidade de aspiração traqueal.

Em uma bandeja higienizada com álcool 70% ou solução padronizada pela instituição, reunir os seguintes materiais:

- Pacote de curativo ou pacote de higiene oral, observando a data e a fita com marca de esterilização.
- Pacote de gazes.
- 2 pares de luva de procedimentos.
- Demais EPI's como óculos e máscara de proteção.
- Soro fisiológico 0,9%.
- Saco plástico para lixo.
- Fita adesiva.
- Cadarço de tubo e traqueostomia. O comprimento do cadarço deve ser o dobro da medida que corresponde ao lóbulo da orelha até a cicatriz umbilical do paciente. Esta medida poderá ser realizada utilizando os parâmetros médios da própria estatura do profissional que irá realizar o procedimento, a fim de evitar contaminação do rolo do cadarço.
- Álcool 70%
- Algodão.
- Seringa para inflar o balonete, se necessário.
- Aparelho para medir a pressão do balonete da cânula de traqueostomia.
- O balonete é encontrado em cânulas de traqueostomia de material em PVC, o que difere das cânulas metálicas que não possuem este acessório

- Se necessário, utilize o biombo.

3 Etapas do Procedimento

- Reunir o material previamente organizado na bandeja e dirigir-se até o paciente.
- Fazer uma breve apresentação, conferir pulseira e a placa de identificação, explicar o procedimento ao paciente.
- Preparar o ambiente fechando as janelas e portas, e, se necessário, utilizar o biombo a fim de proteger a privacidade do paciente.
- Posicione o paciente em decúbito dorsal a 45°, se não houver contraindicação para esta posição.
- Revise a pressão do balonete, ajustando o calibre com a seringa contendo ar, se necessário. A pressão deve ser entre 15 e 30 mmHg.
- Abrir o saco plástico e o posicionar na borda da mesa auxiliar, fixando-o com fita adesiva.
- Higienize novamente as mãos com álcool 70% e calce os EPIs (máscara, óculos, e luvas de procedimento).
- Coloque o pacote de curativo sobre o centro da bandeja ou mesa auxiliar, com o rótulo voltado para você. Abra o pacote de curativo conforme técnica asséptica.
- Abra o pacote de gazes ao lado do campo estéril, e, com uma das pinças disponha-as no centro do campo.
- Com as mãos enluvadas retire o curativo do estoma da cânula de traqueostomia, desprezando-o no saco plástico.
- Retire as luvas.
- Higienize novamente as mãos com álcool gel 70% e calce novas luvas de procedimento.
- Faça a antisepsia do flaconete de SF 0,9% com algodão embebido em álcool 70% e abra-o para uso.
- Com o auxílio das pinças hemostática e anatômica, proceda a limpeza do estoma traqueal com gaze e SF 0,9%.
- Use cada face da gaze, suavemente, uma só vez em sentido único e após, despreze-a no saco plástico e utilize outra.
- Repita até retirar toda a secreção da área do estoma. Observe quantidade, cor e aspecto da secreção e da pele da área de incisão da cânula de traqueostomia.

- Cubra as bordas do estoma, posicionando gazes secas, limpas e dobradas ao meio, com auxílio das pinças.
- Use a quantidade de gazes o suficiente para que a mesma proteja o estoma mas evite a tração e obstrução da luz da traqueostomia.
- Se houver deslocamento da endocânula, essa deve ser reposicionada corretamente.
- Para a troca do cadarço de fixação, segure a cânula de traqueostomia firmemente com a sua mão não dominante até a troca total do cadarço.
- Desamarre o cadarço pelo lado onde está o laço e retire-o com movimentos, primeiramente de apenas um dos orifícios da placa externa da cânula de traqueostomia.
- Introduza uma das extremidades do cadarço limpo neste orifício de modo que o cadarço fique duplo e mantenha uma destas extremidades um pouco mais comprida que a outra.
- Passe ambas extremidades do cadarço duplo pela região posterior do pescoço do paciente.
- Retire o cadarço antigo do outro orifício da placa externa da cânula, desprezando-o no saco plástico.
- Introduza a extremidade mais comprida do cadarço limpo no outro orifício da placa externa da cânula. Faça um laço com a extremidade mais longa, unindo-a com a outra, na região lateral do pescoço.
- Proteja, caso necessário, o trajeto do cadarço com gaze e/ou chumaço para evitar lesões na pele do paciente.
- Certificar-se que a fixação não ficou apertada demais ou muito solta. O espaço de seu dedo indicador entre o pescoço do paciente e o cadarço, indicam uma boa fixação sem prejudicar a integridade da pele.
- Deixe o paciente confortável e recolha o material utilizado;
- Retire as luvas e higienize as mãos com álcool gel 70%;
- Retire os demais EPI's como óculos e máscara de proteção.
- Reorganize o local, conforme a necessidade;
- Despeça-se do paciente.

4 Descarte dos materiais

- Material contido no pacote de curativo como pinças e tesoura, colocar em local e recipientes adequados conforme normas da instituição para ser reprocessado.
- Material contaminado como gazes, descartar em lixo infectante.
- Embalagens recicláveis descartar em lixo reciclável.

Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.

Após o descarte correto dos materiais, higienize as mãos adequadamente e registre o procedimento no prontuário.

- Calçar novas luvas de procedimento.
- Descartar as pinças e a tesoura em local apropriado conforme rotina da instituição para serem reprocessados. Lembre-se de deixá-las abertas para melhor ação do produto.
- Descartar o material contaminado, como gazes e o curativo sujo retirado, em lixo infectante e embalagens recicláveis em lixo reciclável.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Após o descarte correto dos materiais, higienizar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.

5 Considerações importantes

A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico.

6 Registro/evolução de enfermagem

- O registro torna-se tão importante quanto o procedimento. Deste modo, no registro do profissional enfermeiro que realizou o curativo deverá constar:
- Horário e data do procedimento;
- O registro precisa conter informações como integridade da pele, presença de hiperemia e quantidade e aspecto de secreções.

- Também, é necessário registrar as intercorrências, se houverem. Por fim, o registro deve conter a assinatura e COREN.

Referências

CASSOL, J. *et al.* Aspiração de secreção endotraqueal. *In:* KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 332-337.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9. ed. [S.l.]: Elsevier editora, 2018.

Capítulo 6

CURATIVO EM FERIDA CIRÚRGICA

1 Definição

Ferida com bordas aproximadas (feridas cirúrgicas, que cicatrizam por primeira intenção). Objetiva-se promover ambiente adequado para a reparação tecidual, sem complicações.

2 Materiais

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização do curativo em ferida limpa.

Em uma bandeja higienizada com álcool 70% ou solução padronizada pela instituição, reunir os seguintes materiais:

- Pacote de curativo, observando a data e a fita com marca de esterilização;
- Pacote de gazes;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Luva de procedimentos;
- Soro fisiológico 0,9% ou solução padronizada;
- Saco plástico;
- Fita adesiva hipoalergênica (microporosa);
- Chumaço e atadura crepom, caso seja necessário.
- Se necessário, utilize o biombo.

3 Etapas do Procedimento

- Reunir o material previamente organizado na bandeja e dirigir-se até o paciente.
- Fazer uma breve apresentação, conferir pulseira e a placa de identificação, explicar o procedimento ao paciente.
- Preparar o ambiente fechando as janelas e portas, e, se necessário, utilizar o biombo a fim de proteger a privacidade do paciente.

- Posicionar o paciente de modo que este se sinta confortável e que facilite o acesso à área do curativo.
- Abrir o saco plástico e o posicionar na borda da mesa auxiliar, fixando-o com fita adesiva.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Higienizar o flaconete de SF 0,9% e deixá-lo previamente aberto na bandeja.
- Colocar o pacote de curativo sobre o centro da bandeja ou mesa auxiliar, com o rótulo voltado para você.
- Abrir o pacote e, com a mão dominante, pegar a pinça anatômica para auxiliar a colocar o restante das pinças e a tesoura em ordem de uso. As pontas de todas as pinças e da tesoura devem ficar voltadas para o centro do campo e as alças apoiadas na borda da bandeja ou mesa auxiliar. Cuidado para não contaminar o pacote de curativo que servirá como campo estéril. As mãos devem tocar apenas as alças das pinças e as pontas destas somente devem tocar no material estéril.
- Abrir o pacote de gazes ao lado do campo, nunca em cima, para evitar contaminação. Retirar as gazes do pacote e colocá-las no campo estéril com auxílio da pinça anatômica.
- Retirar o curativo com as mãos enluvadas desprezando-o, juntamente com as luvas, no saco plástico. Existe a opção de retirar o curativo com pinça anatômica. Neste caso, a pinça seria considerada como contaminada e não poderia ser mais utilizada no procedimento.
- Higienizar novamente as mãos com álcool gel 70% e calçar novas luvas de procedimento.
- Fazer uma torunda da gaze com o auxílio das pinças hemostática e anatômica, aplicando solução fisiológica a 0,9 % ou solução padronizada nesta gaze. Proceder a limpeza da ferida, partindo da área menos contaminada para a mais contaminada, com o auxílio da pinça hemostática. Neste caso, estamos trabalhando com uma ferida cirúrgica limpa, logo, inicie sempre do centro da ferida para as bordas.
- Usar cada face da gaze, suavemente, uma só vez em sentido único e após, desprezá-la no saco plástico e utilizar outra.
- Durante a realização desse procedimento, cuide para não contaminar seus materiais estéreis.

- Cubra a ferida com gaze. Cortar a fita adesiva hipoalergênica adequando-a ao tamanho da ferida e aplicar sobre as gazes e sobre parte da pele do paciente, de modo que o curativo fique fixo e bem ocluído. Caso seja necessário, utilizar chumaços e ataduras.
- Deixar o paciente confortável.
- Recolher o material utilizado.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos com álcool gel 70%.
- Reorganizar o local.
- Despedir-se do paciente.

4 Descarte os materiais em local adequado

- Calçar novas luvas de procedimento.
- Descartar as pinças e a tesoura em local apropriado conforme rotina da instituição para serem reprocessados. Lembre-se de deixa-las abertas para melhor ação do produto.
- Descartar o material contaminado, como gazes e o curativo sujo retirado, em lixo infectante e embalagens recicláveis em lixo reciclável.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Após o descarte corretos dos materiais, higienizar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.

5 Considerações importantes

A frequência de realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico.

6 Registro/Evolução de enfermagem

- O registro torna-se tão importante quanto o procedimento. Deste modo, no registro do profissional enfermeiro que realizou o curativo deverá constar:
- Horário e data do procedimento;
- Localização da ferida;

- Presença e quantidade de exsudato, de sinais flogísticos como calor, hiperemia, dor e edema e aspecto cicatricial.
- Também, é necessário registrar as intercorrências, se houverem.
- Por fim, o registro deve conter a assinatura e COREN.

Referências

AQUISTAPASSE, S. *et al.* Curativo em feridas. *In*: KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 297-304.

Capítulo 7

HIGIENE ORAL E TROCA DE CADARÇO EM PACIENTE ENTUBADO

1 Definição

Consiste na realização da higiene oral de maneira profilática e/ou terapêutica e troca de cadarço de fixação do tubo orotraqueal.

2 Materiais

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização da higiene oral e troca de cadarço.

Reunir, em uma bandeja previamente higienizada com algodão embebido em álcool 70%, os seguintes materiais:

- Pacote de higiene oral (contendo cuba rim, cuba redonda e pinça).
- Gaze.
- Antisséptico bucal padronizado.
- Abaixador de língua, se necessário.
- Toalha de rosto ou similar.
- Cadarço de tubo endotraqueal (o comprimento do cadarço deve ser o dobro da medida que corresponde ao lóbulo da orelha até a cicatriz umbilical do paciente). O profissional pode fazer essa medida em si mesmo para evitar contaminação do rolo do cadarço.
- Tesoura.
- Saco de lixo.
- Fita adesiva hipoalergênica.
- Luvas de procedimento
- Máscara e óculos de proteção.

3 Etapas do Procedimento

- Reunir o material previamente organizado na bandeja e dirigir-se até o paciente.

- Fazer uma breve apresentação, conferindo pulseira e a placa de identificação, explicando o procedimento ao paciente e/familiar.
- Elevar a cabeceira do leito a 30° e proteger o paciente com toalha de rosto ou similar.
- Certificar-se de que o tubo endotraqueal esteja adequadamente fixado e o seu balonete insuflado.
- Se o paciente estiver recebendo dieta, suspender a infusão contínua durante a realização do procedimento.
- Abrir e fixar o saco plástico na lateral da mesa auxiliar.
- Colocar o pacote de higiene oral sobre o centro da bandeja ou mesa auxiliar com o rótulo voltado para você. Abrir o pacote com técnica asséptica, dispondo as gazes no campo estéril e a solução antisséptica na cuba redonda.
- Higienizar novamente as mãos com álcool gel 70%, colocar a máscara, óculos e calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar a necessidade de aspirar a cavidade oral do paciente antes de realizar a higiene oral.
- Pinçar e umedecer a gaze levemente na solução antisséptica contida na cuba redonda. Iniciar a higiene, com movimentos delicados e firmes, na seguinte ordem: dentes, gengiva, palato, língua e bochechas;
- Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias, desprezando as gazes utilizadas no saco de lixo;
- Utilizar abaixador de língua para auxiliar na abertura da cavidade oral e para limpar as bochechas, se necessário;
- Observar se há lesões na cavidade oral.
- Secar os lábios do paciente.
- Depois de finalizada a higiene oral desamarrar e retirar o cadarço com movimentos cuidadosos, segurando o tubo firmemente com sua mão dominante até a troca total do cadarço. Desprezar o cadarço em saco de lixo adequado.
- Alternar a posição do tubo na parte onde há contato com os lábios do paciente para evitar lesões por pressão. Cuidar para não tracionar o tubo e remove-lo da traqueia do paciente. Observar que a numeração do tubo deve coincidir com a rima labial do paciente.
- Fixar o tubo com cadarço limpo de modo que este fique duplo e uma das tiras mais longa.

- Fazer um laço no tubo próximo à região da cavidade oral do paciente, passando as duas tiras e fazendo um nó em seguida. Separar as tiras do cadarço passando a mais longa pela região temporal do paciente, pelo lado que está mais próximo da posição do tubo. Em seguida passar a mesma tira por trás da cabeça do paciente e pela região temporal do outro lado. Amarrar com um laço as pontas das duas tiras do cadarço na lateral da face do paciente, mantendo o mesmo acima da região auricular.
- Proteger, caso necessário, o trajeto do cadarço com gaze e/ou chumaço para evitar lesões na pele do paciente.
- Certificar-se que a fixação não ficou apertada demais ou muito solta. O espaço de seu dedo indicador entre a face do paciente e o cadarço, indica uma boa fixação sem prejudicar a integridade da pele. Deixar o paciente confortável.
- Recolher o material e retirar suas luvas de procedimento.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70% e retirar o restante dos EPIs (óculos e máscara de proteção).
- Despedir-se do paciente.

4 Descarte dos materiais

- Cubas e pinça em local próprio para reprocessamento.
- Material contaminado do saco plástico no lixo infectante.
- Resíduos recicláveis em lixo reciclável.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Higienizar as mãos.
- Registrar o procedimento no prontuário.

5 Considerações importantes

Interromper o procedimento se ocorrerem vômitos e/ou presença de secreção oral abundante, aspirando imediatamente as vias aéreas. Em caso de tracionar o tubo, comunicar o enfermeiro/médico.

6 Registro/Evolução de enfermagem

- O registro torna-se tão importante quanto o procedimento.
- Deste modo, no registro do profissional de enfermagem que realizou o procedimento deverão constar as alterações encontradas da cavidade oral.
- Finalizar o registro com assinatura e número do registro profissional.

Referências

BRONDANI, C. *et al.* Troca de cadarço do tubo endotraqueal e cânula de traqueostomia. *In:* KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 297-304.

Capítulo 8

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

1 Definição

Consiste na técnica correta de higienização das mãos para prevenir a disseminação de micro-organismos entre pacientes e trabalhadores da saúde, proteção individual e bloquear a cadeia epidemiológica. Deve ser realizada antes e após contato com paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais e após contato com áreas próximas do paciente.

2 Materiais

- Pia com torneira e água
- Sabão antisséptico
- Papel toalha

3 Etapas do Procedimento

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando tocar na pia.
- Aplicar na palma da mão sabonete líquido, na quantidade suficiente para cobrir a superfície das mãos.
- Ensaboar a palma das mãos friccionando-as entre si.
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda e vice-versa, entrelaçando os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta (e vice-versa), segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem.
- Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda e vice-versa, utilizando movimento circular.
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita fechada em concha, e vice-versa, com movimento circular.
- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita e vice-versa com movimento circular.

- Enxaguar as mãos retirando os resíduos do sabonete líquido, evitando contato direto das mãos com a pia e a torneira.
- Secar com papel toalha iniciando pelas mãos, seguido pelos punhos.
- Caso a torneira não possua acionamento automático, após higienização das mãos, utilizar o papel toalha para fechar a torneira.

HIGIENIZE AS MÃOS: SALVE VIDAS

Higienização Simples das Mãos



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



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



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



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



5. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



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



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



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



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



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



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

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

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Higienize as mãos: Salve Vidas**. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/ultimas-noticias/2962-05-5-dia-mundial-da-higiene-das-maos-cuidado-seguro-para-todos-esta-nas-suas-maos>. Acesso em: 05 ago 2022.

SULSBACH, S. *et al.* Higienização das mãos. *In*: KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 297-304.

Capítulo 9

COLOCAÇÃO E REMOÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS

1 Definição

Colocação e remoção de luva esterilizada para realização de procedimento estéril.

2 Etapas do Procedimento

É necessária a adequada higienização das mãos antes da colocação das luvas estéreis e após a remoção das luvas.

- Escolher um par de luvas adequado ao tamanho das mãos, avaliando a integridade do pacote de luvas.
- Sobre uma superfície limpa e seca, segurar o pacote primário (não estéril) pelas bordas superiores e abri-lo completamente até a exposição do pacote secundário (estéril). Ter cuidado para não tocar no pacote estéril.



- Abrir o pacote secundário de maneira a visualizar o par de luvas.



- Retirar a primeira luva, que corresponde a sua mão dominante, cuidando para tocar apenas na parte de dentro dos punhos das luvas com os dedos desnudos.



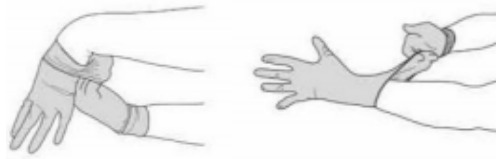
- Segurar com o polegar e o dedo indicador da mão não dominante a borda do punho dobrado da luva e deslizar a outra mão num único movimento, mantendo a manga dobrada ao nível do punho. Assim, irá calçar parcialmente a luva na mão dominante.



- Com a mão enluvada, retirar a outra luva do pacote secundário, introduzindo os dedos (exceto polegar) na parte interna da outra luva.



- Em um movimento único, sempre segurando na parte interna da luva, deslizar a luva na mão não enluvada. Lembre-se de não encostar a mão já enluvada na mão não enluvada.



- Ajustar os punhos com cuidado, sem usar os polegares. Caso necessário, após calçar luvas em ambas as mãos, ajustar os dedos e espaços interdigitais para que as luvas fiquem acomodadas confortavelmente.



- Após calçar as luvas, manter as mãos elevadas à altura do tórax e tomar cuidado para não tocar ou encostar em nenhuma superfície não estéril.



- Para retirar corretamente as luvas, segurar a luva na região dos punhos e retirar a primeira luva puxando-a em direção à ponta dos dedos.



- A seguir, introduzir as pontas dos dedos já sem luva na parte interna do punho da outra luva retirando a luva restante, certificando-se que as luvas estejam do avesso.



- Descartar os materiais em local adequado: embalagens recicláveis em lixo com saco azul e luvas contaminadas em lixo infectante.



Fonte: <https://bunzlsaude.com.br/blog/hospitalar/luvas-de-procedimentos/>

3 Considerações importantes

Calçar as luvas imediatamente antes do seu uso e retirá-las logo após. Caso haja contaminação, defeito ou perfuração, retirar a luva e repetir o procedimento.

Referências

BOTTOLI, C. *et al.* Colocação de luvas estéreis. In: KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 297-304.

Capítulo 10

HIGIENE E TROCA DA BOLSA COLETORA DRENÁVEL DE COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA

1 Definição

A bolsa coletora drenável de colostomia e ileostomia é um recurso utilizado em casos de desvio fecal cirúrgico para a drenagem dos efluentes, que ocorre assim que o estoma começa a funcionar. Sua função é manter o paciente limpo e seco, bem como, proteger a pele contra danos. Além disso, também é barreira para odores. A limpeza da bolsa coletora deverá ser realizada sempre que houver presença de resíduos fecais, promovendo conforto e estimulando o autocuidado. A troca da bolsa coletora é indicada sempre que a mesma não apresentar boas condições de uso (perfurações, descolamentos, lesões na pele local). Os cuidados com a bolsa coletora podem ser delegados aos profissionais de enfermagem de nível médio, sendo que o enfermeiro deve orientar a equipe de enfermagem sobre: quantidade esperada, cor e consistência da drenagem; aparência do estoma; materiais necessários para o manuseio e possíveis alterações no estoma e pele circundante que devem ser relatadas.

2 Materiais

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após higiene e troca da bolsa coletora drenável de colostomia e ileostomia.

Reunir, em uma bandeja previamente higienizada, os seguintes materiais:

Para troca da bolsa coletora:

- Tesoura;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Removedor de adesivos, opcional (se disponível na Instituição);
- Gaze;
- Bolsa de colostomia ou ileostomia recortável;
- Dispositivo de fechamento da bolsa (clamp), se necessário;
- Medidor para verificar o diâmetro do estoma;
- Toalha ou barreira à prova d'água descartável;
- Saco de lixo;

- Fita adesiva para fixar o saco de lixo;
- Luvas de procedimento;
- Avental e óculos de proteção, caso haja riscos de espirros;
- Recipiente graduado, se necessário.

Para higiene da bolsa coletora:

- Soro fisiológico 0,9% ou água destilada;
- Gaze;
- Papel higiênico ou papel toalha;
- Saco de lixo;
- Fita adesiva para fixar o saco de lixo;
- Luvas de procedimento;
- Cuba rim;
- Recipiente graduado, se necessário.

Em ambos procedimentos, se necessário, utilizar o biombo.

3 Etapas do Procedimento

Com o material previamente organizado na bandeja, dirigir-se até o paciente. -Fazer uma breve apresentação, conferir pulseira e placa de identificação e explicar o procedimento ao paciente e ao seu familiar, a fim de instrumentalizá-los, aos poucos, para o cuidado e autocuidado.

- Preparar o ambiente fechando as janelas e portas, e se necessário, utilizar o biombo a fim de proteger a privacidade do paciente.
- Após, higienizar suas mãos com álcool gel 70% e posicionar o paciente de modo que se sinta confortável e que promova a visualização do estoma e da bolsa coletora, facilitando o manuseio e acesso. Sugere-se a posição semirreclinado ou decúbito dorsal.
- Abrir o saco plástico e o posicionar na borda da mesa auxiliar, fixando-o com fita adesiva. Higienizar as mãos com álcool 70% e calçar as luvas de procedimento.
- Para **higiene da bolsa**, aproximar o recipiente graduado ou cuba rim da mesma, remover seu *clamp* e abrir a parte inferior da bolsa para promover o seu esvaziamento e drenagem dos efluentes fecais.

- Deixar drenar todo o conteúdo no recipiente graduado ou cuba rim e fazer a limpeza interna irrigando a bolsa com solução fisiológica.
- Desprezar os resíduos no recipiente graduado ou cuba rim e repetir o procedimento até que a bolsa fique livre de resíduos intestinais. Nesse momento, observar o aspecto do estoma no que se refere a: tipo, localização, cor, inchaço, presença de suturas, traumatismo, cicatrização ou irritação da pele periestomal. Então, avaliar necessidade de intervenções.
- Para finalizar o procedimento, secar a extremidade distal da bolsa com papel higiênico, papel toalha ou gaze e desprezar no saco de lixo. Após, recolocar o *clamp* na bolsa.
- No caso de **troca da bolsa**, observar primeiramente a quantidade de efluente presente na bolsa. Caso haja mais de um terço até a metade completa, esvaziar a bolsa em um recipiente para medição da eliminação e avaliar a consistência. Assim como na higiene, observar o estoma.
- Colocar a toalha atravessada na porção inferior do abdome do paciente e retirar a bolsa, descolando-a de cima para baixo com o auxílio do dedo indicador da sua mão oposta, colocando-a no saco de lixo.
- Se disponível, o removedor de adesivos pode ser utilizado nesse momento.
- A seguir, remover o excesso de efluentes fecais do estoma com o auxílio da gaze, limpar a pele ao redor, com auxílio de gazes embebidas com solução fisiológica 0,9% e secar a pele, sem esfregar. Observar novamente o aspecto da pele ao redor do estoma. Se necessário, definir condutas para tratamento de lesões, em conjunto com equipe multiprofissional.
- Na sequência, medir o estoma com auxílio do medidor específico e cortar a abertura da parte de trás da bolsa. Atentar para que a abertura não promova a exposição da pele periestomal. Então, desfazer a aderência interna do plástico da bolsa, remover a parte adesiva e adaptar a bolsa coletora à pele, debaixo para cima, solicitando ao paciente para que distenda o abdome, se possível.
- Para facilitar a drenagem, a bolsa deve ser fixada em posição longitudinal ao corpo se o paciente deambular, e transversal ao corpo se o paciente for acamado. Pressionar firmemente o local e solicitar ao paciente que coloque a mão sobre a bolsa para aplicar calor à vedação.
- Por fim, adaptar o *clamp* de segurança na extremidade da bolsa.

- Em ambos procedimentos, caso o paciente consiga e tenha condições para manusear a bolsa, ele próprio pode realizar a higiene ou troca. Nestes casos, acompanhar o mesmo até o banheiro e demonstrar os procedimentos a fim de promover o autocuidado. Lembrar que os familiares do paciente também podem ser incluídos neste processo.
- Para finalizar, recolher o material na bandeja, retirar suas luvas e deixar o paciente confortável. Higienizar as mãos com álcool 70% e despedir do paciente.

4 Descarte dos materiais

- O conteúdo da bolsa acondicionado em recipiente graduado ou cuba rim deve ser desprezado em vaso sanitário ou local próprio no expurgo da instituição;
- O recipiente graduado ou cuba rim deve ser colocado no expurgo da instituição para reprocessamento;
- Materiais contaminados como gazes e bolsa retirada, deve-se descartar em lixo infectante.
- Embalagens recicláveis devem ser descartadas em lixo reciclável;
- Toalha pode ser descartada no *hamper*;
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.

Após o descarte correto dos materiais, higienizar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.

5 Considerações importantes

É importante anotar no balanço hídrico o conteúdo drenado da bolsa antes de desprezá-lo. Para adaptação da nova bolsa, a pele deve estar bem seca e sua abertura deve estar ajustada ao estoma.

6 Registro/Evolução de enfermagem

O registro torna-se tão importante quanto o procedimento. Deste modo, no registro do profissional de enfermagem que realizou a limpeza e/ou a troca da bolsa deverá constar:

- Horário e data do procedimento;

- Localização do estoma no abdome do paciente;
- Quantidade e aparência do efluente contido na bolsa;
- Tamanho e aspecto do estoma;
- Condições da pele periestomal;
- Possíveis intercorrências na realização do procedimento;
- Por fim, o registro deve conter a assinatura e registro do COREN.
- É importante também relatar o nível de participação dos pacientes/familiares e orientações fornecidas no momento do procedimento. Lembre-se de assinar e colocar seu registro profissional.

Referências

BRONDANI, C. *et al.* Higiene da bolsa coletora drenável de colostomia e ileostomia. *In:* CANABARRO, A. P. A. *et al.* (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2019. 2 v., p. 102-104.

BRONDANI, C. *et al.* Troca de bolsa de colostomia e ileostomia. *In:* CANABARRO, A. P. A. *et al.* (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2019. 2 v., p. 105-107.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem**. 9. ed. [S.l.]: Elsevier editora, 2018.

Capítulo 11

LIMPEZA DA ENDOCÂNULA METÁLICA DA TRAQUEOSTOMIA

1 Definição

O procedimento consiste na limpeza asséptica da cânula de traqueostomia metálica.

2 Materiais

Em uma bandeja, previamente higienizada com álcool 70% ou solução padronizada pela Instituição, reúna os seguintes materiais:

- Material de higiene oral (contendo cuba rim, cuba redonda e pinça);
- Gaze;
- Agulha calibrosa ou adaptador para solução;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Água oxigenada;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril de toque;
- Óculos e máscara de proteção;
- Saco de lixo e fita adesiva para fixação;
- Álcool sachê,
- Se necessário, utilize um biombo.

3 Etapas do procedimento

- Dirija-se até o paciente.
- Faça uma breve apresentação enquanto higieniza suas mãos com álcool 70%.
- A seguir, confira a placa e pulseira de identificação do paciente.
- Explique o procedimento ao paciente.
- Prepare o ambiente fechando as janelas e portas, e, se necessário, utilize o biombo a fim de proteger a privacidade do paciente.
- Higienize as mãos com álcool gel 70%.
- Posicione e fixe o saco plástico para lixo na lateral de mesa auxiliar que deverá estar previamente higienizada.

- Higienize novamente suas mãos com álcool 70 % e posicione o paciente em decúbito dorsal em 45 graus, deixando-o confortável.
- Coloque a máscara, óculos e luvas de procedimento.
- Avalie a necessidade de aspiração da traqueostomia.
- Abra o pacote de higiene oral sobre a mesa auxiliar, conforme técnica asséptica.
- Disponha as gazes na cuba rim reservando apenas uma ou duas no campo para serem utilizadas posteriormente.
- Coloque, ainda, na cuba rim, a água oxigenada em quantidade suficiente para submersão da endocânula.
- A seguir, coloque soro fisiológico a 0,9% na cuba redonda, em quantidade suficiente para proceder ao enxágue da endocânula.
- Disponha a luva estéril de toque ao lado do campo estéril para ser usada posteriormente.
- Retire a endocânula da traqueostomia, desconectando o dispositivo de fixação, com auxílio da pinça hemostática.
- Coloque a endocânula submersa na água oxigenada durante alguns minutos.
- Calce a luva de toque na mão com a qual irá segurar a endocânula.
- Segurando a endocânula com a mão calçada pela luva estéril, proceda a limpeza introduzindo a gaze, contida na cuba rim com a pinça na luz da endocânula, de uma extremidade à outra. Repita o procedimento até que seja removida toda secreção.
- Despreze as gazes utilizadas no saco plástico.
- Enxague a endocânula limpa na cuba redonda com SF 0,9%.
- Seque a endocânula com gaze seca, previamente reservada no campo.
- Após, reintroduza delicadamente a endocânula com auxílio da pinça hemostática, fixando-a adequadamente na traqueostomia do paciente.
- Retire a luva de toque.
- Recolha o material utilizado e deixe o paciente confortável observando o padrão respiratório.
- Retire as luvas de procedimento, higienize as mãos com álcool 70% e retire os demais EPIs.
- Despeça-se do paciente.

4 Descarte os materiais em local adequado

Calce novas luvas de procedimento e descarte os materiais em local adequado:

- Descarte o material contaminado do saco plástico no lixo infectante;
- Descarte os resíduos recicláveis em lixo reciclável, se houver.
- Coloque o material de higiene oral em local próprio preconizado pela instituição;
- Retire as luvas de procedimento e as descarte em lixo infectante.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Após o descarte corretos dos materiais, higienizar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.

5 Considerações importantes:

A frequência de realização da limpeza da endocânula de traqueostomia metálica deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico.

6 Registro/Evolução de enfermagem

- O registro torna-se tão importante quanto o procedimento. Deste modo, no registro do profissional enfermeiro que realizou o curativo deverá constar:
- Horário e data do procedimento;
- O registro precisa conter informações como presença, quantidade e aspecto das secreções na cânula.
- Também, é necessário registrar as intercorrências, se houverem. Por fim, o registro deve conter a assinatura e COREN.

Referências

BRONDANI, C. *et al.* Limpeza da Endocânula metálica da traqueostomia. *In: KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). POPs gerais de enfermagem.* Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 120-122.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem.** 9. ed. [S.l.]: Elsevier editora, 2018.

Capítulo 12

RETIRADA DE PONTOS

1 Definição

Consiste na remoção de fios cirúrgicos com técnica asséptica, a qual a retirada pode ser total ou alternada.

2 Materiais

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização da retirada de pontos.

Reunir, em uma bandeja previamente higienizada com algodão embebido em álcool 70%, os seguintes materiais:

- Pacote de retirada de pontos, observando a fita com marca de esterilização e a data. Em caso de falta, pode-se usar pacote de curativo e uma lâmina de bisturi.
- Gaze.
- Solução fisiológica 0,9%.
- Saco plástico para lixo
- Fita adesiva.
- Luvas de procedimento.

Etapas do Procedimento

- Reunir o material previamente organizado na bandeja e dirigir-se até o paciente.
- Fazer uma breve apresentação, conferindo pulseira e a placa de identificação, explicando o procedimento ao paciente.
- Preparar o ambiente fechando as janelas e portas, e, se necessário, utilizar o biombo a fim de proteger a privacidade do paciente.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70% e posicionar o paciente deixando-o confortável.
- Abrir o saco plástico e fixe-o na lateral da mesa auxiliar.
- Higienizar novamente as mãos com álcool gel 70% e calçar as luvas de procedimento.

- Colocar o pacote de retirada de pontos sobre o centro da bandeja ou mesa auxiliar e abrir conforme técnica asséptica. Lembrar que o pacote será seu campo estéril, por isso ter o cuidado para não o contaminar.
- Expor a área dos pontos. Se estiver coberta com curativo, pode ser retirado com a pinça anatômica que deverá ser desprezada. Ou pode-se retirar o curativo com as luvas, nesse caso você precisará trocar as luvas para continuar o procedimento.
- Observar a ferida operatória, identificando se há presença de áreas com afastamento de bordas, exsudato, sinais flogísticos e pontos inclusos, avaliando assim as condições de cicatrização para retirada dos pontos (pode ser total, alternada ou reavaliada).
- Comunicar as alterações ao enfermeiro/médico.
- Iniciar a limpeza da incisão com auxílio da pinça utilizando a gaze embebida de solução fisiológica 0,9%. Se necessário, secar com outra gaze sem solução.
- Após concluir a limpeza, iniciar a retirada dos pontos de sutura.
- Prender uma das pontas do fio com a pinça hemostática e tracionar suavemente para que o mesmo se solte um pouco da pele da incisão.
- Cortar com a tesoura um lado do fio, observando o lado do nó.
- Retirar com a pinça pelo mesmo lado do nó, cuidando para que esse não passe por dentro da pele da cicatriz.
- Colocar o fio retirado sobre uma gaze próxima da incisão ou direto no saco de lixo.
- Observar se todos os pontos (fios) saíram por inteiro e repetir o procedimento até retirar todos os pontos.
- Limpar novamente a pele com pinça, gaze e solução fisiológica 0,9%, observando a técnica de curativo de ferida cirúrgica limpa.
- Recolher o material utilizado e deixar o paciente confortável.
- Retirar as luvas.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%.

3 Descarte dos materiais

- Material contaminado do saco plástico no lixo infectante,
- Instrumentais em local próprio para ser reprocessados.
- Embalagens descartáveis em lixo descartável.
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.

- Após o descarte corretos dos materiais, higienizar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.

4 Considerações importantes

Procedimento de responsabilidade da equipe de enfermagem e médico. Não é indicada a remoção dos pontos com menos de 7 dias da sutura cirúrgica.

5 Registro/Evolução de enfermagem

O registro torna-se tão importante quanto o procedimento. Deste modo, no registro do profissional de enfermagem que realizou a retirada de pontos deverá constar a descrição do procedimento e a avaliação sobre presença de exsudato, deiscência ou outras alterações. Finalizar o registro com assinatura e número do registro profissional.

Referências

CASSOL, J. *et al.* Retirada de pontos. *In:* KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 297-304.

Capítulo 13

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

1 Definição

A punção venosa periférica consiste na introdução de cateter venoso na luz de veia superficial com objetivo de coleta de sangue venoso, manutenção de via de acesso para infusão de soluções ou administração de medicamentos (contínua ou intermitente). O procedimento é de responsabilidade da equipe de enfermagem e médica.

2 Materiais

Em uma bandeja higienizada com álcool 70% ou solução padronizada pela instituição, reunir os seguintes materiais:

- Garrote;
- Algodão embebido em álcool 70% ou álcool sachê;
- Cateter rígido ou flexível (conforme avaliação prévia à rede venosa do paciente e finalidade do acesso periférico. Utilizar o cateter mais fino que for suficiente para o propósito da punção);
- Seringa de 10 ml com SF 0,9% para salinização, previamente identificada;
- Conector valvulado ou extensor polivias conforme a necessidade ou disponibilidade;
- Fita adesiva para fixação de sua preferência ou disponibilidade (previamente cortada e com a devida identificação da punção);
- Luvas de procedimento;
- Saco plástico para resíduos.

3 Etapas do Procedimento

- Reunir o material previamente organizado na bandeja e ir até o paciente.
- Fazer uma breve apresentação profissional.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70%.
- Conferir pulseira e a placa de identificação para certificação do paciente correto.
- Explicar o procedimento a ser realizado bem como sua finalidade.

- Escolher local do acesso mais adequado. Verificar a rede venosa do paciente priorizando veias do antebraço e do dorso da mão não dominante.
- Higienizar as mãos com álcool gel 70% e abrir os invólucros dos materiais na bandeja.
- Posicionar o garrote, mais ou menos oito centímetros acima do local escolhido para a punção protegendo a pele sob o garrote, se necessário.
- Faça a antisepsia com álcool 70%, em movimentos sempre no mesmo sentido, pelo menos três vezes.
- Aguardar a secagem espontânea do antisséptico para proceder à punção.
- Tracionar a pele, limitando a área da punção.
- Introduzir delicadamente o cateter venoso na pele com o bisel da agulha voltado para cima, num ângulo de mais ou menos 25°, quase paralelo com a pele.
- Observar o refluxo venoso, comprovando o êxito do procedimento.
- Ao retornar sangue na câmara, avançar o cateter por cerca de meio centímetro.
- Após, enquanto avançar a cânula plástica até a introdução total, tracionar a agulha sem retirá-la completamente.
- Retirar o garrote e colocar uma fixação prévia no local.
- Comprimir distalmente a veia puncionada, para evitar refluxo de sangue pelo cateter.
- Retirar a agulha e adaptar o conector ou extensor polivias na ponta do cateter.
- Realizar a assepsia do conector valvulado com álcool 70% (de 5 a 15 segundos) e permeabilizar o cateter com a solução salina previamente preparada.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Finalizar a fixação do cateter com cobertura escolhida, cuidando para não o tracioná-lo.
- Identificar no local da punção a data, horário, calibre do cateter utilizado e identificação do profissional que executou o procedimento.
- Deixar o paciente confortável e reorganizar o local.
- Recolher o material utilizado e despedir-se do paciente.
- Realizar o registro do procedimento – evolução de enfermagem.

4 Descartar os materiais em local adequado

- Agulhas e semelhantes descartar no coletor perfuro cortante, material contaminado descartar em lixo infectante, embalagens recicláveis descartar em lixo reciclável.

- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.
- Higienizar as mãos adequadamente conforme técnica.

5 Considerações importantes

Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) conforme tipo de precauções preconizadas na instituição na realização do procedimento de punção de acesso periférico. Tenha preferência pela fixação com cobertura estéril transparente que permita a visualização da inserção. Caso não seja possível, o curativo deverá ter troca diária.

O acesso deve ser trocado a cada 96 horas (ou conforme orientação da instituição), salvo pacientes com difícil rede venosa, como neonatos e crianças.

Avaliar periodicamente sítio de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes quanto à presença de infiltração e/ou sinais inflamatórios (hipertermia, calor, dor, edema, secreção) e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia. Na presença destes, realizar troca do acesso venoso.

Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente. Evitar punção próximo às articulações, membro acometido por hemiplegia, braço do lado de mastectomia, extremidades com fístulas arteriovenosas, áreas com infecção ou ferida aberta, cicatrizes, queimaduras de pele ou membro edemaciado.

6 Registro/Evolução de Enfermagem

- A evolução de enfermagem deve conter breve relato do procedimento, assim como possíveis intercorrências observadas.
- Registrar local do acesso venoso, tipo e número do cateter utilizado bem como data e hora de realização.
- Finalizar com assinatura e registro do profissional responsável.

Referências

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CERVO, A. S. *et al.* Punção Venosa Periférica. *In:* KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. 9. ed. [S.l.]: Elsevier Editora, 2018.

SOARES, F. **Cateteres periféricos: novas recomendações da ANVISA garantem segurança na assistência**. [S.l.]: Biblioteca Virtual de Enfermagem – COFEN, 2019. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/cateteres-perifericos-novas-recomendacoes-anvisa-garantem-seguranca-assistencia/>. Acesso em: 27 set. 2020.

Capítulo 14

TROCA DE SOLUÇÃO DO FRASCO DE DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D'ÁGUA

1 Definição

O procedimento consiste na troca de solução do frasco de drenagem torácica em selo d'água.

2 Materiais

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a realização da troca de solução do frasco de drenagem torácica.

Em uma bandeja, previamente higienizada com algodão embebido em álcool 70% ou solução padronizada pela Instituição, reúna os seguintes materiais:

- Luvas de procedimento;
- Adaptador;
- Frasco (não estéril) para desprezar/descartar o conteúdo drenado;
- Frasco de 500ml e/ou 1000ml de água destilada ou solução fisiológica 0,9%;
- Tesoura
- Álcool sachê
- Saco de lixo e fita adesiva para fixação;
- Caneta para rotulagem do frasco;
- Fita crepe para identificação e rotulagem do frasco;
- Óculos e máscara de proteção.

3 Etapas do procedimento

- Dirija-se até o paciente.
- Faça uma breve apresentação enquanto higieniza suas mãos com álcool 70% e a seguir, confira a placa e a pulseira de identificação.
- Fixe o saco de lixo na lateral da mesa auxiliar.
- Higienize as mãos com álcool gel 70%;
- Calce as luvas de procedimento e coloque a máscara e o óculos de proteção.

- Prepare o frasco de SF ou AD para uso com o adaptador.
- Pegue o frasco não estéril e o coloque próximo ao leito, junto ao frasco de drenagem de tórax do paciente.
- Feche o clamp presente no extensor do frasco de drenagem. Caso não haja, faça isso com a própria mão ou com auxílio de uma pinça.
- Após, retire a tampa do frasco de drenagem com cuidado para não contaminar a haste de Mariot.
- Despreze, cuidadosamente, o conteúdo drenado no frasco para descarte, mantendo o frasco de drenagem sempre abaixo da inserção do dreno de tórax.
- Atente para a manutenção de condições assépticas, sem tocar nas partes internas do sistema de drenagem.
- Coloque a água destilada ou solução fisiológica 0,9% em quantidade suficiente que mantenha a haste, obrigatoriamente, 2 cm submersa, no sistema de drenagem simples. A quantidade de líquido a ser administrada no frasco poderá variar conforme normas da instituição e tamanho da haste de Mariot ou o frasco de drenagem (variação de 500ml ou 300ml).
- Após, feche, firmemente, o frasco de drenagem, com a tampa própria, observando a vedação adequada e atentando para manter uma das saídas de conexão aberta (válvula de “respiro”).
- Abra o clamp.
- Verifique se a conexão está firme e sem escape de ar. Havendo escape de ar pela haste de Mariot, comunicar ao médico responsável.
- Reúna o material utilizado, mantendo cuidado rigoroso com o material drenado para prevenir exposição individual e ambiental ao seu conteúdo.
- Retire suas luvas e higienize suas mãos com álcool gel 70%.
- Identifique o frasco com fita crepe, fixada verticalmente, marcando, com um traço horizontal, o nível da solução colocada.
- Anote o tipo de solução utilizada e o volume da mesma (em ml).
- Na parte superior da fita, identifique o local de inserção no tórax (dreno de tórax direito ou esquerdo, posição anterior ou posterior), juntamente com a data e o horário da troca da solução.
- Na parte inferior da fita, coloque o nome do enfermeiro responsável pelo procedimento;

- Mantenha o frasco abaixo do nível de inserção do dreno no tórax, preferencialmente, suspenso ou acoplado ao leito ou em suporte, com cautela e segurança.
- Deixe o paciente confortável e higienize as mãos com álcool à 70%.
- Despeça-se do paciente.

4 Descarte dos materiais

- Ao chegar no expurgo, calce luvas de procedimento, despreze o conteúdo drenado em local apropriado.
- O frasco deve ser enviado em local apropriado e higienizado conforme normas da instituição.
- Após, retire suas luvas e higienize suas mãos. Retire óculos e máscara de proteção.
- Descarte os demais materiais em local adequado:
- Material contaminado do saco plástico no lixo infectante;
- Materiais não utilizados podem retornar ao posto de enfermagem, desde que higienizados e não contaminados.

5 Considerações importantes

Durante e após a realização deste procedimento deve-se monitorar o paciente quanto ao padrão ventilatório, nível de consciência e sinais vitais.

6 Registro/evolução de enfermagem

- Após o descarte correto dos materiais, higienize as mãos adequadamente com água e sabão e registre o procedimento no prontuário do paciente.
- O registro precisa conter informações como: localização do dreno, volume e aspecto do material drenado, quantidade de água destilada ou SF 0,9% colocada no frasco e possíveis intercorrências.
- Finalize com assinatura e número do registro profissional.

Referências

CASSOL, J. *et al.* Cuidados na troca de solução do frasco de drenagem torácica. *In*: KLAT, F. V. A.; RODRIGUES, M. K.; STEDILE, F. (Org.). **POPs gerais de enfermagem**. Santa Maria, RS: HUSM, 2020. 3 v., p. 354-362.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. 9. ed. [S.l.]: Elsevier Editora, 2018.

Capítulo 15

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

1 Definição

Os sinais vitais são importantes indicadores do estado de saúde geral do paciente. Assim, quando adequadamente verificados, podem assegurar uma assistência de enfermagem de qualidade. A verificação dos sinais vitais pode ser delegada aos profissionais de enfermagem de nível médio, cabendo ao enfermeiro a orientação e acompanhamento dos resultados. As principais medidas verificadas pelos profissionais da saúde são: a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a pressão arterial, temperatura e dor.

A frequência cardíaca (FC) representa o movimento de expansão e relaxamento das artérias. Sua verificação pode ser realizada pela palpação das pulsações centrais nas artérias carótidas ou femoral, bem como, nas artérias periféricas, tais como radial, braquial, pediosa e/ou poplítea. A FC também pode ser verificada diretamente com estetoscópio na região apical (SOUZA, 2016).

A respiração é representada pelos movimentos de inspiração e expiração. Para contagem desses movimentos e obtenção da frequência respiratória (FR) pode-se observar visualmente ou pelo método de palpação. Também é possível obtê-la utilizando o estetoscópio para auscultar os ruídos ventilatórios no pulmão (SOUZA, 2016).

A pressão arterial (PA) é aferida pela ausculta dos sons de Korotkoff, que representam a força sanguínea nos vasos, mediante pressão do músculo cardíaco (SBC, 2016). A medida deve ser feita por meio do esfigmomanômetro manual, idealmente, sendo os dispositivos eletrônicos indicados apenas quando há necessidade de verificação frequente da pressão arterial do paciente (POTTER; PERRY, 2018).

A temperatura corporal é verificada de acordo com a norma de cada serviço ou sempre que o paciente apresentar calafrios, sudorese, rubor ou queixas de mal-estar. Sua aferição dá-se por meio de termômetro digital, colocado na região das axilas, cavidade oral ou timpânica (SOUZA, 2016).

A dor é uma experiência subjetiva, particular de cada paciente. Considerada como o quinto sinal vital, é avaliada por meio de escalas. Atualmente, a Escala Visual Analógica e a Escala Visual Numérica são as mais utilizadas.

2 Materiais

É necessária a adequada higienização das mãos antes e após a verificação dos sinais vitais. Reunir, em uma bandeja previamente higienizada, os seguintes materiais:

- Termômetro digital;
- Álcool sachê;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Escala de intensidade da dor: visual - numérica e/ou de faces.

3 Etapas do Procedimento

- Lembrar-se que será necessário o acesso a um relógio com ponteiro de segundos.
- Reunir o material previamente organizado na bandeja e dirigir-se até o paciente.
- Fazer uma breve apresentação enquanto higieniza suas mãos com álcool 70% e, a seguir, conferir a pulseira e a placa de identificação. Observar para que o paciente esteja em uma posição confortável, preferencialmente deitado ou sentado.
- Antes de iniciar a verificação dos sinais vitais é importante investigar se o paciente está com dor, se está com bexiga cheia, consumiu cafeína ou bebida alcoólica nos últimos 30 min, se realizou caminhada ou alguma outra atividade que possa alterar os sinais vitais.
- A verificação será iniciada pela FC que pode ser aferida por meio da pulsação de diferentes artérias como radial, temporal, carótida, braquial, femoral, pediosa e/ou poplítea ou diretamente com estetoscópio na região apical.
- Para verificação de pulso apical, fazer a antissepsia do estetoscópio, friccionar o diafragma do estetoscópio com a mão para aquecê-lo e colocar na região precordial do paciente.
- Contar os batimentos cardíacos durante um minuto. Para verificação de pulso periférico, colocar o dedo indicador e o médio sobre a artéria escolhida e contar as pulsações durante um minuto.
- Seguir para a verificação da FR. O paciente não deve notar que essa contagem está sendo feita para evitar interferência, então, realizá-la imediatamente após a verificação do pulso, sem avisar o paciente, mantendo sua mão na palpação do pulso do paciente ou no estetoscópio.

- Observar os movimentos de subida e descida do tórax ou abdome, que são os movimentos respiratórios de inspiração e expiração. Contar os movimentos durante um minuto.
- Prosseguir para a verificação da PA. Solicitar para que o paciente apoie seu braço e elevar a manga do vestuário até acima do cotovelo, observar para não garrotear o membro. Caso a roupa aumente o volume do braço ou esteja muito justa, ela precisa ser retirada.
- Localizar a artéria braquial por palpação e colocar o manguito ao redor do braço, firmando-o a 2 cm acima da fossa cubital. Centralizar o manguito sobre a artéria braquial.
- Manter o braço do paciente estendido na altura do coração, identificar o pulso radial que servirá de guia durante a insuflação do manguito e posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro.
- Inflar o manguito fazendo com que o ponteiro do esfigmomanômetro vá até 30 mmHg acima de onde desaparece o pulso radial.
- Colocar o estetoscópio nos ouvidos e posicione a campânula sobre a artéria braquial, na fossa antecubital.
- Liberar então, suavemente, a válvula do manguito permitindo a descida do ponteiro do esfigmomanômetro. Nesse momento, atentar para a ausculta, por meio do estetoscópio, de dois sons principais:
 - O primeiro som audível que é o 1º ruído de korotkoff, que corresponderá a pressão sistólica (a pressão máxima).
 - O último som audível, que é o último ruído de korotkoff, que determinará a pressão diastólica (a pressão mínima).
- Após, retirar o manguito do braço. Seguir, agora, para a verificação da temperatura corporal. Realizar a assepsia do termômetro com álcool sache ou algodão embebido em álcool 70%.
- Enxugar a axila do paciente com toalha descartável, se necessário. Ligar o termômetro e colocar na axila do paciente, em contato direto com a pele. A temperatura corporal pode ser verificada por meio da temperatura axilar, oral e retal.
- Atentar para manter o braço encostado ao tórax e permanecer assim até que seja emitido o som do termômetro. Fazer a leitura da temperatura e desligar o termômetro digital. Realizar a antissepsia com álcool 70%.
- Agora, passar para a verificação do quinto sinal vital, que é a dor.

- Mostrar ao paciente a escala da dor utilizada na Instituição e solicitar que ele indique o nível que representa sua dor ou a ausência dela naquele momento.
- Em caso de presença de dor, observar e investigar expressões de dor como gestos, expressão facial, gemidos, sudorese, taquicardia, taquipneia, agitação e abatimento.
- Questionar o tipo de dor que pode ser referida como ardência, queimação, fincada, contínua, só ao movimento, na respiração e na posição.
- Escutar o paciente em sua queixa, confortando-o e adotando conduta, conforme prescrição médica e de enfermagem.
- Ao término da verificação dos sinais vitais, deixar o paciente confortável e higienizar as mãos com álcool gel 70%. Recolher o material utilizado e despedir-se do paciente.
- Higienizar cada material utilizado e guardar em seus devidos locais na Unidade, caso não forem de uso individual. Após, higienizar suas mãos de maneira adequada.

4 Considerações importantes

Frequência cardíaca (FC): atentar para não verificar o pulso com o polegar, pois sua pulsação pode ser confundida com a do paciente. Não fazer pressão forte sobre a artéria, pois pode dificultar a verificação dos batimentos do pulso. Os valores de pulso considerados normais (batimentos por minuto – bpm), em condições de repouso e sem febre conforme a faixa etária são:

- Recém-nascidos: 100 a 150 bpm (limites de alerta <80 e >170);
- Lactentes: 80 a 140 bpm (limites de alerta <70 e >160);
- Crianças de 1-2 anos: 80 a 130 bpm (limites de alerta <60 e >140);
- Pré-escolares: 70 a 120 bpm (limites de alerta <60 e >140);
- Escolares: 70 a 110 bpm (limites de alerta <60 e >130);
- Adolescentes: 60 a 90 bpm (limites de alerta <55 e >120);
- Adultos: 60 a 100 bpm (limites de alerta <50 e >120);

Frequência respiratória (FR): orientar o paciente para que não fale e faça esforços, pois poderá alterar os resultados. Estar atento quanto a fatores que interferem no ritmo respiratório (taquipneia, bradipneia, dispneia) e a ruídos respiratórios (estridor, sibilos e roncos, etc). Os valores de frequência respiratória (incursões respiratórias por minuto – irpm) considerados normais, em condições de repouso e sem febre, conforme a faixa etária são:

- Recém-nascidos: 35 a 55 irpm (limites de alerta >60);

- Lactentes < 6 m: 30 a 50 irpm (limites de alerta >50);
- Entre 6 m e 2 anos: 25 a 35 irpm (limites de alerta >40);
- Pré-escolares e escolares: 20 a 30 irpm (limites de alerta >35);
- Adolescentes: 16 a 20 irpm (limites de alerta >30);
- Adultos: 12 a 20 irpm (limites de alerta >25);

Pressão arterial (PA): solicita ao paciente que não fale durante o procedimento. Observar se o relógio do esfigmomanômetro está fixo ao manguito e com o ponteiro calibrado – ponto zero, se for necessário, repetir a verificação, esvaziar completamente o manguito antes de proceder à nova medida, aguardando dois minutos para a nova verificação. Para medida correta, o manguito deverá ser adequado ao tamanho do paciente e local de aferição.

Lembre-se de sempre preservar o membro superior do paciente: mastectomizado, pós-esvaziamento axilar, que aguarda fístula arteriovenosa ou na presença da mesma, identificando com pulseira. Se não for possível verificar a pressão arterial nos braços, poderá ser verificada nos membros inferiores.

O uso de aparelhos digitais portáteis ainda não está liberado na maioria das instituições, pois ainda faltam estudos que normatizem o seu uso. Os valores de pressão arterial considerados normais para adultos são de $\leq 120 \times 80$ mmHg, sendo:

- Pré-hipertensão: PAS ≤ 121 -139 mmHg PAD ≤ 81 -89 mmHg
- Hipertensão (estágio 1): PAS 140-159 mmHg PAD ≤ 90 -99 mmHg
- Hipertensão (estágio 2): PAS 160-179 mmHg PAD ≤ 100 -109 mmHg
- Hipertensão (estágio 3): PAS ≥ 180 mmHg PAD ≥ 110 mmHg

Temperatura: alguns cuidados são importantes em casos de alteração da temperatura corporal. Para temperaturas elevadas: retirar cobertores e ventilar o ambiente, instale compressas frias na região inguinal e axilar de pacientes com hipertermias persistentes. Lembre-se de manter uma axila livre de compressa para verificação posterior. Caso necessário, administrar medicação prescrita pelo médico assistente. Em casos de hipotermia, aqueça o paciente, com exceção casos de hipotermia terapêutica.

Dor: é importante observar que, na presença de dor, o profissional deve buscar meios para amenizá-la, seja com cuidados de conforto possíveis (melhor posicionamento do paciente, instalação de compressas e melhora do ambiente) ou medicar com analgésico, conforme prescrição médica.

Na presença de dor crônica (há mais de seis meses), é preciso solicitar ao paciente quais cuidados ajudam na moderação de sua dor, implementando-as. Após implementadas as medidas, a dor deve ser reavaliada. Faz-se importante também verificar os locais de punção, trocar equipamentos de lugar (oxímetro) e reposicionar outros (sondas).

5 Registro/ Evolução de enfermagem

Sabe-se que registrar o procedimento é tão importante quanto o realizar de maneira correta. Assim, no registro do profissional de enfermagem que realizou a verificação dos sinais vitais deverá constar:

- Horário e data do procedimento;
- Realização do procedimento em etapas;
- Descrição dos sinais verificados;
- Presença de alterações e condutas;
- Quaisquer intercorrências na realização do procedimento;
- Por fim, deve conter a assinatura e registro do COREN.

Se algum dos sinais vitais estiver alterado deve-se repetir a verificação do mesmo, após a tomada de conduta conforme a prescrição médica e de enfermagem, até que os valores sejam normalizados.

Referências

BOTTOLI, C. *et al.* Avaliação da dor. *In: CANABARRO, A. P. A. et al. (Org.). POPs gerais de enfermagem.* Santa Maria, RS: HUSM, 2019. 2 v., p. 36-38.

BOTTOLI, C. *et al.* Verificação da pressão arterial. *In: CANABARRO, A. P. A. et al. (Org.). POPs gerais de enfermagem.* Santa Maria, RS: HUSM, 2019. 2 v., p. 32-35.

BOTTOLI, C. *et al.* Verificação da temperatura corporal. *In: CANABARRO, A. P. A. et al. (Org.). POPs gerais de enfermagem.* Santa Maria, RS: HUSM, 2019. 2 v., p. 20-24.

BOTTOLI, C. *et al.* Verificação de frequência cardíaca. *In: CANABARRO, A. P. A. et al. (Org.). POPs gerais de enfermagem.* Santa Maria, RS: HUSM, 2019. 2 v., p. 25-28.

BOTTOLI, C. *et al.* Verificação de frequência respiratória. *In: CANABARRO, A. P. A. et al. (Org.). POPs gerais de enfermagem.* Santa Maria, RS: HUSM, 2019. 2 v., p. 29-31.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da enfermagem.** 9. ed. [S.l.]: Elsevier editora, 2018.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **V Diretrizes de Hipertensão Arterial**. São Paulo: SBC, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 16 out. 2020.

SOUZA, E. N. (Org.). **Manual de procedimentos de enfermagem**. Porto Alegre: Ed. da UFCSPA, 2016.