

SÉRIE ROTINAS HOSPITALARES

**HUE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
PEDRO ERNESTO**

Volume II

**PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS-PADRÃO
DE ENFERMAGEM**

Parte I

Coordenadores

Rogério M. de Souza

Luciana G. Assad

Andreia F. da Paz

Editor da Série

Roberto A. Lourenço



HUE

Rio de Janeiro: Editora Triunfal, 2015.

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/A

P963 Procedimentos operacionais-padrão de enfermagem /
coordenadores do volume: Rogério Marques de Souza,
Luciana Guimarães Assad, Andreia Fontes da Paz. – São
Paulo : Triunfal, 2015.
247 p. – (Rotinas hospitalares / Hospital Universitário Pedro
Ernesto ; vol. II)

ISBN 978-85-61175-49-8

1. Enfermagem - Estudo e ensino. I. Souza, Rogério
Marques de. II. Assad, Luciana Guimarães. III. Paz, Andreia
Fontes da. IV. Série.

CDU 614.253.5



HUE

SÉRIE ROTINAS HOSPITALARES

HUE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO

Volume II

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS-PADRÃO DE ENFERMAGEM

Parte I

Coordenadores do volume

Rogério M. Souza

Especialista em Administração dos Serviços de Saúde. Professor da Universidade Veiga de Almeida. Coordenador de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Luciana G. Assad

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora-adjunta da Faculdade de Enfermagem, subárea: Administração. Coordenadora da residência de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Chefe do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem.

Andreia F. Paz

Mestrado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Pacientes Críticos pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira responsável pelo Centro de Infusão da Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Coordenadora da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Equipe editorial

da Comissão Científica Pedro Ernesto

Consultoria técnica

Edna Ferreira da Cunha

Coordenação da equipe editorial

Michelle Borges Rossi Fischer de Carvalho

Revisão e copidesque

Andréia Brandão, Gabriela Sucupira

Editor da série

Roberto Alves Lourenço

Diretor do HUPE

Rodolfo Acatauassú Nunes

Organização do volume

Rogério M. Souza

Luciana G. Assad

Andreia F. da Paz

Revisão técnica

Andreia Fontes da Paz

Augusto César Costa Ferreira

Cilene Bisagni

Cláudia Elizabeth de Almeida

Dayse Carvalho do Nascimento

Elizabeth Novello Ferreira

Fernanda Rocha Rodrigues

Graciete Saraiva Marques

Márcia Fernandes Mendes de Araújo

Rejane Araujo de Souza

Rogério Marques de Souza

Prefácio

Esta obra busca, em seu conjunto, apresentar as ações de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto, traduzidas em procedimentos operacionais-padrão. Este trabalho é o resultado de uma gestão participativa pautada nos pilares qualidade, humanização e segurança do paciente.

Diante do desafio da diversidade de cenários e especialidades de um hospital universitário de grande porte e buscando atender ao nosso compromisso com o binômio formação-educação, nossos POPs foram escritos a partir do conhecimento científico, da experiência profissional, de intensas reflexões e da nossa realidade institucional, com o objetivo de direcionar e respaldar a nossa prática profissional.

Cabe ressaltar que um POP não isenta o profissional de enfermagem do pensamento crítico e reflexivo, visando atender a todas as especificidades e particularidades, no entanto, faz-se necessário o registro e a justificativa das variações relacionadas aos procedimentos de enfermagem para assim garantir a qualidade assistencial.

Novamente, é grande o desafio de implementar estes procedimentos no cotidiano de nossa prática profissional, que sofre diferentes influências institucionais. Para tal, é imperativo o compromisso e a participação de todo corpo de enfermagem, a fim de persistir na busca de uma prática qualificada. Destaque-se ainda a importância de revisão e atualização destes procedimentos periodicamente.

Nosso hospital necessitava de ações para a concretização dos POPs de Enfermagem, e foi a partir desta carência que surgiu a Comissão de Procedimentos Operacionais de Enfermagem, com a participação efetiva de profissionais capacitados, prática assistencial, além de diversas consultas a profissionais das diversas unidades assistenciais para o desenvolvimento deste compêndio.

Agradecemos a todos os profissionais de enfermagem do HUPE, em especial aos enfermeiros que participaram deste trabalho direta ou indiretamente, e, principalmente, aos autores dos capítulos deste livro, à COMPOPE e ao Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem do HUPE, que acreditaram e se empenharam na concretização desta obra.

Rogério Marques de Souza
Coordenador de Enfermagem do HUPE

Colaboradores

ADRIANO TEIXEIRA MONTEIRO JÚNIOR

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia Intensiva com residência no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.. Oficial Enfermeiro da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeiro da Central de Material do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

ANDREIA FONTES DA PAZ

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Pacientes Críticos pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira responsável pelo Centro de Infusão da Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Coordenadora da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

AUGUSTO CÉSAR COSTA FERREIRA

Enfermeiro especialista em doenças infecciosas. Chefe do Serviço de Enfermagem Clínica do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

CILENE BISAGNI

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente no Centro Universitário Celso Lisboa na área Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso. Enfermeira Assistencial no Ambulatório Central do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro da Comissão de Reanimação Cardiopulmonar do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

CLÁUDIA ELIZABETH DE ALMEIDA

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente da Universidade Estácio de Sá na área de Enfermagem. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

DAYSE CARVALHO DO NASCIMENTO

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado Rio de Janeiro. Especialista em terapia Intensiva. Estomaterapeuta. Tutora do Curso de Pós-Graduação Latu Sensu Enfermagem em Estomaterapia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro. Coordenadora da Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

ELIANE PASSOS PEREIRA ASSUMPÇÃO

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Administração Hospitalar pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Cogestora do Projeto HUPE contra a SEPSE. Vice-coordenadora da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro efetivo da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

ELISABETE NOVELLO FERREIRA

Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Administração Hospitalar pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira da Coordenação de Transplantes da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

FÁTIMA ROSANE RODRIGUES E SOUSA LAMARCA

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Chefe de Enfermagem da Unidade de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

FERNANDA ROCHA RODRIGUES

Estomaterapeuta pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Membro da Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Enfermeira-chefe da Seção de Cirurgia Geral Masculina do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

GILCE ERBE DE MIRANDA SILVA

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Didática em Metodologia do Ensino Superior. Especialista em Terapia Familiar pela Universidade Cândido Mendes. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem do Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação. Coordenadora do Curso de Especialização em Hemoterapia, Hematologia e Terapia de Suporte da Universidade Estácio de Sá. Chefe do Serviço de Hemoterapia do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

GRACIETE SARAIVA MARQUES

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Estomaterapeuta pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Administração em Serviços de Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Chefe da Seção de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro da Comissão de Curativos e da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

KATIA APARECIDA ANDRADE COUTINHO

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Estomaterapeuta pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Enfermagem Neonatal pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Enfermeira do Ambulatório do Hospital Municipal Jesus. Professora-auxiliar da Faculdade Bezerra de Araújo. Enfermeira da Unidade Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

LILIAN DE CASTRO MORAES FREITAS

Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde. Enfermeira do pós-operatório na Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

LUCIANA SEABRA

Estomaterapeuta pelo Curso Seiton/Faculdade Souza Marques. Enfermeira do Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark. Enfermeira da Enfermaria de Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

LUCIANA GUIMARÃES ASSAD

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora-adjunta da Faculdade de Enfermagem, subárea: Administração. Coordenadora da Residência de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Chefe do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem.

MARCELA MENDES BARREIROS

Estomaterapeuta. Enfermeira do Ambulatório da Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto de 2011 a 2013.

MÁRCIA FERNANDES MENDES ARAÚJO

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade Luíza de Marillac. Especialista em Administração Pública pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Ativação do Processo de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde – Ministério da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde – Ministério da Saúde – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira da Emergência/Plantão Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Integrante do Núcleo de Humanização do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Oficial Enfermeira do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro – Tenente-Coronel – Chefe da Secretaria Administrativa do Centro de Perícias Médicas e Saúde Ocupacional. Aluna do MBA Executivo em Saúde – Fundação Getúlio Vargas. Membro da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

MARISTELA FREITAS DA SILVA

Doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva/PPGBIOS/UFRJ. Mestre em Enfermagem/EEAN/UFRJ. Especialista em Didática do Ensino Superior. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem/UERJ. Tutora da Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico nos Moldes de Residência do HUPE/FENF/UERJ. . Enfermeira do Centro Cirúrgico/HUPE.

MARTA PINHEIRO ENOKIBARA

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Enfermeira do Serviço de Cirurgia Cardíaca do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

PAULA ALVES SILVA MONTEIRO

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Rio de Janeiro. Chefe de Enfermagem da seção de Cirurgia Pediátrica do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Membro da Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

PRISCILA FRANCISCA ALMEIDA

Especialista em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica pela Universidade do Rio de Janeiro. Chefe da Seção de Cirurgia Geral Feminina do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

REJANE ARAÚJO DE SOUZA

Especialista em Saúde Coletiva. Chefe do Serviço de Enfermagem Médica e Pacientes Externos do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

RENATA DE OLIVEIRA MACIEL

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Professora-adjunta da Universidade Veiga de Almeida. Chefe do Serviço de Enfermagem na Seção Saúde da Mulher e da Criança do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

ROGÉRIO MARQUES DE SOUZA

Especialista em Administração dos Serviços de Saúde. Professor da Universidade Veiga de Almeida. Coordenador de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

RÔMULO GONÇALVES ÁVILA

Estomaterapeuta pelo Curso Seiton/Universidade Sousa Marques. Enfermeiro da Enfermaria de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

SANDRA REGINA FERREIRA CHAVES

Especialista em Enfermagem Intensivista. Enfermeira do Setor de Imagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

SILVIA REGINA MARTINS DOS SANTOS

Especialista em Enfermagem em Nefrologia e Administração de Saúde. Professora da Universidade Veiga de Almeida. Enfermeira da Secretária Municipal de Saúde – Hospital Municipal Jesus. Chefe de Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

VÂNIA COUTINHO

Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. CEO da Seiton Cursos. Coordenadora dos cursos de pós-graduação da Seiton Cursos. Professora-assistente do Departamento de Enfermagem Médica-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tutora e professora dos cursos de pós-graduação em estomaterapia e de centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material da Seiton Cursos. Enfermeira TiSOBEST (2015-2012). Pós-graduada em Estomaterapia pela Universidade de Taubaté. Pós-graduada em Gestão de Educação a Distância pela Universidade Federal Fluminense/Laboratório de Novas Tecnologias de Ensino. Pós-graduada em Gerontologia e Geriatria pela Universidade Aberta da Terceira Idade/Universidade do Estado do Rio de Janeiro. MBA em Gestão de Negócios pela Instituto Brasileiro de Mercado de Capitais. Especialização nos moldes de Residência no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz. Enfermeira do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

LISTA DE ABREVIATURAS

Ag – prata	ed. – edição
Fr – French	Org. – organizadores
cm – centímetros	jan. – janeiro
e cols. – e colaboradores	fev. – fevereiro
et al. – <i>et alii</i> (e outros)	mar. – março
ex. - exemplo	abr. – abril
mm – milímetros	mai. – maio
ml – mililitros	jun. – junho
kg – quilograma	ago. – agosto
Fe – ferro	set. – setembro
Mg – magnésio	nov. – novembro
Na – sódio	dez. – dezembro
K – potássio	v. – volume
nº – número	

LISTA DE SIGLAS

AGE – ácido graxo essencial	COREN– Conselho Regional de Enfermagem
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária	CRM – Conselho Regional de Medicina
CCHUPE – Comissão de Curativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto	CTI – centro de tratamento intensivo
CCIH – Coordenadoria de Controle de Infecção Hospitalar	CVC – cateter venoso central
CCIP/PICC – cateter central de inserção periférica	DM – diabetes <i>mellitus</i>
CDC – cuidados diretos ao cliente	EDTA – ácido etilenodiamino tetra-acético
CDI – Centro de Diagnóstico por Imagem	EMTN – Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do HUPE
CIC – cuidado indireto ao cliente	EPI – equipamentos de proteção individual
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	ET – enfermeir(a) estomaterapeuta
CME – Central de Materiais e Esterilização	EVA – escala visual analógica
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem	FO – ferida cirúrgica/operatória
COMPOPE – Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem	FSD – fístulas do sistema digestório

HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto	PVPI – Iodopovidona ou Povidona-iodo
ID – via intradérmica	RJ – Rio de Janeiro
IM – via intramuscular	SC – subcutânea
INS – Infusion Nurses Society	SF – soro fisiológico
IPS – inaladores dosimetrados e de pó seco	SIGTAP/SUS – Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimento do Sistema Único de Saúde
ITB – índice tornozelo-braquial	SOBEST – Associação Brasileira de Estomatologia
MMII – membros inferiores	SP – São Paulo
MS – Ministério da Saúde	STAR – Skin-Tear Classification System
NA – não se aplica	STAVE – Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem
NCP-HUPE – Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Pedro Ernesto	SUS – Sistema Único de Saúde
NESA – Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente	TCLE – termo de consentimento livre e esclarecido
NPH – insulina de ação intermediária	TVP – trombose venosa profunda
NPT – nutrição parenteral total	UBS – Unidade Básica de Saúde
PDCA – planejar, fazer, checar, ação corretiva	UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PGET – enfermeiro pós-graduado em estomatologia	UP – úlcera por pressão
PO – pós-operatório	UV – úlcera venosa
POP – procedimentos operacionais-padrão	

LISTA DE SÍMBOLOS

x vezes	°C graus Celsius
- menos, negativo	° graus
+ mais, positivo	/ dividido, para, por
> maior que	- a, até
< menor que	μ micro
= igual a	® marca registrada
% percentual	

SUMÁRIO

Protocolo 1.	O processo de construção dos procedimentos operacionais-padrão de enfermagem no Hospital Universitário Pedro Ernesto	14
Protocolo 2.	Administração de medicamentos e hemocomponentes	20
2.1	POP CDC 077 preparo e administração por via percutânea (SC, ID, IM) e parenteral	21
2.2	POP CDC 005 preparo e administração de medicação por via inalatória	28
2.3	POP CDC 006 preparo e administração por via ocular	32
2.4	POP CDC 007 preparo e administração por via oral.....	36
2.5	POP CDC 008 administração de medicação por via parenteral (intravenosa)	40
2.6	POP CDC 009 preparo e administração por via retal.....	44
2.7	POP CDC 010 preparo e administração por via sublingual e bucal.....	48
2.8	POP CDC 011 preparo e administração por via tópica e/ou cutânea	51
2.9	POP CDC 080 administração de medicação por via percutânea (SC, ID, IM).....	55
2.10	POP CDC 004 administração de insulina (por via subcutânea)	62
2.11	POP CDC 024 hipodermóclise	67
2.12	POP CDC 003 instalação e controle de transfusão de hemocomponente.....	71
Protocolo 3.	Cateter venoso central	80
3.1	POP CDC 029 cateter venoso central: curativo	81
3.2	POP CDC 030 coleta de sangue de cateter venoso central ..	85
3.3	POP CDC 031 desativação de cateter venoso central	89
3.4	POP CDC 032 ativação de um cateter venoso central	94
3.5	POP CDC 033 cateter venoso central: manutenção.....	98
3.6	POP CDC 034 inserção de cateter central de inserção periférica	102
3.7	POP CDC 035 remoção de um cateter venoso central	109
3.8	POP CDC 072 ativação de um cateter totalmente implantado.....	113

Protocolo 4.	Estomaterapia	123
4.1	POP CDC 056 001 - estomaterapia: avaliação semiológica da pele.....	124
4.2	POP CDC 056 002 - manutenção da integridade da pele..	129
4.3	POP CDC 56 003 - avaliação do paciente portador de lesão de pele.....	138
4.4	POP CDC 56 004 - critérios para escolha do tratamento tópico adequado.....	142
4.5	POP CDC 56 005 - critérios para escolha do método de desbridamento	147
4.6	POP CDC 56 006 - técnica para realização de curativos ...	152
4.7	POP CDC 056 007 - cuidados ao paciente portador de úlcera por pressão.....	157
4.8	POP CDC 056 008 - cuidados ao paciente portador de úlcera venosa.....	167
4.9	POP CDC 056 009 - curativo de ferida tumoral.....	173
4.10	POP 56 010 - curativo de lesão por úlcera diabética: mal perfurante	180
4.11	POP CDC 056 011 - curativo de ferida cirúrgica	187
4.12	POP CDC 56 012 - retirada de pontos cirúrgicos.....	192
4.13	POP CDC 056 013 - cuidados com a pele do portador de fístula do sistema digestório	198
4.14	POP CDC 56 014 - curativo de lesão por erisipela	206
4.15	POP CDC 056 015 - curativo de lesão por <i>skin tears</i>	211
4.16	POP CDC 056 016 - curativo de ferida infestada por miíase: retirada de miíase	218
4.17	POP CDC 056 017 - cuidados de enfermagem aos pacientes com drenos cirúrgicos.....	223
4.18	POP CDC 056 018 - cuidados com o paciente portador de ileostomia e colostomia	232
4.19	POP 56 019 - cuidados de enfermagem com pacientes com estomias urinárias	241

**PROCESSO DE CONSTRUÇÃO
DOS PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS-PADRÃO DE
ENFERMAGEM DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO**

Rógerio M. de Souza
Andreia F. da Paz
Adriano T. Monteiro Júnior
Cilene Bisagni
Cláudia Elizabeth Almeida
Eliane P. P. Assumpção
Elizabeth N. Ferreira
Graciete S. Marques
Márcia F. M. Araújo
Paula A. S. Monteiro
Sandra Regina F. Chaves

A Coordenadoria de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) tem como premissas a segurança do paciente e a qualidade da assistência. Estas propostas de trabalho estão interligadas com a missão do HUPE de prestar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão e com seus valores institucionais: respeito à vida e à dignidade do ser humano, ética nas relações, trabalho em equipe, competência técnica, transparência na divulgação das ações, responsabilidade social e pioneirismo.

Com a globalização e o atual cenário político-financeiro do país, o setor de saúde passou a procurar novas alternativas para a gestão, com foco na necessidade de adaptação das organizações de saúde a um mercado cada vez mais competitivo para o setor privado e mais exigente no âmbito público. A garantia de resultados positivos e clientes satisfeitos requer que as organizações aprendam a associar baixos custos com excelência de qualidade para os seus clientes. O principal objetivo dos serviços de atenção à saúde é atender com a melhor qualidade, ou seja, com efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade.

Uma estratégia para atingir resultados positivos com redução de erros e eventos adversos é a utilização do procedimento operacional-padrão (POP). O POP descreve cada passo crítico e sequencial que deverá ser dado pelo operador para garantir o resultado esperado da tarefa, além de relacionar-se à técnica, palavra de origem grega que se refere à “disposição pela qual fazemos coisas com a ajuda de uma regra verdadeira”, como Schraiber e colaboradores (1999) explicam.

O POP é uma ferramenta de gestão da qualidade que busca a excelência na prestação do serviço, procurando minimizar os erros nas ações rotineiras de

forma dinâmica, passível de evolução, que busca, ainda, profundas transformações culturais na instituição, nos aspectos técnicos e político-institucionais.

O objetivo do POP é esclarecer dúvidas, de modo ininterrupto, através da educação continuada, necessitando de treinamento específico para a melhor compreensão e realização de técnicas padronizadas por todos os profissionais.

O POP não é a realização automática de técnicas, é uma ferramenta que possibilita a redução de desperdícios, retrabalho e erros mesmo diante de ações consideradas simples. Por isso, há necessidade de profissionais motivados que estejam em busca de resultados comuns e alinhados com a filosofia da organização e possam cooperar nos processos de melhoria da assistência oferecida.

Para Koch (2009), a palavra ‘padrão’ tem como significado “aquilo que serve de base ou norma para a avaliação” e está relacionada aos resultados que se deseja alcançar. Na área da saúde, equivale aos padrões de qualidade e de segurança do paciente que estão diretamente interligados com os direitos do cliente.

O POP deverá sempre responder às seguintes perguntas em relação ao que está sendo exposto:

Quem faz?

O que faz?

Quando faz?

Como faz?

Onde faz?

O POP tem a finalidade de esclarecer dúvidas e orientar a execução das ações de enfermagem, de acordo com as diretrizes e normas da instituição. A avaliação contínua e as ações corretivas são condições indispensáveis para sua utilização, orientando a tomada de decisão e incentivando a criatividade e a gestão participativa.

Para reduzir a fragmentação dos processos de enfermagem e a falta de padronização dos procedimentos, a Coordenadoria de Enfermagem do HUPE, a partir de 2009, traçou como meta de governança a implantação dos procedimentos operacionais-padrão, utilizando diferentes estratégias de trabalho.

Inicialmente foi instituída uma comissão de procedimentos operacionais-padrão de enfermagem, intitulada COMPOPE. Esta comissão foi composta por enfermeiros-chefes das unidades dos diferentes serviços de enfermagem.

Para início da construção dos POPs, foi elaborada a norma zero do HUPE - com a autoria da Enfermeira Renata de Oliveira Maciel, em decorrência de sua experiência e conhecimento científico na implantação de procedimentos operacionais-padrão específicos do seu serviço –, que apresenta um modelo de formatação

para os POPs de cuidados diretos ao cliente (CDC) contendo: conceito, finalidade, indicação, contraindicação, responsável pela prescrição do procedimento, responsável pela realização do procedimento, tempo de enfermagem, material/equipamentos, descrição da técnica, cuidados especiais/plano de contingência, e anexos.

Para a constituição dos POPs, a comissão foi dividida em grupos por tipos de procedimentos. Os POPs foram separados em CDC e em cuidados indiretos ao cliente (CIC).

Devido à sobrecarga do processo de trabalho e às múltiplas funções desempenhadas pelos chefes de unidade, tornou-se inviável a elaboração e a implantação dos POPs por estes colaboradores. Diante desta dificuldade e considerando a complexidade e especificidade das diferentes unidades, os serviços passaram a trabalhar de forma segmentada, o que resultou em diferentes POPs.

Em 2011, na segunda gestão, a Coordenadoria de Enfermagem investiu novamente na elaboração e implantação dos POPs, convocando a equipe de enfermeiros do centro de tratamento intensivo de pós-operatório de cirurgia cardíaca (CTI cardíaco) para este trabalho, uma vez que o setor estava em reforma.

Após este período, em 2012, a Coordenadoria de Enfermagem, convocou enfermeiros especialistas que representavam diferentes setores do hospital para dar continuidade ao trabalho dos POPs desenvolvidos pelos enfermeiros do CTI cardíaco.

A nova composição da COMPOPE, entende que as práticas de saúde só se realizam pelas ações humanas através da organização do trabalho e que este deve ser pautado em serviços de qualidade, com a revisão de processos, utilização de processos de melhoria contínua e acompanhamento de desempenho/*performance*.

Nesse entendimento, a COMPOPE teve como objetivo construir os procedimentos operacionais-padrão para a equipe de enfermagem do HUPE, visando a padronização das suas ações, garantindo a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

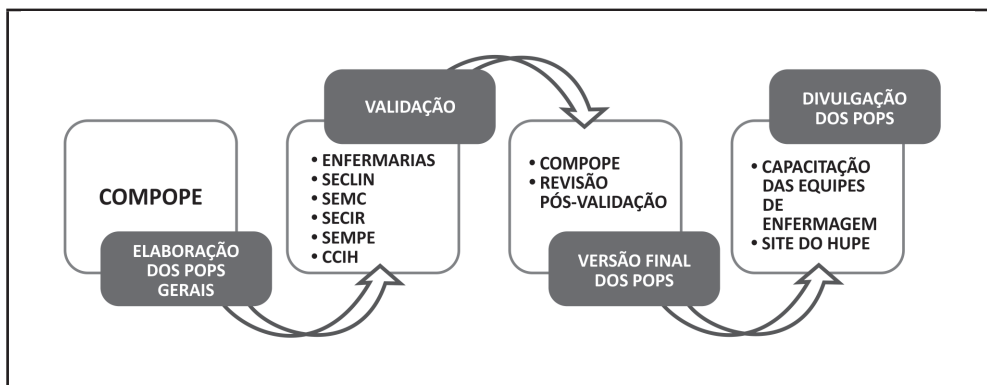
A COMPOPE utilizou como ferramenta o ciclo *planejar, fazer, checar, ação corretiva* (PDCA), que serviu como metodologia de construção, análise e *feedback* do processo de trabalho. As etapas foram divididas em fluxograma de construção e validação dos POPs (etapa planejar-P), planejamento de metas (etapa planejar-P), estratégias educativas (etapa executar-D), verificação dos resultados (etapa conferir, checar-C), ações de acompanhamento e correção (etapa ação/ações corretivas).

A COMPOPE como estratégia de gestão participativa iniciou a parceria com diferentes setores da instituição para a validação dos POPs. Após a avaliação dos setores, o POP retornava para a COMPOPE para última revisão e posterior elaboração da versão final a ser disponibilizada para a comunidade de enfermagem.

Fluxograma de construção e validação dos POPs:

- elaboração dos POPs de cuidados diretos ao cliente – etapa realizada pela COMPOPE com revisão de literatura científica e pela experiência de enfermeiras especialistas;
- validação dos POPs – encaminhamento às enfermarias para avaliação de adequação do POP com a realidade prática e esclarecimento de dúvidas e controvérsias;
- revisão dos POPs pós-validação – identificação de pontos de controvérsias e sugestões apresentadas pelas equipes, para o aceite ou não, com retorno à fundamentação teórica para finalização do POP e versão final construída por pelo menos dois membros da COMPOPE;
- divulgação dos POPs para a comunidade de enfermagem – disponibilização do POP por via eletrônica na página virtual (*site*) oficial do HUPE;
- capacitação da equipe de enfermagem dos serviços diurno e noturno;
- elaboração de material educativo para capacitação dos POPs, incluindo filmagem dos POPs em laboratório;
- elaboração de relatório bimestral das atividades desenvolvidas;
- participação nas reuniões com as chefias de Serviço de Enfermagem, em especial com o Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem (STAVE).

Figura 1. Comissão de Procedimento Operacional de Enfermagem – HUPE/UERJ



Fonte: COMPOPE/HUPE (2015).

O processo de capacitação da equipe de enfermagem, com acompanhamento e organização da infraestrutura, foi apoiado pelo STAVE.

Para atualização dos POPs construídos deverão ser realizadas revisões periódicas fundamentadas em revisão bibliográfica e na prática profissional dos enfermeiros da instituição. Alguns POPs apresentados neste livro já passaram pelo processo de revisão, em virtude da necessidade de atualização de conteúdos e formatação.

Definiu-se neste processo de construção a prioridade de se iniciar pelos POPs de CDC gerais, os quais são utilizados na maioria das unidades do hospital, tornando-os essenciais para o processo de trabalho da enfermagem.

O objetivo desta publicação é a apresentação dos POPs gerais de enfermagem construídos pela COMPOPE em parceria com os diversos setores e colaboradores do HUPE. Esta divulgação visa contribuir para o aprimoramento do processo de trabalho de enfermagem, tornando-o sistematizado, seguro e humanizado, pautado nos princípios da bioética, da eficiência e da transparência que regem esta instituição de saúde.

Os POPs CDC gerais serão apresentados em dois volumes desta edição. Este primeiro volume apresenta os POPs relacionados a administração de medicamentos, cuidados com cateteres venosos centrais e estomaterapia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 328-99, de 22 de julho de 1999**. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 1999.

COLENGHI, Vitor Mature. **O&M e qualidade total: uma integração perfeita**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1997.

EBAH. **Como fazer POP: treinamento da qualidade HRA**. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAE8z8AC/como-fazer-pop-treinamento-qualidade--hra#>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

GUERRERO, Giselle Patrícia; BECCARIA, Lúcia Marinilza; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Procedimento operacional-padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&-pid=S0104-11692008000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2013. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600005>>

HUPE. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Direitos do paciente**. Disponível em: <http://www.hupe.uerj.br/v_direitos_pacientes/imagens/carta_dos_direitos_do_paciente.pdf>. Acesso em: 22 abr. de 2013.

_____. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Missão e valores**. Disponível em: <http://www.hupe.uerj.br/h_conheca_hupe/missao_valores.php>. Acesso em: 17 abr. 2013.

JÚNIOR, Garibaldi Dantas Gurgel; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. **Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, jan. 2002.

KOCH, Adilson. **Procedimento operacional-padrão**. Web Artigos, Rondonópolis, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/procedimento-operacional-padrão/27500/>>. Acesso em: 22 abr. 2013.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Ines Battistella; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeir; KON, Rubens. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, p. 221-42, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 mai. 2013. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>>

**ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS
E HEMOCOMPONENTES**

Cilene Bisagni
Cláudia Elizabeth Almeida
Elisabeth N. Ferreira
Marcia F. M. Araújo

Este capítulo apresenta as técnicas de preparo e administração de fármacos e fluidos para os pacientes nas diferentes vias de entrada, conforme a prescrição médica e condições do paciente.

Descrevem-se aqui as recomendações de um ambiente físico adequado para o preparo dos medicamentos, assegurando a realização de uma técnica correta e segura.

Enfatiza-se a necessidade de seguir os nove itens certos para a administração segura de medicamentos, a saber: 1) paciente certo, 2) medicamento certo, 3) via certa, 4) hora certa, 5) dose certa, 6) documentação certa, 7) razão, 8) forma correta e 9) resposta certa.

Para abordagem do tema, são apresentados os seguintes procedimentos operacionais-padrão (POPs):

- a) POP CDC 077 – Preparo e administração por via percutânea e parenteral;
- b) POP CDC 005 – Preparo e administração de medicação por via inalatória;
- c) POP CDC 006 – Administração de medicação por via ocular;
- d) POP CDC 007 – Administração de medicação por via oral;
- e) POP CDC 008 – Administração de medicação por via parenteral;
- f) POP CDC 009 – Preparo e administração de medicação por via retal;
- g) POP CDC 010 – Administração de medicação por via sublingual e bucal;
- h) POP CDC 011 – Preparo e administração de medicação por via tópica;
- i) POP CDC 080 – Administração de medicação percutânea;
- j) POP CDC 004 – Administração de insulina;
- k) POP CDC 024 – Administração de dermoclise;
- l) POP CDC 003 – Instalação e controle de transfusão de hemocomponente.

2.1 POP CDC 077 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO POR VIA PERCUTÂNEA (SC, ID, IM) E PARENTERAL

Elaboração: Cláudia Elizabeth de Almeida, Marta P. Enokibara e Lílian de C. M. Freitas

Validação: Comissão de Procedimentos Operacionais-Padrão de Enfermagem (COMPOPE) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Revisão técnica: Elizabeth N. Ferreira, Cláudia Elizabeth de Almeida e Cilene Bisagni

Aprovação: Rogério de S. Marques

► Conceito

O presente protocolo consiste no procedimento de preparo de fármacos e fluidos a serem administrados por via intravenosa, de acordo com a prescrição médica.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é descrever a técnica de preparo de medicação a ser administrada por via intravenosa, visando a qualidade da assistência e a segurança do paciente em uso de terapia medicamentosa.

► Indicações

São elas:

- a) restaurar e manter o equilíbrio hidroeletrolítico;
- b) preparar medicamentos que não são absorvidos pelo trato gastrointestinal;
- c) preparar fluidos que possibilitem a realização de exames diagnósticos e/ou terapêuticos.

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado no caso de medicamentos que não possam ser manipulados fora da farmácia hospitalar (capela de fluxo laminar).

► Responsável pela prescrição

O profissional de saúde responsável pela prescrição de qualquer medicamento é o médico.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de vinte minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) prescrição médica legível;
- b) bandeja retangular e/ou cuba-rim não estéril;
- c) luva estéril;
- d) luva de procedimento;
- e) gaze estéril;
- f) gaze não estéril;
- g) campo estéril;
- h) capote estéril (opcional);
- i) almotolia com álcool a 70%;
- j) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- k) equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, capote não estéril, óculos de proteção;
- l) etiqueta de identificação;
- m) seringas de 1, 3, 5, 10 ou 20 ml (de acordo com a necessidade de diluição do medicamento);
- n) flaconetes de soro fisiológico (SF) a 0,9%, de água destilada ou diluente da medicação prescrita;
- o) suporte de soro ou ganchos, caso utilize para reconstituição frasco de soro;
- p) ampola e/ou frasco da medicação prescrita;
- q) agulhas para diluir o medicamento (agulha 30cm x 7cm ou 30cm x 8cm);
- r) caixa para descarte de material perfurocortante;
- s) transferidor de solução (transofix);
- t) cálice graduado.

► Descrição técnica

De acordo com a experiência da comissão, recomenda-se que o profissional de enfermagem realize cada ação do procedimento. Quais sejam:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar a transcrição do medicamento em cartão de medicamentos, etiquetas e/ou fitas adesivas, contendo as seguintes informações: nome completo do paciente, registro do paciente, número do leito, nome do

- medicamento, via a ser administrada, dose a ser administrada, identificação do profissional responsável pelo preparo;
- c) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) 001;
 - d) realizar desinfecção da bancada, bandejas e cuba-rim com gaze não estéril embebida em álcool 70% por três vezes, trocando a gaze e esperando a secagem natural entre cada uma. Utilizar movimentos unidirecionais durante a desinfecção;
 - e) separar todo o material necessário para o preparo do medicamento e/ou infusão do fluido;
 - f) colocar EPI: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e capote não estéril;
 - g) higienizar as mãos com álcool 70% glicerinado;
 - h) abrir a embalagem do campo estéril, deixando-o sobre a bancada;
 - i) colocar capote estéril, quando possível, de acordo com o processo de trabalho da unidade;
 - j) colocar luva estéril;
 - k) abrir o campo estéril sobre a bancada;
 - l) abrir as embalagens dos materiais necessários para o preparo das medicações e/ou fluidos para serem administrados por via intravenosa - atividade que deverá ser realizada, preferencialmente, pelo segundo profissional responsável pelo preparo de medicação (caso não tenha o segundo profissional inverter os itens 13 e 12);
 - m) realizar a desinfecção de todas as ampolas e frascos de medicação com gaze não estéril embebida com álcool 70% por três vezes, trocando a gaze e aguardando a secagem natural. Esta atividade deve, preferencialmente, ser realizada pelo segundo profissional responsável pelo preparo de medicações;
 - n) colocar os frascos e ampolas sobre a bandeja, após realizar a desinfecção, em uma das extremidades do campo estéril;
 - o) preparar a medicação prescrita, atentando para cinco itens dos nove certos para administração segura de medicamentos: 1) paciente certo, 2) medicamento certo, 3) via certa, 4) hora certa, 5) dose certa;
 - p) checar duas vezes a medicação (dose, via de administração, diluição, volume) com outro profissional (dupla checagem);
 - q) conectar uma agulha adequada para aspiração na seringa também adequada, de acordo com o volume do medicamento que será aspirado ou

reconstituído/rediluído, conforme prescrição médica e recomendações do fabricante;

r) para preparação com ampola:

- deslocar o líquido do gargalo para a ampola, batendo no topo desta de maneira suave e rápida ou realizar movimentos circulares,
- colocar uma compressa de gaze ao redor do gargalo da ampola,
- quebrar o topo da ampola de forma rápida e firme com as mãos,
- aspirar o medicamento da ampola, observando as características do medicamento: coloração, presença de partículas, entre outras,
- rediluir o medicamento quando indicado, aspirando o volume da solução diluidora indicado pelo fabricante e/ou prescrição do paciente;

s) para frascos-ampola:

- remover a capa que protege o frasco da medicação,
- realizar a desinfecção com gaze e álcool a 70%, aguardando secagem espontânea,
- inserir a agulha no centro do selo de borracha do frasco,
- aspirar a dose da medicação conforme prescrição para o paciente,
- rediluir a medicação quando necessário, conforme a prescrição para o paciente;

t) para frascos contendo pó (medicamentos reconstituídos):

- remover a capa que protege o frasco da medicação,
- realizar a desinfecção com gaze e álcool a 70%, aguardando secagem espontânea,
- aspirar a quantidade do diluente conforme prescrição do paciente e orientações do fabricante,
- inserir a agulha no centro do selo de borracha do frasco,
- injetar o diluente no frasco,
- remover a agulha,
- misturar a medicação completamente, rolando entre as palmas das mãos. Não agitar para evitar bolhas,
- aspirar a dose da medicação conforme prescrição do paciente,
- rediluir a medicação quando necessário, conforme a prescrição do paciente;

- u) remover a agulha que foi utilizada para a aspiração do medicamento e substituí-la por outra estéril e adequada à via de administração prescrita;
- v) rotular cada seringa conforme o preparo, colocando-as em embalagens individuais;
- w) envolver a seringa com o medicamento aspirado no próprio invólucro, de modo a cobrir o embolo da mesma e depositar em uma bandeja ou cuba-rim, separadas por horário de administração, observando a orientação do fabricante quanto à estabilidade da medicação e conservando-a na refrigeração quando indicada;
- x) recolher todo o material utilizado para o preparo de medicações e/ou fluidos, desprezando-os nos recipientes apropriados;
- y) retirar os EPIs ao término do preparo das medicações e/ou fluidos a serem administrados por via intravenosa;
- z) manter a área de preparo de medicações e/ou fluidos preparada para uma segunda etapa e/ou plantão seguinte;
- aa) higienizar as mãos com água e sabão, conforme o POP 001 da CCIH;
- ab) realizar o registro de todas as intercorrências relacionadas com o preparo da medicação (precipitação, medicações em excesso, medicações em falta e outras) no livro de ordens e ocorrências ou livro específico para o preparo de medicamentos.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se para área física do ambiente de preparo de medicações:

- a) acesso exclusivo aos profissionais diretamente envolvidos com as atividades de preparo das soluções parenterais;
- b) não é permitido fumar, beber ou manter plantas, alimentos, bebidas e medicamentos de uso pessoal em áreas de preparo e administração;
- c) as superfícies internas (pisos, paredes e teto) precisam ser lisas, sem rachaduras e, facilmente laváveis e resistentes aos saneantes;
- d) ter boa iluminação e ventilação;
- e) possuir lavatórios com torneiras de fechamento sem comando das mãos;
- f) evitar a entrada de poeira, insetos, roedores, entre outros animais;
- g) conferir temperatura da geladeira, que deverá variar entre 4-8° C.

Para administração segura de medicamentos, deve-se conhecer os nove itens certos: 1) paciente certo, 2) medicamento certo, 3) via certa, 4) hora

certa, 5) dose certa, 6) documentação certa, 7) razão, 8) forma correta e 9) resposta certa.

Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente e/ou acompanhantes.

É importante verificar o aprazamento dos horários da prescrição do paciente, evitando aprazar vários medicamentos no mesmo horário.

No momento do aprazamento, a enfermagem deve estar atenta às interações medicamentosas e às incompatibilidades decorrentes deste.

O preparo de medicamentos por via intravenosa e vias percutânea (intra-dérmica, intramuscular, subcutânea) precisa de materiais e técnicas assépticas, assim como o uso de EPIs (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote) para proteger o profissional do risco químico de acidentes com os medicamentos. Recomenda-se o uso do capote estéril sempre que possível para adquirir uma maior barreira de segurança na manutenção da técnica asséptica.

Deve-se preparar o medicamento próximo ao horário da administração e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade e conservando-o sob refrigeração quando indicado.

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

Após reconstituição e diluição, é importante manter registro adequado dos frascos de medicamentos preparados que serão armazenados (com data e horário da manipulação, concentração do medicamento, nome do responsável pelo preparo e validade), mantendo as sobras sob refrigeração quando indicado, respeitando a estabilidade dos medicamentos.

Instituir a prática de dupla checagem por (como se pode inferir, por dois profissionais), para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância;

Pode ser definido um profissional para preparo da medicação e outro para a administração do medicamento, conforme o processo de trabalho da unidade;

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas, principalmente para medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância. Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento.

Para medicamentos de uso endovenoso, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão.

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante para o medicamento. O

uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

Recomenda-se conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Doses escritas com zero, vírgula e ponto devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses dez ou 100 vezes superiores à desejada.

Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição e, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

Remover do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.

Medicamentos *sound-alike*, que são semelhantes na pronúncia com risco de troca de medicações no momento da administração, seguem recomendações internacionais: a escrita deve ser diferenciada do nome do medicamento, por exemplo, com o uso de caixa alta (letras maiúsculas) em parte do nome que não é semelhante.

Medicamentos *look-alike*, que são semelhantes na aparência com risco de troca de medicações no momento da administração, têm recomendação de armazenamento em locais distantes.

Instituir a prática de dupla checagem, por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

Os medicamentos com essa classificação, conforme a rotina de processo de trabalho da Farmácia do HUPE, são dispensados mediante prescrição diária e, para o atendimento de situações de emergência, deve-se manter um quantitativo mínimo do medicamento na unidade de internação, acondicionado de forma diferenciada e segura.

REFERÊNCIAS

- BOWDEN, Vicky R. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- BUTCHER, Howard K.; BULECHEK, Glória M.; DOCHTERMA, Joanne Mc Closkey. **Classificação das intervenções de enfermagem**. Tradução: Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- COHEN, M. R.; SMETZER, J. L.; TUOHY, N. R.; KILO, C. M. **High-alert medications: safeguarding against errors**. In: COHEN, M. R. (editor). *Medication Errors*. 2. ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association, 2007. p. 317-411.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2012. Disponível em: <<http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>>.

INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. ISMP-España Boletín nº 35 (Octubre 2012): Salamanca. Disponível em: <<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2035-%20Octubre%202012.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2006.

MORTON, Portaria G.; FONTAINE, Dorrie K.; GALLO Bárbara M. **Cuidados de enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009. Disponível em: <<http://www.contattimedical.com.br>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

2.2 POP CDC 005 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INALATÓRIA

Elaboração: Marta P. Enokibara, Elisabete N. Ferreira, Cláudia Elizabeth de Almeida, Lílian de C. M. Freitas e Fátima Rosane R. e S. Lamarca

Validação: COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Cilene Bisagni e Andreia F. da Paz

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na administração de medicamentos através de dispositivos que produzem uma fina névoa que facilita o transporte de medicamentos através da inspiração profunda do paciente para o trato respiratório.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é a administração segura de medicamentos por via inalatória conforme prescrição médica.

As medicações administradas com inaladores manuais são dispensadas por meio de aerossóis em *spray*, borrifação, ou pó que penetra nas vias pulmonares, sendo absorvida rapidamente pela rede alveolocapilar. Os inaladores dosimetrados e de pó seco (IPS) geralmente produzem efeitos locais, podendo também gerar efeitos colaterais sistêmicos graves.

► Indicações

Terapêutica indicada conforme patologia apresentada pelo paciente.

▶ **Contraindicações**

Este protocolo é contraindicado diante da impossibilidade de manter a vigiância do paciente para garantir a administração da dosagem certa no período determinado.

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo médico.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em cerca de dez minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem precisa de:

- a) prescrição médica legível;
- b) bandeja retangular e/ou cuba-rim;
- c) luvas de procedimento;
- d) gaze estéril e não estéril;
- e) almotolia com álcool a 70%
- f) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- g) equipamento de proteção individual (máscara);
- h) etiqueta de identificação;
- i) flaconetes de SF a 0,9% 10 ml;
- j) medicamento prescrito;
- k) inalador dosimetrado ou de pó seco;
- l) espaçador (opcional para o dosimetrado).

▶ **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) conferir os nove certos da administração de medicamentos;
- d) fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome do paciente, dose, horário e via de administração;

- e) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- f) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- g) higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- h) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- i) preparar o material;
- j) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- k) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- l) checar os dados de identificação na pulseira do paciente conforme o POP cuidado indireto ao cliente (CIC) 041;
- m) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- n) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- o) posicionar o paciente na posição sentado e avaliar a capacidade dele para realizar o procedimento;
- p) agitar bem o frasco do inalador, que deve ser de uso individual;
- q) remover a tampa do frasco vire-o de cabeça para baixo e introduzir o bico do frasco dentro do pequeno orifício na porção achatada no bocal;
- r) solicitar ao paciente que expire e em seguida que segure o inalador a cerca de 2 cm à frente de sua boca aberta;
- s) solicitar ao paciente que inspire lentamente pela boca e continue inspirando até que seus pulmões estejam cheios;
- t) quando o paciente começar a inspirar, comprimir o frasco do medicamento dentro da estrutura de plástico do inalador para liberar a dose do medicamento, faça isso apenas uma vez;
- u) solicitar ao paciente que prenda a respiração por dez segundos ou quanto puder. Depois instrua-o a expirar lentamente com os lábios semifechados, como se estivesse assobiando;
- v) retirar as luvas;
- w) higienizar as mãos com álcool gel/álcool glicerinado;
- x) recolher e guardar o material utilizado;
- y) deixar o paciente confortável;
- z) manter a organização da unidade do paciente;
- aa) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

- ab) realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP da CCIH nº 001;
- ac) registrar o procedimento, incluindo o medicamento administrado, a dose, a via, a data, o horário administrado e assinatura/matrícula do responsável pela execução do procedimento.

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) atentar para os nove certos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa);
- b) a fim de evitar infecções orais, solicitar ao paciente o enxague da boca e gargarejo com solução fisiológica 0,9% ou água para remover o medicamento da boca e parte posterior da faringe. Adverti-lo para não engolir após gargarejar e, sim, cuspir o líquido;
- c) verificar os sinais vitais do paciente antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex.: antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros);
- d) quando o paciente recusar o medicamento, registrar e notificar o médico;
- e) solicitar ao paciente que posicione o bocal do espaçador na boca. O espaçador armazena a medicação liberada pelo inalador, promovendo a quebra e a desaceleração das partículas da medicação, aumentando a quantidade de medicamento recebida pelo paciente;
- f) solicitar ao paciente que abra os lábios e posicionar o inalador na boca, com a abertura em direção à parte de trás da garganta.
- g) estar ciente que a nebulização é método utilizado para administração de fármacos ou fluidificação de secreções respiratórias, que utiliza um mecanismo vaporizador através do qual se favorece a penetração da água ou medicamento na atmosfera bronquial.

REFERÊNCIAS

- KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MORTON, Portaria G.; FONTAINE, Dorrie K.; GALLO, Bárbara M. **Cuidados de enfermagem: uma abordagem holística**, 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

2.3 POP CDC 006 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO POR VIA OCULAR

Elaboração: Fátima Rosane R. e S. Lamarca, Marta P. Enokibara, Elisabete N. Ferreira, Cláudia Elizabeth de Almeida e Lílian de C. M. Freitas

Validação: COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Cilene Bisagni, Andreia F. da Paz e Cláudia Elizabeth de Almeida

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na administração de medicamentos, colírio e/ou pomada por via ocular no saco conjuntival inferior.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é a administração ocular de medicamentos de forma segura, conforme prescrição médica, com finalidade diagnóstica ou de tratamento do paciente.

► Indicações

Terapêutica indicada conforme patologia apresentada pelo paciente.

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado para pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia ocular.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo médico.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de dez minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- h) bandeja ou cuba-rim;
- i) almotolia de álcool a 70%;
- j) almotolia de álcool glicerinado 70%;
- k) luva de procedimento;
- l) gaze estéril;
- m) flaconete de SF a 0,9%;

- n) lenço de papel;
- o) frasco do colírio ou pomada prescrita;
- p) máscara cirúrgica descartável;
- q) etiqueta de identificação de medicamento.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 1;
- c) conferir os nove certos da administração de medicamentos;
- d) fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome, dose, horário, via de administração e paciente;
- e) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- f) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- g) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- h) separar a medicação, colocando-a na bandeja com o rótulo de identificação do medicamento. Este deve ser mantido com sua embalagem própria;
- i) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- j) identificar-se ao paciente e acompanhante;
- k) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- l) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- m) promover privacidade, utilizando biombo se necessário;
- n) posicionar o paciente na posição de *fowler* ou sentado, deixando o pescoço em leve hiperextensão (exceto para os pacientes com lesões na coluna cervical);
- o) calçar as luvas de procedimentos e colocar máscara cirúrgica;
- p) limpar os olhos com gaze embebida em SF a 0,9% do canto interno para o externo (na presença de secreção). Utilizar uma gaze para cada limpeza;

- q) remover a tampa do frasco conta-gotas e/ou pomada;
- r) solicitar ao paciente que olhe para cima e para o lado a fim de mover a córnea para longe da pálpebra inferior, minimizando o risco de tocar a córnea com o frasco caso o paciente pisque;
- s) estabilizar a mão dominante que segura o frasco e/ou pomada e repousar contra a testa do paciente. Usar a outra mão para puxar delicadamente para baixo a pálpebra inferior do paciente. O frasco do medicamento deve ser posicionado de 1 cm a 2 cm do saco conjuntival;
- t) instilar o número prescrito de gotas no saco conjuntival e não sobre o globo ocular do paciente. Em seguida, liberar a pálpebra do paciente e solicitar que ele pisque para distribuir as gotas por todo o olho;
- u) retirar a luva de procedimento;
- v) realizar a higienização das mãos com álcool glicerinado;
- w) deixar o paciente confortável;
- x) recolher e guardar o material utilizado;
- y) manter a organização da unidade do paciente;
- z) realizar higienização das mãos, conforme o POP 001 da CCIH;
- aa) registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinando e carimbando o relato.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) os nove certos na administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa;
- b) caso o paciente esteja em precaução de contato, seguir as recomendações do POP 003 da CCIH;
- c) evitar aplicar o medicamento diretamente na córnea do olho, devido à sua inervação;
- d) ao abrir o frasco de medicamento ou uma pomada oftálmica pela primeira vez, escrever no rótulo a data da abertura. O medicamento deverá ser utilizado dentro de duas semanas;
- e) nunca usar o mesmo frasco de colírio para mais de um paciente;
- f) tanto o frasco com conta-gotas como o tubo da pomada não devem encostar nas pálpebras ou outras estruturas oculares. Em caso de contaminação, recomenda-se o descarte do medicamento;

- g) caso esteja utilizando mais de um tipo de colírio, o intervalo entre a administração dos medicamentos é de no mínimo cinco minutos;
- h) no caso de prescritas gotas e pomada, as gotas devem ser instiladas primeiramente respeitando o intervalo entre as medicações;
- i) registrar casos de reações adversas;
- j) registrar a recusa do paciente e comunicar ao médico.

► Aplicação de pomada

A técnica de aplicação de pomada deve seguir o seguinte passo a passo:

- k) segurar o aplicador acima da pálpebra inferior, aplicar uma camada fina de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva, desde o canto interno para o externo;
- l) solicitar ao paciente que feche os olhos e esfregue ligeiramente a pálpebra em movimentos circulares com a gaze, quando o atrito não for contraindicado;
- m) informar ao paciente que sua visão poderá ficar turva por alguns minutos após a aplicação da pomada.

REFERÊNCIAS

- KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22. ed. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
- SILVA, L. D.; PEREIRA, S. R. M.; MESQUITA, A. M. F. **Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi, 2005.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

2.4 POP CDC 007 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO POR VIA ORAL

Elaboração: Fátima Rosane R. e S. Lamarca, Marta P. Enokibara, Elisabete N. Ferreira, Cláudia Elizabeth de Almeida e Lílian de C. M. Freitas

Validação: COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Cilene Bisagni, Andreia F. da Paz e Cláudia Elizabeth de Almeida

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na administração de medicamentos (comprimidos, comprimidos de cobertura entérica, cápsulas, xaropes, elixires, óleos, líquidos, suspensão, pó e grânulos) por via oral.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é a administração de medicamentos por via oral, conforme prescrição médica, realizada de forma segura, conveniente e pouco dispendiosa para o tratamento do paciente.

► Indicações

Terapêutica indicada conforme patologia apresentada pelo paciente.

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado em pacientes apresentando vômitos, síndrome de má-absorção, diarreia, disfagia e inconsciência.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo médico.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de dez minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim;
- b) almotolia de álcool a 70%;
- c) almotolia de álcool glicerinado 70%;
- d) copo de medicamentos;
- e) copo descartável para água;

- f) luva de procedimento;
- g) gaze não estéril;
- h) máscara cirúrgica descartável;
- i) etiqueta de identificação de medicamento.

► **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) conferir os nove certos da administração de medicamentos;
- d) fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome do paciente, dose, horário e via de administração;
- e) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- f) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- g) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- h) separar a medicação, colocando-a no copo descartável com o rótulo de identificação do medicamento. O medicamento deve ser mantido com sua embalagem própria;
- i) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- j) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- k) checar os dados de identificação legíveis na pulseira do paciente, conforme o POP de CIC 041;
- l) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- m) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento (posição de *Fowler* e/ou sentado);
- n) avaliar a capacidade de deglutição do paciente (para evitar o risco de broncoaspiração);
- o) oferecer a medicação ao paciente, bem como o copo com água, nos casos necessários;
- p) observar a deglutição do medicamento;
- q) deixar o paciente confortável;

- r) manter a organização da unidade do paciente;
- s) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- t) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- u) registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinando e carimbando o relato.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) os nove certos na administração de medicamentos – paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa;
- b) para os medicamentos que precisam ser manipulados (aspirados ou macerados), como xaropes e comprimidos, o profissional deve colocar EPI (máscara cirúrgica e luva de procedimento) antes da manipulação;
- c) caso o paciente esteja em precaução de contato, seguir as recomendações do POP 003 da CCIH;
- d) os comprimidos e cápsulas devem ser oferecidos um de cada vez;
- e) confirmar a mastigação e a deglutição pelo paciente após administração do medicamento;
- f) comprimidos com revestimento entérico não devem ser mastigados, cortados, diluídos ou macerados para não ocorrer a inativação da substância ativa pelo suco gástrico;
- g) comprimidos de liberação retardada não devem ser triturados, pois perdem suas características de liberação, havendo risco de toxicidade e inadequado nível sérico do fármaco;
- h) comprimidos efervescentes devem ser dissolvidos em água para evitar efeitos irritativos sobre a mucosa gástrica e administrados somente após efervescência;
- i) a forma líquida é ideal para se administrar medicamentos por sonda;
- j) não administrar comprimidos ou cápsulas sem identificação adequada da embalagem;
- k) os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex.: antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros);

- l) no caso de criança, elevar a cabeça ou segurar no colo o lactente ou criança pequena antes de administrar a medicação, a menos que esse procedimento seja contraindicado.

► **Clientes em uso de cateter gástrico**

Alguns pacientes precisam de cuidados específicos. Diante de usuários de cateter gástrico, recomenda-se:

- a) testar o posicionamento do cateter e certificar-se de sua fixação;
- b) lavar o cateter gástrico/enteral antes, entre e após a administração de medicamentos, objetivando evitar a interação com resíduos da dieta e obstrução do cateter com 20 ml de água;
- c) administrar os medicamentos separadamente pelo cateter, mesmo que ocorra o aprazamento de vários medicamentos para o mesmo horário;
- d) evitar preparações farmacêuticas oleosas;
- e) a administração de um medicamento por cateter requer que aquele esteja em forma líquida. Preferencialmente, deve-se empregar uma formulação líquida já disponível na instituição hospitalar;
- f) para os fármacos cuja absorção depende do esvaziamento gástrico e o cateter é de posição gástrica, a dieta deve ser interrompida de acordo com o protocolo estabelecido pela instituição hospitalar.

REFERÊNCIAS

- BUTCHER, Howard K.; BULECHEK, Glória M.; DOCHTERMA, Joanne Mc Closkey. **Classificação das intervenções de enfermagem**. Tradução: Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22. ed. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
- SILVA, L. D., PEREIRA, S. R. M., MESQUITA, A. M. F. **Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi, 2005.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

2.5 POP CDC 008 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA PARENTERAL (INTRAVENOSA)

Elaboração: Fátima Rosane R. e S. Lamarca, Marta P.Enokibara, Elisabete N. Ferreira, Cláudia Elizabeth de Almeida e Lílian de C. M. Freitas

Validação: COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Cilene Bisagni, Andreia F. da Paz e Cláudia Elizabeth de Almeida e Marcia F. M. Araújo

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na administração de medicamentos líquidos e estéreis por via intravenosa.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é a administração intravenosa de medicamentos, conforme prescrição médica para o tratamento do paciente.

► Indicações

Terapêutica indicada conforme patologia e quadro clínico apresentado pelo paciente.

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado na administração de medicação oleosa.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo médico.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) prescrição médica legível;
- b) bandeja retangular e/ou cuba-rim não estéril;
- c) medicamento preparado, conforme o POP CDC 077;
- d) luva de procedimento;
- e) gaze não estéril;
- f) gaze estéril;

- g) almotolia com álcool a 70%;
- h) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- i) EPI: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e capote não estéril;
- j) suporte de soro ou ganchos, quando necessário;
- k) caixa para descarte de material perfurocortante.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- f) separar o medicamento preparado anteriormente, conforme o POP de preparo de medicação CDC 077, colocando-o na bandeja;
- g) checar duas vezes a medicação (dose, via de administração, diluição, volume) com outro profissional (dupla checagem), conferindo a etiqueta de identificação da seringa com a prescrição médica;
- h) certificar-se da agulha adequada para realizar a administração, caso esteja utilizando o injetor lateral do equipo de infusão;
- i) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la sobre a mesa de cabeceira;
- j) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- k) checar os dados de identificação na pulseira do paciente conforme o POP CIC 041;
- l) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- m) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- n) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- o) higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- p) colocar EPI: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, capote não estéril e as luvas de procedimento;

- q) realizar desinfecção, com álcool a 70%, do injetor lateral ou uma das vias do polifix, onde será administrada a medicação;
- r) caso haja necessidade de punção venosa periférica para a administração de medicamentos, consultar o POP CDC 078;
- s) introduzir o conjunto de infusão no injetor lateral ou uma das vias do polifix;
- t) aspirar o líquido para certificar-se da presença de refluxo no acesso venoso;
- u) administrar o medicamento conforme indicações da prescrição médica (bolus, gravitacional ou com auxílio de bomba infusora), observando possíveis reações do paciente ao medicamento;
- v) interromper a infusão imediatamente diante de reações adversas graves (ex.: alergias, instabilidade hemodinâmica e outros);
- w) irrigar a via utilizada ao final da administração com 5 ml a 10 ml de solução fisiológica a 0,9%;
- x) retirar o conjunto de infusão, ao término da administração, descartando no recipiente apropriado;
- y) retirar as luvas de procedimento;
- z) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- aa) deixar o paciente confortável;
- ab) manter a organização da unidade do paciente;
- ac) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ad) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ae) realizar as anotações necessárias, incluindo o medicamento administrado, a dose, a via (o local de administração), a data, o horário administrado, intercorrências, reações adversas e assinatura/matrícula (carimbo com COREN) do responsável pela execução do procedimento.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) atentar para as condições do acesso venoso, avaliando em relação à permeabilidade e aos sinais de complicações com a via (hiperemia, edema, flebite, infiltração e outros);
- b) nos casos de acesso venoso sem permeabilidade ou na presença de sinais de complicações, garantir o estabelecimento de outro acesso vascular antes de administrar o medicamento;

- c) atentar para os nove certos para administração de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa).
- d) os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex.: antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros);
- e) registrar as reações e/ou efeitos adversos que sobrevierem no prontuário e prescrição (farmacovigilância);
- f) registre a recusa do paciente, se for o caso, e notifique o médico;
- g) em caso de cateteres de duplo e triplo lúmen, as medicações vasoativas deverão ser infundidas na via proximal e a administração de soluções (volumes maiores) na via distal;
- h) não administrar medicamentos nas vias de infusão de aminas vasoativas, insulina, heparina, sedação ou analgesia;
- i) o enfermeiro deve atentar para a diluição de medicamentos, considerando a prescrição médica, o tipo e a quantidade de diluentes, o tempo de infusão e o modo de administração por bomba infusora ou método gravitacional, conforme rotina da unidade;
- j) disponibilizar na unidade guia de prevenção de incompatibilidade entre fármacos e soluções;
- k) trocar equipos de infusão, conforme protocolo da instituição (POP 007 da CCIH);
- l) atentar para alergias, relatando-as no prontuário do paciente;
- m) instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração dos medicamentos;
- n) os medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância são dispensados mediante prescrição diária. Para o atendimento de situações de emergência, deve ser mantido um quantitativo mínimo deste medicamento na unidade de internação, acondicionados de forma diferenciada e segura, conforme o processo de trabalho da Farmácia do HUPE.

► Tipos de terapia infusional

Sistema de infusão com controle de fluxo manual (infusão gravitacional): é um sistema de infusão mais simples. Consiste em um equipo composto por um tubo, uma câmara de gotejamento com ou sem reservatório e uma pinça rolete para comprimir o tubo do equipo e controlar o fluxo de líquido do reservatório para o paciente.

Bolus: é a administração intravenosa de uma dose concentrada de medicamento com volume reduzido.

Bombas de infusão: são usadas quando se necessita de maior precisão na aplicação de fluidos no paciente, ou quando é necessário empregar fluxos maiores que os obtidos com sistemas gravitacionais ajustados manualmente independentemente da pressão gravitacional.

REFERÊNCIAS

BOWDEN, Vicky R. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

BUTCHER, Howard K.; BULECHEK, Glória M.; DOCHTERMA, Joanne Mc Closkey. **Classificação das intervenções de enfermagem**. Tradução: Regina Machado Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COHEN, M. R.; SMETZER, J. L.; Tuohy, N. R.; KILO, C. M. **High-alert medications: safeguarding against errors**. In: COHEN, M. R. (editor). Medication Errors. 2. ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association, 2007. p. 317-411.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES. ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP, 2012. Disponível em: <<http://www.ismp.org/Tools/high-alertmedications.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

INSTITUTO PARA EL USO SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS. Recomendaciones para la prevención de errores de medicación. Salamanca: ISMP-España Boletín nº 35, octubre 2012. Disponível em: <<http://www.ismp-espana.org/ficheros/Boletin%2035-%20Octubre%202012.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015. KNOBEL, Elias. **Conduitas no paciente grave**. 3. ed. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2006.

MORTON, Portaria G.; FONTAINE, Dorrie K.; GALLO, Bárbara M. **Cuidados de enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

2.6 POP CDC 009 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO POR VIA RETAL

Elaboração: Fátima Rosane R. e S. Lamarca, Marta P. Enokibara, Elisabete N. Ferreira, Cláudia Elizabeth de Almeida e Lílian de C. M. Freitas

Validação: COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Cilene Bisagni, Andreia F. da Paz e Cláudia Elizabeth de Almeida

Aprovação: Rogério M. de Souza

▶ **Conceito**

O presente protocolo consiste na administração de medicamentos por via retal, produzindo efeitos locais ou sistêmicos.

▶ **Finalidade**

O objetivo deste protocolo é a administração retal de medicamentos (supositórios), conforme prescrição médica, garantindo a segurança do paciente.

▶ **Indicações e contraindicações**

Este protocolo é recomendado a fim de:

- a) efetuar o esvaziamento do conteúdo intestinal, em casos de constipação intestinal;
- b) utilizar a via retal para absorção medicamentosa sistêmica;
- c) evitar a desativação da função medicamentosa pelas enzimas do estômago;
- d) evitar a irritação estomacal;
- e) administrar medicamentos quando a via oral não é a de eleição.

▶ **Contraindicações**

Casos em que não se recomenda o uso:

- a) pacientes com inflamação local;
- b) pacientes com arritmias cardíacas;
- c) pacientes com história de infarto agudo do miocárdio;
- d) imunossupressão ou trombocitopenia (risco de infecção e sangramentos).

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo médico.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim;
- b) almotolia de álcool a 70%;
- c) almotolia de álcool glicerinado 70%;
- d) luvas de procedimento;

- e) gaze não estéril;
- f) tubo de lubrificante hidrossolúvel (xilocaína gel);
- g) EPI (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental não estéril);
- h) impermeável;
- i) papel-toalha;
- j) comadre;
- k) etiqueta de identificação;
- l) biombo;
- m) gorro;
- n) material para realizar higiene genital, conforme POP CDC 064, quando necessário.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) conferir os nove certos da administração de medicamentos;
- d) fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome do paciente, dose, horário, via de administração;
- e) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- f) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- g) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- h) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- i) separar a medicação, colocando-a na bandeja com o rótulo de identificação do medicamento, que deve ser mantido com sua embalagem própria;
- j) identificar-se ao paciente e acompanhante;
- k) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- l) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- m) promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;

- n) colocar os EPI: gorro, máscara, luva de procedimento, capote não estéril e óculos de proteção;
- o) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, colocando-o na posição de Sims (decúbito lateral esquerdo) para evitar a compressão da veia cava inferior;
- p) posicionar o impermeável sob as nádegas;
- q) levantar, com a mão dominante, a nádega superior do paciente para expor o ânus;
- r) introduzir o medicamento na via retal;
- s) solicitar que o paciente aguarde o máximo de tempo que conseguir sem evacuar;
- t) colocar o paciente em posição confortável após a administração do medicamento;
- u) realizar a higiene genital, quando necessário, conforme o POP de CDC 064;
- v) retirar os EPIs;
- w) realizar a higienização das mãos com álcool glicerinado;
- x) manter a organização da unidade do paciente;
- y) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- z) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- aa) realizar as anotações necessárias, registrando os efeitos da medicação, assinando e carimbando o relato.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) aplicar os nove certos na administração de medicamentos – quais sejam: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa;
- b) caso o paciente esteja em precaução de contato, seguir as recomendações do POP 003 da CCIH;
- c) os sinais vitais do paciente devem ser aferidos antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex.: antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros);
- d) manter vigilância, notificar e registrar as possíveis reações adversas ao medicamento administrado;

- e) registrar a recusa do paciente e comunicar ao profissional médico;
- f) quando o medicamento for indicado para aliviar constipação, deverá ser retido pelo maior intervalo de tempo possível;
- g) quando for realizada a introdução de supositório retal, utilize o dedo indicador para direcionar o supositório avançando até que ultrapasse o esfíncter anal interno e contra a mucosa retal 10 cm (4 polegadas) em adultos, 5 cm (2 polegadas) em crianças;
- h) para facilitar a introdução do medicamento, pode-se orientar o paciente a respirar com a boca entreaberta.

REFERÊNCIAS

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22. ed. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

SILVA, L. D.; PEREIRA, S. R. M.; MESQUITA, A. M. F. **Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

2.7 POP CDC 010 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO POR VIA SUBLINGUAL E BUCAL

Elaboração: Cilene Bisagni, Andreia F. da Paz e Cláudia Elizabeth Almeida

Validação: COMPOPE/HUPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na administração de medicamentos por meio da mucosa da boca produzindo efeitos locais ou sistêmicos quando deglutido junto com a saliva, evitando efeitos lesivos dos sucos gástricos e do metabolismo hepático. Podem ser administrados através da via bucal e sublingual.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é a administração de medicamentos por meio da mucosa bucal, conforme prescrição médica, realizada de forma segura, conveniente e pouco dispendiosa para o tratamento do paciente.

▶ **Indicação**

Terapêutica indicada conforme patologia apresentada pelo paciente.

▶ **Contraindicações**

Este protocolo é contraindicado em pacientes inconscientes.

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito médico.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja de aço inoxidável e/ou cuba-rim;
- b) almotolia de álcool a 70%;
- c) copo de medicamentos;
- d) Luva de procedimento;
- e) gaze não estéril;
- f) máscara cirúrgica descartável;
- g) etiqueta de identificação de medicamento.

▶ **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) conferir os nove certos da administração de medicamentos;
- d) fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome do paciente, dose, horário e via de administração;
- e) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- f) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- g) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;

- h) separar a medicação, colocando-a no copo descartável com o rótulo de identificação do medicamento dentro da bandeja. Este deve ser mantido com sua embalagem própria;
- i) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- j) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- k) checar os dados de identificação legíveis na pulseira do paciente, conforme o POP de CIC 041;
- l) orientar ao paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- m) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento (posição de *Fowler* e/ou sentado);
- n) avaliar a capacidade de colaboração do paciente para o procedimento;
- o) colocar os EPI (máscara cirúrgica e luva de procedimento);
- p) pedir ao paciente que abra a boca e então inspecioná-la para ver se há irritação e ulceração;
- q) colocar o comprimido conforme a prescrição médica:
 - via bucal – entre a bochecha e os dentes do paciente;
 - via sublingual – posicionado debaixo da língua;
- r) orientar o paciente para fechar a boca e manter o comprimido, sem mastigar, até que ele se dissolva;
- s) deixar o paciente confortável;
- t) manter a organização da unidade do paciente;
- u) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- v) realizar higienização das mãos, conforme o POP da CCIH 001;
- w) registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinando e carimbando o relato.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) atentar para os nove certos na administração de medicamentos – quais sejam: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa;
- b) os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex.: antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros).

► Administração de medicamento por via sublingual

Outras questões:

- a) as medicações administradas por via sublingual promovem uma rápida absorção da droga em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca;
- b) os medicamentos são posicionados debaixo da língua para serem absorvidos pelos vasos sanguíneos;
- c) é uma via de administração utilizada para situações de emergência (Isordil, Capoten, entre outros);
- d) o paciente não deve ingerir líquido e/ou alimentos até o medicamento ser absorvido.

REFERÊNCIAS

KOCH, R. M. et al. **Técnicas básicas de enfermagem**. 22. ed. Curitiba: Século XXI Livros, 2004.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PORTAL EDUCAÇÃO. Administração de medicamentos por via bucal. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/30665/administracao-de-medicamentos-por-vias-bucal#ixzz2qYsbcskB>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

SILVA, L. D.; PEREIRA, S. R. M.; MESQUITA, A. M. F. **Procedimentos de enfermagem: semiotécnica para o cuidado**. Rio de Janeiro: Medsi, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

2.8 POP CDC 011 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO POR VIA TÓPICA E/OU CUTÂNEA

Elaboração: Fátima Rosane R. e S. Lamarca, Marta P. Enokibara, Elisabete N. Ferreira, Cláudia Elizabeth de Almeida e Lílian de C. M. Freitas

Validação: COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Cilene Bisagni, Andreia F. da Paz, Cláudia Elizabeth de Almeida e Augusto C. C. Ferreira

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na administração de medicamentos localmente na pele íntegra e mucosas.

▶ **Finalidade**

O objetivo deste protocolo é a administração de um medicamento por via tópica, conforme prescrição médica. Visa à obtenção de uma ação local sobre o tecido ou órgão afetado, de modo que os princípios ativos sejam absorvidos em quantidade reduzida para a circulação sanguínea, diminuindo os efeitos sistêmicos.

▶ **Indicações**

Terapêutica indicada conforme patologia apresentada pelo paciente.

▶ **Contraindicações**

Este protocolo é contraindicado em alergias cutâneas, pele rompida ou irritada, cicatrizadas ou com calosidades.

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo médico.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim;
- b) almotolia de álcool a 70%;
- c) almotolia de álcool glicerinado 70%;
- d) luva de procedimento;
- e) gaze estéril;
- f) máscara cirúrgica;
- g) medicamento na forma de creme, loção, pomada, pó, pasta, *spray* ou adesivo;
- h) etiqueta de identificação de medicamento.

▶ **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;

- c) conferir os nove certos da administração de medicamentos;
- d) fazer o rótulo de identificação do medicamento com: nome do paciente, dose, horário e via de administração;
- e) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- f) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- g) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- h) separar a medicação, colocando-a na bandeja ou cuba-rim com o rótulo de identificação do medicamento. Este deve ser mantido com sua embalagem própria;
- i) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- j) identificar-se ao paciente e acompanhante.
- k) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- l) colocar a máscara cirúrgica e a luva de procedimento;
- m) posicionar o paciente de forma confortável no leito, expondo apenas a área delimitada para administração do medicamento. Colocar biombos se necessário;
- n) verificar a limpeza da área delimitada e na presença de sujidade realizar a limpeza da área com água e sabão;
- o) aplicar a medicação no paciente na área delimitada conforme a prescrição médica, espalhando suavemente de maneira uniforme e sem excessos;
- p) retirar a máscara e luva de procedimento;
- q) realizar a higienização das mãos com álcool glicerinado;
- r) deixar o paciente confortável;
- s) manter a organização da unidade do paciente;
- t) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- u) realizar higienização das mãos, conforme o POP da CCIH;
- v) registrar o procedimento e suas possíveis intercorrências, assinando e carimbando o relato.

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) checar os nove certos na administração de medicamentos – quais sejam: paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa;
- b) caso o paciente esteja em precaução de contato, seguir as recomendações do POP 003 da CCIH;
- c) para aplicação de medicamentos em pele não íntegra, recomenda-se o uso de luvas cirúrgicas;
- d) os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex.: antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros);
- e) registrar casos de reações adversas;
- f) registrar a recusa do paciente e comunicar a equipe médica;
- g) avaliar a integridade da pele, observando áreas de cicatrização, edema, escoriação, erupções ou hiperemia;
- h) não cortar adesivos de medicações para caber na área porque isso pode alterar a dose administrada.

► Medicamentos transdérmicos

Nestes casos:

- a) utilizar uma região seca e sem pelo;
- b) rotular a faixa ou a placa com data e horário;
- c) em caso de desfibrilação com placas transdérmicas em tórax, a mesma deverá ser removida para não provocar danos ao paciente.

REFERÊNCIAS

- KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MORTON, Portaria G. FONTAINE, Dorrie K. GALLO, Bárbara M. **Cuidados de enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

2.9 POP CDC 080 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA PERCUTÂNEA (SC, ID, IM)

Elaboração: Fátima Rosane R. e S. Lamarca, Marta P. Enokibara, Elisabete N. Ferreira, Cláudia Elizabeth de Almeida e Lílian de C. M. Freitas

Validação: COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Cilene Bisagni, Andreia F. da Paz, Cláudia Elizabeth de Almeida e Rejane A. Souza

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na administração de medicamentos líquidos e estéreis por via percutânea, de acordo com a terapia medicamentosa prescrita.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é a administração percutânea de medicamentos, conforme prescrição médica de acordo com o tratamento do paciente.

► Indicações

Terapêutica indicada conforme patologia apresentada pelo paciente.

► Contraindicações

Este protocolo é indicado na presença de lesão ou edema na área de administração do medicamento, presença de fístula arteriovenosa, quantidade reduzida de massa muscular e plaquetopenia.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo médico.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) prescrição médica legível;
- b) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- c) medicamento preparado, conforme o POP CDC 077;
- d) luva de procedimento;
- e) gaze não estéril;

- f) almotolia com álcool a 70%;
- g) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- h) EPI (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção);
- i) caixa para descarte de material perfurocortante.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool a 70% glicerinado;
- f) separar o medicamento preparado anteriormente, conforme o POP de preparo de medicação CDC 077, colocando-o na bandeja;
- g) checar duas vezes a medicação (dose, via de administração, diluição, volume) com outro profissional (dupla checagem), conferindo a etiqueta de identificação da seringa com a prescrição médica;
- h) certificar-se da agulha adequada para realizar a administração, de acordo com a via prescrita e o paciente;
- i) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- j) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- k) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- l) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- m) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- n) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- o) higienizar as mãos com álcool 70% glicerinado;
- p) colocar EPI: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento;
- q) realizar antisepsia da pele com álcool a 70% onde será administrada a medicação;

- r) introduzir a seringa do medicamento com agulha, colocando o bisel para cima e utilizando o ângulo indicado para cada via de administração;
- s) aspirar o líquido para certificar-se da ausência de vasos, quando administração for por via IM (intramuscular);
- t) aplicar o conteúdo da seringa lentamente no local adequado;
- u) retirar a seringa com agulha do local de aplicação, descartando-a no coletor perfurocortante sem desconectar o conjunto;
- v) desprezar os demais materiais utilizados em local apropriado;
- w) retirar a luva de procedimento;
- x) realizar higienização das mãos com álcool glicerinado a 70%;
- y) deixar o paciente confortável;
- z) manter a organização da unidade do paciente;
- aa) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ab) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ac) realizar as anotações necessárias, incluindo o medicamento administrado, a dose, a via (o local de administração), a data, o horário administrado e a assinatura/matricula (carimbo com Conselho Regional de Enfermagem – COREN) do responsável pela execução do procedimento.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) para administração segura de medicamentos, deve-se atentar para os nove certos – paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, horário certo, registro certo, devolução certa, orientação e informação certa ao paciente, compatibilidade certa;
- b) os sinais vitais do paciente devem ser verificados antes da administração de medicamentos que possam afetá-los (ex.: antiarrítmicos, betabloqueadores, digitálicos, hipotensores, entre outros);
- c) registrar as reações adversas que sobrevierem no prontuário e prescrição (farmacovigilância);
- d) registrar a recusa do paciente, se for o caso, e notificar o médico;
- e) atentar para alergias do paciente, destacando-as no prontuário e na prescrição;
- f) não manter medicamentos que não foram utilizados na unidade do paciente.

► **Recomendação específica para cada uma das vias percutâneas**

Para injeções subcutâneas:

- a) aplicação de medicamentos no tecido conjuntivo frouxo sob a derme, sendo que a absorção do medicamento é realizada de forma lenta em comparação com a via intramuscular, em decorrência da menor quantidade de fluxo sanguíneo;
- b) não é necessário aspirar após introduzir a seringa no local de administração do medicamento devido à pequena quantidade de vasos sanguíneos;
- c) é recomendada a administração de pequenas doses de medicamentos hidrossolúveis, em decorrência do tecido ser sensível a soluções irritantes e grandes volumes de medicamentos. O volume a ser infundido não deve ultrapassar 2 ml;
- d) o peso corporal do paciente deve ser avaliado na escolha da agulha e do ângulo de inserção do medicamento;
- e) recomenda-se o uso de seringas de 1ml a 3 ml com agulha 25 x 7 mm com o ângulo de 45° ou para paciente com um peso médio pode ser utilizado a agulha 13 mm x 4,5 mm, inserindo-a em um ângulo de 90°;
- f) as regiões indicadas para injeções subcutâneas são: face posterior externa do braço, abdome, desde abaixo das margens costais até as cristas ilíacas, e as faces anteriores das coxas. Outros locais alternativos incluem as áreas escapulares das costas e as regiões glúteas ventrais ou dorsais superiores.

Para injeções intradérmicas:

- a) os medicamentos serão injetados na derme, onde o aporte sanguíneo é reduzido e a absorção ocorre de forma lenta;
- b) não é necessário aspirar após introduzir a seringa no local de administração do medicamento devido à pequena quantidade de vasos sanguíneos;
- c) recomenda-se a seringa de 1 ml, agulha 13 x 4,5 mm com o ângulo de administração de 5° a 15°, com bisel para cima e o volume a ser infundido não deverá ultrapassar 0,5 ml;
- d) os locais para administração devem ser pouco pigmentados, livres de lesões e com poucos pelos, considerando assim a parte interna do antebraço e a parte superior das costas os locais ideais.

Para injeções intramusculares:

- a) a via intramuscular fornece uma absorção mais rápida do medicamento, em comparação à via subcutânea, em decorrência da maior vascularização do músculo;
- b) a agulha utilizada para administração do medicamento deve ser longa e calibrosa para atingir o tecido muscular profundo. O peso e a quantidade de tecido adiposo podem influenciar na seleção do tamanho da agulha;
- c) o ângulo de inserção para injeção intramuscular é de 90°;
- d) ao selecionar uma região para administração de injeção intramuscular, deve ser avaliado: se o músculo está livre de tensão, se o local está livre de infecção ou necrose, se o local não apresenta lesões de pele, o tipo de medicamento a ser administrado, bem como o volume;
- e) recomendam-se as orientações conforme os quadros (COREN-SP, 2010) a seguir.

Quadro 1. Seleção do local de aplicação de IM e volume máximo a ser administrado, segundo faixa etária.

IDADE	DELTOIDE	VENTROGLÚTEO	DORSOGLÚTEO	VASTO LATERAL
Prematuros	–	–	–	0,5 ml
Neonatos	–	–	–	0,5 ml
Lactentes	–	–	–	1,0 ml
Crianças de 3 a 6 anos	–	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1,5-2,0 ml	1,5-2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0-2,5 ml	2,0-2,5 ml	1,5-2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

Malkin (2008); Bork (2005).

Quadro 2. Seleção do local de IM e calibre da agulha, segundo características do paciente.

Calibre da agulha	Local	Características do paciente
30 x 7 mm	Ventroglúteo Dorsoglúteo	Pacientes adultos Homens com peso corpóreo entre 60 e 118 kg
25 x 7 mm	Deltoide Vastolateral da coxa	Pacientes adultos Mulheres com peso superior a 90 kg, indica-se agulhas com pelo menos 3,8 cm de comprimento
25 x 6 mm	Vastolateral da coxa	Crianças – a avaliação clínica é imprescindível para tomada de decisão

Adaptado de Bork (2005).

Quadro 3. Locais de administração de injeção intramuscular

REGIÃO VENTROGLÚTEA
<p>O músculo ventroglúteo corresponde ao glúteo médio e situa-se em local profundo e afastado de nervos e vasos sanguíneos importantes, sendo um local seguro por ser um músculo largo e bem desenvolvido em crianças jovens, incluindo os indivíduos com dificuldade de locomoção e adultos. A localização do músculo representa uma menor chance de contaminação em pacientes incontinentes ou crianças, sendo a região facilmente identificada por uma região óssea proeminente.</p> <p>Para localizar o músculo deve-se colocar a palma da mão sobre o trocanter maior do quadril do paciente, com o punho perpendicular ao fêmur. Use a mão direita para o quadril esquerdo e a mão esquerda para o quadril direito. Aponte o polegar no sentido da virilha do paciente e o dedo indicador no sentido da espinha íliaca anterossuperior e estenda o dedo médio para trás, ao longo da crista íliaca, no sentido da nádega. O dedo indicador, o dedo médio e a crista íliaca formam um triângulo em forma de V, e o local da injeção localiza-se no centro desse triângulo. O paciente pode ficar posicionado em decúbito lateral ou dorsal e a flexão do joelho e do quadril ajuda o indivíduo a relaxar esse músculo.</p>
REGIÃO VASTOLATERAL
<p>Músculo espesso, localizado na face anterolateral da coxa, que se estende, em um adulto, de um palmo acima do joelho a um palmo abaixo do trocanter maior do fêmur. Utilize o terço médio do músculo para injeção. Nas crianças pequenas ou em indivíduos caquéticos, deve-se segurar a massa muscular. Esse músculo é utilizado em bebês (menores de 12 meses) e crianças entre 1 a 3 anos de idade que estão recebendo imunizações.</p> <p>Para auxiliar no relaxamento do músculo, o paciente poderá deitar em decúbito dorsal com o joelho ligeiramente flexionado ou ficar na posição sentada.</p>
DELTOIDE
<p>O músculo deltoide é um músculo de fácil acesso, entretanto não é bem desenvolvido em muitos adultos e apresenta um grande risco de lesões pela presença dos nervos axilares, radial, braquial e ulnar e da artéria braquial no braço ao longo do úmero.</p> <p>É recomendada sua utilização para administração de pequenos volumes de medicamentos e, nos casos em que outras regiões estejam inacessíveis devido à presença de curativos ou aparelhos de imobilização.</p> <p>Para localizar o músculo deltoide, exponha completamente o braço e o ombro do paciente. Não se deve enrolar a manga de uma camiseta justa. O paciente deve relaxar o braço ao lado do corpo e flexionar o cotovelo. Palpe a borda inferior do processo acrômio, o qual forma a base de um triângulo alinhado com o ponto médio da face lateral do braço, sendo o centro do triângulo formado, o local para administração da injeção, aproximadamente 3 a 5 cm (1 a 2 polegadas) abaixo do processo acrômio. Pode-se também localizar a região colocando-se quatro dedos atravessados sobre o músculo deltoide, com o dedo superior ao longo do processo acromial, sendo o local da injeção três dedos abaixo do processo acromial.</p>
DORSOGLÚTEO
<p>A administração de medicamento neste músculo deverá ser avaliada em função da variação da localização do nervo ciático de pessoa para pessoa. Se uma agulha atingir esse nervo, o paciente poderá apresentar paralisia permanente ou parcial da perna envolvida.</p>

COMPOPE/HUPE (2015).

► **Administração da técnica em Z em injeções intramusculares**

A utilização da técnica em Z, para injeções intramusculares, possui como objetivo minimizar a irritação local da pele, vedando o medicamento no tecido muscular. Para usar esse método, acople uma agulha nova à seringa, após o preparo do medicamento, de modo que nenhuma solução permaneça na parte externa da haste da agulha. Selecione o local da injeção, preferencialmente

em um músculo largo e profundo, como ventroglúteo. Depois de preparar o local com solução antisséptica, deve-se puxar a pele subjacente e os tecidos subcutâneos aproximadamente 2,5 cm a 3,5 cm (1 a 1 e 1/2 polegada) lateralmente, mantendo a pele firme, com a mão não dominante. Introduza a agulha profundamente no músculo e injete a medicação lentamente, se não houver nenhum retorno sanguíneo na aspiração. A agulha deve permanecer inserida por dez segundos, para permitir que o medicamento se disperse de maneira uniforme, em vez de retornar no sentido da agulha. Em seguida, libere a pele, após retirar a agulha, deixando um trajeto em zigue-zague, o qual veda o trajeto da agulha, impedindo o retorno da medicação administrada.

REFERÊNCIAS

- BORK, A. M. T. **Enfermagem baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- BRASIL, Infusion Nurses Society. **Diretrizes práticas para terapia infusional**. 2008.
- _____. **Diretrizes práticas para terapia infusional**. 2013.
- CLAYTON, B. D.; STOCK, Y. N. **Farmacologia na prática de enfermagem**. Tradução: Danielle Corbett et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- COREN-SP. **Administração de medicamentos por via intramuscular**. Disponível em: <http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/administracao_de_medicamentos_por_via_intramuscular.pdf>. Acesso em: mai. 2014.
- GROU, C. R.; CASSIANI, S. H. B.; TELLES FILHO, P. C. P.; OPITZ, S. P. **Conhecimento de enfermeiras e técnicos de enfermagem em relação ao preparo e administração de medicamentos**. Ribeirão Preto: Einstein, 2004. p. 182-186.
- KNOBEL, Elias. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. v. 1. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MALKIN, B. Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence? **Nursing Times**, v. 105, n. 50/51, 2008. p. 48-51.
- MEIRELLES, H.; MOTTA FILHO, G. R. **Lesão do nervo axilar causada pela injeção intramuscular no deltoide: relato de caso**. In: Revista Brasileira de Ortopedia, 2004. v. 39. 10. ed. p. 615-619.
- MORTON, Portaria G.; FONTAINE, Dorrie K.; GALLO, Bárbara M. **Cuidados de enfermagem: uma abordagem holística**, 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
- WHALEY, L. F.; WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica fundamentos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 599-606.

2.10 POP CDC 004 ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA (POR VIA SUBCUTÂNEA)

Elaboração: Cilene Bisagni, Márcia F. M. Araújo e Andreia F. da Paz

Validação: COMPOPE/HUPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

▶ Conceito

O presente protocolo consiste na administração segura de insulina por via subcutânea.

A insulina é o hormônio produzido nas ilhotas de Langerhans, células do pâncreas, responsável pela redução da glicemia (taxa de glicose no sangue), ao promover o ingresso de glicose nas células. Esta é também essencial no consumo de carboidratos, na síntese de proteínas e no armazenamento de lipídios (gorduras) no metabolismo.

▶ Finalidade

Reduzir o nível de hiperglicemia.

▶ Indicações

Este protocolo é indicado na absorção da glicose circulante na corrente sanguínea para tratamento e controle de hiperglicemia.

▶ Contraindicações

O hormônio é contraindicado em caso de:

- hipersensibilidade aos componentes da fórmula a ser utilizada;
- sinais e sintomas de hipoglicemia;
- hipoglicemia comprovada com exames laboratoriais.

▶ Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo médico.

▶ Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

▶ Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- prescrição médica legível;
- bandeja retangular e/ou cuba-rim;
- luvas de procedimento;

- d) gaze estéril e não estéril;
- e) almotolia com álcool a 70%
- f) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- g) seringa com etiqueta de identificação do medicamento, contendo o tipo de insulina prescrito e a agulha que deverá ser escolhida, de acordo com o tipo físico do paciente e as características de cada região do corpo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) calçar as luvas de procedimentos;
- o) selecionar a região do corpo para administração do medicamento;
- p) realizar antisepsia da pele no local de escolha para administração do medicamento;
- q) realizar a prega subcutânea, se necessário;
- r) introduzir a agulha com a angulação recomendada;
- s) liberar a pele, quando pinçada;

- t) introduzir o medicamento de forma rápida e firme para minimizar o desconforto;
- u) aguardar cinco segundos após a aplicação antes de se retirar a agulha do subcutâneo, para garantir a injeção de toda a dose de insulina;
- v) retirar a seringa e a agulha do local de administração, realizando uma leve compressão sem massagear o local, o que poderia aumentar a quantidade de fluxo sanguíneo e promover uma absorção alterada da insulina;
- w) deixar o paciente confortável;
- x) manter a organização da unidade do paciente;
- y) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- z) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- aa) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) o preparo da insulina deve ser realizado de acordo com as recomendações do POP CDC 077 – Preparo de administração por via percutânea e parenteral;
- b) no preparo da insulina, o frasco deve ser homogenizado, rolando suavemente entre as duas mãos para misturar a insulina antes de sua aspiração para a seringa;
- c) para facilitar a aspiração da insulina para seringa, recomenda-se antes puxar o êmbolo da seringa até a marca prescrita e depois introduzir o ar dentro do frasco, em seguida virar o frasco e a seringa para baixo, aspirando a quantidade de insulina prescrita;
- d) existem dois tipos de insulinas disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme apresentado na tabela abaixo (BRASIL, 2013);

Tabela 1. Demonstração do tempo de ação das insulinas disponíveis no Brasil

Insulina	Início da ação	Pico	Duração	Aspecto
Ação rápida regular	30-60 min	2-3 h	8-10 h	Cristalino

Insulina	Início da ação	Pico	Duração	Aspecto
Ação intermediária NPH	2-4 h	4-10 h	12- 18 h	Turvo

Obs.: Todas as insulinas disponíveis no Brasil têm concentração de 100 unidades/ml.

Fonte: Brasil (2013).

- e) nas situações de combinação de dois tipos de insulina, de ação rápida e intermediária, deve-se aspirar primeiro a insulina de ação rápida/curta (regular) para que o frasco não se contamine com a insulina de ação intermediária (NPH);
- f) a insulina deve ser aplicada no tecido subcutâneo, que está localizado abaixo da pele e acima do músculo. No subcutâneo, a absorção é gradativa, proporcionando ação contínua e eficaz da insulina;
- g) a aplicação fora do tecido subcutâneo altera a velocidade com que a insulina é absorvida pelo organismo e desta forma altera também o controle glicêmico;
- h) a aplicação da insulina no músculo poderá causar uma hipoglicemia logo após a aplicação, em decorrência da rápida absorção, e uma hiperglicemia tardia, bem como pode ocorrer sangramento no local da aplicação pela presença de vasos sanguíneos;
- i) a prega subcutânea deve ser realizada em regiões recomendadas para injeção de insulina com pouco tecido subcutâneo e quando o comprimento da agulha for maior que a distância entre a pele e o músculo;
- j) o ângulo de aplicação é o espaço formado entre a agulha e a pele no momento da injeção. O ângulo recomendado para aplicação da insulina é de 90°. Em crianças e indivíduos emagrecidos pode ser utilizado o ângulo de 45° ou agulhas mais curtas para evitar administração intramuscular e absorção mais rápida da insulina;
- k) durante a aplicação não é necessário puxar o êmbolo para verificar a presença de sangue;
- l) os frascos de insulina lacrados precisam ser mantidos refrigerados entre 2° C a 8° C, sem congelamento do frasco;
- m) o frasco aberto poderá ser mantido em temperatura ambiente para minimizar a dor no local da injeção, entre 15° C e 30° C, ou também em refrigeração entre 2° C a 8° C;

- n) após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira. Por isso, é importante orientar que o profissional anote a data de abertura do frasco;
- o) realizar um rodízio entre os locais de aplicação, pois essa conduta diminui o risco de complicações na região da aplicação, tal como a hipertrofia (pontos endurecidos abaixo da pele) ou atrofia (depressões no relevo da pele ocasionado por perda de gordura), bem como a melhor absorção da insulina. É recomendado organizar as aplicações por região escolhida, explorando uma determinada área até que se esgote as possibilidades de aplicação, respeitando-se o intervalo de 1,5 cm entre aplicações em um mesmo local. A aplicação realizada no abdome é a de maior velocidade de absorção, seguida dos braços, coxas e nádegas;
- p) a bomba de perfusão subcutânea de insulina é um método terapêutico que visa adequar a insulinoterapia a padrões de vida intensivos com motivação para a monitorização, como as situações de gravidez ou de má tolerância a terapias intensivas com múltiplas administrações de insulina e, ainda, a casos de hipoglicemias severas frequentes;
- q) locais de administração de insulina: abdome, coxa (frente e lateral externa), braço (parte posterior do terço superior), região abdominal e glúteo (parte superior e lateral das nádegas);
- r) pré-misturas de insulinas são constituídas por misturas de insulina NPH com insulina de ação rápida, aplicadas por via subcutânea. A proporção da mistura pode ser de 70%, 80%, ou 90% da primeira com 30%, 20% ou 10%, respectivamente, da segunda. Por isso são chamadas 70/30, 80/20 e 90/10.

REFERÊNCIAS

- BOWDEN, Vicky R. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2001.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. 160 p. ISBN 978-85-334-2059-5.
- DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4. edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

2.11 POP CDC 024 HIPODERMÓCLISE

Elaboração: Cilene Bisagni e Márcia F. M. Araújo

Validação: COMPOPE/HUPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na infusão contínua e lenta de fluidos no tecido subcutâneo com o objetivo de reposição hidroeletrólítica e/ou terapia medicamentosa, sendo o fluido transferido para a circulação sanguínea por ação combinada entre difusão de fluidos e perfusão tecidual.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é apresentar uma via alternativa em pacientes que necessitam de suporte clínico para reposição de fluidos.

► Indicações

A terapia é indicada:

- para promover hidratação – quando o paciente não recebe quantidade suficiente de líquido oralmente e tem o acesso venoso periférico prejudicado por substância necrosante (quimioterapia/radioterapia);
- no controle da dor – sintoma efetivamente presente em estágio avançado da doença, principalmente as doenças neoplásicas.

► Contraindicações

A terapia é contraindicada para:

- prescrição médica de infusão rápida de grande volume;
- paciente com quadro de desidratação severa;
- pacientes que apresentam trombocitopenia ou problemas de coagulação;
- paciente com quadro de distúrbio severo de eletrólitos.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo médico.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja retangular e/ou cuba-rim não estéril;
- b) almotolia de álcool a 70%;
- c) almotolia de álcool glicerinado 70%;
- d) luvas de procedimento;
- e) algodão e/ou gaze não estéril;
- f) etiqueta de identificação de medicamento;
- g) equipo de soro;
- h) solução preparada para ser instalada (solução salina a 0,9%, medicação);
- i) dispositivo subcutâneo nº 19, 23, 25 e 27;
- j) esparadrapo (se possível, usar filme transparente).

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- c) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- d) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- e) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- f) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- g) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- h) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, caso necessário;
- i) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- j) escolher o local da infusão;
- k) introduzir o dispositivo subcutâneo, cuja angulação dependerá da quantidade de tecido subcutâneo do paciente. O dispositivo deve ser inserido com o bisel para cima a um ângulo de 30° a 45° e fixado com um curativo oclusivo transparente para visualização do ponto de inserção da agulha;

- l) assegurar-se de que nenhum vaso tenha sido atingido;
- m) administrar o medicamento ou conectar o dispositivo subcutâneo ao equipo da solução;
- n) datar e identificar a fixação;
- o) deixar o paciente confortável;
- p) manter a organização da unidade do paciente;
- q) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- r) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH nº 001;
- s) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e enfermeiro na folha de evolução).

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

É importante atentar:

- a) são medicamentos comumente utilizados na terapia subcutânea ou hipodermoclise os medicamentos de escolha que têm pH próximo à neutralidade e são hidrossolúveis:
 - sulfato de morfina,
 - brometazida,
 - ondansetrona,
 - metadona,
 - midazolan,
 - prometazina,
 - octreotide,
 - metoclopramida,
 - fenobarbital,
 - escopolamina,
 - dexametasona,
 - clorpromazina,
 - clonidina,
 - brometo de n-butil,
 - ranitidina garmicina.
- b) medicamentos incompatíveis com a via subcutânea:
 - diazepam,

- diclofenaco,
- eletrólitos não diluídos,
- fenitoína.

Observação: A incompatibilidade compromete a eficácia da medicação, então é importante a atenção para: soluto e solvente, soluto e soluto, solução e recipiente. A incompatibilidade pode ser visível, no que diz respeito à precipitação ou alteração da cor.

c) possíveis sítios/regiões de punção:

- deltoidiana,
- anterior do tórax,
- escapular,
- abdominal,
- face lateral da coxa.

Os principais locais de punção incluem face anterior do antebraço; tórax superior ou região infraescapular (logo acima da mama), se o paciente está muito ansioso ou agitado; face anterior da coxa; e parede abdominal, na região mesogástrica ou periumbilical.

Um dos principais cuidados é não puncionar ao lado de mastectomia, próximo de um ostoma, áreas irradiadas, locais com dano na pele ou em fase de cicatrização e regiões edemaciadas.

Recomenda-se realizar rodízio de locais para minimizar o dano tecidual. O tempo de permanência do cateter varia de 72 horas a sete dias, dependendo das medicações que estão em uso e se não houver sinais de infecção no local.

Quadro 1. Efeitos adversos da hipodermóclise

<i>Efeitos</i>	<i>Comentários</i>
Edema local	Efeito adverso mais comum podendo ser resolvido com massagem.
Reação local do cateter	Ocorrem mínimos casos se comparados com reação local ao dispositivo endovenoso periférico.
Dor ou desconforto local	Pode ser causado por necessidade de acomodação da inserção do dispositivo na via subcutânea.
Infecção	Pode ocorrer quando a região é manuseada sem higiene adequada (exemplo: lavagem das mãos)

Fonte: Adaptado de Sasson; Shvarzman (2001).

REFERÊNCIAS

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Hipodermóclise**. São Paulo: COREN, 2009. Disponível em: <<http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/Hipodermóclise.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Terapia subcutânea no câncer avançado**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 32 p.: il. Série Cuidados Paliativos.
- SOUZA, Maria Olímpia D'Aquino Rogério Marques de. **Hipodermóclise ou via subcutânea**. RHUPE, v. 11, abr.-jun. de 2012. p. 89-93.
- SASSON, M.; SHVARZMAN, P. **Hypodermoclysis: an alternative infusion technique**. American Family Physician, v. 64, n. 9, 2001, p. 1575-1579.

2.12 POP CDC 003 INSTALAÇÃO E CONTROLE DE TRANSFUÇÃO DE HEMOCOMPONENTE

Elaboração: Gilce E. de M. Silva

Validação: Comitê Transfusional do HUPE e COMPOPE/HUPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na instalação e administração de concentrado de hemácias, plaquetas ou plasma fresco congelado.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é estabelecer a rotina para instalação e controle da transfusão de hemocomponentes para reduzir os riscos de reações adversas à transfusão.

► Indicações e contraindicações

A reposição de hemocomponentes é uma indicação.

São contraindicações relativas (no momento da infusão):

- d) febre;
- e) hipertensão arterial;
- f) infusão de anfotericina B;
- g) administração de vancomicina e cefalosporinas;
- h) administração de quimioterápicos.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo médico (Portaria 2.712, de novembro de 2013).

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade (Resolução do COFEN – 306/2006) e/ou equipe de enfermagem com supervisão do enfermeiro ou médico.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em até quatro horas.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) impresso de Solicitação de Bolsas de Hemocomponente (Anexo 1);
- b) prescrição médica do hemocomponente solicitado;
- c) amostra do paciente/receptor corretamente identificada.

► Instalação

É necessário para instalação:

- a) ficha de controle transfusional;
- b) álcool 70%;
- c) álcool glicerinado a 70%;
- d) gaze não estéril;
- e) luva de procedimento;
- f) bandeja ou cuba-rim;
- g) bolsa de hemocomponente;
- h) equipo de gotas ou microgotas com filtro-padrão 170-220 μ ;
- i) etiqueta de identificação (aderida na identificação da bolsa);
- j) material para punção venosa e coleta de amostra de sangue (conforme POPs CDC 078 e 044);
- k) material para avaliação dos sinais vitais (conforme POPs CDC 020, 021, 022 e 023).

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente/receptor;
- b) checar identificação do rótulo da bolsa com a prescrição do paciente/receptor;

- c) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- d) separar uma bandeja para o procedimento;
- e) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea;
- f) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- g) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- h) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- i) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- j) checar os dados de identificação na pulseira do paciente/receptor, conforme o POP CIC 041;
- k) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- l) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- m) posicionar adequadamente o paciente/receptor para o procedimento;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- o) avaliar sinais vitais pré-transfusionais e registrar na ficha de controle transfusional (Anexo 2);
- p) quando houver alterações que contraindiquem temporariamente a transfusão, comunicar ao médico e devolver a bolsa do hemocomponente para o setor de transfusão até estabilização do quadro e autorização médica para continuar o procedimento;
- q) higienizar as mãos com álcool a 70%;
- r) colocar luvas de procedimentos;
- s) preparar a bolsa de hemocomponente para infusão conectando-a no equipo específico para transfusão (170 μ);
- t) iniciar infusão, em acesso exclusivo, com gotejamento lento – registrar hora de início na ficha de controle transfusional;
- u) avaliar continuamente o paciente/receptor durante dez minutos no início da infusão e, caso não haja alteração, aumentar a velocidade de acordo com cálculo prévio, não ultrapassando quatro horas de infusão;
- v) observar regularmente a permeabilidade do acesso venoso e as condições do paciente;
- w) avaliar sinais vitais e condições clínicas do paciente/receptor após 30 minutos do início e registrar na ficha de controle transfusional;

- x) observar presença de alterações durante todo o período transfusional. Na presença de um desses sinais ou sintomas – aumento de 1° C de temperatura do início da transfusão, calafrio, prurido ou presença de pápula(s), dispneia, mudança na cor da urina, agitação do paciente –, interromper a transfusão mantendo acesso venoso e chamar o médico imediatamente, pois representam a presença de reação transfusional;
- y) registrar na ficha de controle transfusional as alterações detectadas ou queixas do paciente/receptor;
- z) se prescrita suspensão da transfusão por presença de reação transfusional, encaminhar bolsa para a agência transfusional e a ficha de notificação de reação transfusional (Anexo 3);
- aa) avaliar sinais vitais e condições clínicas do paciente/receptor no final da transfusão, registrando na ficha de controle transfusional;
- ab) descartar a bolsa que foi totalmente utilizada, conforme prescrição, em saco branco de material biológico;
- ac) deixar o paciente/receptor confortável;
- ad) manter a organização da unidade do paciente/receptor;
- ae) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- af) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ag) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato na folha de controle transfusional;
- ah) manter avaliação do paciente/receptor nas 24 horas após transfusão, pela possibilidade de ocorrência de reações adversas neste período.

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) a prescrição do hemocomponente deve ser realizada pelo médico. O hemocomponente não poderá ser instalado sem prescrição médica;
- b) a solicitação do hemocomponente deve ser realizada pelo médico em impresso próprio, atentando para: nome completo do paciente sem abreviaturas, data de nascimento, idade, sexo, número do prontuário, enfermaria/leito (caso seja paciente internado), diagnóstico, hemocomponente solicitado, modalidade de transfusão, resultados laboratoriais que justifiquem a indicação do hemocomponente, data, peso (quando indicado, ex.: gemelar), antecedentes transfusionais, gestacionais e reações à transfusão quando registradas ou relatadas pelo paciente. É

- importante constar ainda dados do médico solicitante (nome completo, assinatura e número do Conselho Regional de Medicina – CRM);
- c) a transfusão pode ser classificada nas seguintes modalidades:
- programada para determinado dia e hora,
 - rotina a se realizar dentro das 24 horas,
 - urgência a se realizar dentro das três horas após pedido,
 - emergência, quando o retardo da transfusão acarretar risco para a vida do paciente;
- d) as transfusões devem ser realizadas, preferencialmente, no período diurno, salvo em caso de emergência;
- e) para coleta da amostra de sangue:
- avaliar o acesso venoso mais adequado para coletar amostra e deixar veia puncionada para a transfusão, se necessário,
 - coletar uma amostra de sangue do paciente/receptor em tubo com EDTA, ácido etilenodiamino tetra-acético (tampa lilás) e rotular com o nome completo do receptor sem abreviaturas, número de prontuário, data da coleta e identificação legível do coletor. Não cobrir a tampa do tubo com etiquetas;
- f) para o encaminhamento da solicitação de transfusão deve-se encaminhar a amostra de sangue do paciente/receptor e a solicitação de transfusão para o setor de transfusão (5º andar, ramal: 88.261) para realização dos testes pré-transfusionais (tipagem sanguínea, pesquisa de anticorpos irregulares – PAI – e prova cruzada);
- g) a solicitação de hemocomponente deverá ser encaminhada somente após prescrição médica;
- h) as transfusões de urgência ou emergência, sem a conclusão de exames pré-transfusionais podem ser realizadas com os seguintes critérios: a amostra do paciente e a solicitação do hemocomponente deverão ser encaminhadas diretamente pelo médico solicitante, que deverá assinar o Termo de Responsabilidade. Este termo está disponível na Agência Transfusional (5º andar).
- i) amostras com identificação incompletas ou ilegíveis, não serão aceitas pela Agência Transfusional;
- j) o início da transfusão deverá ocorrer até 30 minutos após chegada do hemocomponente na unidade. Na impossibilidade de instalação, este deverá ser devolvido imediatamente para a Agência Transfusional.
- k) tempo de transfusão:

- concentrado de hemácias – de 60 a 120 minutos,
 - em crianças não ultrapassar a infusão de 20-30 ml/kg/hora,
 - concentrado de plaquetas – de 20 a 30 minutos,
 - plasma fresco – 60 minutos,
 - o tempo de transfusão deve ser avaliado em casos especiais, como paciente com alterações cardíacas, renais e recém-nascidos, para evitar risco de sobrecarga;
- l) nunca ultrapasse o período máximo de quatro horas de transfusão;
- m) em paciente com hipotermia ou transfusão maciça, solicitar aquecimento do hemocomponente no pedido de transfusão;
- n) sempre utilizar equipo para transfusão-padrão 170 a 220 μ ;
- o) o volume a ser administrado varia com o peso e o valor necessário para correção, conforme descrito abaixo:
- concentrado de hemácias (10 a 15 ml/kg ou uma unidade),
 - concentrado de plaquetas (10 ml/kg ou uma unidade/10 kg),
 - plasma fresco (10 a 20 ml/kg);
- p) deve-se avaliar as características da bolsa antes da instalação do hemocomponente: coloração homogênea, presença de coágulos, cor amarelada do concentrado de hemácias ou presença de vazamento da bolsa (na identificação de alguma alteração comunicar a Agência Transfusional);
- q) checar antes da transfusão dados de identificação do paciente e comparar com etiqueta da bolsa antes da instalação;
- r) não remover as etiquetas de identificação da bolsa até o término da infusão;
- s) não adicionar qualquer tipo de medicamento ou solução na bolsa de hemocomponente;
- t) não aquecer na unidade a bolsa de hemocomponente, pois a temperatura a que chega na unidade é própria para instalação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Hemovigilância: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas**. Brasília: Anvisa, 2007.




_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.712 – Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Guia de uso de hemocomponentes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 306/06. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem na hemoterapia. Publicada em 25 de abril de 2006.


► Anexo

Anexo 1. Ficha de solicitação de transfusão

 		SOLICITAÇÃO DE TRANSFUÇÃO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA HERBERT DE SOUZA				
NOME COMPLETO _____					PRONTUÁRIO _____	
SEXO _____	DN OU IDADE _____	PESO _____	SERVIÇO _____	LEITO _____	GS+RH _____	
DIAGNÓSTICO _____			INDICAÇÃO CLÍNICA _____			
TRANSFUÇÃO PRÉVIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		REAÇÃO TRANSFUSIONAL SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Nº GESTAÇÕES _____		
COMPONENTES		QUANTIDADE OU VOLUME		EXAMES JUSTIFICANDO A SOLICITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE HEMÁCIAS		_____		Hb _____ Ht _____		
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS		_____		Nº DE PLAQUETAS _____		
<input type="checkbox"/> PLASMA FRESCO CONGELADO		_____		TAP _____ PTT _____ INR _____		
<input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADO		_____		FIBRINOGÊNIO _____		
PROCEDIMENTO ESPECIAL		<input type="checkbox"/> DESLEUCOCITAR <input type="checkbox"/> FENOTIPAR <input type="checkbox"/> IRRADIAR <input type="checkbox"/> LAVAR <input type="checkbox"/> DESPLASMATIZAR <input type="checkbox"/> ÁFERESE				
TIPO DE TRANSFUÇÃO						
<input type="checkbox"/> PROGRAMADA — PARA O DIA ____/____/____						
<input type="checkbox"/> NÃO URGENTE — para transfusão dentro de 8 horas a partir da hora da solicitação						
<input type="checkbox"/> URGENTE — para transfusão dentro de 3 horas a partir da hora da solicitação						
<input type="checkbox"/> EXTREMA URGÊNCIA — o médico solicitante deverá assinar o Termo de Responsabilidade abaixo.						
Data ____/____/____		Hora ____:____		ASSINATURA E CRM DO MÉDICO _____		
LIBERAÇÃO DE CONCENTRADO(S) DE HEMÁCIA(S) DE EXTREMA URGÊNCIA AUTORIZO A EXPEDIÇÃO DA(S) UNIDADES DE CONCENTRADO(S) DE HEMÁCIA(S) SOLICITADA(S) SEM A FINALIZAÇÃO DOS TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS, JUSTIFICADA POR RISCO DE MORTE DO PACIENTE SE A TRANSFUÇÃO NÃO FOR REALIZADA IMEDIATAMENTE						
ASSINATURA E CRM DO MÉDICO SOLICITANTE _____						
T:(21) 2868-8261/2868-8126 email: hemo@uerj.br						

Fonte: Acervo HUPE (2015).

Anexo 2. Ficha de controle transfusional

 UERJ - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO HUPE		Tipo Sanguíneo Fator Rh
Ficha de Controle Transfusional		
Nome: _____		Registro: _____
Sexo: _____	Idade: _____	Unidade: _____
		Leito: _____
Data Componente solicitado Hemácias Plasma Plaquetas Outros	Data Componente solicitado Hemácias Plasma Plaquetas Outros	Data Componente solicitado Hemácias Plasma Plaquetas Outros
<input type="checkbox"/> Lavadas <input type="checkbox"/> Filtrado	<input type="checkbox"/> Lavadas <input type="checkbox"/> Filtrado	<input type="checkbox"/> Lavadas <input type="checkbox"/> Filtrado
Hora solicitação: _____ Hora recebimento: _____	Hora solicitação: _____ Hora recebimento: _____	Hora solicitação: _____ Hora recebimento: _____
Pré-Transusão	Pré-Transusão	Pré-Transusão
Hora: _____ Sinais Vitais: PA Tax FC FR	Hora: _____ Sinais Vitais: PA Tax FC FR	Hora: _____ Sinais Vitais: PA Tax FC FR
Sinais e Sintomas	Sinais e Sintomas	Sinais e Sintomas
Febre Mal estar Outro(s): _____	Febre Mal estar Outro(s): _____	Febre Mal estar Outro(s): _____
Acesso venoso: N°(s) da(s) bolsa(s) _____	Acesso venoso: N°(s) da(s) bolsa(s) _____	Acesso venoso: N°(s) da(s) bolsa(s) _____
Rubrica	Rubrica	Rubrica
Término da transfusão	Término da transfusão	Término da transfusão
Hora: _____ Sinais Vitais: PA Tax FC FR	Hora: _____ Sinais Vitais: PA Tax FC FR	Hora: _____ Sinais Vitais: PA Tax FC FR
Intercorrências	Intercorrências	Intercorrências
Não Sim (marque abaixo)	Não Sim (marque abaixo)	Não Sim (marque abaixo)
Febre Calafrio/Tremor Dispneia Urticária/Prurido Outro(s): _____	Febre Calafrio/Tremor Dispneia Urticária/Prurido Outro(s): _____	Febre Calafrio/Tremor Dispneia Urticária/Prurido Outro(s): _____
Rubrica	Rubrica	Rubrica
Observações	Observações	Observações

Anexo 3. Ficha de notificação de reação.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL			
Nome do Paciente:		GS:	
Registro:	Cor:	Enfermaria:	Leito:
Data de ocorrência:		Cartão do SUS:	
Data de nascimento:		Nome da mãe:	
Indicação da transfusão:			
Diagnóstico:		Ht%:	Hg: Paquetas:
Tipo de componente:		Concentrado de Hemácias ()	Plasma Fresco ()
		Concentrado de plaquetas ()	Crioprecipitado ()
Números das bolsas:			
Sinais e sintomas apresentados:			
() Febre I: °C T: °C			
() Hipertensão Arterial		() Ansiedade	
I: / - T: / mmHg	() Eritema		
() Calafrio	() Taquicardia I:	bpm T:	bpm
() Choque	() Taquipnéia I:	irpm T:	irpm
() Tosse	() Hemoglobulinúria		
() cianose de extremidades	() Urticária		
() Tremores	() Dispnéia		
() Cianose Labial	() Icterícia		
() Vômito	() Pápulas		
() Dor abdominal	() Rouquidão		
() Dor lombar	() Edema Agudo de Pulmão		
() Dor torácica	() Soroconversão		
() Agitação	() Outros:		
Tratamento realizado:			
Responsável pela notificação			
Assinatura:	Matrícula:	Carimbo:	
PELA HEMOVIGILÂNCIA			
Tipo de Reação:		Leve ()	Grave () Moderada ()
Conclusão:			
Conduitas:			
Número de Notificação ANVISA:			
Data:		Responsável:	

Gráfica UERJ - 02-0073

Fonte: Acervo HUPE.

CATETER VENOSO CENTRAL

Andreia F. da Paz
Paula A. S. Monteiro
Renata de O. Maciel

Os acessos venosos centrais compreendem os cateteres venosos centrais (CVC), o cateter central de inserção periférica (CCIP-PICC), cateter semi-implantado e cateter totalmente implantado.

Os procedimentos operacionais-padrão (POPs) relacionados aos cuidados de enfermagem com o cateter venoso central apresentam como objetivo a preservação e permeabilidade do dispositivo, prevenindo complicações infecciosas e garantindo uma prática segura e livre de danos ao paciente.

Fundamenta-se na prática profissional baseada em evidências científicas, respeitando as deliberações da resolução de enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 258/01 sobre inserção de cateter periférico central, o Parecer Técnico do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ) – GT Nº 001/2014 – sobre indicação, inserção, manutenção e remoção do cateter central de inserção periférica por enfermeiro e as Diretrizes Práticas para Terapia Intravenosa da Infusion Nurses Society Brasil.

O conjunto de POPs relacionados aos cateteres venosos centrais apresenta bibliografia e anexos semelhantes, que são apresentados ao final deste capítulo.

Para abordagem do tema proposto, apresentamos os seguintes POPs de enfermagem:

- POP CDC 029 – Cateter venoso central: curativo;
- POP CDC 030 – Coleta de sangue de cateter venoso central;
- POP CDC 031 – Desativação de cateter venoso central;
- POP CDC 032 – Ativação de um cateter venoso central;
- POP CDC 033 – Cateter venoso central: manutenção;
- POP CDC 034 – Inserção de cateter venoso central de inserção periférica;
- POP CDC 035 – Remoção de um cateter venoso central;
- POP CDC 072 – Punção de cateter totalmente implantado.

3.1 POP CDC 029 CATETER VENOSO CENTRAL: CURATIVO

Elaboração: Andreia F. da Paz, Renata de O. Maciel e Paula A. S. Monteiro

Validação: Quimioterapia, Ambulatório de Cateteres e Enfermarias: Pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hematologia, 15-16

Aprovação: Rogério M. de Souza

▶ Conceito

O presente protocolo consiste no curativo de CVC, do tipo: CCIP/PICC, cateter semi-implantado, totalmente implantado e cateter profundo central.

▶ Finalidade

O objetivo deste protocolo é descrever a técnica de curativo de CVC através de procedimento estéril.

▶ Indicações

Este protocolo é indicado para prevenir quadros de infecção em pacientes portadores de CVC.

▶ Contraindicações

Não há contraindicações para este protocolo.

▶ Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro ou médico.

▶ Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 20 minutos.

▶ Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) equipamento de proteção individual (EPI) – gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção;
- b) uma bandeja;
- c) álcool a 70%;
- d) álcool glicerinado a 70%;
- e) um par de luvas de procedimento;
- f) um par de luvas estéreis;
- g) dois pacotes de gazes estéreis;

- h) antisséptico tópico: clorexidina alcoólica a 0,5% (de preferência) ou álcool a 70%;
- i) dois flaconetes de solução salina a 0,9%;
- j) cobertura: preferencialmente filme transparente estéril semipermeável, ou gaze e fita microporosa hipoalergênica (micropore®) ou esparadrapo impermeável;
- k) etiqueta de identificação;
- l) um rolo pequeno de atadura (opcional);
- m) campo estéril.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme POP cuidado indireto ao cliente (CIC) 041;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) colocar gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- o) preparar o material a ser usado no campo estéril, utilizando técnica asséptica;
- p) calçar luvas de procedimento;

- q) retirar o curativo, observando o aspecto da pele e do orifício de inserção do cateter, quanto a sinais flogísticos: hiperemia, edema, presença de secreção e dor;
- r) medir o cateter do óstio até a ponta (sem o conector valvulado), para controle de possível deslocamento do mesmo;
- s) retirar as luvas de procedimento;
- t) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- u) colocar luvas estéreis;
- v) realizar a limpeza do óstio (quando houver secreção), utilizando gaze umedecida em solução salina a 0,9%, com movimentos circulares de dentro para fora, utilizando uma gaze para cada movimento;
- w) realizar antisepsia do óstio e pele ao redor, utilizando gaze umedecida com clorexidina alcoólica a 0,5% ou álcool a 70%, com movimentos circulares de dentro para fora, utilizando uma gaze para cada movimento;
- x) realizar desinfecção do cateter no sentido do óstio para a ponta, utilizando gaze umedecida com clorexidina alcoólica a 0,5% ou álcool a 70%;
- y) aplicar o curativo (observar as recomendações para cada tipo de cobertura);
- z) quando ativado, proteger a conexão do cateter com equipo de infusão, utilizando gaze estéril e esparadrapo;
- aa) envolver com atadura o membro no local do cateter (se indicado), tendo o cuidado para não tracioná-lo, nem enfaixá-lo de maneira compressiva, utilizando no máximo três voltas;
- ab) fixar a atadura com esparadrapo impermeável;
- ac) colocar a identificação (data, tipo e nº do dispositivo, assinatura e número da matrícula ou COREN do profissional);
- ad) retirar as luvas estéreis;
- ae) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- af) deixar o paciente confortável;
- ag) manter a organização da unidade do paciente;
- ah) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ai) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;

aj) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) utilizar técnica rigorosamente estéril para a troca de curativos;
- b) o local de inserção do cateter deverá ser rigorosamente inspecionado diariamente;
- c) para evitar danos estruturais no cateter ou sua migração, recomenda-se:
 - utilizar movimentos firmes, porém cuidadosos,
 - não usar lâminas ou tesouras próximo ao cateter,
 - evitar colocar esparadrapo em cima do cateter.
- d) realizar o primeiro curativo com gaze e fita microporosa hipoalergênica. A troca será feita no prazo de 24 horas (devido incidência de sangramentos);
- e) em caso de deslocamento da cobertura, presença de sangue, secreção e ou sujidade, o curativo deve ser trocado imediatamente;
- f) as extensões (*plug*, conectores, polifix®) devem ser mantidas protegidas, com gaze seca estéril e esparadrapo impermeável e o manuseio (*flush*) feito com luvas estéreis;
- g) os filmes transparentes semipermeáveis são recomendados porque permitem a contínua inspeção do sítio de inserção do cateter, protegem de umidade e requerem trocas menos frequentes dos curativos;
- h) na ausência do filme transparente, os curativos com gaze estéril e fita adesiva devem ser trocados a cada 48 horas, ou quando apresentar sujidade, umidade e/ou integridade comprometida;
- i) quando a gaze for associada à cobertura com filme transparente semipermeável, deverá ser trocada pelo menos a cada 48 horas, ou quando apresentar-se sujo ou úmido ou sua integridade estiver comprometida;
- j) o tempo de troca do filme transparente semipermeável deve ser em até sete dias, considerando as recomendações do fabricante e condições do curativo;
- k) durante o banho, proteger o curativo de fixação com plástico já que este deve ser mantido limpo e seco durante todo o tempo. Caso molhe, trocar imediatamente após o banho;

- l) na ausência do campo estéril, pode ser utilizado o invólucro estéril da luva cirúrgica.

3.2 POP CDC 030 COLETA DE SANGUE DE CATETER VENOSO CENTRAL

Elaboração: Andreia F. da Paz, Renata de O. Maciel e Paula A. S. Monteiro

Validação: Quimioterapia, Ambulatório de Cateteres e Enfermarias: Pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hematologia, 15-16

Aprovação: Rogério M. de Souza

▶ Conceito

O presente protocolo consiste na técnica para coleta de amostras de sangue através do CVC, do tipo: CCIP maior ou igual a 3 Fr, cateter semi-implantado, cateter totalmente implantado e cateter profundo.

▶ Finalidade

Este protocolo destina-se à coleta de amostras de sangue para realização de exames laboratoriais.

▶ Indicações

A coleta de sangue por CVC é indicada:

- a) para pacientes que necessitam de coleta de sangue para exames laboratoriais e/ou hemoculturas com difícil acesso venoso periférico e apresentam cateteres venosos com bom refluxo;
- b) suspeita de infecção de cateteres venosos;
- c) cateteres menores de 3 Fr – somente indicado para hemocultura.

▶ Contraindicações

A coleta de sangue por CVC é contraindicada para:

- d) cateteres venosos que apresentam refluxo reduzido ou ausente;
- e) cateteres venosos que não estão posicionados em veia central.

▶ Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo médico.

▶ Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) uma bandeja;
- b) álcool a 70%;
- c) álcool glicerinado a 70%;
- d) um par de luvas estéreis;
- e) Um par de luvas de procedimento;
- f) duas seringas *luer lock* (Anexo 1) de 10 ml;
- g) uma seringa *luer lock* de 5 ml (para aspirar);
- h) um flaconete de soro fisiológico (SF) a 0,9%;
- i) um pacote de gaze estéril;
- j) um conector valvulado – bionector® (Anexo 2);

Figura 1. Seringa *luer lock*



Cirúrgica Estilo (2013).

- k) duas agulhas (30 mm x 8 mm);
- l) compressa estéril (opcional);
- m) tubos de sangue de acordo com o exame solicitado;
- n) EPI: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e capote ou avental não estéril;
- o) campo estéril.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler o pedido de exame, definindo os tubos indicados para o exame e o volume a ser coletado;
- b) identificar os tubos com nome completo do paciente, número do prontuário, enfermaria, leito, data e horário da coleta;

- c) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- d) separar uma bandeja para o procedimento;
- e) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- f) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- g) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- h) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- i) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- j) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- k) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- l) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- m) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- n) colocar o gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e capote ou avental não estéril;
- o) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- p) abrir o material a ser utilizado sob o campo estéril, utilizando técnica asséptica;
- q) calçar luvas de procedimento;
- r) retirar o curativo parcialmente, até a exposição do conector valvulado e do *clamp*;
- s) retirar a proteção de gaze e esparadrapo da extremidade do cateter;
- t) retirar as luvas de procedimento;
- u) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- v) calçar as luvas estéreis;
- w) preencher uma seringa de 10 ml com solução fisiológica a 0,9% com o volume adequado para o *flushing* (lavagem) do cateter determinado na prescrição de enfermagem e deixar as outras seringas vazias;
- x) desconectar o cateter do equipo de infusão, quando ativado;
- y) realizar desinfecção da extremidade do cateter com solução alcoólica a 70% por meio de fricção vigorosa com no mínimo três movimentos rotatórios, utilizando gaze estéril;

- z) colocar a extremidade do cateter sobre um campo estéril (gaze ou compressa);
- aa) conectar a seringa *luer lock* de 5 ml vazia no conector valvulado;
- ab) abrir o *clamp* (se houver);
- ac) aspirar de 1 a 2 ml de sangue (*vide* cuidados especiais), desprezar esta amostra (caso haja indicação para hemocultura, utilizar esta amostra) e, com outra seringa, aspirar o volume necessário de sangue para outros exames;
- ad) colocar o sangue coletado nos tubos de sangue;
- ae) fechar o *clamp* no local adequado (parte mais rígida) ao término de qualquer etapa do procedimento, incluindo entre uma coleta e outra para manter o dispositivo fechado e controlar o refluxo de sangue;
- af) conectar a seringa de 10 ml (obrigatoriamente para o CCIP) e realizar um *flushing* de solução fisiológica 0,9% para lavar todo o circuito, com o volume determinado na prescrição de enfermagem;
- ag) fechar o *clamp* e desconectar a seringa;
- ah) fazer desinfecção do adaptador valvulado com gaze estéril e álcool a 70%;
- ai) retornar a infusão de soluções, se a coleta for realizada num cateter ativado;
- aj) realizar o procedimento de desativação, conforme POP CDC 031, se a coleta for realizada num cateter desativado;
- ak) retirar as luvas estéreis;
- al) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- am) deixar o paciente confortável;
- an) manter a organização da unidade do paciente;
- ao) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ap) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- aq) realizar as anotações necessárias, registrando o fluxo e o refluxo do cateter e alterações observadas, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) quando o paciente estiver utilizando um conector valvulado (bionector®) e tiver seringa *luer lock* não precisa retirar o conector;

- b) na ausência da seringa de *luer lock*, substituir por seringa comum, retirando o conector valvulado para realizar o procedimento;
- c) na ausência do campo estéril, pode ser utilizado o invólucro estéril da luva cirúrgica;
- d) preferencialmente, realizar a coleta do sangue na via de maior calibre do cateter;
- e) se a coleta for realizada num cateter que está recebendo infusão de soluções, deve-se antes da coleta, aspirar 1-1,5 ml de sangue (criança) e 2 ml (adulto) e desprezar, depois realizar o procedimento de coleta;
- f) para coleta de hemocultura de cateteres, não é preciso desprezar uma amostra do sangue antes da coleta;
- g) o volume a ser coletado e colocado no tubo está determinado no tubo de exame, conforme recomendações dos fabricantes;
- h) o volume mínimo para o *flushing* (lavagem do cateter) do cateter deverá ser duas vezes o volume da capacidade do cateter (*priming*). O *flushing* e o *priming* devem estar descritos na prescrição de enfermagem. Recomendamos para pacientes adolescentes e adultos o *flushing* com 10 ml de solução fisiológica a 0,9% e para crianças o *flushing* com 2 a 5 ml para aumentar a permeabilidade do cateter;
- i) atentar para possíveis modificações no *priming* do cateter, de acordo com o fabricante.

3.3 POP CDC 031 DESATIVAÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

Elaboração: Andreia F. da Paz, Renata de O. Maciel e Paula A. S. Monteiro

Validação: Quimioterapia, Ambulatório de Cateteres e Enfermarias: Pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hematologia, 15-16

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na técnica de desativação do CVC, mantendo a permeabilidade do mesmo. Pode ser utilizado para CCIP-PICC, cateter semi-implantado e cateter totalmente implantado.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é manter a permeabilidade do cateter quando fora do uso.

► Indicações

Este protocolo é indicado no término temporário da terapia proposta com a previsão de utilização posterior do cateter.

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado para pacientes com síndrome da veia cava superior, trombose de veias subclávia e cava superior, tamponamento cardíaco e infecção por fungos.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro ou médico.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 20 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) uma bandeja ou cuba-rim;
- b) álcool a 70%;
- c) álcool glicerinado a 70%;
- d) um campo estéril;
- e) um par de luvas estéreis;
- f) um par de luvas de procedimento;
- g) duas seringas *luer lock* de 10 ml;
- h) dois pacotes de gaze estéril;
- i) um conector valvulado (*bionector*®), preferencialmente, ou protetor para cone *luer* (tampinha) estéril (Figura 3);
- j) duas agulhas 30 mm x 8 mm;
- k) EPI: gorro, máscara cirúrgica e óculos de proteção.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;

- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) colocar o gorro, a máscara cirúrgica e óculos de proteção;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- o) preparar o material a ser usado no campo estéril, utilizando técnica asséptica;
- p) calçar luvas de procedimento;
- q) retirar o curativo parcialmente, até a exposição da extremidade e do *clamp*;
- r) retirar luvas de procedimento;
- s) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- t) calçar as luvas estéreis;
- u) preencher uma seringa de 10 ml com solução fisiológica a 0,9% utilizando o volume determinado para a realização do *flushing* (lavagem) do cateter, conforme descrito na prescrição de enfermagem;
- v) preencher uma seringa de 10 ml com solução para desativação, indicada para cada tipo de cateter (*vide* em cuidados especiais);
- w) fechar os *clamps* do equipo e do cateter, quando existir;
- x) desconectar o equipo da extremidade do cateter;
- y) realizar desinfecção da extremidade do cateter com solução alcoólica a 70% por meio de fricção vigorosa com no mínimo três movimentos rotatórios, utilizando gaze estéril;

- z) adaptar a seringa de 10 ml com solução fisiológica, abrir o *clamp*, certificar-se do refluxo do cateter, aspirando até o início da visualização do sangue;
- aa) realizar o *flushing* de solução fisiológica de acordo com a prescrição de enfermagem, fechando o *clamp* ao término desta etapa;
- ab) trocar o conector valvulado (bionector®) do cateter;
- ac) abrir o *clamp* e administrar solução de desativação na quantidade indicada para o cateter, conforme a prescrição de enfermagem;
- ad) fechar o *clamp* no local apropriado (na parte mais rígida do cateter);
- ae) envolver a extremidade e a extensão do cateter com gaze estéril;
- af) realizar o curativo do óstio (se indicado), conforme o POP CDC 029;
- ag) proteger o membro do cateter com atadura, tendo o cuidado para não tracionar o mesmo, nem enfaixar de maneira compressiva, utilizando no máximo três voltas;
- ah) retirar luvas estéreis;
- ai) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- aj) deixar o paciente confortável;
- ak) manter a organização da unidade do paciente;
 - al) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- am) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- an) realizar as anotações necessárias, registrando o fluxo e o refluxo do cateter e alterações observadas, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) este procedimento incluirá a realização do curativo do óstio, caso não tenha sido feito no mesmo dia, conforme o POP CDC 029;
- b) na ausência da seringa de *luer lock*, substituir por seringa comum e desativar antes de colocar o conector valvulado para realizar o procedimento;
- c) na ausência do conector valvulado, fechar o cateter com o protetor para cone *luer* (tampinha) estéril;
- d) na ausência do campo estéril, pode ser utilizado o invólucro estéril da luva cirúrgica;

- e) quando o cateter apresentar duas vias, dobrar o material e utilizar seringas exclusivas para cada via, mantendo o volume indicado para desativação em cada via;

Quadro 1. Solução de desativação para os cateteres

TIPO DE CATETER	SOLUÇÃO PADRONIZADA	VOLUME ADMINISTRADO	
Cateter central de inserção periférica (CCIP/PICC)	Heparina pura – 5.000 U/5 ml (<i>priming</i> do cateter + 0,2 ml)	1 a 3 Fr	> 3 Fr
		0,5 a 1,0 ml (conforme o <i>priming</i>)	1,0 ml
Semi-implantado	Solução de heparina -100 U/ ml: utilizar heparina (5.000 U/5 ml) + solução fisiológica 0,9% (SF) Exemplo: 0,1 ml de heparina para cada 0,9 ml de SF	2 a 3 Fr	> ou igual a 4Fr
		2,0 ml	3 ml a 4 ml
Totalmente implantado	Solução de heparina -100 U/ ml: utilizar Heparina (5.000 U / 5 ml) + Solução fisiológica 0,9% (SF) Exemplo: 0,1 ml de heparina para cada 0,9 ml de SF	2.8 a 3.9 Fr	> ou igual a 4 Fr
		2,0 ml	3 a 4 ml

COMPOP/HUPE (2015).

Quadro 2. Calibres do cateter e recomendações para volume do *flushing*.

Fr/ga	Lúmen	cm	<i>Priming</i> ml	X2 = /ml
1/12	1	30	0,16	0,36
1,9/26	1	50	0,13	0,26
2/23	1	28	0,15	0,30
2/20	1	30	0,23	0,46
2,8/22	1	50	0,19	0,38
3/20	1	60	0,26	0,52
3/20	1	60	0,36	0,72
3/20	1	65	0,26	0,52
4/18	1	60	0,32	0,64
4/18	1	65	0,33	0,66
5/16	1	60	0,42	0,84
5/16	1	65	0,41	0,82
4/18	2	60	0,17	0,34
5/16	2	60	0,29	0,58
5/16	2	65	0,27	0,54
6/14	2	60	0,36	0,72

Tavares (2009).

- f) atentar para possíveis modificações no *priming* do cateter, de acordo com o fabricante;
- g) o volume mínimo indicado para o *flushing* (lavagem) do cateter é duas vezes o *priming* (capacidade interna) do cateter. O *flushing* e o *priming* devem estar descritos na prescrição de enfermagem. Recomendamos para pacientes adolescentes e adultos o *flushing* com 10 ml de solução fisiológica a 0,9% e para crianças o *flushing* com 2 a 5 ml para aumentar a permeabilidade do cateter;
- h) para o cateter totalmente implantado, após o procedimento de desativação, deve-se retirar agulha tipo Huber *point* e realizar curativo compressivo no local, com gaze estéril e esparadrapo microporoso ou comum.

3.4 POP CDC 032 ATIVAÇÃO DE UM CATETER VENOSO CENTRAL

Elaboração: Andreia F. da Paz, Renata de O. Maciel e Paula A. S. Monteiro

Validação: Quimioterapia, Ambulatório de Cateteres e Enfermarias: Pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hematologia, 15-16

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste em técnica de abertura de um cateter venoso central (CVC). Pode ser utilizado para cateter central de inserção periférica (CCIP-PICC), cateter semi-implantado e cateter totalmente implantado.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é a abertura de um acesso venoso central preservando a permeabilidade do dispositivo, prevenindo complicações infecciosas e obstrução deste.

► Indicações

Este protocolo é indicado na utilização de um CVC confiável diário, contínuo ou intermitente.

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado em casos de trombose de veias subclávia e veias cavas, síndrome da veia cava superior, tamponamento cardíaco.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro ou médico.

► **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em cerca de 30 minutos.

► **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) uma bandeja;
- b) álcool a 70%;
- c) álcool glicerinado a 70%;
- d) um par de luvas estéreis;
- e) um par de luvas de procedimento;
- f) uma seringa *luer lock* de 10 ml;
- g) uma seringa *luer lock* de 5 ml (para aspirar);
- h) um flaconete de SF a 0,9%;
- i) um pacote de gaze estéril;
- j) um conector valvulado – bionector®;
- k) duas agulhas (30 mm x 8 mm);
- l) compressa estéril (opcional);
- m) EPI: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção;
- n) campo estéril;
- o) uma conexão de duas vias (polifix®) (opcional);
- p) um equipo de soro preenchido com hidratação venosa conforme a prescrição médica.

► **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;

- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) colocar a máscara cirúrgica, gorro e óculos de proteção;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- o) abrir o material a ser utilizado sob o campo estéril, utilizando técnica asséptica;
- p) calçar luvas de procedimento;
- q) retirar o curativo parcialmente, até a exposição do conector valvulado e do *clamp*;
- r) retirar a proteção de gaze e esparadrapo da extremidade do cateter;
- s) retirar as luvas de procedimento;
- t) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- u) calçar as luvas estéreis;
- v) preencher uma seringa de 10 ml com solução fisiológica a 0,9% utilizando o volume determinado para o *flushing* (lavagem) do cateter, conforme descrito na prescrição de enfermagem e deixar a outra seringa vazia;
- w) realizar desinfecção da extremidade do cateter com solução alcoólica a 70% por meio de fricção vigorosa com no mínimo três movimentos rotatórios utilizando gaze estéril;
- x) colocar a extremidade do cateter sobre um campo estéril (gaze ou compressa);
- y) conectar a seringa *luer lock* de 5 ml vazia no conector valvulado;
- z) abrir o *clamp* (se houver);
- aa) aspirar suavemente de 1 a 2 ml de sangue (*vide* cuidados especiais), desprezando esta amostra;

- ab) fechar o *clamp* no local adequado (parte mais rígida) ao término de qualquer etapa do procedimento, para manter o dispositivo fechado e controlar o refluxo de sangue;
- ac) conectar a seringa de 10 ml (obrigatoriamente para o CCIP) e realizar um *flushing* de solução fisiológica 0,9% para lavar todo circuito, com o volume determinado na prescrição de enfermagem;
- ad) adaptar o cateter ao polifix® e ao equipo do sistema de hidratação venosa;
- ae) assegurar-se de que as conexões estejam firmes e não soltarão;
- af) proteger as conexões com gaze estéril e esparadrapo;
- ag) caso seja necessário, trocar de luvas estéreis e realizar o curativo conforme o POP CDC 029;
- ah) enfaixar o membro do cateter com atadura para melhor fixação, utilizando no máximo três voltas (opcional);
- ai) deixar o paciente confortável;
- aj) manter a organização da unidade do paciente;
- ak) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- al) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- am) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) quando o cateter apresentar mais de um lúmen e houver a necessidade de ativação de outro lúmen, deve-se repetir todos os passos do procedimento em cada via do cateter, utilizando seringas diferentes para cada via;
- b) deve-se desprezar a primeira amostra de sangue para retirar a solução de desativação do cateter, aspirando lentamente de 1-1,5 ml de sangue (criança) e 2 ml (adulto);
- c) durante o procedimento, testar fluxo e refluxo do cateter para avaliar a permeabilidade do cateter;
- d) para os cateteres CCIP/PICC utiliza-se a tabela de calibres do cateter e recomendações para volume do *flushing* (TAVARES, 2009), *vide* o POP CDC 031 – Desativação de cateter venoso central;
- e) atentar para possíveis modificações no *priming* do cateter de acordo com o fabricante;

- f) o volume mínimo indicado para o *flushing* (lavagem) do cateter é duas vezes o *priming* (capacidade interna) do cateter. O *flushing* e o *priming* devem estar descritos na prescrição de enfermagem. Recomendamos para pacientes adolescentes e adultos o *flushing* com 10 ml de solução fisiológica a 0,9% e para crianças o *flushing* com 2 a 5 ml para aumentar a permeabilidade do cateter;
- g) na ausência do refluxo deve-se inicialmente realizar manobras para aumento da pressão torácica, visando abertura das válvulas. São estas: solicitar que o paciente inspire profundamente, orientar o paciente para tossir, mudar a posição do paciente. Caso não tenha êxito deve-se avaliar o fluxo e quando presente realizar as demais etapas do procedimento de ativação;
- h) diante da obstrução total do cateter, deve-se realizar o procedimento de desobstrução do cateter (*vide* POP CDC 033) e avaliar também o posicionamento do cateter através de uma radiografia de controle.

3.5 POP CDC 033 CATETER VENOSO CENTRAL: MANUTENÇÃO

Elaboração: Andreia F. da Paz, Renata de O. Maciel e Paula A. S. Monteiro

Validação: Quimioterapia, Ambulatório de Cateteres e Enfermarias: Pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hematologia, 15-16

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na descrição dos cuidados de enfermagem ao paciente portador do cateter venoso central (CVC) para garantir a permeabilidade do cateter e a prevenção de infecção, assegurando uma terapêutica de qualidade e segura.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é manter a permeabilidade do cateter venoso central durante todo o tratamento, prevenindo complicações que determinem a perda precoce do mesmo e comprometam a segurança do paciente.

► Indicações

Este protocolo é indicado para manter a permeabilidade do cateter central de inserção periférica (CCIP-PICC), cateter semi-implantado, cateter totalmente implantado e CVC.

► Contraindicações

Não se aplica (NA).

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em cerca de dez minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- i) uma bandeja;
- j) álcool a 70%;
- k) álcool glicerinado a 70%;
- l) um par de luvas estéreis;
- m) um par de luvas de procedimento;
- n) uma seringa de 10 ml;
- o) um flaconete de SF a 0,9%;
- p) um pacote de gaze estéril;
- q) uma agulha (30 mm x 8 mm);
- r) campo estéril (pode ser o campo da luva estéril);
- s) EPI: gorro, máscara cirúrgica e óculos de proteção.

▶ **Descrição técnica de realização do *flushing* (lavagem) do cateter**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;

- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) colocar gorro, máscara cirúrgica e óculos de proteção;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- o) preparar o material a ser usado no campo estéril, utilizando técnica aséptica;
- p) calçar luvas de procedimento;
- q) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- r) calçar luvas estéreis;
- s) preencher uma seringa de 10 ml com solução fisiológica a 0,9% utilizando o volume determinado para a realização do *flushing* (lavagem) do cateter, conforme descrito na prescrição de enfermagem;
- t) fechar os *clamps* do equipo e do cateter quando o cateter estiver ativado;
- u) desconectar o equipo da extremidade do cateter;
- v) realizar desinfecção da extremidade do cateter com solução alcoólica a 70% por meio de fricção vigorosa com no mínimo três movimentos rotatórios, utilizando gaze estéril;
- w) adaptar a seringa de 10 ml com solução fisiológica, abrir o *clamp*, certificar-se do refluxo do cateter, aspirando até o início da visualização do sangue;
- x) realizar o *flushing* de solução fisiológica, de acordo com a prescrição de enfermagem;
- y) retornar à infusão de hidratação, conectando novamente o equipo de infusão à extremidade do cateter;
- z) proteger as conexões com gaze estéril e fita microporosa;
- aa) retirar as luvas estéreis;
- ab) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- ac) deixar o paciente confortável;
- ad) manter a organização da unidade do paciente;
- ae) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

- af) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ag) realizar as anotações necessárias destacando as condições de fluxo, refluxo e intercorrências, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) o *flushing* (lavagem) do cateter deve ser realizado sempre após a coleta de sangue, transfusão de hemocomponentes, administração de antibióticos, medicamentos vesicantes ou com osmolalidade aumentada, utilizando o volume determinado na prescrição de enfermagem. Na ausência das situações citadas acima, realizar no mínimo o *flushing* de manutenção a cada 12 horas;
- b) pode ser realizado o *flushing* pelo ejetor lateral, utilizando a agulha 30 mm x 8 mm desde que seja mantida a técnica asséptica;
- c) para os cateteres CCIP/PICC utiliza-se a tabela de calibres do cateter e recomendações para volume do *flushing* (Tavares, 2009), vide o POP CDC 031 – Desativação de cateter venoso central;
- d) atentar para possíveis modificações no *priming* do cateter, de acordo com o fabricante;
- e) o volume mínimo indicado para o *flushing* (lavagem) do cateter é duas vezes o *priming* (capacidade interna) do cateter. O *flushing* e o *priming* devem estar descritos na prescrição de enfermagem. Recomendamos para pacientes adolescentes e adultos o *flushing* com 10 ml de solução fisiológica a 0,9% e para crianças o *flushing* com 2 ml a 5 ml para aumentar a permeabilidade do cateter;
- f) o *flushing* deve ser feito em todas as vias do cateter que estiverem ativadas, utilizando seringas diferentes para cada via;
- g) o *flushing* após administração de anfotericina B deverá ser com solução glicosada a 5%, para evitar precipitação devido à incompatibilidade dos fármacos;
- h) para pacientes com terapêutica intermitente, deve-se solicitar prescrição médica de uma hidratação de manutenção: 2 ml/ml a 10 ml/ml de solução salina a 0,9%, para prevenção de obstrução;
- i) observar diariamente o local de instalação do CVC, principalmente buscando presença de edema, hematoma, secreção, dor e outras alterações;

- j) certificar-se do perfeito acoplamento do equipo de soro e ou polifix® ao CVC e este ao conector valvulado. Não tracionar o CVC, evitar dobras no circuito de infusão e do cateter;
- k) para CCIP/PICC, utilizar somente seringas iguais ou maiores que 10 ml, pois seringas menores aumentam a pressão com risco de rompimento do cateter;
- l) deve-se proteger a conexão do cateter com equipo de soro com gaze estéril e fita microporosa, a fim de limitar as aberturas desnecessárias do cateter e garantir a manipulação com técnica asséptica;
- m) é necessária a desinfecção da extremidade do cateter com álcool a 70% três vezes, quando houver abertura e manipulação do mesmo;
- n) diante da obstrução total do cateter, para desobstrução deve-se injetar vitamina C (ácido ascórbico), conforme prescrição médica, utilizando a “técnica da torneirinha” (Figura 4), que consiste na utilização de um *tre-eway* (dânula), acoplado a uma seringa com vitamina C e outra vazia. Primeiro abre-se a via da seringa vazia, aspira-se e fecha-se esta via, em seguida abre-se a via da vitamina C para que esta percorra (por pressão negativa) o caminho até a obstrução, permitindo o contato com o trombo para dissolver sem empurrá-lo;
- o) para pacientes em tratamento ambulatorial, deve-se realizar a manutenção (ativação-desativação) do cateter semi-implantado e CCIP uma vez por semana, e para cateteres totalmente implantados a cada 30 dias. Esta manutenção consiste na ativação conforme o POP CDC 032, seguida de *flushing* (lavagem) descrito neste POP e desativação do cateter conforme o POP CDC 031, com realização do curativo do mesmo, conforme o POP CDC 029.

3.6 POP CDC 034 INSERÇÃO DE CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA

Elaboração: Andreia F. da Paz, Renata de O. Maciel e Paula A. S. Monteiro

Validação: Quimioterapia, Ambulatório de Cateteres e Enfermarias: Pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hematologia, 15-16

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na inserção de um dispositivo vascular longo em uma veia periférica até acima da junção da veia cava superior com átrio direito (ao nível do segundo espaço intercostal direito ou terceira cartilagem costal direita) ou na veia cava inferior (ao nível do hemidiafragma),

quando inserido no membro inferior. O cateter central de inserção periférica (CCIP/PICC) é radiopaco, de poliuretano ou silicone e pode ser encontrado em vários calibres, com um ou mais lúmen. Possui uma agulha ou cateter introdutório, um guia interno ou não em aço inoxidável flexível e marcações a cada 5 cm ou a cada 1 cm.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é descrever a técnica de inserção do CCIP, respaldada na Resolução COFEN nº 258/2001, que dispõe sobre a competência técnica e legal para o enfermeiro inserir o CCIP, desde que qualificado e/ou capacitado profissionalmente.

► Indicações

Este protocolo é indicado para: acesso venoso confiável; uso prolongado de terapias venosas (mais de seis dias); quimioterapias (irritantes e vesicantes), aminas vasoativas, antibioticoterapia prolongada, nutrição parenteral total (NPT).

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado em casos de: infecção da pele ou tecido subcutâneo no local proposto ou próximo da inserção do CCIP; alterações anatômicas (estruturais ou venosas); rede venosa não preservada (esclerose e hematomas devido a punções anteriores), trombose de veia cava superior, dificuldades sociais e econômicas do paciente, incluindo a não disponibilidade para submeter-se a manutenção do cateter semanalmente quando em tratamento ambulatorial.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro ou médico.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 60 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) sabão líquido com antisséptico gluconato de clorexidina a 2% ou iodopovidona (PVP) a 10% com escova degermante;
- b) cateter de calibre adequado, com fio-guia ou não, acompanhado de agulha e dispositivo introdutor estéreis;

- c) bandeja contendo material estéril: duas cubas redondas, uma tesoura ou lâmina, uma pinça para antisepsia, uma pinça anatômica pequena não serrilhada, um campo simples, um campo fenestrado, dez compressas de gaze (ou quantitativo maior);
- d) uma bandeja;
- e) álcool a 70%;
- f) álcool glicerinado a 70%;
- g) um campo cirúrgico ampliado (opcional);
- h) cinco pacotes de gaze estéril;
- i) dois capotes de manga longa;
- j) um garrote (ou punho da luva estéril em neonatologia);
- k) equipamento de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção;
- l) três pares de luvas estéreis;
- m) antisséptico: preferencialmente gluconato de clorexidina degermante a 2% e alcoólica 0,5% ou aquosa 0,5% (para RN) ou PVP-I degermante e alcoólico a 10%;
- n) duas compressas cirúrgicas para secar as mãos;
- o) solução salina a 0,9% (seis flaconetes ou um frasco de 250 ml);
- p) duas seringas de 10 ml;
- q) duas agulhas (30 mm x 8 mm);
- r) um conector valvulado;
- s) um frasco de heparina de 5.000 UI/5 ml;
- t) fita métrica não estéril;
- u) atadura pequena (opcional);
- v) fita adesiva microporosa;
- w) monitor cardíaco;
- x) oxímetro de pulso (em caso de sedação);
- y) carro de curativo ou mesa auxiliar;
- z) foco (opcional).

► **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;

- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material necessário para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- h) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- i) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, solicitando-o que assine o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – Figura 5);
- j) avaliar o paciente e considerar em conjunto com a equipe médica a necessidade de sedação;
- k) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la no carro de curativos ou mesa auxiliar;
- l) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- m) acomodar o paciente em decúbito dorsal;
- n) garrotear o membro a ser puncionado, visando escolher a veia e o calibre do cateter, liberando o garrote logo em seguida;
- o) realizar a medida do comprimento do cateter a ser introduzido, seguindo os seguintes passos:
 - retirar os travesseiros,
 - posicionar o cliente com o braço em ângulo de 90º em relação ao tórax,
 - medir com a fita métrica o comprimento do cateter a ser inserido de acordo com o local da inserção: i) segmento corporal superior direito (veias do membro superior, região cefálica e cervical) – do local de punção (seguindo o trajeto da veia), até a junção manúbrio-esternal direita, em direção ao segundo espaço intercostal; ii) segmento corporal superior esquerdo (veias do membro superior, região cefálica e cervical) – do local da punção à junção manúbrio esternal com a cabeça da clavícula direita ao segundo espaço intercostal; iii) veias

- de membros inferiores – do local da punção (seguindo o trajeto da veia) até a região umbilical e desta até o apêndice xifoide;
- p) medir com fita métrica a circunferência do membro a ser puncionado, acima e abaixo do local de punção, para registro e futuras comparações;
 - q) oferecer ao paciente a máscara, para evitar a contaminação do local pela sua respiração;
 - r) instalar monitor cardíaco e oxímetro de pulso no paciente, quando indicado;
 - s) colocar equipamentos de proteção individual: gorro, óculos de proteção e máscara cirúrgica;
 - t) fazer degermação das mãos com escova de clorexidine degermante ou PVPI degermante (técnica de lavagem cirúrgica);
 - u) secar as mãos com compressa cirúrgica estéril;
 - v) proceder a paramentação cirúrgica colocando capote estéril e luvas estéreis;
 - w) preparar o material em campo estéril sobre o carrinho de curativo;
 - x) reduzir o comprimento do cateter, se necessário (puxar o guia até o local que será cortado);
 - y) realizar a antissepsia da pele com gluconato de clorexidina degermante a 2%, preferencialmente com pinça de antissepsia;
 - z) aguardar a secagem espontânea de cada solução. Quando utilizado iodopovidona, aguardar dois minutos para o início da ação;
 - aa) retirar o antisséptico com gaze estéril e soro fisiológico a 0,9%;
 - ab) realizar a antissepsia da pele com gluconato de clorexidina alcoólica a 0,5%, preferencialmente com pinça de antissepsia;
 - ac) aguardar a secagem espontânea de cada solução. Quando utilizado iodopovidona, aguardar dois minutos para início da ação;
 - ad) garrotear o braço do paciente (solicitar outro profissional para fazê-lo);
 - ae) trocar as luvas, quando não utilizada pinça para a antissepsia da pele;
 - af) colocar o campo simples embaixo do membro a ser puncionado e o campo fenestrado sobre a área de escolha da punção;
 - ag) proceder a punção venosa com o cateter introdutor, colocando o bisel para cima num ângulo de 30° a 45°;
 - ah) obtendo retorno sanguíneo, manter firme o dispositivo introdutório com os dedos indicador e polegar e, com o dedo médio, obstruir o retorno venoso e solicitar à pessoa que está auxiliado para soltar o garrote;

- ai) retirar a agulha do dispositivo introdutor;
- aj) introduzir o cateter com auxílio da pinça, através do dispositivo introdutório, até cerca de 5-10 cm;
- ak) solicitar ao paciente que vire para o lado da punção, comprimindo o queixo contra o ombro, em direção à clavícula. Quando paciente não conseguir virar adequadamente, pedir ao auxiliar para que mobilize a cabeça lateralmente para o local da punção venosa, para evitar o posicionamento inadequado do CCIP;
- al) progredir a introdução do cateter até 15-20 cm do cateter com auxílio da pinça;
- am) retirar o dispositivo introdutório delicadamente da pele do paciente, em seguida dobrá-lo para que se quebre ou rasgue;
- an) introduzir o cateter até medida pré-estipulada com auxílio da pinça;
- ao) retirar o fio-guia do cateter;
- ap) testar o fluxo e refluxo sanguíneo;
- aq) injetar solução fisiológica a 0,9% para remover sangue do interior do cateter;
- ar) observar possíveis queixas e alterações do paciente (ardência, dor e taquicardia);
- as) fechar o cateter com o conector valvulado (bionector[®]);
- at) administrar heparina sódica (frasco com 5.000 UI/5 ml) pura, de acordo com o volume interno comportado pelo cateter mais 0,2 ml;
- au) limpar o sítio da inserção com solução fisiológica a 0,9% e em seguida com álcool a 70%;
- av) fazer curativo com gaze estéril e esparadrapo microporoso nas primeiras 24 horas;
- aw) enfaixar a área onde foi instalado o cateter com atadura (opcional e no máximo com duas voltas);
- ax) retirar as luvas estéreis;
- ay) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- az) deixar o paciente confortável;
- ba) manter a organização da unidade do paciente;
- bb) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- bc) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;

- bd) solicitar raio-x para confirmar posição do CCIP e realizar ativação, conforme o POP CDC 032;
- be) realizar o registro no prontuário do paciente, na folha de evolução e/ou impresso próprio (Figura 6) e no impresso de órtese e prótese (Figura 7) assinando e carimbando o relato;
- bf) complementar a prescrição de enfermagem do paciente com ações prescritivas relacionadas ao CCIP.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) as veias mais utilizadas são as do braço (basílica e cefálica), as do antebraço (braquial mediana e cubital mediana) ou suas ramificações (que podem ou não progredir). Em neonatologia e crianças menores, pode-se utilizar a veia retroauricular, jugular externa, temporal e femoral. Para pacientes adultos também pode ser utilizada a veia jugular externa;
- b) os cateteres com calibre menor que 3.0 Fr não são acompanhados de fio-guia;
- c) evita-se reduzir os cateteres utilizados em crianças e adultos, porque o corte altera a estrutura do cateter, facilitando a fixação de bactérias e aumentando o risco de infecção. Entretanto, para cateteres inseridos na veia jugular, deve-se reduzir o cateter antes da inserção para reduzir as complicações relacionadas à migração do CCIP;
- d) quando sentir resistência durante a introdução do cateter, não forçar a passagem deste. Pode-se injetar simultaneamente solução salina 0,9% para abrir as válvulas venosas, facilitando assim a progressão;
- e) limitar o número de tentativas de punção em até três vezes para evitar o risco de infecção;
- f) não é recomendado o início da infusão de drogas antes da confirmação da localização da ponta do cateter pela radiografia;
- g) a ponta do cateter encontra-se adequadamente instalada na veia cava superior, localizada logo acima da junção da veia cava superior com o átrio direito (INS, 2011) (Figura 8) ou em veia cava inferior em terço superior, quando a punção for em membro inferior, comumente utilizado em neonatologia;
- h) não utilizar seringas menores de 10 ml no manuseio do CCIP devido ao risco de rompimento do cateter;
- i) em cateteres menores de 3 Fr, deve-se evitar a infusão de hemoderivados e coleta de amostra de sangue para exames (exceto pesquisa

de micro-organismo – hemocultura), devido ao risco de obstrução do cateter;

- j) observar possíveis complicações:
- nas primeiras 24 horas: sangramento, hematoma, edema, oclusão parcial ou total da luz do cateter por dobra, posição inadequada da ponta do cateter ou impermeabilização insuficiente do mesmo;
 - tardia (após 24 horas): infecciosas (infecção no sítio, flebite, celulite, abscesso, sepse e endocardite) e não infecciosas (mau posicionamento do cateter, perfuração do endocárdio e miocárdio, ruptura do cateter, trombose venosa, flebite mecânica, flebite química, oclusão parcial ou total da luz do cateter por dobra, posição inadequada da ponta do cateter ou impermeabilização insuficiente do mesmo).

3.7 POP CDC 035 REMOÇÃO DE UM CATETER VENOSO CENTRAL

Elaboração: Andreia F. da Paz, Renata de O. Maciel e Paula A. S. Monteiro

Validação: Quimioterapia, Ambulatório de Cateteres e Enfermarias: Pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Hematologia, 15-16

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na remoção de um cateter venoso central do tipo: cateter central de inserção periférica (CCIP-PICC), cateter venoso central mono, duplo/triplo lúmen.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é remover um cateter central com técnica asséptica e sem causar danos ao paciente.

► Indicações

São indicações:

- a) término da terapia proposta;
- b) sinais flogísticos de infecção no sítio de inserção ou ao longo do trajeto da veia: dor, calor, rubor, endureção, edema ou secreção;
- c) bacteremia;
- d) sepse;
- e) trombose;
- f) obstrução;
- g) infecção fúngica.

► **Contraindicações**

São contra-indicações:

- a) troca de rotina para prevenção de infecção;
- b) presença de flebite mecânica;
- c) hemocultura positiva de germe tratável (considerar avaliação da equipe médica).

► **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo médico.

► **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em cerca de 15 minutos.

► **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) uma bandeja;
- b) um par de luvas de procedimento;
- c) um par de luvas estéreis;
- d) solução salina a 0,9% ou óleo mineral;
- e) um pacote de gaze estéril;
- f) álcool a 70%;
- g) álcool glicerinado a 70%;
- h) material de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção;
- i) lâmina de bisturi (para os cateteres com pontos cirúrgicos);
- j) porta-agulha (para os cateteres com pontos cirúrgicos);
- k) pinça anatômica (para os cateteres com pontos cirúrgicos);
- l) campo estéril.

► **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;

- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) colocar gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção e capote ou avental;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- o) preparar o material a ser utilizado no campo estéril, utilizando técnica asséptica;
- p) calçar as luvas de procedimento;
- q) interromper a infusão de hidratação venosa;
- r) remover a fixação e o curativo, utilizando gaze embebida em soro fisiológico ou óleo mineral;
- s) observar a área de inserção do cateter;
- t) retirar as luvas de procedimento;
- u) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- v) calçar luvas estéreis;
- w) realizar a limpeza do óstio (quando houver secreção), utilizando gaze umedecida em solução salina a 0,9%, com movimentos circulares de dentro para fora, utilizando uma gaze para cada movimento;
- x) realizar antisepsia do óstio e pele ao redor, utilizando gaze umedecida com clorexidina alcoólica a 0,5% ou álcool a 70%, com movimentos circulares de dentro para fora, utilizando uma gaze para cada movimento;
- y) realizar antisepsia do cateter no sentido do óstio para a ponta, utilizando gaze umedecida com clorexidina alcoólica a 0,5% ou álcool a 70%;

- z) caso seja necessário, remover os pontos cirúrgicos de fixação do cateter com auxílio do porta-agulha, da lâmina de bisturi e da pinça anatômica, conforme o POP CDC 056 012 – Retirada de pontos cirúrgicos;
- aa) firmar o cateter próximo ao sítio de inserção;
- ab) tracionar o cateter, exteriorizando-o lentamente;
- ac) fazer compressão utilizando compressa de gaze estéril no sítio de inserção;
- ad) medir o comprimento do cateter retirado, comparando com a medida de inserção inicial;
- ae) cortar a ponta 5 cm com lâmina estéril e quando for solicitado, enviar a ponta para cultura, colocando-a num frasco estéril;
- af) realizar curativo compressivo, utilizando gaze estéril e esparadrapo no local de inserção do cateter;
- ag) retirar as luvas estéreis;
- ah) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- ai) deixar o paciente confortável;
- aj) manter a organização da unidade do paciente;
- ak) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- al) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- am) realizar as anotações necessárias, descrevendo as características do óstio, o tamanho do cateter retirado e alguma intercorrência, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) na presença de resistência, não forçar, devido ao risco de ruptura do cateter. Deve-se inicialmente realizar manobras para abertura de válvulas (solicitar que o paciente inspire profundamente, tossir, modificar a posição do paciente). Pode-se utilizar compressa morna para vasodilatação. A compressa morna é aplicada de 20 a 30 minutos sobre a área mais ampla possível, respeitando a esterilidade do local. Aguardar de 12 a 24 horas para nova tentativas e nesse período aplicar compressas mornas a cada seis a oito horas. Caso as manobras realizadas não tenham sucesso, pode ser necessário uma radiografia para visualizar o corpo do cateter e avaliação médica;

- b) quando a indicação de retirada é infecciosa, deve-se encaminhar 5 cm da ponta do cateter em frasco estéril, para cultura no laboratório;
- c) na ausência do campo estéril, pode ser utilizado o invólucro estéril da luva cirúrgica.

3.8 POP CDC 072 ATIVAÇÃO DE UM CATETER TOTALMENTE IMPLANTADO

Elaboração: Andreia F. da Paz, Renata de O. Maciel e Paula A. S. Monteiro

Validação: Quimioterapia, Ambulatório de Cateteres e Enfermarias: pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, hematologia, 15-16.

Aprovação: Rogério M. de Souza

▶ Conceito

O presente protocolo consiste na técnica de abertura de um cateter totalmente implantado.

▶ Finalidade

O objetivo deste protocolo é a manutenção do acesso venoso central preservando a permeabilidade do dispositivo, prevenindo complicações infecciosas e obstrução do mesmo.

▶ Indicações

Este protocolo é indicado na utilização de um cateter venoso central confiável diário e contínuo.

▶ Contraindicações

A técnica está contraindicada em caso de trombose de veias subclávias e veias cavas, síndrome da veia cava superior, tamponamento cardíaco.

▶ Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro ou médico.

▶ Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em cerca de 30 minutos.

▶ Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) uma bandeja;
- b) álcool a 70%;
- c) álcool glicerinado a 70%;

- d) um par de luvas de procedimento;
- e) um par de luvas estéreis;
- f) uma seringa de 10 ml;
- g) uma seringa de 5 ml;
- h) um pacote de gaze estéril;
- i) compressa estéril (opcional);
- j) duas agulhas 30 mm x 8 mm;
- k) uma agulha de Hurber (Figura 9);
- l) antisséptico: preferencialmente gluconato de clorexidina alcoólica 0,5% ou aquosa 0,5% para RN (recém-nascido) ou álcool a 70%;
- m) uma conexão de duas vias (polifix®) (opcional);
- n) um equipo de soro preenchido com hidratação venosa prescrita;
- o) material de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica e óculos de proteção.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) colocar a máscara cirúrgica, gorro e óculos de proteção;

- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;
- o) observar o local de punção palpando o dispositivo sob a pele (Anexo 10) e verificando a presença de alterações e sinais flogísticos;
- p) preparar o material a ser usado no campo estéril, utilizando técnica aséptica;
- q) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- r) calçar as luvas estéreis;
- s) encher a seringa de 10 ml com solução fisiológica a 0,9%, conforme o volume de *flush* determinado na prescrição de enfermagem;
- t) preencher a extensão da agulha de Huber com solução fisiológica a 0,9%;
- u) fazer a antisepsia do local a ser puncionado com clorexidina alcoólica a 0,5%;
- v) preferencialmente, aguardando secagem espontânea da solução;
- w) puncionar o dispositivo, aspirar suavemente 1-2 ml de sangue com a seringa de 5 ml, desprezando esta amostra;
- x) fechar o *clamp* (quando existir) da agulha;
- y) adaptar a seringa com solução fisiológica a 0,9%, abrir o *clamp* e fazer um *flushing* (lavagem), conforme prescrição de enfermagem, para lavar todo o circuito;
- z) adaptar o cateter ao polifix® e ao equipo do sistema de hidratação venosa;
- aa) assegurar que as conexões estejam firmes e não se soltarão;
- ab) proteger as conexões com gaze estéril e esparadrapo;
- ac) caso seja necessário, trocar de luvas estéreis e realizar o curativo conforme o POP CDC 029;
- ad) enfaixar o membro do cateter com atadura para melhor fixação, utilizando no máximo três voltas (opcional);
- ae) deixar o paciente confortável;
- af) manter a organização da unidade do paciente;
- ag) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ah) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ai) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) o volume mínimo indicado para o *flushing* (lavagem) do cateter é duas vezes o *priming* (capacidade interna) do cateter. O *flushing* e o *priming* devem estar descritos na prescrição de enfermagem. Recomendamos para pacientes adolescentes e adultos o *flushing* com 10 ml de solução fisiológica a 0,9% e para crianças o *flushing* com 2 ml a 5 ml para aumentar a permeabilidade do cateter;
- b) durante o procedimento, testar fluxo e refluxo do cateter para avaliar a permeabilidade do cateter;
- c) na ausência do refluxo, deve-se inicialmente realizar manobras para aumento da pressão torácica visando abertura das válvulas. São estas: solicitar que o paciente inspire profundamente, orientar o paciente para tossir e mudar a posição do paciente. Caso não tenha êxito, deve-se avaliar o fluxo e quando presente realizar as demais etapas do procedimento de ativação.
- d) diante da obstrução total do cateter, deve-se realizar o procedimento de desobstrução do cateter (*vide* POP CDC 033);
- e) deve-se avaliar também o posicionamento do cateter através de uma radiografia de controle.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Infeção associada ao uso de cateteres vasculares**. 3. ed. São Paulo: APECIH, 2005.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Diagnóstico e prevenção de IRAS em neonatologia**. 2. ed. São Paulo: APECIH, 2011.

BONASSA, E. M. A. **Enfermagem em quimioterapia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Infecção de corrente sanguínea. Orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea**. 2010.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Inserção de cateter periférico central**. Brasília: [s.n.], 2001. Resolução COFEN nº 258/01.

_____. Ministério da Saúde. Comissão de Estudos e Controle dos Cateteres Venosos Centrais. Instituto Nacional de Câncer. **Manual de técnicas para manuseio de cateteres venosos centrais para quimioterapia**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

Centers for Disease Control and Prevention. **Guideline for preventions of Intravenous devices related infections**. 2002. Disponível em: <www.cdc.org> Acesso em: mar. 2013

CIRÚRGICA ESTILO. Conector valvulado. Disponível em <http://loja.cirurgicaestilo.com.br/ecommerce_site/arquivos8114/

arquivos/1323972108_3.jpg>. Acesso em: mar. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. Parecer GT (Grupo de Trabalho) nº 001/2014. **Indicação, inserção, manutenção e remoção do cateter central de inserção periférica por enfermeiro.** 2014.

GOOGLE IMAGENS. Disponível em: <posicionamento adequado do CCIP>. Acesso em: mar. 2014.

GUERREIRO, Maria Auxiliadora R. J. et al. **Protocolo de cateter venoso central do serviço de hematologia.** 2009. Mimeografado.

HELP STAR. Protetor para cone luer. Disponível em <[http://helpstar.com.br/images/produ-to/190Protetor%20](http://helpstar.com.br/images/produ-to/190Protetor%20para%20Cone%20Luer.jpg)

para%20Cone%20Luer.jpg>. Acesso em: mar. 2013.

INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL. **Diretrizes práticas para terapia intravenosa.** Edição 2008.

_____. **Diretrizes práticas para terapia intravenosa.** Edição 2013.

MACIEL, R. O. e cols. **Protocolo de cateter venoso central de inserção periférica.** Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2006. Mimeografado.

NICOLETTI, C. e cols. **Infecção associada ao uso de cateteres vasculares.** 3. ed.

PHILIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa.** 2. ed. São Paulo: Artmed, 2001. 550 p.

TAVARES, Lazara M^a Eloy et al. **Terapia intravenosa: utilizando cateter central de inserção periférica (CCIP).** São Paulo: Érica, 2009.

WOLOSKER, N.; KUZNIEC, S. **Acessos vasculares para quimioterapia e hemodiálise.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

ANEXOS

Figura 1. Conector valvulado.



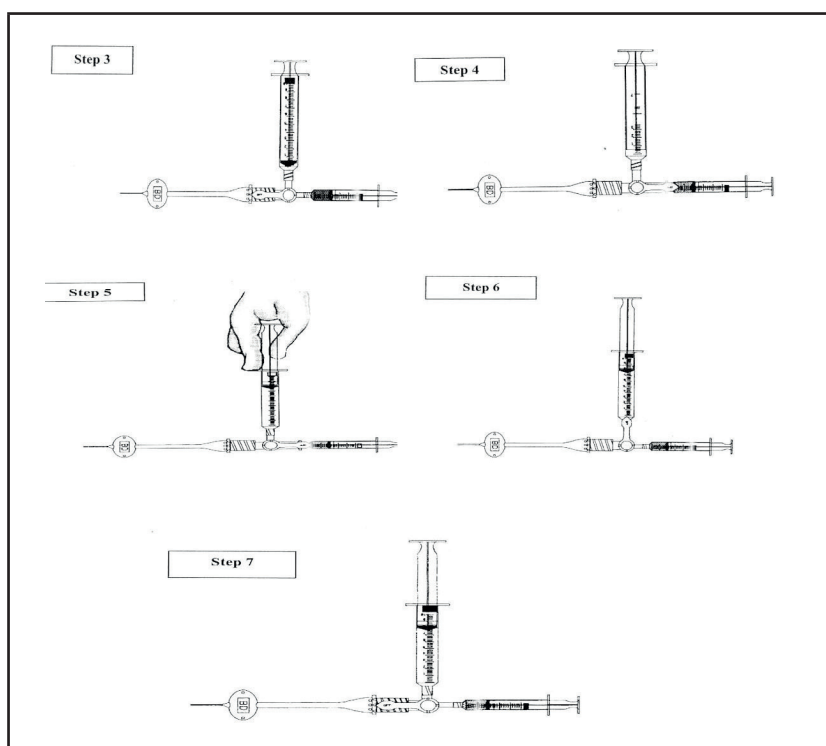
Fonte: Cirúrgica Estilo (2013).

Figura 2. Modelos de protetor para cone luer




Fonte: Help Star (2013).

Figura 3. Técnica de desobstrução de cateteres: “técnica da torneirinha”




Fonte: Philips, (2001).

Figura 4. Modelo de termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente:
Prontuário:
Idade:
Responsável **Grau de parentesco:**

A (o) enfermeira (o) _____ me explicou claramente a proposta do procedimento de implantação do Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP), seus benefícios, complicações potenciais e manuseio do cateter. Eu recebi orientações e esclarecimentos, tendo a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas as minhas perguntas respondidas satisfatoriamente.

Eu autorizo a (o) enfermeira (o) do NESA a executar o procedimento proposto, reconhecendo que nenhuma garantia me foi dada sobre resultados, mas que serão utilizados todos os recursos e equipamentos disponíveis no hospital para ser alcançado / obtido o melhor resultado.

PACIENTE	RESPONSÁVEL
_____	_____
(nome em letra de forma)	(nome em letra de forma)

Testemunha: confirmo que a assinatura é do paciente / responsável

(assinatura) _____

(nome em letra de forma) _____


Eu certifico que expliquei o procedimento de implantação, manuseio, benefícios, riscos e indicações do Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP), respondi satisfatoriamente a todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu tudo que eu expliquei.

(assinatura e carimbo) _____

Data: _____ **Horário:** _____


Fonte: Acervo HUPE/Enfermaria do Nesa (2015).

Figura 5. Modelo de impresso de implantação



ENFERMARIA DE PEDIATRIA

PROTOCOLO DE INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DO PICC



I-IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Peso: _____ Procedência: _____

Tempo de internação: _____ Indicação para uso do PICC: _____

II-DADOS DO CATETER

Marca: _____ Calibre: _____ Comprimento: _____ cm Lote: _____

III-INSERÇÃO

Membro selecionado: _____ Perímetro braquial: _____ cm Comprimento do cateter a ser introduzido: _____ cm

Comprimento introduzido: _____ cm Feita lubrificação do cateter: () sim () não Volume introduzido: _____ ml

Dificuldade para introdução do cateter: () sim () não Nº de tentativas de punção: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () mais.

Quantas? _____ RX após inserção: () sim () não Confirmada localização do cateter: () sim () não

Necessidade de tracionar o cateter: () sim () não Quantos cm? _____ cm Fixação e curativos: () oclusivo com gaze
() oclusivo com curativo transparente Intercorrências: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura / carimbo do profissional responsável: _____

IV-TROCA DO 1º CURATIVO

() gaze com fita adesiva () curativo transparente Avaliação do sítio de inserção: () lúpercúria () edema () hematoma
() sangramento () secreção serosa Perímetro braquial: _____ cm

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura / carimbo do profissional responsável: _____

V-RETIRADA

Causa(s): () término da terapia proposta () extrusão () obstrução () quebra () sinais de infecção no sítio de inserção
() febre () óbito Comprimento retirado: _____ cm Íntegro: () sim () não

Envio da ponta do cateter para cultura: () sim () não Hemocultura () sim () não Germe isolado: _____

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura / carimbo do profissional responsável: _____

VI-DESTINO DA CRIANÇA

() alta () transferência para outra unidade () óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura / carimbo do profissional responsável: _____

Fonte: Acervo HUPE/Enfermária de Pediatria (2015).

Figura 6. Impresso de órtese e prótese do HUPE

(1) Paciente:		(2) Prontuário:	Data		
			(3) Internação	(4) Cirurgia	
(5) Procedimento realizado:		(6) Código / SUS			
(7) Nome do Material	(8) Código	(9) QTD	(10) Fornecedor	Faturamento e Cobrança - Nota Fiscal	
				DATA	
				(11) Pedido	(12) Recebimento
(14) Justificativa para casos de incompatibilidade de uso de Órteses / Próteses:					
(15) Cirurgião (a)		(16) Circulante		(17) Data	
Rubrica e carimbo com CRM		Rubrica e matrícula		____/____/____	

Obs.:

- * Utilizar os espaços não preenchidos na relação de OPM's;
- * Colocar no verso comprovantes de implante dos materiais utilizados.

Competência para preenchimento dos campos:

- * 01 a 09 e 14 a 17 - Centro cirúrgico
- * 10 a 13 - Cobrança.

1ª Via - Faturamento
Comunicado de uso de OPM (1ª) doc - CS/97

2ª Via - Serviço de Compras / OPME
Comunicado de uso de OPM (2ª) doc - CS/97

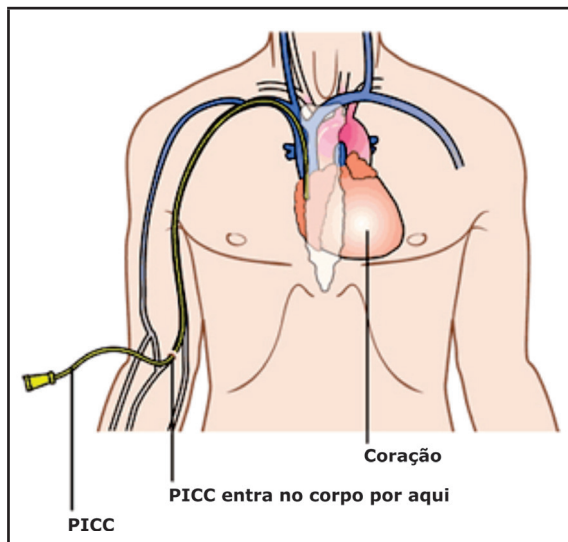
3ª Via - Prontuário Médico
Comunicado de uso de OPM (3ª) doc - CS/97

4ª Via - Secretaria do Serviço Cirúrgico
Comunicado de uso de OPM (4ª) doc - CS/97

Impressão Gráfica UERJ 02-0072-1

Fonte: Acervo HUPE (2015).

Anexo 7. Posicionamento adequado do CCIP



Fonte: Google Imagens (2014).

Figura 8. Agulha de Huber



Fonte: Google imagens <agulha de Huber> (2013).

Figura 9. Local de punção do cateter totalmente implantado



Fonte: Google imagens <cateter totalmente implantado> (2013).

O presente capítulo fornece ações preventivas e de terapêutica para as diversas situações acometidas em pacientes com lesões de pele, estomias, fístulas e drenos cirúrgicos, estruturadas conforme áreas de atuação do enfermeiro estomaterapeuta e preconizadas pela Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST).

Os procedimentos alicerçam condutas para a equipe de enfermagem com conhecimentos científicos, a fim de direcioná-la a uma prática assistencial com segurança, padronizada na recuperação com qualidade ao paciente.

Sendo assim, o capítulo é desmembrado em 19 procedimentos, nos quais se iniciam desde os aspectos básicos até os de maior especificidade, requerendo competência e habilidade do cuidado de enfermagem. Reforça a importância da avaliação semiológica da pele e da manutenção da integridade desta; introduz direcionamentos específicos ressaltados pelo Ministério da Saúde (MS) no que se refere, por exemplo, às ações preconizadas com a úlcera por pressão e com a lesão por úlcera diabética; indica condutas práticas fundamentadas em evidências como os cuidados com a pele do paciente portador de fístulas do sistema digestório e no curativo por *skin tears*.

Em suma, traduz com êxito o esforço conjunto entre as comissões de curativos (CCHUPE) e de procedimentos operacionais-padrão de enfermagem (COMPOPE) com toda equipe de enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE).

Este capítulo pretende: a) instituir conduta de enfermagem padronizada e sequencial na execução do procedimento operacional-padrão (POP) de acordo com sua indicação e b) oferecer qualidade às ações de enfermagem, abordando os seguintes POPs:

POP CDC 56 001 – Avaliação semiológica da pele;

POP CDC 56 002 – Manutenção da integridade da pele;

POP CDC 56 003 – Avaliação do paciente portador de lesão de pele;

POP CDC 56 004 – Critérios para escolha do tratamento tópico adequado;

- POP CDC 56 005 – Critérios para escolha do método de desbridamento;
- POP CDC 56 006 – Técnica para realização de curativos;
- POP CDC 56 007 – Cuidados com o paciente portador de úlcera por pressão;
- POP CDC 56 008 – Cuidados ao paciente portador de úlcera venosa;
- POP CDC 56 009 – Cuidados ao paciente portador de ferida tumoral;
- POP CDC 56 010 – Curativo de lesão por úlcera diabética: mal perfurante;
- POP CDC 56 011 – Curativo de ferida cirúrgica;
- POP CDC 56 012 – Retirada de pontos;
- POP CDC 56 013 – Cuidados ao paciente portador de fístula do sistema digestório;
- POP CDC 56 014 – Curativo de lesão por erisipela;
- POP CDC 56 015 – Curativo de feridas por *skin tears*;
- POP CDC 56 016 – Curativo de ferida infestada por miíase;
- POP CDC 56 017 – Cuidados de enfermagem com pacientes com drenos cirúrgicos;
- POP CDC 56 018 – Cuidados de enfermagem com pacientes com estomias intestinais;
- POP CDC 56 019 – Cuidados de enfermagem com pacientes com estomias urinárias.

4.1 POP CDC 056 001 - ESTOMATERAPIA: AVALIAÇÃO SEMIOLÓGICA DA PELE

Elaboração: Luciana Seabra e Vânia Coutinho

Validação: CCHUPE e COMPOPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques e Dayse C. do Nascimento

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na avaliação das condições clínicas do sistema tegumentar do paciente a partir dos conceitos semiológicos e semiotécnicos.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) identificar as manifestações dermatológicas, considerando as condições sistêmicas;
- b) garantir a manutenção das condições favoráveis à saúde da pele.

▶ Indicações

Este protocolo é indicado a todos os pacientes internados, em consultas ambulatoriais; devendo ser realizado preferencialmente no momento da admissão e de forma contínua.

▶ Contraindicações

Não há contraindicações para este protocolo.

▶ Responsável pela prescrição

Este procedimento será executado pelo enfermeiro, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 20 a 30 minutos.

▶ Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja;
- b) lentes de aumento (lupas);
- c) tubos de ensaio;
- d) lanterna;
- e) agulha;
- f) algodão;
- g) lâmina de vidro.

▶ Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler o prontuário do paciente ou o parecer para a CCHUPE;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;

- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o CDI 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- n) realizar anamnese, considerando a queixa principal, os fatores patológicos pregressos, história da doença atual, história familiar, medicamentos em uso e estado nutricional;
- o) calçar as luvas de procedimento quando necessário;
- p) observar aspectos gerais como: coloração, umidade, textura, espessura, temperatura, elasticidade, mobilidade, turgor, sensibilidade, continuidade ou integridade e lesões elementares;
- q) observar coloração geral da pele: eritematosa, palidez, cianose, icterícia;
- r) avaliar presença de umidade da pele, através da palpação, podendo encontrar-se ressecada ou sudorética;
- s) deslizar a polpa digital sobre a superfície cutânea avaliando a textura da pele, para constatar uma pele lisa, áspera ou enrugada;
- t) avaliar a espessura da pele através do pinçamento de uma dobra cutânea usando o polegar e o indicador, não englobando o tecido subcutâneo, podendo ser atrófica ou hipertrófica;
- u) com a face dorsal das mãos, pesquisar temperatura da pele, comparando com o lado homólogo de cada segmento. A temperatura pode estar normal, aumentada ou diminuída;
- v) pinçar uma prega cutânea com o polegar e o indicador, fazendo leve tração e soltando para avaliar a elasticidade, que pode estar aumentada (hiperelástica) ou diminuída (hipoelástica);
- w) pesquisar a mobilidade, pousando firmemente a palma da mão sobre a superfície da pele que se quer examinar e movimentando a mão para todos os lados, fazendo-a deslizar sobre as estruturas subjacentes (ossos, articulações, tendões). A mobilidade pode estar normal, aumentada ou diminuída;

- x) realizar movimento de pinça na pele, englobando tecido subcutâneo, exercendo leve tração e soltando em seguida, para avaliar o turgor da pele, que reflete o grau de hidratação do paciente. Pode estar normal ou diminuído (quando o tecido demora a retornar ao seu estado anterior);
- y) pesquisar sensibilidade dolorosa tocando a pele com a ponta de uma agulha, podendo ser achada hiperestesia, hipoalgesia ou analgesia;
- z) pesquisar sensibilidade tátil, fazendo leve fricção na pele com algodão ou uma gaze seca, podendo ser encontrada anestesia ou hipoestesia;
- aa) pesquisar sensibilidade térmica aplicando alternadamente na pele, tubos de ensaio com água quente e fria;
- ab) observar a presença de manchas ou máculas pigmentares e classificá-las conforme a coloração: hipercrômicas, hipocrômicas e acrômicas;
- ac) observar a presença de manchas vasculosanguíneas, diferenciando-as em: eritema, cianose, telangetasia, exantema;
- ad) identificar presença de manchas hemorrágicas, diferenciando em petéquias, víbices e equimose;
- ae) para distinguir as manchas vasculosanguíneas das hemorrágicas, poderá utilizar a técnica da digitopressão ou vitropressão, que consiste em pressionar com a polpa digital ou lâmina de vidro sobre a mancha. Nas manchas hemorrágicas, não há o desaparecimento à digitopressão;
- af) observar a presença de lesões elementares, identificando através da palpação a consistência das lesões (sólida ou líquida), dimensão e mobilidade;
- ag) diferenciar as lesões de conteúdo sólido em: pápula, tubérculos, nódulo, vegetação;
- ah) diferenciar as lesões de conteúdo líquido em: vesícula, bolha, pústula e abscessos;
- ai) se necessário, utilizar a técnica da lanterna para diferenciar lesões de conteúdo sólido do líquido. Esta técnica consiste em colocar a ponta da lanterna ao lado da lesão. As lesões sólidas não transmitem a luz enquanto que as líquidas possibilitam a transluminação e têm um brilho avermelhado;
- aj) observar alterações de espessura como: queratose, liquenificação, edema e infiltração;
- ak) diferenciar as lesões por solução de continuidade: erosão, úlcera, fissura, fístulas;

- al) diferenciar lesões elementares caducas em: escamas, esclerose crostas, escara ou esfacelo;
- am) identificar sequelas como atrofias e cicatrizes;
- an) inspecionar as unhas observando a configuração, coloração e consistência;
- ao) identificar alterações do leito ungueal como: linhas de Beau, paroníquia, coiliníquia, onicólise, unhas de Terry;
- ap) observar distribuição, quantidade, textura e coloração dos pelos;
- aq) deixar o paciente confortável;
- ar) manter a organização da unidade do paciente;
- as) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- at) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- au) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) deve-se buscar um ambiente tranquilo e bem iluminado;
- b) utilizar luvas de procedimento para realizar a palpação, se necessário;
- c) a avaliação deve ser holística, individualizada e periódica, com base na inspeção e palpação, considerando o momento da higiene corporal o mais favorável;
- d) a pele manifesta condições sistêmicas, devendo seus achados serem correlacionados e interpretados com os achados clínicos;
- e) todo registro fotográfico da lesão deverá ter previamente a autorização do paciente por escrito.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. E. et al. **Manual para a realização de curativos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2007.
- CUCÉ, L. C.; NETO, C. F. **Manual de dermatologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiros**. Tradução: Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- DOCHERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PORTO, C. C. **Exame clínico: bases para a prática médica.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Sudarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 11. ed. v. 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 1626-1724.

4.2 POP CDC 056 002 - MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE

Elaboração: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques, Luciana Seabra e Vânia Coutinho

Validação: CCHUPE, COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques e Dayse C. Nascimento

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na implementação de medidas preventivas e sistematizadas, que visem a manutenção da integridade da pele do paciente internado.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) promover estratégias assistenciais para manutenção da integridade da pele;
- b) prevenir a ocorrência de úlcera por pressão (UP) e outras lesões da pele;
- c) atender o protocolo de prevenção de UP respaldado pelo Ministério da Saúde (MS) /Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA - 2013 e pelo NPUAP - 2014).

► Indicações

O protocolo é indicado para os pacientes no momento da admissão e durante a internação com avaliação do risco para desenvolvimento de UP, com *deficit* de mobilidade; incontinência; *deficit* sensitivo e o estado nutricional (incluindo desidratação).

► Contraindicações

Não há contraindicações para este protocolo.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em 16 a 30 minutos.

► **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- e) equipamentos de proteção individual: máscara, gorro, capote (quando necessário), e luvas de procedimento;
- f) escala preditiva de avaliação de risco para úlcera por pressão (Escala de Braden);
- g) frasco com hidratante que tenha em sua composição: creme de ureia 10% ou outro produto indicado após avaliação do enfermeiro;
- h) protetor cutâneo ou creme-barreira;
- i) superfícies de suporte: colchão de espuma piramidal protegido com capa de silicone, colchão de ar com compressor, coxins, almofadas, travesseiros (quando prescritos);
- j) relógio de mudança de decúbito ou similar, quando prescrito;
- k) lixeira para resíduo infectante;
- l) biombo.

► **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente, *vide* plano de contingência;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) preparar o material planejado;
- g) levar a bandeja ou carro de curativos ou uma superfície fixa até a unidade do paciente;

-
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
 - i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
 - j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
 - k) promover privacidade, utilizando biombos;
 - l) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
 - m) calçar as luvas de procedimentos e os demais equipamentos de proteção individual, se necessário;
 - n) aplicar álcool gel nas mãos ou lavar as mãos;
 - o) implementar as condutas necessárias de acordo com a avaliação do enfermeiro (*vide* também no plano de contingência);
 - p) observar a pele do paciente:
 - enfermeiro – utilizar o POP 056 001 e a escala de Braden para avaliar o risco de úlcera por pressão, vide escala diferenciada para adulto e crianças até cinco anos (consultar Anexos 1 e 2),
 - técnico de enfermagem – ao perceber qualquer alteração, deve-se solicitar ao enfermeiro para o exame apurado (conforme POP 56 001 e POP 56 007).
 - q) providenciar a higienização e hidratação da pele:
 - limpar a pele sempre que estiver suja,
 - recomenda-se o uso de água morna e sabão neutro,
 - usar o frasco do produto hidratante, nas áreas ressecadas: abrir e dispor na luva dominante uma boa quantidade do hidratante,
 - aplicar na superfície corporal do paciente de forma delicada, repetir o procedimento até que o segmento corporal planejado tenha sido atendido com o produto,
 - não massagear proeminências ósseas, especialmente quando já estiverem hiperemiadas.
 - r) proteger a pele da exposição de umidade e controlar o microclima:
 - manter a pele limpa e seca especialmente em regiões de pregas cutâneas,
 - utilizar produtos de barreira, se for indicado, usar protetor cutâneo ou creme-barreira; filme de poliuretano ou hidrocoloide extrafino em áreas de proeminência óssea, com integridade cutânea preservada,
 - caso o paciente esteja incontinente, usar fraldas (*vide* o POP 081 e a higiene genital no POP 064),

- realizar troca da fralda a cada eliminação fisiológica, evitando a maceração da pele,
 - quando possível oferecer um aparador (comadre ou papagaio),
 - atentar para outras fontes de umidade: extravasamento de drenos sobre, exsudato, suor e extravasamento de linfa em pacientes com anasarca.
- s) observar presença de sinais clínicos de desnutrição, por exemplo: edema, perda de peso, disfagia, inapetência, desidratação. Baixa aceitação nutricional. Assegurar uma comunicação efetiva junto à nutrição e à equipe médica, a fim de ser avaliada a necessidade de suplemento nutricional;
- t) caso o paciente apresente risco médio a moderado para UP, devem-se incluir medidas para minimizar a pressão e redistribuição do peso corporal:
- favorecer ou realizar mobilização no leito a cada duas horas (*vide* plano de contingência) e instituir como modelo de sinalizador o relógio de mudança de decúbito (Figura 3),
 - posicionar os pacientes de forma que os calcâneos sejam mantidos afastados da superfície do leito e os joelhos tenham ligeira flexão para evitar hiperextensão e obstrução da veia poplítea,
 - quando for reposicionar o paciente, colocar na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, deitado de lado a 90°, ou semideitado (Figura 4),
 - se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira;
 - manter a roupa de cama (lençol, oleado e o traçado móvel) limpa, seca e sem pregas,
 - utilizar traçado móvel durante transferência ou mudança de decúbito;
 - usar colchão pneumático em pacientes com risco médio a moderado para UP (escore entre 13 a 18), substituindo pelo colchão de ar com compressor em pacientes com risco superior (escore entre 10 a 12).

O colchão de espuma piramidal só poderá ser utilizado se estiver protegido com capa de silicone.

- u) orientar o paciente sobre a importância da aceitação e participação durante os procedimentos, incluindo o seu autocuidado. Incluir o acompanhante – familiar ou cuidador – na implementação dos cuidados, educando-o para a manutenção dos cuidados em domicílio;
- v) deixar o paciente confortável;
- w) manter a organização da unidade do paciente;
- x) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- y) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- z) registrar a avaliação do cliente e as ações realizadas. Realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) deve-se inicialmente ler a prescrição do paciente e/ou o prontuário do paciente, assim como é necessário à prévia avaliação do risco para desenvolvimento de UP, a fim de planejar com exatidão o deverá ser executado;
- b) os procedimentos para a manutenção da integridade, assim como para a prevenção da UP, da pele devem incluir aspectos importantes:
 - avaliar o risco para UP na admissão fazendo reavaliação periódica,
 - inspecionar diariamente e proteger a pele do excesso de umidade, ressecamento, fricção e cisalhamento,
 - realizar o tratamento precoce ao detectar anormalidade,
 - usar superfície de suporte e alívio da carga mecânica para minimizar os efeitos do excesso de pressão causado pela imobilidade,
 - educar profissionais de saúde, paciente, familiares e cuidadores.
- c) recomenda-se ao enfermeiro a realização de um exame cuidadoso da pele do paciente durante a admissão ou a readmissão, para identificar alterações da integridade cutânea e úlcera por pressão existente, assim como inspecionar as áreas corporais com risco maior, especificamente as regiões anatômicas sacral, calcâneo, ísquio, trocanter, occipital, escapular, maleolar e regiões corporais submetidas à pressão por dispositivos como a presença de cateteres, tubos e drenos;

- d) reconhecer a distinção entre os tipos de lesões: úlcera por pressão, úlcera arterial, úlcera venosa, úlcera neuropática e dermatites. Em caso de dúvidas, solicitar o parecer para a CCHUPE;
- e) a avaliação do risco para desenvolvimento de UP deve ter como referência a escala de Braden Q para crianças de um a cinco anos e a escala de Braden para pacientes com mais de cinco anos, conforme preconizado pelo MS/ANVISA - 2013 e pelo NPUAP - 2014;
- f) variação da pontuação da escala de Braden:
 - 6 a 23 pontos (Figura 1),
 - sem riscos: 19 pontos ou mais,
 - médio risco: 15 a 18 pontos,
 - risco moderado: 13 a 14 pontos,
 - alto risco: 10 a 12 pontos,
 - altíssimo risco: 9 a 6 pontos.
- g) variação da pontuação da escala de Braden Q:
 - de 7 a 28 pontos: ver anexo 2,
 - sem riscos: 28,
 - risco máximo: 7;
- h) as escalas preditivas devem ser utilizadas em associação à avaliação clínica do enfermeiro, que deverá ser soberana perante a existência de fatores de risco para UP e de comorbidades inerentes ao desenvolvimento de lesão cutânea.
- i) os cuidados de prevenção para UP devem ser iniciados para todos os pacientes em risco, inclusive aqueles que já apresentam úlcera, favorecendo sua cicatrização.
- j) a avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional é fundamental, considerando todos os integrantes responsáveis pela qualidade da assistência e manutenção da integridade e segurança do paciente. Poderão ser necessárias alterações no tratamento multidisciplinar ao paciente, ajustes: na terapêutica medicamentosa, na terapia nutricional, no tratamento fisioterápico dos pacientes, entre outras medidas.
- k) caso tenha avaliação para risco de UP a partir do risco médio, favorecer mudança de decúbito a cada 2/2h em combinação com uso de superfícies redutoras de pressão; instituir o uso de relógio ou sinalizadores; alternar decúbito lateral direito, dorsal e lateral esquerdo (*vide* Figura 4);

- l) há disponíveis na instituição colchões de ar com compressor para cada unidade de internação, sendo as seguintes recomendações:
- examinar o produto antes de usá-lo,
 - desligar o fio da rede elétrica sempre após o uso,
 - não fazer higiene no leito com o compressor ligado,
 - não deixar cair água no compressor para não acarretar problemas e danos elétricos.
- m) travesseiros e coxins podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos;
- n) pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de UP, portanto (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele;
- o) o protocolo do MS/ANVISA - 2013 e pelo NPUAP - 2014 recomenda a utilização de quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário;
- p) atentar para os registros, considerando os aspectos legais envolvidos na formação da úlcera, desde a admissão até a alta hospitalar;
- q) solicitar parecer à Comissão de Curativos (CCHUPE), se necessário.

REFERÊNCIAS

BOWDEN, V. R.; GREENBERG, C. S. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. Tradução de Mariângela Vidal Sampaio et al. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 699-704.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DOMANSKY, R. C; BORGES, E. L. (Org.). **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Edit Rubio, 2012. p. 119-86.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **How-to-guide: prevent pressure ulcers**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2011. Disponível em: <<http://www.ihc.org>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

MAIA, A. C. A. R.; PELLEGRINO, D. M. S.; BLANES, L.; DINI, G. M.; FERREIRA, L. M. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, 2011. v. 29, n. 3, p. 406-14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. ANEXO 02: Protocolo para prevenção de úlcera por pressão. 09/07/2013. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/PROTOCOLOULCERAPORPRESSO.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

RANGEL, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. Uso de diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2009. v. 11, n. 1, p. 70-77. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v1a09.htm>.

SERPA, L. P.; SANTOS, V. L. C. G.; CAMPANILI, T. C. G. F.; QUEIROZ, M. Validade preditiva da escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2011. v. 19, n. 1, jan-fev. Disponível em: <<http://ead.eerp.usp.br/rlae/>>. Acesso em: jun. 2014.

ANEXOS

Figura 1. Quadro ilustrativo da Escala de Braden Q para uso em adultos

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM ADULTOS				
Quadro ilustrativo contendo o resumo da escala de Braden - Variação - 6-23 pontos. Escore médio risco: 15 a 18 pontos, Risco moderado: 13 a 14 pontos, Alto Risco: 10 a 12 pontos, Altíssimo risco: 9 a 6 pontos. Baseado em: Bárbara Braden & Nancy Bergstrom, 1988. Validada para o português por Paranhos & Santos, 1999.				
PERCEÇÃO SENSORIAL	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	Nenhuma limitação
UMIDADE	1. Completamente molhada	2. Muito molhada	3. Ocasionalmente molhada	4. Raramente molhada
ATIVIDADE	1. Acamado	2. Confinada à cadeira	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
MOBILIDADE	1. Totalmente imóvel	2. Bastante limitado	3. Levemente limitado	4. Não apresenta limitações
NUTRIÇÃO	1. Muito pobre	2. Inadequada	3. adequada	4. Exelente
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1. Problema: É impossível levantá-lo ou ergue-lo sem ajuda de um lençol	2. Problema e potencial: Durante o movimento provavelmente ocorre um atrito com o lençol	3. nenhum problema: Sempre mantém boa posição na cama ou cadeira	Escore total:

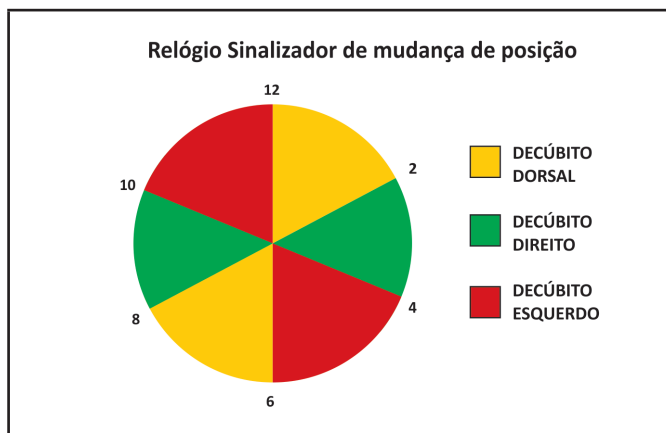
Fonte: CCHUPE – Marques; Nascimento (2014).

Figura 2. Quadro ilustrativo da Escala de Braden Q para uso em paciente pediátrico

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM CRIANÇAS				
Quadro ilustrativo contendo o resumo da escala de Braden Q - Variação - 7-28 pontos. Escore 28: sem risco de úlcera de pressão; Escore 7: risco máximo.				
MOBILIDADE	1. Completamente Imóvel	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	Nenhuma limitação
ATIVIDADE	1. Acamado	2. Restrito à cadeira	3. Deambulação ocasional	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente
PERCEPÇÃO SENSORIAL	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Levemente limitada	4. Nenhuma alteração
UMIDADE Grau de exposição	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Levemente limitada	4. Nenhuma alteração
FRICÇÃO E CISILHAMENTO	1. Problema importante: ... A espasticidade, a contratura, o prurido ou agitação levam a criança debater-se no leito.	2. Problema ... Necessita de ajuda moderada a máxima para se mover.	3. Problema potencial: ...Movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência.	4. nenhum problema aparente: ...Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição.
NUTRIÇÃO	1. Muito pobre	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida	2. Comprometida	3. Adequada	4. Excelente

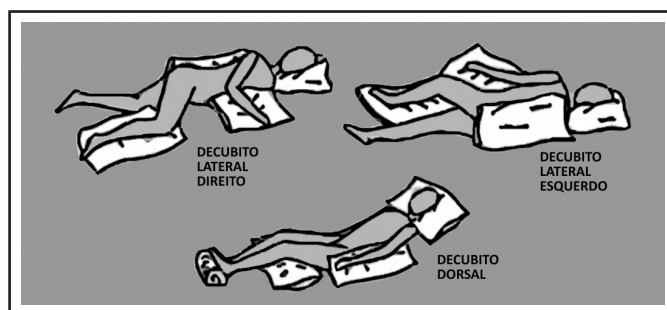
Fonte: CCHUPE – Marques; Nascimento (2014).

Figura 3. Exemplo de sinalizador para realização de mudança de decúbito



Fonte: CCHUPE – Marques; Nascimento (2014).

Figura 4. Ilustração para mudança de posições



Fonte: Help Star (2013).

4.3 POP CDC 56 003 - AVALIAÇÃO DO PACIENTE PORTADOR DE LESÃO DE PELE

Elaboração: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques, Vânia Coutinho e Luciana Seabra

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, CCHUPE e COMPOPE

Revisão técnica: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques, Vânia Coutinho e Fernanda R. Rodrigues

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na abordagem integral ao paciente portador de lesão de pele, considerando seus aspectos clínicos, bem como sociais e psicológicos, pautados em conhecimento técnico-científico.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) promover direcionamento e planejamento das ações;
- b) eliminar ou controlar os fatores causais;
- c) minimizar os fatores de risco;
- d) determinar a conduta tópica que otimize o processo de cicatrização;
- e) promover reabilitação e qualidade de vida ao paciente.

► Indicações

O protocolo é indicado para o paciente com algum tipo de lesão de pele, no âmbito hospitalar e ambulatorial.

► Contraindicações

A contraindicação é ausência de lesões de pele.

► **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em 16 a 45 minutos.

► **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- e) equipamentos de proteção individual: máscara, gorro, capote (quando necessário), e luvas de procedimento;
- f) régua descartável;
- g) caneta hidrográfica;
- h) decalque (invólucro da gaze estéril ou outro tipo de material de uso único para decalcar);
- i) cateter de aspiração (Fr 6, 8 ou 10);
- j) máquina fotográfica;
- k) lixeira para resíduo infectante;
- l) biombo.

► **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;

- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) realizar o histórico de enfermagem e/ou consultar o prontuário;
- o) conhecer a condição clínica através do exame físico e da avaliação dos dados objetivos do paciente;
- p) identificar os fatores sistêmicos intervenientes para a cicatrização;
- q) identificar fatores de risco para desenvolvimento de demais feridas;
- r) orientar o paciente quanto a seu quadro clínico, favorecendo sua adesão ao tratamento e propiciando autocuidado;
- s) manter a privacidade do paciente usando um biombo;
- t) calçar luvas de procedimento;
- u) determinar a localização anatômica da lesão;
- v) classificar quanto à etiologia (cirúrgica, traumática, venosa, arterial, úlcera por pressão, úlcera por anemia falciforme, queimaduras etc.), considerando diagnóstico médico;
- w) classificar quanto ao tempo de evolução em aguda ou crônica;
- x) classificar quanto ao tipo de cicatrização em primeira, segunda ou terceira intenção;
- y) mensurar com auxílio de uma régua a medida linear, considerando o maior comprimento pela maior largura, estabelecendo linhas perpendiculares e cruzando a um ângulo de 90°;
- z) mensurar a profundidade com auxílio de um cateter de aspiração ou instrumental de curativos;
- aa) observar a presença de espaços mortos como túneis, descolamentos, sinus e fístulas, mensurando-os quando possível;

- ab) identificar o tipo de tecido presente no leito da ferida, podendo ser tecido de granulação, tecido de epitelização, esfacelo ou necrose, estabelecendo os tipos de necrose;
- ac) classificar o exsudato quanto ao tipo, quantidade, coloração e odor;
- ad) avaliar necessidade de desbridamento e encaminhar parecer para o CCHUPE;
- ae) observar características das bordas da ferida: regularidade ou irregularidade, maceração, descolamento, sinais flogísticos, hiperqueratose, epitelização, contração;
- af) observar características em pele perilesional: sinais flogísticos, descamação, prurido, eczema, pigmentação ocre, lipodermatosclerose, edema;
- ag) identificar presença de fatores sistêmicos e locais de infecção;
- ah) avaliar presença de dor através da escala visual analógica (EVA);
- ai) deixar o paciente confortável;
- aj) manter a organização da unidade do paciente;
- ak) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- al) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH nº 001;
- am) realizar as anotações necessárias, assinar e carimbar o relato no prontuário do paciente.

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) considerar a realização do histórico de enfermagem, conforme protocolo da unidade;
- b) a avaliação do paciente deve ser interdisciplinar e periódica;
- c) no caso de mais de uma lesão, iniciar a avaliação da mais limpa para a mais contaminada, trocando a luva de uma para a outra;
- d) a classificação quanto à perda de tecido em UP deve ser feita por categorias (I a IV) e em pés diabéticos em graus (1 ao 5, pela classificação de Wagner). Consultar POP 56 007 – Cuidados com paciente portador de úlcera por pressão, e o POP 56 010 – Curativo de lesão por úlcera diabética: mal perfurante;
- e) a utilização do registro fotográfico deverá ter previamente a autorização por escrito do paciente e/ou acompanhante responsável;

- f) em lesões com bordas muito irregulares que dificultam a medida linear, pode-se utilizar a técnica do decalque utilizando o invólucro da gaze estéril sobre a lesão com auxílio de uma caneta hidrográfica;
- g) solicitar parecer à Comissão de Curativos, se necessário.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. E. et al. **Manual para a realização de curativos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2007.
- BARANOSKI, S.; AYELLA, E. **O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios práticos**. Portugal: Lusoditacta, 2006.
- BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- GEOVANINI, T.; JÚNIOR, A. G. O.; PALERMO, T. C. S. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.
- MALAGUTTI, W. (Org.). **Feridas: conceitos e atualidades**. São Paulo: Martinari, 2015.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.
- SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Paulo, Yendis, 2007.
- SUSSMAN, C.; BATES-JENSEN, B. **Wound care**. 3. ed. Philadelphia: Linpincott, 2007.

4.4 POP CDC 56 004 - CRITÉRIOS PARA ESCOLHA DO TRATAMENTO TÓPICO ADEQUADO

Elaboração: Dayse C. Nascimento, Vânia Coutinho e Luciana Seabra

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, CCHUPE e COMPOPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques, Dayse C. Nascimento e Fernanda R. Rodrigues

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste em estabelecer critérios para a escolha da terapia tópica adequada, com base na avaliação integral do paciente, considerando as características da lesão.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) promover condições locais favoráveis à cicatrização;
- b) promover direcionamento e planejamento das ações.

▶ **Indicações**

Este protocolo é indicado para pacientes com ferida.

▶ **Contraindicações**

Este protocolo é contraindicado na ausência de ferida.

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em 16 a 45 minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- e) equipamentos de proteção individual, máscara, gorro, capote e luva de procedimento;
- f) soro fisiológico 0,9% ou ringer lactato (quantos frascos forem necessários);
- g) agulha 40 mm x 12 mm;
- h) gaze estéril (quantos pacotes forem necessários);
- i) adesivo, microporoso preferencialmente;
- j) coberturas e produtos conforme categoria da lesão (*vide* plano de contingência);
- k) lixeira para resíduo infectante;
- l) biombo.

▶ **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente (*vide* plano de contingência);

- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) preparar o material;
- g) levar a bandeja ou carro de curativos ou uma superfície fixa até a unidade do paciente;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- m) calçar as luvas de procedimentos e os demais equipamentos de proteção individual, se necessário;
- n) implementar as condutas necessárias de acordo com a avaliação prévia do enfermeiro (*vide* no plano de contingência);
- o) posicionar o paciente para o procedimento;
- p) retirar o curativo anterior, avaliar a lesão, consultar se necessário o POP 056 003 – Avaliação do paciente portador de lesão;
- q) realizar a técnica de curativos, conforme o POP 056 006;
- r) instituir tratamento tópico conforme categoria da lesão descrita no plano de contingência;
- s) deixar o paciente confortável;
- t) manter a organização da unidade do paciente;
- u) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- v) realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP da CCIH 001;
- w) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário folha de evolução do paciente.

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) solicitar parecer à Comissão de Curativos, se necessário, utilizando o impresso institucional e entregue protocolado na chefia de enfermagem.
- b) na ferida cirúrgica, o objetivo é manutenção do meio úmido, ser atraumático e ocluir. Recomenda-se: gaze estéril seca e adesivo hipoalergênico ou filme transparente semipermeável. Consultar o POP 56 011 – Curativo de ferida cirúrgica;
- c) na ferida com tecido de granulação, o objetivo é manter úmido, atenuar a dor, prevenir infecção secundária, ser atraumático e ocluir. Recomenda-se: gaze vaselinada ou tela não aderente, gaze embebida em AGE, hidrocoloide, papaína 2%, hidropolímeros e malha de silicone;
- d) na ferida com tecido de granulação e esfacelo, o objetivo é ocluir e manter o meio úmido, promover desbridamento autolítico, atenuar a dor, prevenir infecção secundária, absorver o excesso de exsudato, ser atraumático. Recomenda-se: papaína 4% a 6%, colagenase (apenas em esfacelo), hidrocoloide, hidrogel amorfo ou em placa, membrana polimérica, espuma;
- e) na ferida com tecido de granulação com exsudato, o objetivo é: limpar, manter úmido, atenuar a dor, prevenir infecção secundária, ser atraumático, estimular o tecido de granulação, diminuir e absorver o exsudato e ocluir. Recomenda-se: cobertura absorvente, membrana polimérica, hidropolímero, alginato de cálcio, hidrofibra;
- f) na ferida com necrose (liquefação ou coagulação), o objetivo é: desbridar, a fim de controlar a proliferação bacteriana, prevenir e tratar infecção secundária. Recomenda-se: papaína 15% a 30% associada ao creme de ureia 10% ou ao hidrogel amorfo e/ou placa. Consultar o POP 056 005 – Critérios para escolha do método de desbridamento;
- g) na ferida hemorrágica, o objetivo é promover hemostasia. Recomenda-se: alginato de Ca⁺, hemostáticos a base de colágeno, curativo compressivo;
- h) na ferida infectada, o objetivo é controlar a proliferação bacteriana, prevenir e tratar infecção secundária e em caso de infecção sistêmica comunicar ao médico responsável para antibioticoterapia. Recomenda-se: coberturas impregnadas com prata. Evitar o uso prolongado, Interromper a utilização quando a infecção estiver controlada.;
- i) a avaliação diária quanto à mudança de conduta deverá ser criteriosa, registrada e justificada, evitando a descontinuidade e subutilização dos materiais;

- j) o enfermeiro deve sempre consultar a farmácia de manipulação do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) sobre a disponibilidade dos produtos na instituição – papaína em pó em diversas concentrações (2%, 4%, 6%, 10%, 15% e 30% – esse último quando prescrito pela CCHUPE), prescrito pelo CCHUPE, sulfadiazina de prata a 1% em creme e hidrogel;
- k) em caso da indicação do uso da gaze vaselinada estéril, o enfermeiro deve solicitar diariamente à central de esterilização (CME);
- l) a avaliação da equipe multiprofissional é fundamental, considerando todos os integrantes da equipe responsáveis pela qualidade da assistência e segurança do paciente. Poderão ser necessários ajustes medicamentosos, nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas;
- m) a utilização do registro fotográfico deverá ter previamente a autorização por escrito do paciente e/ou acompanhante responsável.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. E. et al. **Manual para a realização de curativos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2007.
- BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. (Org.). **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.
- GEOVANINI, T.; JÚNIOR, A. G. de Oliveira; PALERMO, T. C. da S. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.
- JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.
- MALAGUTTI, W. (Org.). **Feridas: conceitos e atualidades**. São Paulo: Martinari, 2015.
- SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2007.

4.5 POP CDC56005 - CRITÉRIOS PARA ESCOLHA DO MÉTODO DE DESBRIDAMENTO

Elaboração: Luciana Seabra, Vânia Coutinho, Dayse C. Nascimento e Graciete S. Marques

Revisão técnica: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues e Rômulo Gonçalves Ávila

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, CCHUPE/COMPOPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste em executar cuidados com objetivo de remover tecidos necrosados e de corpos estranhos do leito da ferida no paciente portador de lesão de pele. Como método de ação do desbridamento pode ser: mecânico, autolítico, químico ou enzimático, cirúrgico instrumental conservador e não cirúrgico com material cortante.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) promover limpeza da ferida, proporcionando meio ideal para a cicatrização;
- b) reduzir o conteúdo bacteriano, controlando o risco de infecção;
- c) preparar o leito da ferida para intervenção cirúrgica (enxerto de pele).

► Indicações

O protocolo é indicado para o tratamento de feridas com presença de tecido necrótico (escara e esfacelo) e/ou corpo estranho.

► Contraindicações

O protocolo é contraindicado em caso de:

- a) feridas em membros inferiores (MMII) com perfusão deficiente ou ausente, com escara seca e estável;
- b) presença de escara em paciente em fase terminal;
- c) úlcera por pressão em calcâneo com presença de escara seca e estável.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em 16 a 45 minutos.

► **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- e) equipamentos de proteção individual: máscara, gorro, capote (quando necessário) e luvas de procedimento;
- f) gaze estéril;
- g) instrumental cirúrgico estéril (lâmina de bisturi, pinça, tesoura);
- h) hemostático;
- i) coberturas que promovam autólise e/ou desbridamento enzimático (consultar POP 056 004 – critérios para escolha do tratamento tópico adequado);
- j) lixeira para resíduo infectante;
- k) biombo.

► **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;

- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- n) avaliar as condições clínicas do paciente e da ferida (consultar POP 056 003 – Avaliação do paciente portador de lesão de pele) para eleição do método mais adequado. Atenção: considerar as condições clínicas do paciente, a urgência necessária, o tipo de tecido necrótico e sua aderência ao leito da ferida, a localização, a habilidade e competência do profissional e os recursos disponíveis. Na maioria dos casos, faz-se necessário a combinação de métodos;
- o) caso seja considerada a escolha do método mecânico para limpeza da ferida, utilizar a técnica de irrigação de solução salina, com a seringa de 20 ml ou frasco de soro fisiológico de 100 ml ou 250 ml e agulha 40 mm x 12 mm. Não perfurar o frasco e, sim, conectar a agulha em local específico: tampa siliconada;
- p) se necessário, complementar a limpeza com a técnica de fricção de gaze úmida em solução fisiológica, em movimentos suaves, considerando ser uma técnica não seletiva, evitando assim lesão ao tecido neoformado;
- q) caso seja considerada a escolha do método autolítico, é necessário certificar-se de que a área a ser desbridada tem condição plena de vascularização;
- r) manter o leito da ferida úmido através de coberturas que promovam umidade ou retenham umidade (consultar POP 56 004 – Critérios para escolha do tratamento tópico adequado);
- s) a seleção dos produtos para realizar autólise dependerá das características da ferida, como o tipo de tecido no leito, profundidade e quantidade de exsudato existente;
- t) caso seja considerada a escolha do método enzimático, optar pela enzima papaína, certificando-se que o paciente não tem histórico de alergia ao látex e considerando sua tolerância a enzima. Para escara (necrose de coagulação), utilizar papaína 15% ou 30%, associadas ao creme de ureia 10% ou hidrogel amorfo. Para esfacelo utilizar papaína 4% a 10%;
- u) caso seja considerada a escolha do método instrumental conservador, na presença de escara (necrose de coagulação), optar pela técnica de *square*, que consiste na confecção de incisões paralelas e transversais a fim de promover a penetração da substância tópica associada;

- v) conforme a escara vá se tornando de aspecto mais liquefeito, utilizar técnica de *slice* (utiliza-se uma lâmina de bisturi ou tesoura a fim de remover a necrose que se apresenta na ferida de forma desorganizada) para remoção da necrose, também denominada de escarectomia. Pode-se optar ainda pela técnica *cover* (na qual se utiliza uma lâmina de bisturi para descolamento das bordas do tecido necrótico) se a escara estiver com as bordas menos aderidas: com o descolamento completo das bordas e uma melhor visão da parte interior do tecido, iniciar então o descolamento desta área separando-a do tecido íntegro até que toda a necrose seja retirada. A técnica exige habilidade e conhecimento da anatomia. Irrigar a lesão e aplicar cobertura adequada com o aspecto avaliado (consultar o POP 56 004 – Critérios para escolha do tratamento tópico adequado);
- w) deixar o paciente confortável;
- x) manter a organização da unidade do paciente;
- y) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- z) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- aa) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente;

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) o desbridamento com instrumental conservador exige que o enfermeiro esteja capacitado e habilitado tecnicamente, de preferência seja um especialista na área de estomaterapia ou de dermatologia, para a execução da técnica na prestação do cuidado seguro e sem riscos ao paciente;
- b) no uso de suas atribuições o COFEN, no o artigo 11, inciso I da lei 7.498/86, coloca como privativo do enfermeiro: consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- c) utilizar técnica asséptica na realização de qualquer técnica de desbridamento com instrumental conservador;
- d) o ato de remover tecidos desvitalizados, particulados ou corpos estranhos no leito da ferida tem como objetivo diminuir ou eliminar a colonização de micro-organismos no leito da ferida;
- e) solicitar parecer à Comissão de Curativos, se necessário;

- f) para o desbridamento com instrumental conservador, deve-se considerar as contraindicações: pacientes com coagulopatias ou em uso de terapia anticoagulante, pacientes inquietos durante o procedimento, escara (necrose de coagulação) muito aderida não permitindo estabelecer a interface entre o tecido viável e inviável;
- g) no desbridamento com instrumental conservador, deve-se considerar algumas recomendações durante a técnica: o local possuir boa iluminação, interromper o procedimento quando a visualização estiver comprometida, o profissional estiver em dúvida, quando o paciente e/ou o profissional estiverem cansados, quando houver dor ou sangramento, exposição de tendão e penetração do plano da fáscia muscular;
- h) considerar as seguintes orientações:
- i) verificar uso de medicação anticoagulante;
- conhecimento da anatomia da pele e estruturas adjacentes; tipos de necrose,
 - capacidade de intervir nas possíveis complicações;
 - local tranquilo com boa iluminação,
 - o procedimento não deve ultrapassar 30 minutos para evitar fadiga e desconforto,
 - suspender em caso de estresse do paciente/profissional, sangramento anormal ou excessivo, exposição do tendão, fáscia muscular ou periósteo,
 - o tecido necrótico é avascular, não sangra, é desprovido de terminações nervosas, não causa dor, tem odor desagradável e é fonte de infecção;
- j) ressalta-se que o enfermeiro quando realizar a evolução do procedimento no prontuário, deve atentar para o registro “curativo grau II – Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimento (SIGTAP/SUS)”, o qual consiste no tratamento de lesão aberta, em que há grande área de tecido afetada de grande extensão, profundidade e exsudato.

REFERÊNCIAS

- BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- DEALEY C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
- MALAGUTTI, W.; KAKIHARA, C. T. **Curativos, estomias e dermatologia**. São Paulo: Martinari, 2010.

4.6 POP CDC 56 006 - TÉCNICA PARA REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

Elaboração: Luciana Seabra e Vânia Coutinho

Validação: CC/HUPE e COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques, Dayse C. Nascimento, Maristela F. Silva

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na realização de procedimentos com o paciente portador de feridas, instituindo tratamento adequado e proporcionando ambiente ideal para a cicatrização.

► Finalidade

O objetivo deste protocolo é realizar conduta padronizada e sequencial na execução de curativos em pacientes portadores de feridas de acordo com sua indicação.

► Indicações

O protocolo é indicado no tratamento de pacientes portadores de feridas no que se refere a:

- a) realizar limpeza;
- b) promover hemostasia;
- c) remover corpos estranhos;
- d) promover hemostasia;
- e) reaproximar bordas separadas;
- f) proteger a ferida contra contaminação e infecção;
- g) fazer desbridamento com remoção do tecido necrótico;
- h) reduzir o edema;
- i) manter a umidade da superfície da lesão, absorvendo o exsudato com a manutenção das condições ideais no leito da ferida;
- j) fornecer isolamento térmico;
- k) promover a cicatrização da lesão;
- l) preencher espaços mortos;
- m) estimular o processo cicatricial;
- n) reduzir a dor;
- o) limitar a movimentação dos tecidos em torno da lesão;
- p) oferecer conforto psicológico ao paciente.

▶ **contraindicações**

A ausência de ferida é a única contraindicação.

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito por enfermeiros e médicos.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em 20 a 30 minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) álcool a 70%;
- b) bandeja não estéril;
- c) luvas de procedimento;
- d) luvas estéreis;
- e) soro fisiológico a 0,9% (preferencialmente aquecido 37° C);
- f) agulha estéril de calibre 40 mm x 12 mm;
- g) pacote de curativo estéril contendo uma pinça, uma tesoura e uma lâmina de bisturi com cabo (na ausência desse *kit*, recomenda-se pelo menos o uso de uma pinça estéril);
- h) pacotes com gaze estéril, com tamanho: 7,5 cm x 7,5 cm;
- i) cateter de aspiração com calibre 6-8 Fr;
- j) compressa/acolchoado estéril;
- k) adesivo específico ou filme de poliuretano ou esparadrapo impermeável;
- l) atadura de crepom, se necessário;
- m) bacia estéril, se necessário;
- n) equipamento de proteção individual: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção avental ou capote não estéril e luvas de procedimento;
- o) saco plástico ou forro impermeável;
- p) lixeira para resíduo infectante;
- q) biombo, sempre que necessário.

▶ **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la no carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento e pedir sua autorização;
- k) se for necessário realizar o registro fotográfico da lesão, solicitar por escrito a autorização;
- l) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- m) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- n) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- o) expor apenas a área a ser tratada;
- p) proteger a roupa de cama com um forro impermeável ou saco plástico sob a região do curativo. Em caso de lesão de MMII, utilizar a bacia sob a região a ser tratada;
- q) organizar o material de modo a otimizar o procedimento, utilizando técnica asséptica;
- r) colocar EPI padrão (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção), considerando o uso de capote em pacientes com precaução de contato;
- s) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- t) calçar luva de procedimento;
- u) remover o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9 % para facilitar a remoção;
- v) desprezar a luva de procedimento;

- w) realizar a desinfecção da parte superior do frasco (tampa protetora) de soro fisiológico 0,9% com álcool a 70% e removê-la;
- x) calçar luva estéril;
- y) perfurar a borracha conectora com agulha 40 mm x 12 mm, mantendo a agulha conectada ou utilizar seringa de 20 ml com agulha 40 mm x 12 mm;
- z) realizar a limpeza de pele perilesional e bordas, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico, com movimento de fricção suave;
- aa) realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente pré-aquecido (37° C), mantendo uma distância de aproximadamente de 10 cm da ferida;
- ab) avaliar a necessidade de desbridamento com instrumental (se necessário, consultar POP 56 005 quanto aos critérios para a escolha do método de desbridamento);
- ac) se necessário, utilizar a técnica de fricção com uma gaze umedecida em soro fisiológico para remoção de exsudato, esfacelo e/ou corpos estranhos do leito da ferida, com o cuidado de realizar movimentos suaves para não traumatizar o tecido neoformado;
- ad) na presença de tunelizações ou descolamentos, se necessário, utilizar a sonda de aspiração, acoplada à seringa, para facilitar a irrigação de soro fisiológico;
- ae) secar somente a pele ao redor da ferida e bordas com gaze 7,5 x 7,5, mantendo o leito úmido;
- af) aplicar a cobertura prescrita com base nas características da ferida (consultar o POP 56 004 quanto aos critérios para a escolha do tratamento tópico adequado), considerando a manutenção das condições ideais para a cicatrização;
- ag) aplicar cobertura secundária se necessário, podendo ser utilizada gaze seca, compressas de algodão;
- ah) fixar com adesivo hipoalergênico, esparadrapo, filme de poliuretano ou atadura, ocluindo totalmente a cobertura secundária, considerando as condições da pele perilesional e a região anatômica da ferida;
- ai) identificar o curativo com a data da realização e o profissional responsável pela execução;
- aj) deixar o paciente confortável;
- ak) manter a organização da unidade do paciente;
- al) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

- am) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- an) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) esta técnica não se adequa às feridas que cicatrizam por primeira intenção (consultar POP 56 011 – Curativo de ferida cirúrgica), bem como as feridas isquêmicas de extremidades;
- b) a periodicidade de troca da cobertura primária estará diretamente ligada ao tipo de cobertura utilizada e ao grau de saturação da mesma;
- c) a cobertura secundária deverá ser renovada sempre que se fizer necessário, dependendo da saturação;
- d) não esquecer que a mão dominante fará o manuseio da ferida, sendo considerada a mão contaminada, enquanto que a outra mão, considerada a limpa, fará o manuseio dos materiais;
- e) no ambiente ambulatorial, considerando as condições imunológicas do paciente, poderá ser utilizada a técnica limpa para realização dos curativos de feridas crônicas;
- f) deve-se estabelecer uma interação com o paciente no momento da realização do curativo, orientando-o quanto ao que está sendo realizado, esclarecendo suas dúvidas, promovendo uma relação de confiança a fim de promover a adesão ao tratamento;
- g) todo o material contaminado deverá ser desprezado em lixo identificado como resíduo infectante;
- h) é imprescindível que o enfermeiro realize as avaliações e evoluções com exame clínico diário e registro fotográfico previamente autorizado pelo paciente e/ou acompanhante.

REFERÊNCIAS

- BORGES, E. L. et. al. **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- DOCHERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 558-9, 690-1, e 886.
- GEOVANINI, T.; JÚNIOR, A. G.O.; PALERMO, T.C. S. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.

JORGE, S. A.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MUSSI, N. M. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

ODA, R. M. e cols. **Manual de normas, rotinas e técnicas de curativos**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2004. 36 p. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/ODA_ROSELI/PDF/manual_rotinas%20.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2007.

4.7 POP CDC 056 007 - CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Elaboração: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques, Luciana Seabra e Vânia Coutinho

Validação: CCHUPE, COMPOPE

Revisão técnica: Dayse C. Nascimento, Graciete S. Marques e Fernanda R. Rodrigues

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na implementação de medidas sistematizadas no tratamento do paciente portador úlcera por pressão (UP), com estratégias multidisciplinares visando a melhoria do cuidado.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) realizar avaliação do paciente e da úlcera com exame físico, utilizando coberturas de acordo com a categoria da UP;
- b) monitorar e documentar a evolução da lesão de pele na categoria da UP;
- c) atender o protocolo de prevenção de UP respaldado pelo MS/ANVISA - 2013 e pelo NPUAP - 2014.

► Indicações

O protocolo é indicado para instituir condutas específicas para todos os pacientes com UP: categorias I, II, III, IV, úlceras que não podem ser classificadas ou com suspeita de lesão tissular profunda.

► Contraindicações

Não há contraindicações.

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em 16 a 45 minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- e) régua, cateter de aspiração de calibre 6-8 Fr, decalque plástico para mensurar a ferida;
- f) equipamentos de proteção individual (máscara, gorro, capote e luva de procedimento);
- g) soro fisiológico 0,9%, quantos frascos forem necessários;
- h) agulha 40 mm x 12 mm;
- i) gaze estéril;
- j) coberturas e produtos conforme categoria da lesão;
- k) superfície de suporte: colchão de ar com compressor, coxins, almofadas, travesseiros;
- l) relógio de mudança de decúbito ou similar;
- m) lixeira para resíduo infectante;
- n) biombo.

▶ **Descrição técnica**

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente, *vide* plano de contingência;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;

- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) preparar o material;
- g) levar a bandeja ou carro de curativos ou uma superfície fixa até a unidade do paciente;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) checar a instalação do colchão de ar com compressor, conforme POP 056 002;
- l) promover privacidade, utilizando biombos;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) calçar as luvas de procedimentos e os demais equipamentos de proteção individual, se necessário;
- o) implementar as condutas necessárias, de acordo com a avaliação prévia do enfermeiro (*vide* também no plano de contingência);
- p) posicionar o paciente adequadamente;
- q) retirar o curativo anterior e avaliar a lesão (Figura 2);
- r) realizar a técnica de curativos conforme o POP 056 006 e instituir tratamento conforme Figura 1;
- s) realizar mudança de decúbito 2/2h em combinação com uso de superfícies redutoras de pressão, de acordo com as restrições clínicas; instituir o uso de relógio ou sinalizadores alternar decúbito lateral direito, dorsal e lateral esquerdo (*vide* Figura 5);
- t) considerar o decúbito lateral com uma inclinação a 30°, amparando um dos glúteos com um travesseiro ou almofada;
- u) manter posicionamento com cabeceira elevada 30° na posição semi-Fowler, conforme indicações ou restrições clínicas, a fim de evitar o cisalhamento;
- v) deixar o paciente confortável;
- w) manter a organização da unidade do paciente;
- x) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

- y) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- z) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) para executar o procedimento, deve-se inicialmente ler a prescrição do paciente e/ou o prontuário do paciente;
- b) o tratamento deve ser constituído conforme protocolo de classificação e tratamento para úlcera por pressão do CCHUPE (Figura 1);
- c) orientar o paciente sobre a importância da aceitação e participação durante os procedimentos, incluindo o seu autocuidado;
- d) incluir o acompanhante ou cuidador na implementação dos cuidados, educando-o para a manutenção dos cuidados em domicílio;
- e) propiciar a avaliação interdisciplinar visando qualidade da assistência e segurança do paciente;
- f) adotar técnicas de movimentação e posicionamento no leito, com o uso de lençol móvel, evitando fricção da pele com a superfície do leito;
- g) utilizar material auxiliar como travesseiros, coxins, almofadas, suportes de espuma para o posicionamento e alinhamento do paciente no leito, evitando contatos diretos entre proeminências ósseas e/ou superfície do leito, mantendo posição confortável ao paciente;
- h) não utilizar boias em formato de anel, almofadas com água, luvas com água, alpiste, gel;
- i) evitar o uso de água quente, prevenindo assim o ressecamento da pele;
- j) não massagear proeminências ósseas, especialmente quando já estiverem hiperemiadas;
- k) preferencialmente deve-se limpar a ferida com soro fisiológico 0,9% morno em jato, com auxílio da agulha 40 mm x 12 mm, conforme técnica de curativos POP 056 006;
- l) não utilizar agentes antissépticos, tais como: povidine, ácido acético, iodo, peróxido de hidrogênio, hipoclorito, clorhexidine, sabão ou similar;
- m) quando houver necessidade do desbridamento conservador, consultar o POP 056 005;

- n) o uso de coberturas e produtos na UP tem como objetivo fornecer ambiente úmido, manter a região perilesional seca, controlar exsudatos e eliminar espaço morto (deve-se consultar o POP 056 004);
- o) o enfermeiro deve consultar a farmácia de manipulação do HUPE sobre a disponibilidade dos produtos na instituição: papaína em pó em diversas concentrações 2%, 4%, 6%, 10%, 15% e 30% (esse último quando prescrito pelo CCHUPE), sulfadiazina de prata a 1% em creme, hidrogel, creme de ureia a 10% ou a 20%, creme de ureia a 10% com óleo de semente de uva a 10%, óxido de zinco a 10% em pó ou pasta;
- p) o enfermeiro deve consultar a central de esterilização do HUPE (CME) sobre a disponibilidade de gaze vaselinada estéril;
- q) a avaliação da equipe multiprofissional é fundamental, considerando todos os integrantes da equipe responsáveis pela qualidade da assistência e segurança do paciente. Poderão ser necessários ajustes medicamentosos, nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas;
- r) reavaliar o paciente diariamente e a ferida em cada troca de curativos e, se necessário, modificar a conduta. Uma vez categorizada a ferida, não haverá regressão da classificação, a mesma deverá ser sempre registrada como foi avaliada inicialmente;
- s) na UP categoria I a lesão pode ser difícil de ser detectada, principalmente em pessoas de pele negra, pois a área de hiperemia não é facilmente visível, deve-se avaliar as áreas com endurecimento, calor e edema, iniciando as medidas de alívio da pressão;
- t) as condutas indicadas para tratamento das úlceras que não podem ser classificadas (suspeita de lesão tissular profunda) devem constar de produtos para hidratação;
- u) posicionar os pacientes de forma que os calcâneos sejam mantidos afastados da superfície do leito e os joelhos tenham ligeira flexão para evitar hiperextensão evitando obstrução da veia poplítea;
- v) há disponíveis na instituição colchões de ar com compressor para cada unidade de internação, sendo as seguintes recomendações: examinar o produto antes de usá-lo, não realizar higiene no leito com o compressor ligado, não deixar cair água no compressor para evitar danos elétricos;
- w) em caso de o paciente estar incontinente e com UP categoria III-IV, considerar o uso do cateter vesical intermitente após avaliação interdisciplinar;

- x) atentar para o registro apropriado e pontual das alterações encontradas, considerando os aspectos legais envolvidos na formação da úlcera, desde a admissão até a alta hospitalar;
- y) a utilização do registro fotográfico deverá ter previamente a autorização por escrito do paciente e/ou acompanhante responsável;
- z) registrar no momento da alta as características da ferida ou a integridade cutânea preservada e orientações fornecidas para o autocuidado e prevenção;
- aa) encaminhar o paciente ainda com UP, após alta hospitalar, para o Ambulatório de Curativos.

► **Pediatria e neonatal**

Reforça-se empregar estratégias de distração e conforto para a realização do curativo.

O uso de alginato de cálcio deve ser limitado em recém-natos e prematuros, pela preocupação do potencial de absorção de cálcio. Há também cautela com agentes para o desbridamento enzimático em pediatria com feridas necrosadas.

► **Terminologia e expressões utilizadas**

São elas:

- ab) úlcera por pressão – “É uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, resultante da pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, causado pela fricção” (Ministério da Saúde, Anexo 02);
- ac) grau, estágio ou categoria – atualmente é empregado o termo ‘categoria’ por ser neutro, devendo substituir ‘estágio’ ou ‘grau’, já que atende às definições de UP e os níveis de dano tecidual são iguais, mesmo que um grupo classifique uma úlcera de pressão como estágio II, grau II ou categoria II;
- ad) superfícies de suporte – são dispositivos específicos para a redistribuição da pressão, conhecidos também como ‘superfícies redutoras de pressão’, indicadas sempre para os pacientes com risco de desenvolver a UP e em todo o tratamento para o paciente com UP. Alguns exemplos: colchão de ar, colchão de espuma e almofadas.

REFERÊNCIAS

DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. (Org.). **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 119-86.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_Portuguese.pdf>. Acesso em: mar. 2014.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **How-to-guide: prevent pressure ulcers**. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2011. Disponível em: <<http://www.ihc.org>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

JORGE, A. S.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional no tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MAIA, A. C. A. R.; PELLEGRINO, D. M. S.; BLANES, L.; DINI, G. M.; FERREIRA, L. M. **Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças**. Revista Paulista de Pediatria, 2011. v. 29, n. 3, p. 406-14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anexo 02: protocolo para prevenção de úlcera por pressão**, de 09 de julho de 2013. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente>. Acesso em: jan. 2014.

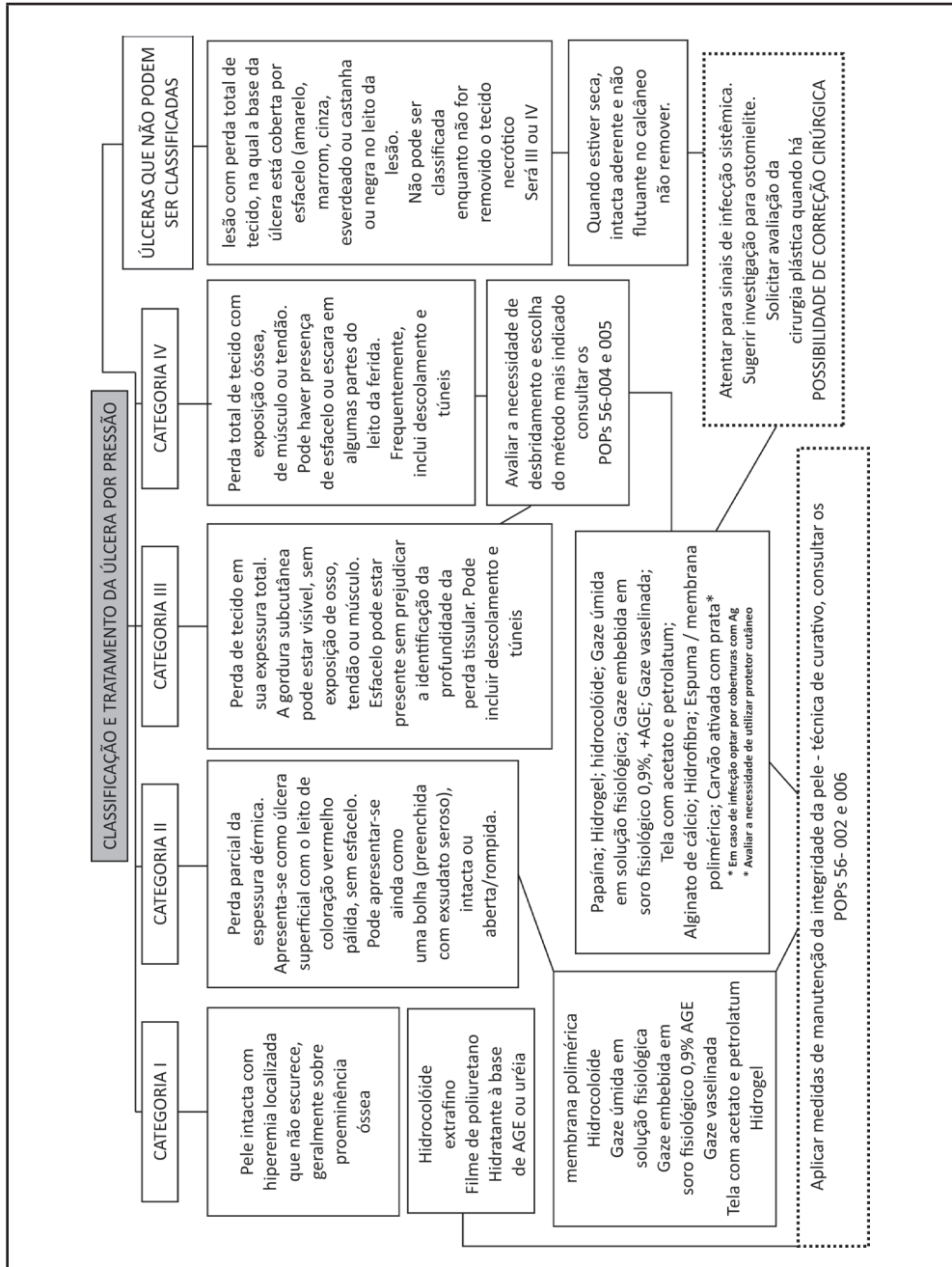
National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.

RANGEL, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. **Uso das diretrizes para o tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009. v. 11, n. 1, p. 70-77. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a09.pdf>. Acesso em: jun. 2014.

SERPA, L. P.; SANTOS, V. L. C. G.; CAMPANILI, T. C. G. F.; QUEIROZ, M. **Validade preditiva da escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 19, n. 1, jan-fev 2011. Disponível em: <<http://ead.eerp.usp.br/rlae/>>. Acesso em: jun. 2014.

ANEXOS

Figura 1. Esquema ilustrativo do protocolo da CCHUPE para a classificação e tratamento para úlcera por pressão



Fonte: CCHUPE (2014).

Figura 2. Quadro com definição de categorias e descritores para UP segundo NPUAP, 2014

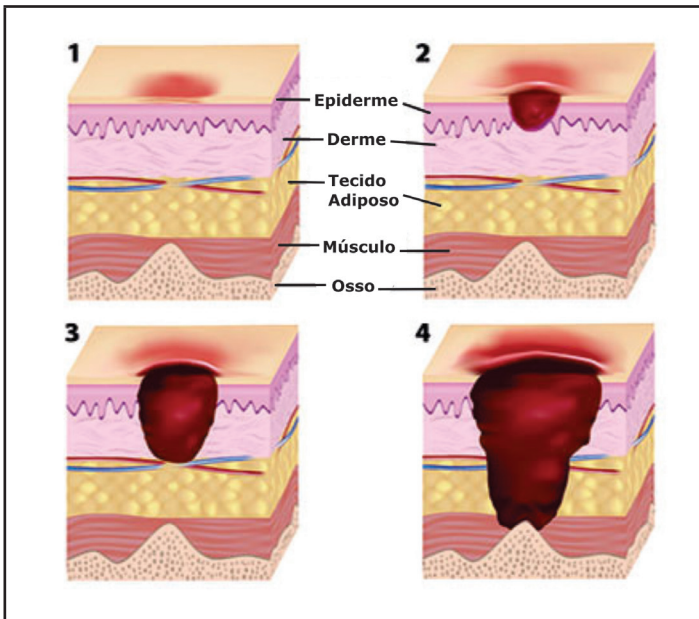
CATEGORIAS E DESCRITORES DE UP, SEGUNDO NPUAP, 2014		
CATEGORIAS E DESCRITORES	DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO ADICIONAL
Descritor 1: Suspeita de lesão fissular profunda	Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou flictema preenchida com sangue no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. A área pode ser precedida por um tecido que se apresenta dolorido, endurecido, amolecido, esponjoso e mais quente ou frio comparativamente ao tecido adjacente.	Lesão fissular profunda pode ser de difícil detecção em indivíduos com pele de tonalidades mais escuras. A sua evolução pode incluir uma pequena flictema sobre o leito escurecido da ferida. A lesão pode evoluir e ficar coberta por uma fina camada necrótica. A evolução pode ser rápida com exposição de camadas fissulares adicionais mesmo com tratamento adequado.
Categoria I	Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não embranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar embranquecimento visível: Sua cor pode diferir da pele ao redor.	A área pode apresentar-se dolorosa, endurecida, amolecida, mais quente ou mais fria comparativamente ao tecido adjacente. Feridas em categorias I podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele com tonalidades escuras. Pode indicar pessoas “em risco” (um sinal precursor de risco).
Categoria II	Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como flictema fechada ou aberta preenchida por líquido seroso.	Apresenta-se como uma úlcera superficial brilhante ou seca sem esfacelo ou equimose)*. Esta categoria não deve ser usada para descrever <i>skin tears</i> , abrasões por adesivos, dermatite “associada à incontinência, maceração ou escoriação.
Categoria III	Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda fissular. Pode incluir descolamento e túneis.	A profundidade da úlcera por pressão em categoria III varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maléolos não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. Em contraste, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver úlceras por pressão em categoria III bastante profundas. Ossos e tendões não são visíveis nem diretamente palpáveis.

<p>Categoria IV</p>	<p>Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou necrose em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis.</p>	<p>A profundidade da úlcera por pressão em categoria IV varia conforme a localização anatômica. A asa do nariz, orelha, as regiões occipital e maléolos não possuem tecido subcutâneo e, portanto, as úlceras podem ser rasas neste estágio. As úlceras em categoria IV podem estender-se aos músculos e/ou estruturas de suporte (como fáscia, tendão ou cápsula articular), possibilitando a ocorrência de osteomielite. A exposição de osso/tendão é visível ou diretamente palpável.</p>
<p>Descritor 2: Úlceras que não podem ser classificadas</p>	<p>Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão.</p>	<p>A verdadeira profundidade e, portanto, a categoria da úlcera não pode ser determinada até que suficiente esfacelo e/ou escara sejam removidos para expor a base da úlcera. Escara estável (seca, aderente, intacta, sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “cobertura natural (biológica) corporal” e não deve ser removida.</p>

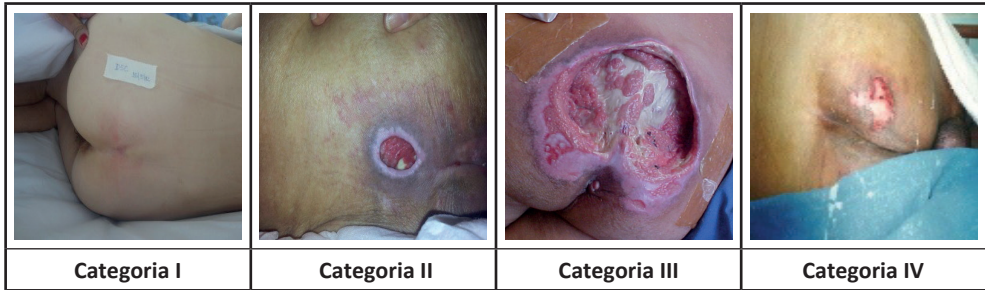
Fonte: CCHUPE – Marques; Nascimento (2014).

Figura 3. Esquema ilustrativo e imagens das categorias I, II, III e IV de UP.

a) **Esquema ilustrativo.** Disponível em <<http://www.der-querschnitt.de/archive/789>> acesso em 08 de nov de 2015.



b) Imagens de U.P.



Fonte I, II e III: HUPE – Marques; Nascimento; Rodrigues (2001-2011).

Fonte IV: HUSM-UFSM (2014).

Figura 4. Ilustração dos novos descritores para UP, de acordo com NPUAP, 2014.

A) Úlceras que não podem ser classificadas; B) suspeita de lesão tissular profunda



Fonte: NPUAP (2007).

4.8 POP CDC 056 008 - CUIDADOS AO PACIENTE PORTADOR DE ÚLCERA VENOSA

Elaboração: Graciete S. Marques, Dayse C. do Nascimento, Luciana Seabra e Silvia Regina M. Santos

Validação: CCHUPE e COMPOPE/HUPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na implementação de medidas sistematizadas na lesão do paciente portador de úlcera venosa (UV), as quais envolvem o processo de limpeza, desbridamento e cobertura indicados conforme evolução do processo cicatricial. A UV pode ser definida como perda da integridade da pele no terço distal da perna, geralmente em maléolo medial, em decorrência da hipertensão venosa sustentada pela incompetência valvular, associada ao mal bombeamento da musculatura da panturrilha.

▶ **Finalidade**

Os objetivos deste protocolo são:

- a) tratar a estase venosa com repouso e terapia compressiva;
- b) utilizar terapia tópica com coberturas que favorecem a cicatrização;
- c) orientar para mudança de hábito de vida para evitar a estase venosa.

▶ **Indicações**

O protocolo é indicado no tratamento de:

- a) pacientes portadores de insuficiência venosa crônica com úlcera venosa;
- b) pacientes portadores de úlceras mistas com predominância venosa.

▶ **Contraindicações**

O protocolo é contraindicado no tratamento de pacientes portadores de insuficiência arterial, comprovada por exame específico ou índice tornozelo-braquial (ITB).

▶ **Responsável pela prescrição**

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

▶ **Responsável pela execução**

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

▶ **Hora de enfermagem**

A execução do procedimento será em 16 a 45 minutos.

▶ **Material/equipamentos**

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- e) régua, cateter de aspiração de calibre 6-8 Fr, decalque plástico para mensurar a lesão;
- f) equipamentos de proteção individual, máscara, gorro, capote e luva de procedimento;
- g) soro fisiológico 0,9%, pré-aquecido, quantos frascos for necessário;
- h) agulha 40 mm x 12 mm;
- i) creme de ureia a 10%;
- j) coberturas e produtos conforme aspecto da lesão;

- k) gaze estéril;
- l) compressa de algodão estéril;
- m) ataduras de crepom e compressiva: inelástica, elástica, bandagem de multicamadas;
- n) fita adesiva;
- o) lixeira para resíduo infectante;
- p) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente e a evolução anterior do curativo (*vide* plano de contingência);
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) calçar as luvas de procedimentos e os demais equipamentos de proteção individual;
- o) posicionar o paciente adequadamente;
- p) retirar o curativo anterior cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9% (pré-aquecido, preferencialmente) para facilitar a remoção;

- q) realizar a técnica de curativos, conforme o POP 056 006, e instituir tratamento conforme prescrição;
- r) realizar a limpeza de pele perilesional e bordas, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico 0,9% (pré-aquecido) com movimento de fricção suave;
- s) realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico a 0,9% (pré-aquecido);
- t) realizar medidas lineares (comprimento x largura x profundidade) nos seus maiores ângulos, através do uso de régua;
- u) identificar o tipo de tecido presente no leito da lesão, avaliar bordas e pele perilesional;
- v) hidratar pele perilesional em caso de pele ressecada, desidratada e descamativa aplicando creme de ureia a 10%;
- w) aplicar a cobertura prescrita com base nas características da ferida (consultar POP 056 003 – Avaliação do paciente portador de lesão de pele);
- x) aplicar cobertura secundária estéril com compressa de gaze seca e/ou compressa de algodão;
- y) fechar o curativo com atadura de crepom (utilizar atadura compressiva na técnica de enfaixamento adequada e fixar com fita adesiva);
- z) elevar os membros inferiores com angulação de 45° (correspondente a um palmo acima do coração);
- aa) aplicar atadura compressiva na técnica de enfaixamento adequado e fixar com fita adesiva;
- ab) deixar o paciente confortável;
- ac) manter a organização da unidade do paciente;
- ad) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ae) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- af) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e enfermeiro na folha de evolução).

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) para executar o procedimento deve-se inicialmente ler a prescrição do paciente e/ou o prontuário do paciente;

- b) orientar o paciente sobre a importância da aceitação e participação durante os procedimentos, incluindo o seu autocuidado;
- c) incluir o acompanhante ou cuidador na implementação dos cuidados, educando-o para a manutenção dos cuidados em domicílio;
- d) lembrar que a insuficiência venosa crônica é um quadro clínico que tem como base o comprometimento do retorno venoso desde o sistema venoso profundo ao superficial, o que implica a insuficiência valvular das veias comunicantes. Apresenta como características hipertensão venosa, varizes secundárias, dor, edema e hiperpigmentação da pele (dermatite ocre), e até mesmo úlceras de difícil cicatrização no membro afetado, que conseqüentemente podem evoluir para UV;
- e) a UV tem como características: sua localização é abaixo do joelho, na parte interna da perna, geralmente acima do tornozelo. Afeta um membro ou ambos. O leito da ferida possui cor avermelhada (tecido de granulação), podendo ser recoberta com tecido amarelado (esfacelo), bordas irregulares e exsudativa. É comum nas pessoas que apresentam edema, varizes ou histórico de TVP;
- f) a manutenção da integridade da pele em portadores de doença venosa é complexo, desafiador, o tratamento é longo e requer mudança de hábitos de vida, que incluem atividade física, alimentação adequada e terapia compressiva. Dessa forma, requer uma abordagem do enfermeiro e da equipe multidisciplinar com habilidade e conhecimento científico para oferecer qualidade de vida ao paciente.
- g) avaliar presença de edema no membro acometido, edema duro (linfedema) ou edema mole, com cacifo pelo tamanho em milímetros da fôvea, classificar:
- (+ 1 / + 4) = 2 mm – leve afundamento, desaparece com rapidez,
 - (+ 2 / + 4) = 4 mm – afundamento um pouco mais profundo, desaparece em 10 a 15 segundos,
 - (+ 3 / + 4) = 6 mm – cacifo bastante acentuado, pode durar mais de um minuto,
 - (+ 4 / + 4) = 8 mm ou mais – cacifo bastante acentuado, dura de dois a cinco minutos, a extremidade está bem deformada.
- h) palpar pulsos periféricos: pedioso, tibial posterior, poplíteo e avaliar tempo de enchimento capilar, temperatura e coloração de extremidades;
- i) avaliar comprometimento arterial nos membros inferiores (MMII), através de ITB (divisão do valor sistólico de membro inferior pelo valor sistólico do membro superior), sendo:

- > 1,2 = possível calcificação arterial;
 - quando observado em pacientes diabéticos deve ser implementado cuidados para interrupção;
 - 1,0-1,2 = fluxo sanguíneo arterial periférico normal;
 - 0,8-0,9 = doença arterial oclusiva leve;
 - 0,5-0,7 = doença arterial oclusiva periférica moderada. Pode estar associada à claudicação intermitente;
 - < 0,5 = doença arterial oclusiva periférica severa. A cicatrização é improvável a menos que a revascularização possa ser realizada.
- j) avaliar exames complementares: doppler venoso e arterial, hemograma completo, glicemia, albumina, Fe, Mg, Na e K;
- k) orientar ao paciente a realizar caminhadas a fim de favorecer o funcionamento da bomba de panturrilha.

REFERÊNCIAS

- BORGES, E. L. **Feridas: úlceras de membros inferiores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlcera venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidência**. 305f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2005.
- GEOVANINI, T. (Org.). **Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional**. São Paulo: Editora Rideel, 2014.
- HUSM-UFSM. Protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/protocolos/GELP.pdf>> <úlcera por pressão>. Acesso em: mai. 2014.
- MALAGUTTI, W. (Org.). **Feridas: conceitos e atualidades**. São Paulo: Martinari, 2015.
- THOMAZ, J. B. **Úlceras dos membros: diagnósticos e terapêuticas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

4.9 POP CDC 056 009 - CURATIVO DE FERIDA TUMORAL

Elaboração: Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues e Dayse C. do Nascimento

Validação: CCHUPE e COMPOPE/HUPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na implementação de medidas sistematizadas na lesão do paciente portador de ferida tumoral, as quais envolvem o processo de limpeza e conforto. A ferida tumoral é formada pela infiltração das células malignas do tumor nas estruturas da pele, com ruptura da integridade do tegumento, levando à formação de uma ferida evolutivamente exofítica.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) utilizar terapia tópica com coberturas que ofereçam: limpeza, contenção e absorção do exsudato;
- b) promover curativos simétricos com a aparência do paciente;
- c) empregar técnica cautelosa visando à analgesia;
- d) oferecer conforto e controle do odor.

► Indicações e contraindicações

Este protocolo é indicado para pacientes portadores de ferida tumoral e contra-indicado para pacientes sem ferida tumoral.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 16 a 45 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;

- e) régua, cateter de aspiração de calibre 6-8 Fr, decalque plástico para mensurar a lesão;
- f) equipamentos de proteção individual, máscara (gorro, capote e luva de procedimento);
- g) soro fisiológico 0,9% em temperatura ambiente;
- h) seringa de 20 ml;
- i) agulha 40 mm x 12 mm;
- j) óxido de zinco a 10%;
- k) coberturas e produtos conforme plano de contingência;
- l) gaze estéril;
- m) compressa de algodão estéril;
- n) fita adesiva hipoalérgica;
- o) lixeira para resíduo infectante.
- p) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente e a evolução anterior do curativo (*vide* plano de contingência);
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, pedir sua autorização;
- k) promover privacidade, utilizando biombo, se necessário;

- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) calçar as luvas de procedimentos e os demais equipamentos de proteção individual;
- o) posicionar o paciente adequadamente;
- p) realizar analgesia prévia 30 minutos antes da troca do curativo conforme prescrição médica;
- q) utilizar escala EVA (ver anexo);
- r) retirar o curativo anterior com cuidado, sem esfregar, e irrigar abundantemente com soro fisiológico 0,9%;
- s) realizar a limpeza do leito da ferida e bordas com soro fisiológico 0,9%, em temperatura ambiente e com jato de seringa de 20 ml com agulha de diâmetro 40 mm x 12 mm;
- t) realizar medidas lineares (comprimento x largura x profundidade) nos seus maiores ângulos, através do uso de régua (consultar POP 56 003 – Avaliação do paciente portador de lesão de pele);
- u) avaliar a ferida para escolha da cobertura ou produto (ver no Plano de contingência);
- v) conter o exsudato da ferida e em caso de áreas cavitárias preenchendo-as para eliminar o espaço morto;
- w) utilizar cobertura não aderente nas bordas e superfície da ferida com gaze vaselinada ou produto semelhante; não estimular o crescimento de célula maligna;
- x) manter úmido o leito da ferida;
- y) hidratar pele perilesional em caso de pele ressecada, desidratada e descamativa aplicando óxido de zinco a 10%;
- z) aplicar cobertura secundária estéril com compressa de gaze seca e/ou compressa de algodão;
- aa) fechar o curativo com atadura de crepom, se for necessário (se a localização for nos membros), e fixar com fita adesiva;
- ab) deixar o paciente confortável;
- ac) avaliar dor, após curativo, com escala EVA;
- ad) manter a organização da unidade do paciente;
- ae) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- af) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;

ag) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) para executar o procedimento, deve-se inicialmente ler a prescrição do paciente e/ou o prontuário do paciente;
- b) lembrar que entre os pacientes portadores de neoplasias, 5% a 10% apresentam o desenvolvimento de metástase cutânea, o que vem a formar ulcerações oncológicas, estas por vezes nos últimos seis meses de vida. As feridas tumorais estão ligadas à imprudência do paciente e sua demora para procurar um auxílio médico e/ou o diagnóstico tardio do profissional para dar início ao tratamento à doença. O tratamento deve ser de forma paliativa, ou seja, a intenção é minimizar sinais e sintomas, prevendo a melhora na qualidade de vida;
- c) ter em mente que o enfermeiro assume um papel fundamental no cuidado humanizado com os portadores de feridas tumorais para uma assistência que minimize o desconforto, a dor e os transtornos psicossociais;
- d) atentar para o fato de que o uso de coberturas e produtos não leva à cicatrização da ferida tumoral, pois dependerá do câncer primário e indicação da terapêutica médica. A cicatrização não é a principal meta desse procedimento, mas, sim, minimizar e controlar os sintomas, visando uma melhor qualidade de vida ao portador de ferida tumoral;
- e) propiciar a avaliação multi e interdisciplinar, visando uniformizar condutas que priorizem a qualidade da assistência e segurança do paciente;
- f) orientar o paciente sobre a importância da aceitação e participação durante os procedimentos, incluindo o seu autocuidado;
- g) sempre atentar para finalizar os curativos de forma simétrica com a aparência do paciente;
- h) checar estadiamento da ferida tumoral:
 - estadiamento 1 – pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Assintomático,
 - estadiamento 1N – ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudato límpido, de coloração amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violáceo, ferida seca ou úmida. Dor ou prurido ocasionais. Sem odor,

- estadiamento 2 – ferida aberta envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais. Por vezes, friáveis e sensíveis à manipulação. Exsudato ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou úmidas). Intenso processo inflamatório ao redor da ferida. Dor e odor ocasionais,
 - estadiamento 3 – ferida espessa envolvendo o tecido subcutâneo. Profundidade regular, com saliência e formação irregular. Características: friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrótico liquefeito ou sólido e aderido, odor fétido, exsudato. Lesões-satélites em risco de ruptura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada,
 - estadiamento 4 – ferida invadindo profundas estruturas anatômicas. Profundidade expressiva. Por vezes, não se visualiza seu limite. Em alguns casos, com exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.
- i) quanto ao controle da dor, recomenda-se utilizar e registrar a EVA antes e após analgesia. Considerar o uso de gelo e da medicação analgésica conforme a prescrição médica. Iniciar o curativo após 30 minutos para analgesia via oral, cinco minutos para analgesia subcutânea ou endovenosa e início imediato para a via tópica. Comunicar ao médico responsável os casos de dor intensa sem controle da conduta prescrita;
 - j) quando o paciente estiver sendo avaliado pela equipe multidisciplinar do cuidado paliativo, faz-se necessária uma conduta padronizada integrada em oferecer cuidados que visem conforto e segurança do paciente;
 - k) nessa perspectiva a atuação da equipe multidisciplinar do cuidado paliativo não tem característica curativa, contudo atua levando em conta diminuir ou sancionar os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, a fim de promover alívio da dor e uma melhor qualidade de vida;
 - l) estudos recomendam analgesia tópica com lidocaína gel a 2% (aplicar sobre a ferida tumoral e ao redor, cobrindo cerca de 2 cm de tecido saudável), todavia é necessário que toda manipulação seja cautelosa, evitando friccionar o leito da ferida;
 - m) os enfermeiros da equipe multidisciplinar do Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP-HUPE) indicam o uso junto à cobertura primária, dependendo da conduta aplicada, da associação do hidrogel e metronidazol. A justificativa é a manutenção do meio úmido, evitando traumatismo da ferida e, conseqüentemente, auxiliando no controle

da dor; com relação ao exsudato: considerar a troca de curativo em menores intervalos de tempo: a cada 12 horas, ou menor intervalo, conforme saturação;

- n) relacionado ao prurido, o enfermeiro deve investigar sua causa, considerar a utilização de adesivos hipoalergênicos. Também considerar o uso da dexametasona creme nestas áreas em consenso com a equipe médica responsável, que poderá incluir terapia sistêmica;
- o) com relação à abordagem da necrose, o enfermeiro, se necessário, deve enviar parecer para a Comissão de Curativos, a qual avaliará as necessidades de desbridamento, de acordo com a capacidade funcional do paciente e em consenso com a equipe médica;
- p) na presença de fístulas cutâneas, recomenda-se aplicar óxido de zinco a 10% na pele perifístula e adaptar, quando possível, uso de bolsas coletoras nas fístulas de alta drenagem, com placas de hidrocolóide ao redor da pele;
- q) na presença de sangramento, deve-se aplicar pressão diretamente sobre os vasos sangrantes com amparo de gaze. Recomenda-se aplicação de soro fisiológico a 0,9% gelado; curativo hemostático sobre os pontos sangrantes. Verificar, junto à equipe médica, a aplicação de adrenalina diluída direto no leito da ferida e a possibilidade de intervenção cirúrgica;
- r) conhecer o odor em feridas tumorais, que classifica-se em três tipos:
 - grau I – quando é sentido ao abrir o curativo,
 - grau II – quando é sentido ao se aproximar do paciente, sem abrir o curativo,
 - e grau III – quando é qualificado como forte e/ou nauseante.
- s) no caso de odor nas lesões cutânea e cavitária, proceder à limpeza com soro fisiológico a 0,9% e antisepsia com clorhexidina degermante:
 - retirar antisséptico com jato de soro fisiológico a 0,9% e manter gazes embebidas em hidróxido de alumínio no leito da ferida,
 - ocluir com gaze embebida em vaselina líquida. O odor em lesão cutânea pode ser intenso e deve ser considerado junto à equipe médica o uso de metronidazol a 0,8% em gel e/ou sistêmico. Nas lesões cavitárias oral, cutânea e vaginal considerar também o uso do metronidazol a 0,8%. Na cavidade oral, pode-se realizar uma solução (5 ml do gel com água filtrada) duas vezes por dia,
 - na fístula cutânea, injetar, com auxílio de uma seringa com bico, 5 ml ou mais (conforme avaliação) de gel de metronidazol a 0,8% no

orifício da fístula. Em caso de alto débito, deve-se utilizar dispositivo protetor e coletor, conforme citado anteriormente,

- na fístula vaginal e anal, introduzir o metronidazol (creme vaginal de metronidazol a 10%) com auxílio do aplicador vaginal ou cateter tipo *foley* conforme critério médico;
- t) sobre a indicação do uso do 'metronidazol' em ferida tumoral, é recomendado devido à ação sobre bactérias anaeróbias, incluindo *B. fragilis*, já que a população de germes anaeróbios nessas feridas está intimamente relacionada com a gênese do mau odor. O objetivo do uso da droga não visa erradicar e, sim, controlar o odor, reduzindo a sua intensidade ou até eliminando-o de forma temporária. Os estudos confirmam o que a experiência clínica demonstra: após a suspensão da droga, o sinal reaparece ou se intensifica, em prazo variável, de acordo com as características do tumor (localização, tamanho, tipo) e de acordo com características do próprio paciente;
- u) sempre que possível, estimular paciente ao banho de aspersão, devendo sempre proteger o curativo com saco plástico e abri-lo para troca somente no leito, a fim de evitar a dispersão de exsudato e micro-organismos no ambiente;
- v) incluir o acompanhante ou cuidador na implementação dos cuidados, educando-o para a manutenção dos cuidados em domicílio;
- w) identificar as necessidades educacionais do paciente/cuidador quanto aos cuidados com a ferida após a alta;
- x) encaminhar o paciente à psicologia, ao serviço social e à fisioterapia sempre que necessário, ressaltando o vínculo multidisciplinar na adaptação do paciente;

► Terminologia utilizada/denominações

São algumas denominações usuais:

- a) ferida oncológica – denominada também como ferida neoplásica ou ferida tumoral;
- b) feridas tumoral maligna cutânea – considera as características evolutivas e a localização da ferida;
- c) ferida ulcerada maligna – quando está ulcerada e forma crateras rasas;
- d) ferida fungosa maligna ulcerada – união do aspecto vegetativo e partes ulceradas;
- e) ferida fungosa maligna – ferida neoplásica vegetante – quando são semelhantes a couve-flor.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. M.; SILVA, G. M. C. **Os cuidados de enfermagem em feridas neoplásicas na assistência paliativa.** Revista HUPE. v. 11, n. 02, 2012. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=331>. Acesso em: jul. 2015.

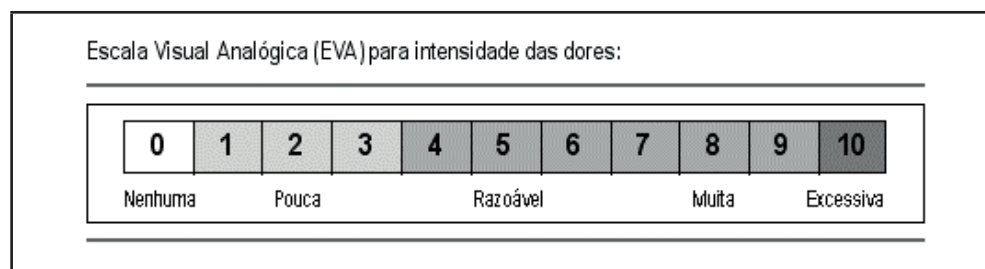
GHORAYEB, Nabil; FISS, Elie; BRANDÃO, Dagoberto de Castro. Avaliação clínica da eficácia e segurança do uso da associação de dipirona sódica, cafeína e maleato de clorfeniramina* comparados à associação de paracetamol, cloridrato de fenilefrina e maleato de carbinoxamina** no tratamento sintomático de gripe. Grupo Editorial Moreira Jr., 2006. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3293&fase=imprime>. Acesso em: 8 nov. 2015.

MALAGUTTI, W. (Org.). **Feridas: conceitos e atualidades.** São Paulo: Martinari, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado.** Série: Cuidados paliativos. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais>.

► ANEXO

Figura 1- Exemplo de Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação de intensidade da dor.



Fonte: Ghorayeb; Fiss; Brandão (2006).

4.10 POP 56010 - CURATIVO DE LESÃO POR ÚLCERA DIABÉTICA: MAL PERFURANTE

Elaboração: Dayse C. Nascimento, Vânia Coutinho e Marcela Mendes

Validação: CCHUPE/COMPOPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques, Dayse C. Nascimento e Fernanda R. Rodrigues

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste em desenvolver cuidados ao paciente portador de *diabetes mellitus* (DM) com úlcera diabética. Nesse caso, a lesão na pele apresenta-se geralmente resultante da tríade neuropatia sensitiva periféri-

ca, isquemia decorrente de grandes troncos arteriais e infecção, acometendo principalmente os membros inferiores.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) atender ao protocolo do Ministério da Saúde (MS) no cuidado com pessoas com DM;
- b) promover limpeza da úlcera;
- c) tratar a infecção presente;
- d) promover condições locais favoráveis à cicatrização;
- e) enfatizar uma assistência interdisciplinar;
- f) reduzir os casos de amputação e aumentar a qualidade de vida do paciente.

► Indicações

O protocolo é indicado para todos os pacientes portadores de úlcera diabética – mal perfurante.

► Contraindicações

O protocolo é contraindicado para os pacientes com obstrução arterial.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 16 a 45 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) bacia estéril, se necessário;
- d) almotolia com álcool a 70%;
- e) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- f) régua, cateter de aspiração de calibre 6-8 Fr, decalque plástico para mensurar a lesão;
- g) equipamentos de proteção individual (máscara, gorro, capote e luva de procedimento);

- h) soro fisiológico 0,9% (quantos frascos forem necessários);
- i) agulha 40 mm x 12 mm;
- j) gaze estéril;
- k) cobertura e produto recomendada pelo enfermeiro;
- l) adesivo específico, filme de poliuretano ou esparadrapo impermeável;
- m) atadura de crepom, se necessário;
- n) saco plástico ou forro impermeável;
- o) lixeira para resíduo infectante;
- p) biombo sempre que necessário.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente e a evolução anterior do curativo, realizar a anamnese do paciente (quando ambulatorialmente);
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombo se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) colocar EPI padrão (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção), considerando o uso de capote em pacientes com precaução de contato
- o) organizar o material de modo a otimizar o procedimento;
- p) calçar luva de procedimento para remoção do curativo anterior;

- q) remover o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9 % em jato para facilitar a remoção;
- r) calçar luva estéril;
- s) realizar a limpeza de pele perilesional e bordas, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico, com movimento de fricção suave;
- t) realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico a 0,9%;
- u) realizar medidas lineares (comprimento x largura x profundidade) nos seus maiores ângulos, através do uso de régua ou cateter de aspiração de calibre ou aplicar um decalque plástico por cima da ferida (envólucro da gaze estéril) e desenhar com caneta hidrográfica;
- v) identificar o tipo de tecido presente no leito da lesão, avaliar bordas e pele perilesional;
- w) utilizar cobertura adequada, conforme o POP CDC 056 004 – Critérios para escolha do tratamento tópico adequado;
- x) aplicar cobertura secundária utilizando gaze seca e/ou compressas de algodão;
- y) fechar o curativo com micropore ou atadura de crepom e fixar com fita adesiva;
- z) deixar o paciente confortável;
- aa) manter a organização da unidade do paciente;
- ab) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ac) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ad) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) o DM é uma doença metabólica resultante de defeitos da secreção de insulina, responsável pelo controle do nível de glicose no sangue. Os efeitos principais da doença são hiperglicemia crônica relativa, acarretando complicações macrovasculares, microvasculares e neuropáticas. Dentre os tipos de DM, o tipo 2 corresponde, aproximadamente, a 90% dos casos e dentre suas complicações crônicas destacam-se as lesões ulcerativas em MMII;

- b) estudos reforçam o cuidado com o pé, no sentido da prevenção da úlcera do pé diabético. Ressalta-se que cerca de 10% a 25% dos portadores de DM acima de 70 anos desenvolvem lesões em MMII e destes 14% a 24% evoluem para amputação;
- c) o Programa Nacional de Diabetes se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Reforça-se o atendimento multiprofissional, sendo o papel do enfermeiro importante no que refere a desenvolver atividades educativas e estabelecer estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;
- d) o protocolo do MS para o cuidado com pessoas com DM descreve que na presença de lesão ulcerada no pé os cuidados devem ser imediatos, incluindo, dentre outros: tratar a infecção presente, reduzir o apoio no pé doente, promover limpeza da ferida e avaliar a necessidade de encaminhamento à atenção especializada;
- e) o MS indica que, quando houver presença de queratina nos bordos da lesão, esta deve ser removida a fim de expor a base da úlcera;
- f) na presença de úlcera profunda, o médico poderá requisitar exames laboratoriais e imagens para excluir a presença de osteomielite, o que pode ser prolongado, associado ou não ao desbridamento cirúrgico;
- g) deve-se estimular o potencial do paciente para o autocuidado, principalmente quando há lesão ulcerada em MMII, bem como cuidados específicos para esta complicação;
- h) o tratamento hospitalar ou ambulatorial geralmente é prolongado, pois o paciente apresenta alterações sistêmicas que concorrem para o retardo da cicatrização, o que acarreta em algumas situações a indicação terapêutica da amputação. A amputação traz repercussões à qualidade de vida do indivíduo, até o afastamento da vida social;
- i) ao paciente com lesões ulceradas em MMII, deve-se orientar de forma geral: não andar descalço, evitar sapatos apertados ou largos demais; hidratar os pés com hidratante à base de creme de ureia e/ou óleo vegetal, exceto entre os dedos, não cortar os cantos das unhas e não remover cutículas. Manter unhas aparadas em linha reta, sem deixar pontas e, se necessário, lixar as unhas, utilizar meias de algodão claras sem costuras ou do avesso; evitar o uso de esparadrapo diretamente sobre a pele. Orientar repouso com o membro inferior afetado ligeiramente elevado, proteger o calcâneo

e a região maleolar para que não surjam novas úlceras e não apoiar o pé no chão. Evitar traumas. Realizar a inspeção diária dos pés.

- j) o MS/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica recomenda, como abordagem educativa na prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés e/ou sua identificação precoce em pessoas com baixo risco de desenvolver úlceras:
- cuidados pessoais e orientação para o autoexame do pé,
 - exame diário do pé,
 - sapato adequado,
 - higiene cuidada e hidratação diária dos pés com cremes,
 - cuidados com as unhas e os riscos associados com a remoção de pele e cutículas,
 - cuidado com traumas externos,
 - orientar a procurar um profissional de saúde se perceber alteração de cor, edema ou rachaduras na pele, dor ou perda de sensibilidade;
- k) em pessoas com alto risco de desenvolver úlceras nos pés, abordar, além dos pontos listados anteriormente, os seguintes:
- evitar caminhar descalço,
 - procurar ajuda profissional para manejo de calos, ceratose e ruptura de continuidade da pele,
 - não utilizar produtos para calos e unhas sem a orientação de um profissional de saúde,
 - lembrar o potencial de queimadura dos pés dormentes,
 - não utilizar sapatos novos por períodos prolongados e amaciá-los;
 - usar protetor solar nos pés.
- l) em pessoas com presença de úlceras, abordar, além dos itens anteriores, também os seguintes:
- lembrar que infecções podem ocorrer e progredir rapidamente,
 - a detecção e o tratamento precoce de lesões aumentam o bom desfecho,
 - repousar o pé/perna doente é fundamental no processo de cura,
 - observar alterações de sinais e sintomas e comunicar aos profissionais de saúde envolvidos no tratamento,
 - se houver presença de dor retornar à Unidade Básica de Saúde (UBS),

- procurar a UBS imediatamente se perceber mudança no odor dos pés, da lesão, ou se ocorrer edema e/ou sensação de mal-estar.
- m) é imprescindível que o enfermeiro realize as avaliações e evoluções com exame clínico diário e registro fotográfico, previamente autorizado pelo paciente e/ou acompanhante;
- n) a avaliação da equipe multiprofissional é fundamental, considerando todos os integrantes da equipe responsáveis pela qualidade da assistência e segurança do paciente. Poderão ser necessários ajustes medicamentosos, nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas.

REFERÊNCIAS

BORGES, E. L. Feridas: úlceras de membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2015.

CUBA, M. R.; SANTOS, O. M.; RETZ, E. M. A.; TEMA, H. L. C.; ANDRADE, I. P. S.; MOSER, A. D. L.; ERZINGER, A. R. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. Revista Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 26, n. 3, p. 647-655, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n3/a19v26n3.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2015.

MALAGUTTI, W. (Org.). **Feridas: conceitos e atualidades**. São Paulo: Martinari, 2015.

THOMAZ, J. B. Úlceras dos membros: diagnósticos e terapêuticas. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2011.

4.11 POP CDC 056 011 - CURATIVO DE FERIDA CIRÚRGICA

Elaboração: Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues, Rômulo Gonçalves Ávila e Priscila Francisca Almeida e Maristela Freitas da Silva

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, CCHUPE/COMPOPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste em realizar cuidados no paciente portador de ferida cirúrgica/operatória (FO), a qual designa lesão programada, resultante de uma intervenção cirúrgica ou procedimento terapêutico-diagnóstico realizadas em condições assépticas.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- ocluir e proteger, prevenindo infecção no sítio cirúrgico;
- instituir conduta de enfermagem padronizada e sequencial na execução da terapia tópica de acordo com a aspecto da ferida cirúrgica;
- promover condições locais favoráveis à cicatrização;
- prevenir e tratar a complicação da ferida cirúrgica.

► Indicações

O protocolo é indicado no tratamento de pacientes com FO.

► Contraindicações

O protocolo é contraindicado no tratamento de pacientes com ausência de FO.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 10 a 30 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- bandeja ou cuba-rim não estéril;
- gaze não estéril;
- almotolia com álcool a 70%;
- almotolia com álcool a 70% glicerinado;

- e) equipamentos de proteção individual, máscara, gorro, capote e luva de procedimento;
- f) frasco de soro fisiológico 0,9% ou soro com ringer lactato conforme produto utilizado (*vide* em descrição técnica);
- g) agulha 40 mm x 12 mm;
- h) gaze estéril;
- i) coberturas e produtos conforme classificação da FO (*vide* descrição técnica);
- j) lixeira para resíduo infectante;
- k) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando bimbos se necessário;
- l) posicionar o paciente adequadamente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) organizar o material de modo a otimizar o procedimento;
- o) colocar touca, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental descartável (se necessário);
- p) higienizar as mãos com álcool glicerinado a 70%;

- q) calçar luvas de procedimento;
 - r) remover o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9 % para facilitar a remoção;
 - s) realizar a limpeza da FO, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico, com movimento de fricção suave;
 - t) atentar pela respectiva fase de pós-operatório (PO) para relacionar a cicatrização da FO;
 - u) PO imediato:
 - v) manter ocluído com cobertura seca, advinda do centro cirúrgico;
 - w) utilizar gaze estéril seca com adesivo hipoalergênico ou filme transparente semipermeável.
 - x) PO mediato – limpeza com soro fisiológico (SF) 0,9%, oclusão com gaze seca estéril e fixação com adesivo hipoalergênico, filme transparente ou sem cobertura. O enfermeiro deve traçar a conduta integrada com o cirurgião, discutindo cada caso;
 - y) PO tardio sem complicações (pele epitelizada) – limpeza com água e sabonete neutro, não ocluir. Realizar a limpeza do leito da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico a 0,9% ou ringer lactato;
 - z) PO com complicações – aplicar a cobertura prescrita pelo enfermeiro com base nas características da ferida operatória (*vide* POP 056 004 – Critérios para tratamento tópico). Ocluir/fechar o curativo com cobertura secundária utilizando gaze seca e/ou adesivo microporoso de membrana permeável e transparente estéril;
 - aa) deixar o paciente confortável;
 - ab) manter a organização da unidade do paciente;
 - ac) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
 - ad) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
 - ae) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).
- **Cuidados especiais/plano de contingência**
- Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:
- a) feridas cirúrgicas limpas – são as produzidas em ambiente cirúrgico, sendo que não foram abertos sistemas como o digestório, respiratório e genitourinário. Condições assépticas, sem micro-organismos. Não há

- evidência de infecção. Pode ter associado um tipo de dreno de sistema fechado. Cicatrização por primeira intenção;
- b) feridas cirúrgicas limpas/contaminadas – também são conhecidas como potencialmente contaminadas. Nelas há contaminação grosseira, por exemplo nas situações cirúrgicas em que houve abertura dos sistemas contaminados como o digestório, respiratório e genitourinário. Condições assépticas: lesão inferior a seis horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa. Não há evidência de infecção;
 - c) feridas cirúrgicas contaminadas – lesão ocorrida com tempo maior que seis horas (trauma e atendimento), sem sinal de infecção. Lesão traumática exposta. Grande desvio na técnica estéril: procedimentos cirúrgicos de emergência. Grande derramamento de fluido do trato gastrointestinal. Há reação inflamatória, porém sem secreção purulenta;
 - d) feridas cirúrgicas sujas/infectadas – apresentam sinais nítidos de infecção clínica já existente. Presença de agente infeccioso no local e lesão com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo haver secreção purulenta. Fechamento por segunda intenção ou primeira intenção retardada, com drenagem purulenta conhecida;
 - e) as FO são classificadas em incisivas, sem perda tecidual, e excisivas, com remoção de área tecidual;
 - f) recomenda-se que o enfermeiro faça uma avaliação geral do paciente (seguir o POP 003 – Avaliação do paciente portador de lesão de pele). De modo geral: etiologia da FO, condições físicas, idade e terapia medicamentosa; localização anatômica da ferida e mobilidade do paciente; observar coloração, tipos de tecido encontrado, presença de túneis ou fístula, evidência de infecção, pele periferida; exsudato (presença de drenagem: volume, odor, cor e consistência); dimensão (comprimento, largura, profundidade);
 - g) na avaliação do exsudato devem constar:
 - sanguinolento – fino, vermelho brilhante,
 - serossanguinolento – fino, aguado, pálido ou róseo,
 - seroso – fino, amarelo claro,
 - purulento – fino ou espesso, de amarelo, esverdeado a marrom, com odor fétido,
 - piossanguinolento – fino ou espesso, amarelo misturado com sangue.
 - h) solicitar parecer à Comissão de Curativos, se necessário;

- i) atentar para o registro apropriado e pontual das alterações encontradas, considerando os aspectos legais envolvidos, desde a admissão até a alta hospitalar;
- j) a utilização do registro fotográfico deverá ter previamente a autorização por escrito do paciente e/ou acompanhante responsável;
- k) orientar no momento da alta os cuidados no domicílio com a FO para o autocuidado;
- l) reforçar a importância do acompanhamento no ambulatório pelo cirurgião ou encaminhar para ambulatório da CCHUPE.

► **Pediatria e neonatal**

Em pediatria reforça-se empregar estratégias de distração e conforto para a realização do curativo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. E. et al. **Manual para a realização de curativos**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2007.

BORGES, E. L. et al. **Feridas: como tratar**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas: um guia para as enfermeiras**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. (Org.). **Manual para prevenção de lesões de pele: recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

GEOVANINI, T.; JUNIOR, A. G. de Oliveira; PALERMO, T. C. da S. **Manual de curativos**. São Paulo: Corpus, 2007.

MARQUES, G. S.; RODRIGUES, F. R. **Apostila para residentes de enfermagem cirúrgica: material didático de aulas**. Disciplina Tópicos Avançados em Enfermagem Cirúrgica I, HUPE – 2013/2014. (mimeo)

MARQUES, R. G. (Org.). **Técnica operatória e cirurgia experimental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MELO, M. E.; FERNANDES, V. S. **Avaliação do conhecimento do enfermeiro acerca das coberturas de última geração**. Revista Estima, v. 9, n. 4, 2011, p. 12-20.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I. B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2007.

4.12 POP CDC 56 012 - RETIRADA DE PONTOS CIRÚRGICOS

Elaboração: Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues e Andreia Fontes da Paz, Sandra Chaves, Paula Monteiro, Priscila Francisca Almeida

Validação: Enfermarias 01 e 02, CIPE e Ambulatório Central

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste no procedimento de remoção dos fios cirúrgicos com técnica asséptica, retirado totalmente ou alternado.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) oferecer a limpeza da incisão cirúrgica;
- b) favorecer a drenagem de exsudato restrito na incisão cirúrgica;
- c) auxiliar na cicatrização cirúrgica prevenindo a infecção;
- d) prevenir complicações como infecção e rejeição.

► Indicações

O protocolo é indicado para remover suturas da pele de uma ferida cicatrizada sem lesionar o tecido recém-formado.

► Contraindicações

O protocolo é contraindicado:

- a) na remoção dos pontos com menos de sete dias da sutura cirúrgica;
- b) em discrasias sanguíneas.

► Responsável pela prescrição

O médico é o responsável pela prescrição do protocolo.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 10 a 20 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja não estéril;
- b) carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- c) pacote ou *kit* de curativo estéril contendo preferencialmente:

- uma pinça Kelly reta,
- uma pinça anatômica de dissecação,
- uma tesoura cirúrgica Spencer ou Íris – romba ou curva;
- d) ou, na ausência do pacote de curativos, luva estéril;
- e) uma lâmina de bisturi nº 21, 22, 23 ou 24;
- f) gaze estéril;
- g) frasco de soro fisiológico a 0,9%;
- h) agulha 40 mm x 12 mm;
- i) cobertura adesiva do tipo esparadrapo semipermeável, se necessário;
- j) EPI (se necessário): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril, luva de procedimento;
- k) saco plástico ou forro impermeável;
- l) lixeira para resíduo infectante;
- m) biombo, se necessário.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la no carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado, se internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento. Pedir sua autorização;
- k) promover privacidade, utilizando biombo se necessário;
- l) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;

- m) calçar as luvas de procedimentos;
- n) colocar equipamentos de proteção individual;
- o) posicionar o paciente adequadamente, expondo apenas a área dos pontos cirúrgicos;
- p) abrir o pacote de curativo com técnica asséptica e os demais materiais no carro de curativos ou superfície fixa;
- q) na ausência do pacote de curativos, abrir a luva estéril, gaze estéril e a uma lâmina de bisturi estéril;
- r) retirar o curativo anterior (se houver), remover com cuidado;
- s) observar a ferida cirúrgica, identificando a presença de afastamento, secreção, inflamação, sinais de infecção e pontos inclusos. No caso de feridas cirúrgicas complexas, deve-se atentar para algumas técnicas específicas (*vide* cuidados especiais e plano de contingência);
- t) irrigar a área com soro fisiológico, fazendo-o através da tampa siliconada do frasco com uma agulha de calibre 40 mm x 12 mm;
- u) realizar limpeza da ferida cirúrgica com auxílio de uma pinça cirúrgica utilizando gaze estéril embebida com SF 0,9%, ou calçar luva estéril e com a mão dominante fazer uma trouxa com gaze estéril. Repetir este procedimento quantas vezes for necessário;
- v) secar a ferida com gaze com auxílio da pinça cirúrgica ou com a luva estéril fazendo uma trouxa de gaze estéril seca;
- w) separar uma gaze e deixá-la próxima à FO, tendo como finalidade para colocação dos fios retirados;
- x) utilizando a outra pinça cirúrgica, em sua ausência, a luva estéril, prender o nó da primeira sutura, a fim de expor a pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele (Figura 1);
- y) cortar o fio com ponta romba da tesoura curva de sutura contra a pele, ou caso não esteja disponível utilizar uma lâmina de bisturi e cortar abaixo do nó cirúrgico, próximo à pele e puxá-lo de maneira que seja cortado de um só lado;
- z) retirar o fio com o auxílio da pinça;
- aa) colocar os fios retirados sobre a gaze;
- ab) após a remoção dos pontos da incisão cirúrgica, deve-se realizar uma nova limpeza da ferida de forma delicada com a segunda pinça utilizada, ou em sua ausência, a luva estéril; utilizar a trouxa de gaze estéril embebida com soro fisiológico;
- ac) secar a incisão cirúrgica com gaze seca;

- ad) deixar o paciente confortável;
- ae) manter a organização da unidade do paciente;
- af) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ag) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ah) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) cabe reforçar que o procedimento requer a técnica asséptica.
- b) recomenda-se a utilização do pacote de curativos, para segurança e qualidade do procedimento, porém em sua ausência pode-se utilizar luva estéril e lâmina de bisturi descartável para adultos;
- c) fica a cargo de cada unidade de internação a disponibilidade do pacote de curativos para retirada de pontos, em sua ausência o mesmo pode ser solicitado à CME,
- d) após término do procedimento cabe à enfermagem a limpeza e devolução ao CME do instrumental usado para retirada de pontos;
- e) com relação aos tipos e tamanhos de lâminas cirúrgicas, evita-se a utilização de lâminas muito pequenas em adulto; sugere-se as de número 22, 23 ou 24. Deve-se compreender que os menores apresentam ponta bem mais afiada indicada para pequenas incisões;
- f) na ocasião da retirada de ponto, o enfermeiro deve avaliar a ferida cirúrgica de forma individualizada, principalmente nos aspectos tipo de procedimento cirúrgico (extensão e localização), ferida cirúrgica (ausência de inflamação, secreção e infecção) e condições gerais do paciente;
- g) nas situações em que a ferida cirúrgica apresentar-se com sinais de infecção, hemorragia, deiscência, evisceração, entre outros, o enfermeiro deve sempre registrar no prontuário do paciente a respectiva avaliação e informar ao cirurgião para que o mesmo decida como proceder, se inviabiliza ou opta pela retirada de pontos de forma alternada (nos caso da sutura com pontos interrompidos);
- h) em geral, para uma ferida cirúrgica suficientemente cicatrizada, os fios de suturas são removidos em sete a dez dias após a sua inserção. Porém, não é conveniente fixar prazos exatos, uma vez que o processo de cicatrização obedece a fatores individualizados: nutrição, obesidade,

oxigenação, diabetes, infecção, uso de corticosteroides, quimioterápicos e irradiação;

- i) se durante o procedimento ocorrer a complicação de deiscência da ferida cirúrgica, deve-se parar a remoção dos pontos, proteger a área com curativo compressivo embebido em soro fisiológico 0,9%, fazer um curativo compressivo e contatar imediatamente o médico;
- j) após a retirada dos pontos com retirada parcial alternada, cujo objetivo é facilitar a drenagem do exsudato e prevenir complicações, indica-se aplicar uma cobertura absorviva (recomenda-se consultar o POP 004 – Critérios para escolha do tratamento tópico adequado);
- k) não ocluir a incisão se a mesma se apresentar totalmente cicatrizada;
- l) se for necessário realizar o registro fotográfico da ferida ou do paciente, solicitar por escrito a autorização;
- m) em ambiente ambulatorial, nas consultas de pós-operatório, é de rotina o médico cirurgião realizar o procedimento; nas demais situações, cabe ao enfermeiro.

► Neonatal e pediatria

No cuidado a pacientes pediátricos:

- a) contar com um trabalho multidisciplinar entre a enfermagem e a equipe médica da cirurgia pediátrica, no qual o enfermeiro usualmente faz a retirada de pontos. Em outras especialidades cirúrgicas o procedimento só deverá ser realizado após consulta entre os profissionais envolvidos;
- b) recomenda-se usar lâminas menores, por exemplo, nº 12 ou 14. A lâmina sempre deve ser compatível com procedimento e idade da criança.

► Terminologia e expressões utilizadas

São expressões usuais:

- a) sutura: é a união ou aproximação de estruturas teciduais pela oposição de inúmeros nós cirúrgicos. Podem ser contínuas ou descontínuas;
- b) sutura contínua ou chuleio: quando existe uma continuidade do fio entre suas alças, tendo um nó inicial e um nó final;
- c) sutura descontínua ou com pontos separados: quando cada alça corresponde a um nó e não há continuidade entre suas alças.

► Tipos de técnicas para retirada de pontos mais usuais

As técnicas mais usuais específicas na aplicação do protocolo são:

- a) técnica de pontos simples interrompidos (sutura com ponto simples): seguir os passos z, aa, ab e ac, alternando com a não retirada de pontos.

Geralmente, esse procedimento é definido e acompanhado pela equipe médica;

- b) técnica de pontos simples contínuos (sutura contínua tipo chuleio simples): cortar o primeiro ponto ao lado oposto do nó. Em seguida, corte o mesmo lado do ponto seguinte. Levantar, então, a primeira linha de sutura para fora em direção ao nó. Proceder da mesma maneira ao longo da linha de sutura, segurando cada porção do fio de sutura tal como você segurou a primeira;

REFERÊNCIAS

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Saúde Pública. **Procedimento operacional-padrão: remoção de suturas**. Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Departamento de Enfermagem, 2010. Disponível em: <http://www.walfredogurgel.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap_hwg/servico/68%20remo%C3%A7%C3%A3o%20de%20sutura.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2014.

LECH, J. (Org.). **Manual de procedimentos de enfermagem**. São Paulo: Martinari. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2006.

MARQUES, R. G. (Org.). **Técnica operatória e cirurgia experimental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 325-336.

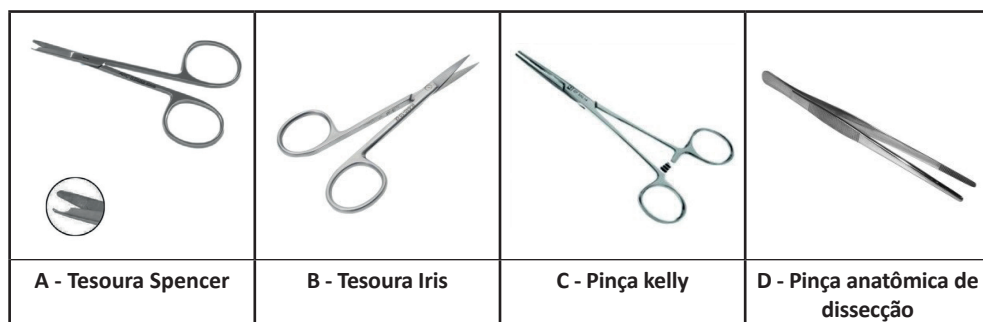
ANEXOS

Figura 1. Retirada de pontos



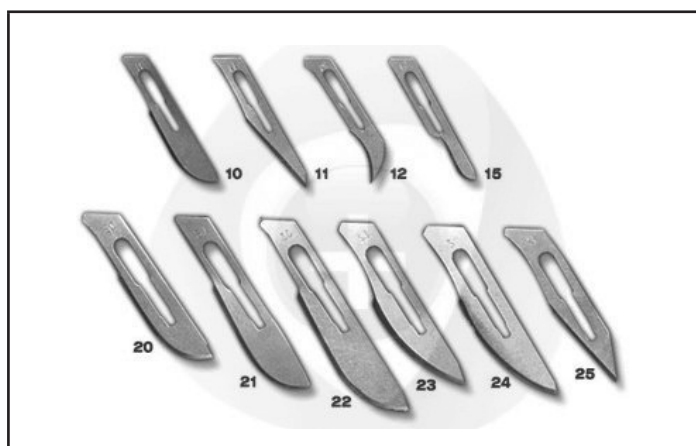
Fonte: Equipe Enfermagem (2014).

Figura 2. Instrumental para retirada de pontos: A- Tesoura Spencer; B- Tesoura Iris; C- Pinça Kelly; D- Pinça anatômica de dissecação



Fonte: Google Imagens (2015).

Figura 3. Tamanhos de lâminas de bisturi



Fonte: Google Imagens (2015).

4.13 POP CDC 056 013 - CUIDADOS COM A PELE DO PORTADOR DE FÍSTULA DO SISTEMA DIGESTÓRIO

Elaboração: Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues, Dayse C. Nascimento e Rômulo Gonçalves Ávila

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, CCHUPE e COMPOPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na execução de cuidados com a pele em pacientes portadores de fístula externa do sistema digestório (esofágica, gástrica, biliar, pancreática e intestinal) provocada pelo contato do conteúdo rico em enzimas digestivas com a pele perifístula, gerando lesões severas no paciente.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) auxiliar no tratamento multidisciplinar visando o fechamento da fístula;
- b) promover estratégias assistenciais para prevenção e tratamento de lesões da pele perifístula;
- c) promover a cicatrização da área perifístula, prevenindo a infecção;
- d) diminuir custos e prejuízos para o paciente;
- e) oferecer qualidade às ações de enfermagem.

► Indicações

O protocolo é indicado na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes do extravasamento do conteúdo na área perifístula.

► Contraindicações

O protocolo é contraindicado na ausência de fístula externa do sistema digestório.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 16 a 30 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja ou cuba-rim não estéril;
- b) gaze não estéril;
- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- e) EPI: máscara, gorro, capote (quando necessário) e luvas de procedimento;
- f) luva estéril;
- g) soro fisiológico 0,9% (quantos frascos forem necessários);
- h) agulha 40 mm x 12 mm;
- i) gaze estéril;
- j) coberturas e produtos (*vide* opções em descrição técnica);

- k) bolsa coletora ou outro tipo de equipamento (consultar plano de contingência);
- l) adesivo específico ou filme de poliuretano;
- m) lixeira para resíduo infectante;
- n) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente (*vide* plano de contingência);
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) preparar o material planejado;
- g) levar a bandeja, carro de curativos ou uma superfície fixa até a unidade do paciente;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos;
- l) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- m) calçar as luvas de procedimentos e os demais EPIs, se necessário;
- n) aplicar álcool gel nas mãos ou lavá-las;
- o) implementar as condutas necessárias de acordo com a avaliação do enfermeiro;
- p) preparar a pele perifístula:
 - observar e registrar aspecto da pele perifístula,
 - realizar a limpeza da pele perifístula com solução salina 0,9% em jato ou com auxílio de gaze estéril, eliminando restos de irritantes químicos (resíduos do efluente, de adesivos, pastas),
 - evitar irritação mecânica durante o cuidado (esfregação, atrito);

- q) proteger e tratar pele da drenagem fistular com utilização de produtos/ barreiras cutâneas:
- placas e pastas à base de hidrocoloide – para vedação, facilitar a cicatrização em pele lesionada, criar barreira ao redor da fístula, criar superfície plana em contornos irregulares,
 - selante da pele sem álcool à base membrana polimérica na forma de lenço, *spray* creme ou bastão – para melhorar a aderência aos dispositivos, proteger a pele perifístula,
 - pó à base de óxido de zinco 10% ou hidrocoloide – usado para criar uma superfície seca para melhor adesão da bolsa ou outras barreiras cutâneas, proteger e tratar lesões úmidas,
 - bolsas coletoras – recomenda-se sempre sua utilização nas fístulas de baixo ou alto débito; optando-se pelo tipo específico conforme características do efluente e localização da fístula, para análise quantitativa e qualitativa do efluente;
- r) em casos da ausência de bolsa coletora, pode-se seguir os três primeiros passos de q) e utilizar como cobertura secundária o hidropolímero ou gaze estéril, com troca conforme saturação ou a cada 12 horas. Ocluir se necessário com o adesivo específico ou filme de poliuretano transparente;
- s) lavar a bolsa coletora em intervalos regulares para minimizar o odor; não esquecer de mensurar o débito;
- t) orientar o paciente sobre a importância da aceitação e participação durante os procedimentos, incluindo o seu autocuidado;
- u) deixar o paciente confortável;
- v) manter a organização da unidade do paciente;
- w) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- x) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- y) realizar as anotações necessárias, registrando aspecto do efluente (cor, odor, volume, consistência) e condições da pele perifístula; assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) as fístulas do sistema digestório (FSD) ocorrem no contexto cirúrgico como sendo uma das complicações na fase pós-operatória mais expectante, uma vez que acarretam variados transtornos à recuperação do paciente, exigindo esforços de toda equipe multidisciplinar;
- b) quanto ao volume vale ressaltar: baixo débito, se forem drenados até 500 ml e alto débito se forem eliminados acima de 500 ml. Observação: cabe lembrar que se a fístula for pancreática o volume acima de 200 ml já a considera como de débito alto;
- c) outras causas de ocorrências das FSD podem ser secundárias, como: lesões acidentais no ato cirúrgico, procedimentos técnicos impropriedades, tentativas de liberar aderências, contato de corpo estranho, colocação de drenos duros vizinhos à alça operada e infecções. Também podem ser espontâneas em decorrência à doença de base, por exemplo, a doença inflamatória intestinal, sepse e quimioterapia;
- d) o fechamento espontâneo ocorre geralmente em quatro, seis semanas, ou após esse período com correção cirúrgica. Porém, dependerá das condições clínica e hemodinâmica do paciente;
- e) a avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional é fundamental para a prescrição do tratamento proposto, seja clínico, seja cirúrgico;
- f) todos os integrantes da equipe de saúde são responsáveis pela qualidade da assistência e segurança do paciente. Poderão ser necessários ajustes com terapia medicamentosa específica para diminuir e nutricional, assim como exames de imagem, laboratório e a abordagem cirúrgica;
- g) o tratamento medicamentoso com somatostatina, octreotida e bloqueadores de secreção gástrica tem como objetivo a redução do débito da fístula e efeito inibitório da secreção gástrica;
- h) a prevalência de desnutrição é grave, chegando de 30% a 70%, em decorrência ao grande catabolismo, ao débito da fístula, ao jejum imposto pelo tratamento e da nutrição ineficiente. Sendo necessário uma terapia nutricional prescrita pela EMTN, que, de acordo com a localização da fístula, pode ser prescrita nutrição enteral, nutrição parenteral total (NPT) ou ambas;
- i) como condutas gerais, deve-se assegurar o bem-estar do paciente; manter suporte emocional ao paciente e sua família, desenvolvendo um relacionamento de confiança; promover o autocuidado e orientar o paciente a permanecer em repouso por uma hora após a aplicação da bolsa

- coletora para permitir que a temperatura corporal favoreça a aderência do sistema, minimizando risco de vazamento;
- j) recomenda-se irrigar a área perifístula com solução morna ou em temperatura ambiente;
 - k) a técnica para realização do curativo é a estéril, sendo que para a fístula intestinal é a limpa;
 - l) com relação às bolsas coletoras, devem ser transparentes, preferencialmente de duas peças e antirrefluxo. Se a fístula for colônica preconiza-se também o filtro de carvão ativado;
 - m) nos casos específicos de área perifístula com dermatite e umidade, o uso do oxigênio ou ar comprimido sob cateter em baixa tensão sobre a área lesada tem demonstrado resultados positivos, oferecendo conforto ao paciente e minimizando a sensação dolorosa, além de propiciar secagem rápida para aplicação da bolsa coletora;
 - n) com relação às fistulas de alto débito, às múltiplas fístulas e à complexidade da área comprometida, pode ser necessário a utilização de um equipamento coletor específico, um *kit* sistema fístula, que oferece excelentes resultados. O mesmo possui base adesiva composta de hidrocoloide, que confere proteção à área perifistular, mantém a ferida coberta, realiza coleta do efluente de forma passiva, possui válvula antirrefluxo, janela para limpeza, saída para drenagem em coletor específico e anel inflável usado como barreira de contenção do efluente e tamanhos diferenciados;
 - o) para a importância dos registros, considerando os aspectos legais envolvidos decorrentes do aparecimento da fístula, registrando-os até a alta hospitalar;
 - p) solicitar parecer à CCHUPE, se necessário.

► Terminologia e expressões utilizadas

Fístula é uma comunicação anormal entre dois epitélios através de um trajeto, em geral, unindo um órgão interno e a superfície.

REFERÊNCIAS

BASSI, D. G. **Fístulas digestivas**. In CESARETTI, I. U. R.; PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R. (Org.). **Estomaterapia: temas básicos em estomias**. Taubaté: Cabral, 2006. p.77-90.

GOOGLE IMAGENS. Disponível em: <http://www.hospitalardistribuidora.com.br/ecommerce_site/produto_20959_4241_TESOURA-SPENCER-P-RETIRAR-PONTOS>; <<http://www.richter.com.br/imgs/gd/R-640-10.jpg>>; <<http://www.suryadental.com.br/surya/pro>>

duto/82338/pinca+kelly+reta+14cm+qf33014+quinelat>; <<http://www.lojasynth.com/inox/pincas/pinca-para-disseccao-anatomica>>. Acesso em 8 de nov. 2015.

_____. Disponível em: <<http://www.cirurgicapirassununga.com.br/Panasonic.php?departamento=9qdmhsw2ukl7w&modulo=produtos&ctg=78&prod=195>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

EQUIPE ENFERMAGEM. Retirada de pontos. Disponível em: <<http://www.equipeenfermagem.com.br/retiradaPontos.php>>. Acesso em: 26 mar. 2014.

HEVIA, H. et al. **Cuidados a pacientes com fístula intestinal y defeito le la pared abdominal: caso clínico**. Revista Estima, 2010, v. 8, n. 1, p. 25-9.

KAUSHAL, M.; CARLSON, G. L. **Management of enterocutaneous fistulas**. Clinics in Colon and Rectal Surgery, 2004, v. 17, n. 2, p. 79-88. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em: 09 jun. 2011.

MARQUES, G. S.; RODRIGUES, F. R. et al. **Os cuidados com as lesões da pele em decorrência das fístulas do sistema digestório: uma revisão bibliográfica**. [Trabalho de término de curso de pós-graduação em estomaterapia]. Rio de Janeiro – RJ; Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2011. 38 p.(mimeo)

MELLO, E. D.; GAZAL, C. G. B.; LUFT, V. C. **Fístulas do trato gastrintestinal**. Hospital de Clínicas Porto Alegre/HCPA – Comissão de suporte nutricional. Porto Alegre: Moreira Jr., dez. 2004. p.372-77.

SANTOS, V. L. C. G. **Cuidados com a pele em fístulas digestivas**. Revista da Escola de Enfermagem. USP, 1993, v. 27, n. 1, p. 87-93.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL. **Terapia nutricional na fístula digestiva**. NASCIMENTO, J. E. A.; CAMPOS, A. C.; BORGES, A.; CORREIA, M. I. T. D. s et. 2011. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/.../terapia_nutricional_nas_fistulas_digestiv>. Acesso em: jul. 2013.

YAMADA, B. F. A.; FERROLA, E. C.; AZEVEDO, G. R.; BLANES, L.; ROGENSKIN, M. B.; SANTOS, V. L. G. G. **Competências do enfermeiro estomaterapeuta (ET) ou do enfermeiro pós-graduado em estomaterapia (PGET)**. Revista Estima, 2008, v. 6, n. 1, p. 33-43.

ANEXOS

Figura 1. Imagens de lesões da pele do portador de fístulas do sistema digestório. 1. Fístula biliar; 2. Fístula jejunal; 4. Fístula colônica (múltiplas); 3 e 5. Fístula enterocutânea decorrente de doença de Crohn.



Fonte: Autores (2008-2014).

Figura 2. Exemplos de cuidados com a pele perifístula. 1. Uso da pasta de hidrocoloide; 2. uso do *kit* de sistema fístula para alto débito; 3. uso do oxigênio sob cateter sob baixa tensão.



Fonte: Marques; Rodrigues; Ávila (2011-2014).

4.14 POP CDC 56 014 - CURATIVO DE LESÃO POR ERISIPELA

Elaboração: Dayse C. Nascimento, Vânia Coutinho e Marcela Mendes

Validação: CC/HUPE e COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques e Dayse C. Nascimento

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na execução de limpeza com utilização de produtos e coberturas específicas na lesão de pele do paciente portador de lesão por erisipela, cuja doença é de origem estreptocócica e acomete as camadas cutâneas com débito linfático, geralmente nos membros inferiores. Pode ocorrer em qualquer idade, porém é mais comum em diabéticos, obesos e pessoas com *deficit* na circulação venosa dos membros inferiores, devido ao edema causado por tais agravos.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) instituir conduta padronizada e sequencial na execução de curativos em pacientes portadores de lesões por erisipela;
- b) oferecer qualidade às ações de enfermagem.

► Indicações

O protocolo está indicado para:

- a) auxiliar no tratamento da lesão na cicatrização da lesão;
- b) prevenir a infecção;
- c) diminuir custos e prejuízos para o paciente.

► Contraindicações

Não há contraindicações.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 20 a 30 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja não estéril;
- b) carro de curativos, mesa auxiliar ou superfície fixa;
- c) uma bandeja estéril (para usar sob a área afetada);
- d) frasco de soro fisiológico a 0,9% (aquecido a 37° C);
- e) agulha 40 mm x 12 mm;
- f) gaze estéril;
- g) compressa/acolchoado estéril;
- h) produto/cobertura, de acordo com o POP 56 004;
- i) atadura de crepom com tamanhos 6 cm; 8 cm; 10 cm; 12 cm e 15 cm, de acordo com a localização e extensão da lesão;
- j) fita adesiva;
- k) EPI: gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril e luvas de procedimento;
- l) saco plástico ou forro impermeável;
- m) lixeira para resíduo infectante;
- n) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la no carro de curativos, mesa auxiliar ou superfície fixa;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, pedir sua autorização;

- k) se for necessário, realizar o registro fotográfico da lesão, solicitando por escrito a autorização;
- l) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- m) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, expondo apenas a área tratada;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- o) calçar as luvas de procedimentos;
- p) colocar EPI;
- q) retirar o curativo anterior, com jato de soro fisiológico, removendo-o com cuidado. Caso haja bandagem/atadura de crepom, proceder retirando com o bisturi a fim de cortar a atadura e evitar excesso de movimentos;
- r) se necessário colocar uma bandeja estéril sob a área a ser tratada;
- s) avaliar o aspecto da ferida e adjacências: tamanho, bordas, quantidade de exsudato, cor da pele ao redor, presença de edema do tecido periférico, endurecimento, tipo de epitelização, presença e tipo de necrose;
- t) irrigar abundantemente a área com soro fisiológico 0,9% morno, fazendo-o através da tampa siliconada do frasco com uma agulha de calibre 40 mm x 12 mm;
- u) limpar a lesão, utilizando as duas faces da gaze, em um único sentido;
- v) utilizar a cobertura prescrita (*vide* cuidados especiais/plano de contingência);
- w) no caso da área afetada acometer o membro superior ou membro inferior, recomenda-se finalizar o curativo com aplicação de atadura de crepom de forma circular ascendente, sem exercer pressão demasiada, a fim de não utilizar cobertura adesiva sobre a pele;
- x) em caso da área afetada na região facial ou outra que impossibilite o enfaixamento com atadura de crepom, atentar para o conforto e autoimagem;
- y) identificar o curativo com a data da realização e o profissional responsável pela execução;
- z) deixar o paciente confortável;
- aa) manter a organização da unidade do paciente;
- ab) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ac) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;

ad) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (o técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) cabe ao enfermeiro solicitar parecer à CCHUPE avaliar e elaborar conduta específica;
- b) o diagnóstico é essencialmente clínico e baseia-se na presença de placa inflamatória associada à febre, linfangite, adenopatia e leucocitose;
- c) nos casos atípicos é importante realizar o diagnóstico diferencial com fascíte necrosante e trombose venosa profunda;
- d) avaliar os sinais indicativos de erisipela, como febre, calor, rubor, dor, eritema e edema. Em caso de confirmação, realizar encaminhamento médico para a prescrição da antibioticoterapia sistêmica;
- e) em caso de flictenas, removê-los por técnicas de desbridamento, sendo por instrumental cortante conservador a mais adequada;
- f) quando localizada em MMII é importante identificar fatores de risco e a presença de condições ou patologias que favoreçam a infecção cutânea: linfedema crônico, presença de solução de continuidade e obesidade;
- g) no caso da região facial pode estar relacionado quando há presença de abscesso manipulado;
- h) No caso de lesão nos MMII deve-se elevar a extremidade afetada para facilitar o retorno venoso, porém evitar colocação de travesseiros sob os joelhos para prevenir hiperextensão;
- i) após desbridamento completo e com presença de exsudato recomenda-se o uso de espuma de hidropolímero com troca de acordo com o grau de saturação;
- j) é imprescindível que o enfermeiro realize as avaliações e evoluções com exame clínico diário e registro fotográfico previamente autorizado pelo paciente e/ou acompanhante;
- k) quando necessário, deve-se consultar o POP 56 004 para orientações específicas quanto aos critérios para escolha do tratamento tópico adequado;
- l) todo o material contaminado, deverá ser desprezado em lixo identificado como resíduo infectante;

m) no ambiente ambulatorial, considerando as condições imunológicas do paciente, poderá ser utilizada a técnica limpa para realização dos curativos de feridas crônicas.

► Terminologia utilizada

São denominações comuns:

- a) MMII – membros inferiores;
- b) agente tópico – produto que se aplica numa ferida;
- c) cobertura – produto que recobre a ferida, tem o objetivo de promover cicatrização e proteção contra danos maiores;
- d) erisipela ou celulite – pode-se encontrar os dois termos para distinguir os processos inflamatórios acometidos na pele: o primeiro sugere uma infecção mais superficial com infecção bacteriana e o segundo é mais utilizado quando para lesões em nível subcutâneo, sendo empregado para classificar diversas situações inflamatórias nos tecido moles.

REFERÊNCIAS

CAETANO, M.; AMORIM, I. **Erisipela**. Artigo de revisão. Acta Médica Portuguesa, 2005, v. 18, p. 385-394. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1040/708>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiros**. (Tradução: Rúbia aparecida Lacerda, Vera Lúcia Conceição Gouveia Santos.) 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

JORGE, A. S.; DANTAS, S. R. P. E. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

NONINO, E. A. P. M.; ANSELMINI, M. L.; DALMAS, J. C. **Avaliação da qualidade do procedimento curativo em pacientes internados em um hospital universitário**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2014. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100010>>

DOCHTERMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M. (Tradução Regia Machado Garcez.) **Classificação das intervenções de enfermagem**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

4.15 POP CDC 056 015 - CURATIVO DE LESÃO POR *SKIN TEARS*

Elaboração: Dayse C. do Nascimento e Marcela Mendes

Validação: CCHUPE e COMPOPE/HUPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques, Dayse C. Nascimento e Fernanda R. Rodrigues

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na execução de limpeza da lesão do paciente portador de lesão por *skin tears* (ou lesão por fricção) com utilização de produtos e coberturas específicas. Sua ocorrência é o resultado da fricção ou de uma combinação de fricção ou cisalhamento, levando à separação das camadas da pele, é comum em idosos, principalmente com mobilidade restrita e *deficit* nutricional.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- controlar o sangramento e realizar a limpeza da lesão adequadamente;
- promover a cicatrização da lesão prevenindo a infecção;
- oferecer qualidade às ações de enfermagem.

► Indicações

Este protocolo é indicado para instituir conduta padronizada e sequencial na execução de curativos em pacientes portadores de lesões por *skin tears*.

► Contraindicações

Não há contraindicações.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 16 a 30 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- bandeja ou cuba-rim não estéril;
- gaze não estéril;

- c) almotolia com álcool a 70%;
- d) almotolia com álcool a 70% glicerinado;
- e) EPI: máscara cirúrgica, óculos de proteção, gorro, capote e luva de procedimento);
- f) luva estéril;
- g) soro fisiológico 0,9% morno, quantos frascos for necessário;
- h) agulha 40 mm x 12 mm;
- i) gaze estéril;
- j) coberturas e produtos relacionados no POP 056 005 critérios para escolha do tratamento tópico adequado;
- k) creme de ureia a 10% ou outro produto à base de *petrolatum*;
- l) atadura de crepom;
- m) fita adesiva;
- n) lixeira para resíduo infectante;
- o) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente e a evolução anterior do curativo (ver plano de contingência);
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombo se necessário;

- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) colocar EPI padrão (gorro, máscara cirúrgica e óculos de proteção), considerando o uso de capote em pacientes com precaução de contato;
- o) organizar o material de modo a otimizar o procedimento;
- p) calçar luva de procedimento;
- q) posicionar o paciente adequadamente;
- r) remover o curativo anterior cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9 % em jato para facilitar a remoção;
- s) calçar luva estéril;
- t) realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico 0,9% morno;
- u) identificar o tipo de tecido presente no leito da lesão, avaliar bordas e pele perilesional;
- v) quando possível, realinhar o retalho de pele sem provocar tensão excessiva; seguir a classificação STAR, Skin Tear Classification System, (*vide* plano de contingência);
- w) aplicar cobertura adequada em toda lesão, conforme POP 056 004 – Critérios para escolha do tratamento tópico adequado;
- x) aplicar cobertura secundária utilizando-se gaze seca;
- y) aplicar na pele com perilesão o creme de ureia a 10%; ou produto que contenha *petrolatum* (*vide* plano de contingência);
- z) fechar o curativo com atadura de crepom de forma circular sem comprimir (fazendo uma ou duas voltas, evitar utilizar toda atadura), e fixar com fita adesiva sobre a atadura. Não aderir a fita na pele do paciente);
- aa) identificar o curativo, utilizando pequena fita adesiva sobre a atadura contendo: data, hora, nome e categoria do profissional que realizou o curativo;
- ab) deixar o paciente confortável;
- ac) manter a organização da unidade do paciente;
- ad) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ae) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;

af) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) cabe ao enfermeiro, antes de iniciar o procedimento, realizar a avaliação do paciente portador de ferida, devendo seguir os passos do POP 056 003, a fim de obter um diagnóstico mais seguro e preciso;
- b) a lesão por *skin tears*, ou lesão por fricção, é um tipo de ferida traumática que restringe-se à derme e está relacionada à fragilidade da pele, principalmente nos idosos mais debilitados e dependentes, na maioria das vezes nos membros superiores ou inferiores;
- c) a lesão fica limitada à derme e associada a um traumatismo mecânico. Tem como característica a presença de um retalho de pele (rasgo na pele) que pode ser parcial ou totalmente fora do leito da ferida;
- d) com relação à descrição da lesão, o leito da ferida é raso, por vezes friável, o tamanho dependerá da intensidade do trauma sofrido, o formato é irregular e imprevisível. O aspecto perilesão encontra-se frágil, edemaciado, com equimose e alterações na coloração;
- e) as lesões podem ser localizadas em qualquer parte do corpo, geralmente nos membros superiores e inferiores, podendo especificamente ser no dorso das mãos, braços e na região da tíbia;
- f) nos últimos anos, as pesquisas internacionais referem que as lesões por *skin tears* são muito frequentes, provavelmente mais do que as úlceras por pressão e queimaduras. No Brasil, há estudos que indicam subdiagnósticos, devido à falta de conhecimento ou por serem considerados comuns à idade avançada;
- g) deve-se investigar o que provocou o trauma: fitas adesivas, grades de cama, suporte para pés nas cadeiras de roda, quina dos móveis, lençóis, incluindo as mãos do paciente/acompanhante/profissional;
- h) as lesões causadas por adesivos serão abordadas separadamente, pois constituem um evento previsível, em que os profissionais de saúde devem atentar para cuidados específicos na seleção de fitas autoadesivas aplicadas e removidas inadequadamente, ocasionando trauma com descamação da epiderme (*skin stripping*);
- i) como fatores de risco do paciente, deve-se atentar para: idade avançada, gênero feminino, etnia branca, aceitação nutricional e hídrica

- inadequadas; história prévia desse tipo de lesão, pele seca e descamativa; equimose ou hematoma nas extremidades; púrpura senil; ceratose actínia ou seborreica; edema de extremidades; diminuição da capacidade cognitiva, sensibilidade sensorial e acuidade visual; agitação psicomotora; mobilidade prejudicada; rigidez e espasticidade; dependência para as atividades da vida diária; transferências e reposicionamentos, quedas e batidas; neuropatia; problemas vasculares; problemas pulmonares; uso prolongado de corticoides; uso concomitante de vários medicamentos; utilização de dispositivos invasivos e curativos adesivos;
- j) cabe ressaltar alguns cuidados preventivos para que o paciente não desenvolva outras lesões por *skin tears*: evitar banhos com temperatura muito elevada; uso de sabonete neutro; uso de hidratantes à base de ureia, exceto na área lesada; não massagear a pele em risco de lesão por fricção; manutenção de dieta nutricional e hidratação adequada;
- k) até o momento, não há um instrumento para classificação universalmente aceito para *skin tear*, sendo o Sistema de Classificação STAR, validado e traduzido para o Brasil desde 2010, por Strazzieri-Pulido;
- l) a classificação STAR para lesão por fricção é composta por três partes: diretrizes, sistema de classificação e glossário;
- m) as diretrizes da classificação STAR baseiam-se em seis pontos: 1) controle do sangramento e limpeza da lesão; 2) realinhamento, se possível de qualquer segmento de pele ou retalho; 3) avaliação do grau de perda tissular e a cor da pele ou retalho, utilizando o sistema de classificação STAR; 4) avaliação das condições da pele adjacente à lesão quanto a fragilidade, edema, descoloração e arroxamento; 5) avaliação do paciente portador da lesão conforme protocolo institucional; 6) observação do aspecto da pele ou do retalho, se estiver pálido, opaco ou escurecido, reavaliar em 24 a 48 horas ou na primeira troca de curativo;
- n) com relação ao sistema de classificação STAR – lesão por fricção –, o instrumento consta de imagens que relacionam as cinco categorias, sendo descritas:
- categoria 1a – lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida,
 - categoria 1b – lesão por fricção cujo retalho de pele pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a

- coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida,
- categoria 2a – lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho não se apresenta pálida, opaca ou escurecida,
 - categoria 2b – lesão por fricção cujo retalho de pele não pode ser realinhado à posição anatômica normal (sem tensão excessiva) e a coloração da pele ou do retalho apresenta-se pálida, opaca ou escurecida,
 - categoria 3 – lesão por fricção cujo retalho de pele está completamente ausente;
- o) a cobertura selecionada pelo enfermeiro deve: manter o meio úmido, controlar o exsudato da lesão, promover menos trocas de curativo e evitar aderência do curativo na ferida;
- p) para avaliar a realinhamento feita do retalho de pele (categorias 1a e 1b), deve-se inspecionar a primeira troca do curativo e até as 48 horas seguintes. Caso apresente-se inviável, deve-se então executar o desbridamento;
- q) existe no mercado a cola biológica para tratamento de lesão por fricção, o produto é composto de cianoacrilato, o qual promove uma barreira antimicrobiana e o realinhamento do retalho tem bons resultados, entretanto deve-se atentar para os cuidados específicos; e ainda, a cobertura à base de silicone;
- r) reforça-se que na utilização de gaze, atadura ou malha tubular, as mesmas devem oferecer conforto sendo suave e macia;
- s) na proteção da pele perilesão recomenda-se o uso hidratante, como o creme de ureia a 10% puro ou associado com semente de uva;
- t) se for necessária a proteção da pele perilesão devido ao exsudato da ferida, pode-se usar uma barreira protetora com selantes à base de petróleo ou outros resistentes à água, por exemplo: acetato de celulose impregnada com *petrolatum* ou polímero em forma de *spray*, creme ou lenço. No HUPE há disponíveis: gaze vaselinada esterilizada e vaselina sólida. Na indicação desses produtos, os mesmos devem ser aplicados com cautela para evitar maceração;
- u) a vaselina sólida (petrolato) e a gaze vaselinada esterilizada são eficientes emolientes, agem como barreiras resistentes à água, são usadas como coberturas para remoção de crostas. Além de oferecer proteção

contra infecção, sua utilização nesse procedimento visa exclusivamente agir como proteção da pele periferida, contra exsudação e o traumatismo causado pela remoção de adesivos. A aplicação de camadas muito espessas pode obstruir os poros;

- v) o creme de ureia 10% atua como agente hidratante e humectante;
- w) a solitação deve ser efetuada respectivamente à CME e à farmácia de manipulação;
- x) no caso da utilização de curativos adesivos sobre a lesão, deve-se estar alerta para a remoção do mesmo, retirando no sentido a favor do retalho;
- y) a utilização do registro fotográfico deverá ter previamente a autorização por escrito do paciente e/ou acompanhante responsável.

► Terminologia e expressões utilizadas

São expressões usuais:

- a) *skin tears* – é um expressão da língua inglesa traduzida e validada para o português em 2010, como “lesão por fricção”;
- b) quebra cutânea – mencionada por alguns autores também como “lesão por fricção”.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, A. F. S.; PULIDO, K. C. S.; SANTOS, V. L. C. G. **Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer**. Revista da Escola de Enfermagem, USP, 2012, v. 46, p. 44-50. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 04 set. 2014.
- BRANDÃO, E. S.; SANTOS, I. **Enfermagem em dermatologia: cuidados técnico, dialógico e solidário**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006. p. 116-117, 138 e 175-176.
- DOMANSKI, R. C.; BORGES, E. L. (Orgs.). **Manual para prevenção de lesões de pele e recomendações baseadas em evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. p. 72-90.
- PULIDO, Q. C. S. **Adaptação cultural e validação do instrumento *Star Skin Tear Classification System* para a língua portuguesa no Brasil**. 2010. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2010. 200f.
- PULIDO, Q. C. S.; SANTOS, V. L. C. G. **O que precisamos saber a respeito das lesões por fricções**. Revista Estima, 2010, v. 8, n. 3, p. 34-41.
- SANTOS, E. I. S. e cols. **Evidências científicas sobre fatores de risco e sistemas de classificação das *skin tears***. Revista Enfermagem Atual in derme. v. 13, n. 64, jan/fev/mar. 2013, p.15-21.

4.16 POP CDC 056 016 - CURATIVO DE FERIDA INFESTADA POR MIÍASE: RETIRADA DE MIÍASE

Elaboração: Dayse C. Nascimento, Vânia Coutinho e Marcela Mendes

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, CCHUPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques, Fernanda Rocha. Rodrigues e Priscila Francisca Almeida

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na execução de limpeza com utilização de produtos e coberturas específicas na lesão de pele do paciente portador de ferida infestada por zoodermatose, a qual se caracteriza geralmente pelo acometimento de lesão na pele com larvas de moscas, sendo necessária a remoção mecânica total das mesmas.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) prestar assistência ao paciente portador de lesões infectadas por miíase;
- b) retirar as larvas existentes na lesão cutânea.

► Indicações

Pacientes portadores de lesões infectadas por miíase.

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado na ausência de miíase.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 16 a 45 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja não estéril;
- b) álcool 70%;
- c) álcool glicerinado 70%;
- d) pacote de curativo simples estéril (ou pinça dente de rato);

- e) soro fisiológico 0,9% (morno);
- f) agulha 40 mm x 12 mm;
- g) gaze estéril;
- h) bacia inox redonda ou cuba-rim não estéril;
- i) coberturas e produtos, conforme POP 056 004;
- j) fita adesiva ou cobertura adesiva do tipo esparadrapo impermeável;
- k) atadura de crepom tamanhos 6 cm, 8 cm, 10 cm, 12 cm e 15 cm, de acordo com a localização e extensão da lesão;
- l) EPI (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, capote e luvas de procedimento);
- m) vaselina sólida;
- n) saco plástico ou forro impermeável;
- o) lixeira para resíduo infectante;
- p) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente e a evolução anterior do curativo, realizar anamnese (quando em consulta ambulatorial);
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombo se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;

- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) colocar EPI padrão (gorro, máscara cirúrgica e óculos de proteção), considerando o uso de capote em pacientes com precaução de contato;
- o) organizar o material;
- p) calçar luva de procedimento para remoção do curativo anterior;
- q) remover o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9 % em jato para facilitar a remoção;
- r) calçar luva estéril;
- s) realizar a limpeza de pele perilesional e bordas, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico, com movimento de fricção suave;
- t) realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico 0,9%, preferencialmente pré-aquecido (morno);
- u) identificar o tipo de tecido presente no leito da lesão, avaliar bordas e pele perilesional (consultar cuidados especiais/ plano de contingência);
- v) retirar as larvas da lesão com auxílio de uma pinça;
- w) aplicar vaselina sólida em toda lesão;
- x) aplicar cobertura secundária utilizando gaze seca para efetuar oclusão;
- y) fechar o curativo com cobertura adesiva do tipo esparadrapo impermeável ou atadura de crepom e fixar com fita adesiva;
- z) repetir o procedimento após 24 horas e até a confirmação da remoção total das larvas;
- aa) deixar o paciente confortável;
- ab) manter a organização da unidade do paciente;
- ac) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ad) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ae) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente.

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) a miíase é uma afecção causada pela presença de larvas de moscas em órgãos ou tecidos do homem e de outros animais;
- b) sua localização preferida em humanos é na pele com infecção cutânea (semelhante a um abscesso com invasão de derme ou em ferida preexis-

- tente. Também há ocorrências descritas nas cavidades naturais (ouvido, boca, ânus e vagina) e intestinal (ingestão acidental de larvas);
- c) está relacionada aos hábitos precários de higiene, baixo nível de instrução, etilistas, diabéticos, imunossuprimidos ou com distúrbios psiquiátricos;
 - d) reforça-se orientar o paciente sobre a importância da aceitação e participação durante os procedimentos, incluindo o seu autocuidado;
 - e) incluir o acompanhante ou cuidador na implementação dos cuidados, educando-o para a manutenção dos cuidados em domicílio;
 - f) a lesão cutânea apresenta larvas da mosca *dermatobia hominis* (“berne”), que deposita seus ovos sobre mosquitos e moscas que, por sua vez, os carregam até o hospedeiro e penetram no tegumento. O diagnóstico é feito por: nódulos inflamatórios fistulizados semelhantes a furúnculos, com eliminação de secreção serossanguinolenta, dor em ferroadada, episódica e visualização dos movimentos da extremidade da larva no orifício fistuloso;
 - g) As miíases cavitárias, também conhecidas como “bicheiras”, são geralmente causadas pelo gênero *callitroga* (“varejeira”) e consistem na proliferação de larvas de moscas em ulcerações cutâneas;
 - h) o aspecto clínico de ambos os tipos de lesões é característico, com as larvas em grande quantidade movimentando-se dentro da ulceração;
 - i) em casos de difícil retirada das larvas nas lesões de pele, pode-se alargar o orifício realizando pequena incisão e, assim, favorecer a remoção com pinça e leve expressão na lesão;
 - j) o desbridamento cirúrgico pode ser necessário nos casos de inviabilidade tecidual;
 - k) pode-se utilizar previamente algumas substâncias para se bloquear a via de respiração da larva, causando a migração desta para a superfície e posterior retirada. Por exemplo, oclusão com gaze vaselinada;
 - l) deve-se reforçar ao paciente e acompanhante os cuidados com a higiene e a realização do curativo diário para evitar deposição de novos ovos;
 - m) utilizar a cobertura adequada (consultar POP 056 003 – Critérios para escolha do tratamento tópico adequado);
 - n) a medicação Ivermectina pode ser prescrita pelo médico como tratamento por via sistêmica (dose única oral).

► Terminologia utilizada

Zoodermatose: são afecções cutâneas causadas por protozoários, artrópodes e helmintos. As mais importantes em nosso meio são a escabiose, as pediculoses, a tungíase, as miíases e a larva migrans.

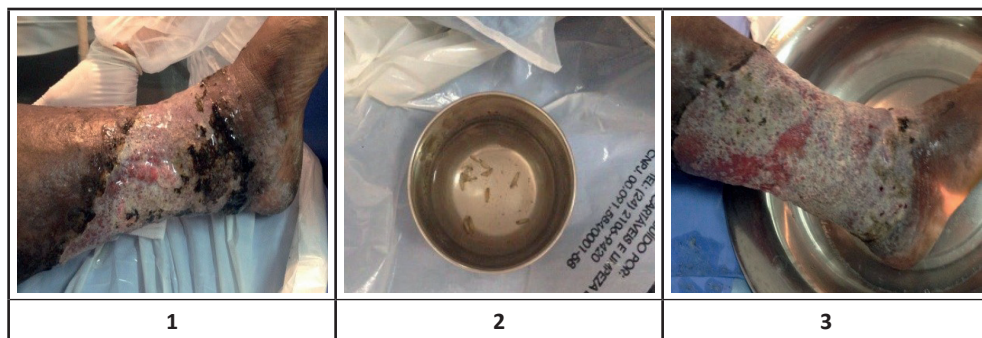
REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde / Cadernos de Atenção Básica nº 9 / Série A – Normas de Manuais Técnicos; nº 174, Brasília/DF, 2002.

KOTZE, P. G. et al. **Infestação por miíase em prolapso retal: relato de caso e revisão de literatura.** Revista Brasileira de Coloproctologia, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802009000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jul. 2014. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-98802009000300014>>

ANEXOS

Figura 1. Imagens sequenciais da retira de miíase



Fonte: Rodrigues; Almeida (2014).

4.17 POP CDC 056 017 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM DRENOS CIRÚRGICOS

Elaboração: Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues, Cilene Bisagni e Elisabete N. Ferreira

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, COMPOPE/CCHUPE

Revisão técnica: Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues, Rômulo Gonçalves Àvila e Priscila Francisca Ameida

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na execução de cuidados com paciente portador de algum tipo de dreno cirúrgico, realizando limpeza da área perióstio, manutenção da permeabilidade e avaliação da drenagem. Os drenos cirúrgicos são dispositivos utilizados para escoamento de ar ou líquidos de uma cavidade fisiológica ou patológica para o meio externo.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) evitar infecção na ferida operatória;
- b) evitar acúmulo de líquidos em sítios onde se deseja o fechamento de espaços vazios;
- c) avaliar drenagem de líquidos ou ar que se acumulam: seroma, hematoma, exsudato, secreção digestiva;
- d) Fazer controle hídrico das eliminações nas 24 horas.

► Indicações

Este protocolo é indicado para todo paciente portador de algum tipo de dreno cirúrgico, a fim de instituir condutas específicas destinadas a limpeza, permeabilidade e avaliação da drenagem.

► Contraindicações

Este protocolo é contraindicado caso não haja presença de dreno.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 15 a 20 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja não estéril;
- b) carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- c) álcool glicerinado a 70%;
- d) soro fisiológico a 0,9%;
- e) gaze não estéril;
- f) gaze estéril;
- g) luva estéril;
- h) EPI (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril e luvas de procedimento);
- i) fita aderente semipermeável;
- j) placa de hidropolímero (espuma de poliuretano estéril);
- k) bolsa coletora com hidrocoloide (em caso de drenos passivos);
- l) seringa de bico de 20 ml;
- m) recipiente (frasco ou cálice) graduado;
- n) lixeira;
- o) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler a prescrição do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja ou cuba-rim para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la no carro de curativos;
- h) apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;

- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- k) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- l) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
- m) higienizar as mãos com álcool glicerinado;
- n) colocar EPI;
- o) colocar luvas de procedimento;
- p) caso a execução seja para esvaziar e mensurar, seguir para ao item y;
- q) expor o material estéril, abrindo-o de forma asséptica;
- r) calçar luva estéril;
- s) proceder à limpeza da área perióstio com gaze embebida em soro fisiológico 0,9%, observando: aspectos da integridade da pele, presença de exsudato, fixação do dreno;
- t) realizar o curativo seguindo os passos de acordo com o tipo de dreno (siga conforme os itens u, v, w, x e y);
- u) dreno de Hemovac®:
 - aplicar álcool 70% em toda extensão do tubo de drenagem,
 - observar se o mesmo está hermeticamente fechado, não apresenta vazamentos e se o receptáculo sanfonado está comprimido,
 - ocluir preferencialmente com hidropolímero ou gaze estéril;
 - fechar com fita aderente semipermeável, preferencialmente,
 - posicionar sempre o frasco coletor abaixo do nível da cabeceira do cliente, utilizando o fixador do *kit* no leito do paciente,
 - não tracionar;
- v) dreno de Penrose:
 - ocluir com gaze estéril (nas primeiras 24 horas do pós-operatório), devendo ser substituído sempre que houver saturação e extravasamento do líquido drenado,
 - observar fixação do dreno à pele com pontos cirúrgicos ou não e permeabilidade,
 - fechar com fita aderente semipermeável, preferencialmente;
 - aplicar a bolsa de coletora (não estéril) após 24 horas quando a drenagem for volumosa, para avaliação contínua da drenagem e de suas características. Os passos para colocação, esvaziamento, remoção e

troca do equipamento baseiam-se nos descritos nos POPs 19 e 20 – Cuidados com estomias,

- recortar a placa da bolsa coletora adesivada no diâmetro adequado ao dreno,
- retirar o adesivo e aplicar a bolsa diretamente na pele fazendo leve pressão em movimentos circulares em torno da placa para uma melhor aderência,
- colar a bolsa com a abertura para baixo, preferencialmente,
- ocluir preferencialmente com hidropolímero ou gaze estéril;

w) dreno de Kehr:

- aplicar álcool 70% em toda extensão do tubo de drenagem,
- atentar para fixação do dreno à pele com pontos cirúrgicos,
- observar permeabilidade e adaptação ao coletor de sistema fechado,
- ocluir a área perióstio preferencialmente com hidropolímero ou gaze estéril,
- fechar com fita aderente semipermeável, preferencialmente,
- posicionar sempre a bolsa coletora abaixo do nível da cabeceira do paciente, utilizando o fixador do coletor no leito do paciente. Não tracionar;

x) drenagem com cateter de Pig Tail:

- aplicar álcool 70% em toda extensão do cateter,
- atentar para fixação do dreno à pele com pontos cirúrgicos,
- observar permeabilidade e adaptação ao coletor de sistema fechado,
- ocluir preferencialmente com hidropolímero ou gaze estéril,
- fechar com fita aderente semipermeável, preferencialmente,
- posicionar o frasco coletor sempre abaixo do nível da cabeceira do cliente, utilizando o fixador do *kit* no leito do paciente. Não tracionar;

y) dreno Tubulo Laminar (“dreno calhado”):

- ocluir com gaze estéril (nas primeiras 24 horas do pós-operatório), devendo ser substituído sempre que houver saturação e extravasamento do líquido drenado,
- atentar para fixação do dreno à pele com pontos cirúrgicos,
- observar permeabilidade e adaptação ao coletor de sistema fechado;
- fechar com fita aderente semipermeável, preferencialmente,

- aplicar a bolsa coletora após 24 horas quando a drenagem for volumosa, para avaliação contínua da drenagem e de suas características. Seguir o item u) para passos de colocação, esvaziamento, remoção e troca do equipamento,
 - observar adaptação e adesividade da bolsa coletora ao sistema fechado,
 - recortar a placa da bolsa coletora adesivada no diâmetro adequado ao dreno,
 - retirar o adesivo e aplicar a bolsa diretamente na pele fazendo leve pressão em movimentos circulares em torno da placa para uma melhor aderência,
 - colar a bolsa com a abertura para baixo, preferencialmente;
 - fechar o fundo da bolsa coletora utilizando o *clamp* próprio,
 - para proceder o esvaziamento e mensuração, seguir os itens aa, ab ou ac, de acordo com o tipo de dreno;
- z) com dreno Hemovac®:
- providenciar um recipiente graduado,
 - pinçar o tubo coletor,
 - abrir o receptáculo sanfonado,
 - esvaziar todo o conteúdo sem extravasar para o frasco de mensuração. Se necessário, utilize uma seringa de bico de 20 ml para aspirar;
 - fechar o receptáculo sanfonado,
 - despinçar o tubo coletor mantendo-o na mesma posição anterior;
- aa) com bolsa coletora:
- proteger o lençol do paciente com o auxílio de um forro plástico ou papel-toalha,
 - colocar por cima da proteção o recipiente coletor para recolha do líquido drenado,
 - abrir o *clamp* da bolsa coletora e fazer movimentos de forma que o conteúdo saia em direção ao recipiente graduado;
- ab) com sistema coletor fechado do tipo Kher, Pig Tail:
- providenciar um recipiente graduado,
 - pinçar o tubo coletor,
 - abrir o conector,
 - esvaziar todo o conteúdo,

- fechar o receptáculo,
 - despinçar o tubo coletor, mantendo-o na mesma posição anterior,
 - observar os aspectos, características e quantitativo do conteúdo drenado;
- ac) orientar e estimular a deambulação, sempre que possível, ao paciente com o dreno sem tracionar, sem prejudicar a drenagem;
- ad) manter a organização da unidade do paciente;
- ae) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- af) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ag) realizar as anotações necessárias – se realizou o curativo e/ou mensurou o débito drenado –, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) drenos cirúrgicos são dispositivos que podem ser variáveis em relação à estrutura e à forma de ação, utilizado para escoamento de ar ou líquidos de uma cavidade fisiológica ou patológica para o meio externo, o interior de órgão oco ou para outra cavidade;
- b) a utilização ou não de drenos sempre dependerá do cirurgião, que levará em conta os critérios de profilaxia ou terapêutica, assim como também a forma de drenagem ativa ou passiva levando-se em conta a melhor recuperação do paciente;
- c) considerando que na fase pós-operatória possa ocorrer presença de hematoma, a indicação médica para utilização de drenos desempenha um papel importante de monitorização do sangramento nas primeiras 24 horas;
- d) quanto à permanência de drenos por períodos prolongados, não é recomendada pelo desconforto e diminuição da mobilidade do paciente, o que contribui para o aumento de morbidades como tromboembolismo e infecções locais. Porém, cabe ao cirurgião responsável a prescrição da retirada;
- e) geralmente os drenos são retirados quando apresentam drenagem inferior a 50 ml a cada 24 horas, considerando ser abordagem abdominal;
- f) dreno tubular com sistema fechado de polietileno, com rigidez projetada para uma sucção contínua e suave. Possui um recipiente coletor sanfonado com capacidade para 500 ml, com cordão de fixação,

extensão intermediária em PVC com pinça corta-fluxo e conector com múltiplas fenestrações. Utilizado em cirurgia geral, nas cirurgias de tireoidectomia, paratireoidectomia, hernioplastias, cirurgia plástica, nas abdominoplastias e mamoplastias;

- g) dreno laminar – Penrose: é confeccionado de borracha tipo látex, macio, maleável, de paredes finas e delgadas. É apresentado nos tipos fino, médio e largo. Amolda-se às vísceras, sem causar danos; quase inerte; mínimo de reação inflamatória; fácil manipulação e remoção. É utilizado em cavidade peritoneal, para drenagem de líquidos espessos e viscosos. Possui como desvantagem a colabação de sua luz, tornando-se menos eficiente do que o laminar de silicone;
- h) dreno de Kehr: confeccionado com látex, é formado por duas hastes tubulares: uma vertical, que se une em sua porção proximal à região mediana da porção horizontal, o que lhe confere a forma de T. É introduzido nas vias biliares extra-hepáticas para drenagem externa, descompressão ou ainda após anastomose biliar, como prótese modeladora, devendo ser fixado com pontos cirúrgicos na pele, impedindo sua saída espontânea;
- i) deve ser conectado a um coletor em sistema fechado. A enfermagem deve avaliar rigorosamente a área perióstio, em caso de extravasamento de secreção biliar, instituir medidas de proteção de pele com proteção de pele à base de zinco em pó, hidrocoloides, película protetora;
- j) dreno Pig Tail: confeccionado em poliuretano, com revestimento hidrofílico em sua extremidade distal para facilitar sua introdução. É macio e resistente a dobras, com grandes orifícios ovais e lúmen largo que maximizam a drenagem. Indicado na drenagem externa percutânea, principalmente de vias biliares. O procedimento é realizado no setor de imagem, durante o exame tomográfico do órgão, o radiologista identifica o local e o melhor ângulo de penetração da agulha, permitindo seguir a técnica de drenagem. Importante: em cirurgia geral, é utilizado principalmente para drenagem biliar externa. Devem ser mantidos os mesmos cuidados na possibilidade de extravasamento de secreção biliar. Sua extremidade distal, após sua introdução, possui dispositivo do tipo trava que toma a forma curva, em formato *pigtail*. Atua por ação gravitacional em sistema fechado, deve ser conectado a um frasco coletor estéril e mantido aberto, com drenagem contínua;
- k) dreno tubulolaminar: é a combinação do dreno tubular com o laminar, confeccionado manualmente pelo cirurgião, com tiras seccionadas do cateter polivinil encapado com um penrose), também conhecido como dreno tipo “ramalhete” e no HUPE “calhado”. Tem a finalidade

de aumentar a eficácia da drenagem, oferece segurança de proteção às vísceras e vasos. Deve-se acoplar uma bolsa coletora. Aumentam a drenagem, porém às custas de aumento de entrada séptica maior. Sua indicação principal para cirurgia geral é drenagem biliar, mas também é utilizado em outras situações;

- l) drenos: Jackson-Pratt®, Dreno de Blake®: são tipos de drenos planos com sistema fechado. São concebidos em elastómero de silicone para uma maior suavidade não irritante, com extremidade interna multifenestrada, conectado externamente a um recipiente coletor tipo bulbo ou pera. O bulbo deve permanecer colapsado para criar pressão negativa (vácuo) de sucção. Possui válvula antirrefluxo antiaderente, hidrofóbico e não provoca irritação. O de Jackson-Pratt possui estrias em lúmen, que auxiliam na prevenção de colapsos e entupimentos do dreno. Indicado nas cirurgias abdominais: grandes hérnias abdominais e em cirurgias plásticas. O de Blake possui quatro canais de fluxo que diminuem a possibilidade de obstrução do dreno e aumentam a capacidade de drenagem. Tem indicações na cirurgia geral e nas especialidades: plástica, cirurgia de cabeça e pescoço, cardiovascular e cirurgia vascular.
- m) principais tipos de drenos utilizados na Cirurgia Geral do HUPE:
- drenos laminares (drenagem passiva aberta) – drenam a ferida operatória em plano subcutâneo, por capilaridade. São drenos confeccionados de látex ou silicone, macio, maleável, de paredes finas e delgadas,
 - drenos tubulares (drenagem ativa fechada) – são menos flexíveis que o laminar, possuem rigidez própria que não permite colabar a compressão dos tecidos que o circundam,
 - drenos tubulolaminares ou “calhados” (drenagem passiva aberta) confeccionados manualmente pelo cirurgião com técnica estéril, com tiras de cateter de polivinil (seccionados ao tamanho adequado a cada paciente), encapados com dreno de penrose e amarrados com fio cirúrgico;
- n) recomenda-se que o tipo de material da composição do dreno seja biocompatível, como o poliuretano e o silicone. Assim, biologicamente inerte, não estimula o crescimento bacteriano, é flexível, radiopaco, menos rígido que o polietileno e pode permanecer por longo tempo;
- o) recomenda-se ao enfermeiro a realização da avaliação criteriosa da pele perióstio do paciente com uso de cateteres, tubos e drenos, para identificar alterações precoces da integridade cutânea.

REFERÊNCIAS

BORILE, G. et al. Estudo comparativo, randomizado do uso de dreno aspirativo em dermolipectomia abdominal. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912005000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 dec. 2014. doi: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912005000600008>>

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 2010.

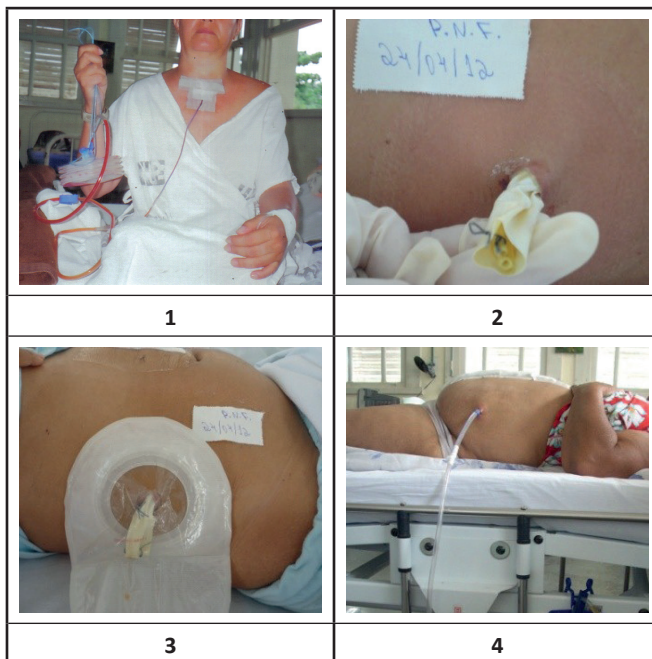
CESARETTI, I. U. R. *Drenos laminares e tubulares em cirurgia abdominal: Fundamentos básicos e assistência*.

MARQUES, G. S.; RODRIGUES, F. R. *Apostila para residentes de enfermagem cirúrgica: material didático de aulas*. Disciplina Tópicos Avançados em Enfermagem Cirúrgica I, HUPE – 2013/2014. (mimeo)

MARQUES, R. G. (Org.). *Técnica operatória e cirurgia experimental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ANEXO

Anexo 1. Imagens dos principais tipos de drenos: 1- Tubular com drenagem a vácuo; 2- Tubulolaminar; 3- Detalhe da utilização de bolsa coletora com drenagem passiva; 4 - tubular para drenagem gravitacional em sistema fechado.



4.18 POP CDC 056 018 - CUIDADOS COM O PACIENTE PORTADOR DE ILEOSTOMIA E COLOSTOMIA

Elaboração: Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues, Rômulo Gonçalves Àvila e Katia Aparecida A. Coutinho

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, Núcleo Perinatal

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na implementação de cuidados de enfermagem sistematizados aos pacientes portadores de estomas intestinais (ileostomia ou colostomia), os quais consistem em uma intervenção cirúrgica com desvio do conteúdo fecal para o meio externo através da parede abdominal.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- a) realizar avaliações e intervenções específicas;
- b) prevenir complicações;
- c) promover cuidados e orientações com vistas ao autocuidado;
- d) proporcionar conforto ao paciente;
- e) promover adaptação à nova imagem corporal;
- f) assegurar qualidade às ações de enfermagem.

► Indicações

As condutas específicas são destinadas à manutenção do estoma intestinal saudável, com avaliação e limpeza do estoma, remoção e troca do equipamento coletor.

► Contraindicações

Não há contraindicações.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 20 a 30 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja não estéril;
- b) carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- c) bolsa coletora com *clamp* próprio (consultar cuidados especiais);
- d) protetores cutâneos em forma de anel, placa, pasta e/ou pó, de acordo com a prescrição de enfermagem (consultar em cuidados especiais);
- e) guia de mensuração do estoma ou pedaço de plástico transparente (por exemplo, invólucro do pacote de gaze);
- f) tesoura com ponta redonda;
- g) caneta hidrográfica;
- h) soro fisiológico a 0,9% ou água;
- i) bolas de algodão ou gaze não estéril;
- j) álcool glicerinado a 70%;
- k) EPI (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril e luvas de procedimento);
- l) recipiente plástico graduado ou uma comadre;
- m) saco plástico, forro impermeável ou papel-toalha;
- n) lixeira;
- o) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler o prontuário ou ficha do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material conforme o cuidado a ser executado, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira ou superfície fixa;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;

- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente conforme o POP CIC 041 – Identificação do paciente internado;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento; pedir sua autorização;
- k) se for necessário, realizar o registro fotográfico do estoma e/ou paciente; solicitar por escrito a autorização;
- l) promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- m) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; expor apenas a área tratada;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- o) colocar EPI (gorro, máscara, capote não estéril e óculos de proteção);
- p) calçar as luvas de procedimento;
- q) durante todas as etapas a seguir estimule, na medida do possível, a participação ativa do paciente e família;
- r) no caso da indicação ser de limpeza do estoma, deve-se seguir os passos:
 - observar os aspectos gerais de cor, forma, tamanho, protusão e integridade,
 - lavar o estoma e a pele ao redor com jato abundante de SF 0,9% ou água em temperatura ambiente ou morna,
 - com ajuda de gaze ou bolas de algodão embebidas em SF 0,9% ou água, faça movimentos suaves ao redor do estoma e periestoma,
 - enxague bem para retirar fezes ou resíduos, a fim de evitar dermatite química ou de contato,
 - enxugar delicadamente a pele com algodão ou gaze;
- s) no caso da indicação ser de remoção e troca do equipamento coletor, deve-se seguir os passos:
 - esvaziar a bolsa, protegendo o lençol do paciente com o auxílio de um forro plástico ou papel-toalha sob o abdome, em seguida colocar por cima da proteção do lençol o recipiente plástico ou uma comadre para recolha das fezes,
 - abrir o *clamp* da bolsa coletora e fazer movimentos de forma que o conteúdo fecal saia em direção ao recipiente/comadre; se for necessário a mensuração do conteúdo, deve-se optar por um recipiente graduado,
 - após todo o conteúdo ter sido esvaziado da bolsa, inicie a lavagem do interior desta com SF 0,9% ou água em volume suficiente para remoção dos resíduos,

- observar os aspectos e características do conteúdo fecal,
- desprezar o material no vaso sanitário (não esquecer de registrar a quantidade e características ao final do procedimento);
- t) para retirar a bolsa, levante a parte adesiva dela, segure firme e vá descolando-a lentamente enquanto mantém a pele esticada;
- u) repetir passos s, t, u, v e w;
- v) medir o diâmetro do estoma utilizando o guia de mensuração; ponha-o em cima do estoma, avaliando qual seja melhor o diâmetro, desde que envolva todo estoma (em torno de 1 mm a mais), identifique o tamanho conforme a escala; na ausência do guia, sugere-se adequar com um plástico transparente, por exemplo o invólucro do pacote de gaze; coloque-o em cima do estoma e desenhe com auxílio de uma caneta hidrográfica o estoma; esse molde deverá ficar com o paciente e ser utilizado sempre para as próximas tocas; consulte também em cuidados especiais;
- w) com o molde feito, coloque-o sobre a flange da placa adesiva da bolsa coletora, recorte conforme o tamanho feito (a bolsa coletora deve atender preferencialmente o tipo e características do estoma);
- x) retirar o adesivo sobre a placa e aplicar a bolsa diretamente na pele, fazendo leve pressão em movimentos circulares em torno da flange da placa na área periestoma para uma melhor aderência. Caso seja necessário, utilize um protetor cutâneo;
- y) quando for colar a bolsa, preferencialmente coloque-a com a abertura para baixo;
- z) fechar o fundo da bolsa coletora utilizando o *clamp* próprio;
- aa) reunir o material e organizar a unidade do paciente;
- ab) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
- ac) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- ad) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (o técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► Cuidados especiais/plano de contingência

Recomenda-se os seguintes cuidados para este procedimento:

- a) a bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 2/3 da metade da sua capacidade. O excesso de peso favorece o descolamento da mesma;

- b) nas colostomias, ao esvaziar a bolsa também acontece a eliminação de gases;
- c) ao proceder a limpeza para lavar ou esvaziar o conteúdo fecal da bolsa, estimule o paciente (caso esteja independente) a desprezar no vaso sanitário;
- d) existe uma variedade de tipos e tamanhos de bolsas coletoras e de flanges (placa ou disco), permitindo recortes que vão de 12 mm até 80 mm, de acordo com o fabricante. Podem ser de uma ou duas peças e placas com disco convexo para os estomas retraídos;
- e) em relação à troca das bolsas, se for drenável, deve-se trocá-la quando o material do flange (resina geralmente a base hidrocoloide) estiver esbranquiçada e ocorrer vazamento do efluente. Se a bolsa for fechada, a troca deve ocorrer quando a bolsa estiver parcialmente cheia;
- f) para retirar a bolsa, pode-se estimular o paciente, se independente, a trocá-la durante o banho de aspersão;
- g) os *clamps* são geralmente de dois tipos: o plástico rígido e côncavo com dois grampos que se encaixam com a extremidade da bolsa, e o flexível que deve ser enrolado duas vezes dobrando-se as extremidades do *clamp* para dentro;
- h) o sistema coletor deve permanecer aderido, no mínimo, por 24 horas e no máximo por 6-7 dias. Deve-se evitar trocas constantes, prevenindo a ulceração da pele;
- i) a pele deve estar seca para receber a nova bolsa, e não haver interferência na aderência do sistema coletor. No caso da ileostomia, sugere-se o uso de chumaço de gaze sobre o estoma, a fim de absorver o efluente fecal e manter a pele seca durante a troca do dispositivo;
- j) no ambulatório, cabe ao enfermeiro o agendamento para próxima consulta, para o acompanhamento;
- k) no pré-operatório, todo paciente tem o direito de ser demarcado pelo enfermeiro estomaterapeuta, com o objetivo de favorecer, durante o ato cirúrgico, a confecção de uma abertura anatomicamente adequada que permita a adaptação de dispositivos para a coleta dos efluentes, oferecendo qualidade ao paciente;
- l) a alta hospitalar deve ser realizada após avaliação e orientação da equipe multidisciplinar acerca de locais de obtenção dos equipamentos e local de referência para o atendimento em caso de complicações. Referência de entidades e grupos de apoio fazem parte da continuidade da assistência;

- m) o HUPE conta com um grupo de apoio multidisciplinar desde 2010 para os portadores e família, no qual são realizadas reuniões trimestrais com palestras, orientações e troca de experiências. O grupo tem na coordenação duas estomaterapeutas. Os pacientes podem ser encaminhados pelos profissionais da saúde do HUPE sob forma de parecer;
- n) cabe à equipe de enfermagem estimular o paciente e família na reabilitação social. O estímulo ao autocuidado é imprescindível para o alcance da qualidade de vida;
- o) os pareceres para avaliar, elaborar conduta específica e acompanhamento do paciente estomizado deverão ser encaminhados à sala da chefia de enfermagem para o CCHUPE – Estomias – 3º andar, ou pode-se enviar diretamente ao setor de cirurgia geral feminina e/ou masculina, devidamente protocolados às chefia de seção;
- p) no ambulatório da comissão de curativos, cabe ao enfermeiro o agendamento para a próxima consulta para o acompanhamento; sendo importante os encaminhamentos também a outros da equipe multidisciplinar: assistente social, nutricionista, psicologia e medicina;
- q) as pessoas portadoras de estomas são classificadas como portadoras de deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma seqüela no sistema excretor e produz limitações em várias esferas da vida, tanto social quanto pessoal.

► Neonatal e pediatria

Dados e informações relevantes:

- a) o recém-nascido requer cuidados adicionais, em virtude da composição da estrutura da pele; as bolsas frequentemente costumam vazar, por isso é importante o uso de bolsas apropriadas com tamanhos desde 10 mm que variam conforme fabricante; faz-se necessário associar o uso de protetores cutâneos; o tipo em *spray* deve-se usar com cautela em menores de 30 dias de vida;
- b) é necessário que se incentive sempre o uso de bolsas coletoras para evitar danos à pele e sofrimento. O uso de compressas, fraldas, pomadas, cremes, pastas inespecíficas nunca trazem bons resultados à saúde da pele;
- c) os pais ou cuidadores devem estar presentes e ser encorajados a participar de todo processo do cuidado, para compreensão, apoio e enfrentamento da situação, a fim de proporcionar uma vida o mais próximo possível da normalidade;
- d) todo segmento ambulatorial deve ser feito pela equipe interdisciplinar.

► Terminologia e expressões utilizadas

São algumas:

- a) estoma, ostoma ou estomia – possuem o mesmo significado. Derivam do grego, exprimem a ideia de “boca” ou “abertura”, significam a exteriorização de víscera oca através do corpo por causas variadas;
- b) demarcação - ato de delimitar uma região ideal e proceder à marcação com uma caneta especial à prova d’água;
- c) ileostomia - é a exteriorização de um segmento do intestino delgado, na parede abdominal, com drenagem de fezes líquidas a semipastosas de alto débito, com pH alcalino. Possui pouca eliminação de gases e podem ser terminal ou em alça (exteriorização da alça proximal com um estoma protuberante e um outro plano, chamada de fístula mucosa);
- d) colostomia – é a exteriorização de um segmento do intestino grosso na parede abdominal para eliminação de fezes e gases; com drenagem de fezes pastosas a consistentes, pode ser terminal em duas “bocas”, sendo uma como estoma fecal e a outra fístula mucosa;
- e) colostomia úmida – tipo de técnica cirúrgica com alça construída para permitir a saída de urina e fezes pelo mesmo estoma;
- f) estomas definitivos – quando o trânsito intestinal não pode ser restabelecido posteriormente;
- g) estomas temporários – implicam em outra cirurgia para recomposição do intestino; são realizadas na fase aguda em algumas doenças;
- h) fístula mucosa – é a exteriorização de um segmento intestinal com finalidade de manutenção da drenagem muco intestinal;
- i) dispositivo ou equipamentos – são equipamentos afixados no corpo, desenhados para substituir ou atuar como parte corporal perdida. Exemplos: bolsas coletoras, protetores cutâneos e acessórios;
- j) pasta protetora de pele – para formação de anel ou camada protetora de pele capaz de impedir ou minimizar infiltração de efluentes sob o adesivo, nivela áreas de desnível da pele periestomia;
- k) protetores cutâneos – agem como película para pele, como selante protetor; oferecem aderência ao adesivo do equipamento;
- l) pó protetor de pele – formam uma camada protetora em áreas de dermatites (presença de exsudação).

REFERÊNCIAS

- CEZARETTI, I. U. R. **Cuidado da pessoa com estoma no pós-operatório tardio.** Revista Estima, 2008, v. 6, n. 1, p. 27-32.
- CHISTÓFORO, B. E. B.; CARVALHO, S. D. **Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório.** Revista da Escola de Enfermagem, USP, 2009, v. 43, n. 1.
- DIAS C. D. G.; RODRIGUES, F. R.; MARQUES, G. S.; ÁVILA, R. S. G.; SANTOS, R. A. **À flor da pele, e com muito carinho. [Perfil do grupo de portadores de estomia intestinal de um hospital universitário do município do Rio de Janeiro.]** Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/17senpe/trabalhos.html.p.2177-2179>>. Edição atual – Anais do 17º SENPE. Acesso em: 10 ago. 2013.
- MENDONÇA, R. S.; VALADÃO, M.; CASTRO, L.; CAMARGO, T. C. **A importância da consulta de enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2007, v. 53, n. 4, p. 431-435.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 400**, de 16 de novembro de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 10 jul. 2011.
- RAMOS, R. S.; BARROS, M. D.; SANTOS, M. M.; GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; GOMES, A. M. T. **O perfil dos pacientes estomizados com diagnóstico primário de câncer de reto em acompanhamento em programa de reabilitação.** Cadernos de Saúde Coletiva, 2012, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 280-6.
- SILVA, M. F.; RODRIGUES, F. R.; MARQUES, G. S.; CARLOS, I. F. **Unidade de cirurgia geral.** In: SILVA et. *Plantão de Enfermagem: cotidiano da assistência de enfermagem numa unidade hospitalar.* Rio de Janeiro: Nogueira Rio, 2009. p.195- 215.
- STUMM, E. M. F.; OLIVEIRA, E. R. A.; KIRSCHNER, R. M. **Perfil de pacientes ostomizados.** *Scientia Medica*, Porto Alegre, jan./mar. 2008, v. 18, n. 1, p. 26-30.

ANEXOS

Figura 1. Imagem de colostomia terminal



Fonte: Marques; Rodrigues (2015).

Figura 2. Imagem de ileostomia terminal.



Fonte: Marques; Rodrigues (2015).

Figura 3. Imagem de modelo de bolsa coletora



Fonte: Marques; Rodrigues (2015).

Figura 4. Imagem de ileostomia com duas bocas, com fístula mucosa, em RN



Fonte: Marques; Rodrigues (2015).

4.19 POP 56 019 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM PACIENTES COM ESTOMIAS URINÁRIAS

Elaboração: Graciete S. Marques, Fernanda R. Rodrigues, Rômulo G. Àvila, Katia Aparecida A. Coutinho, Dayse C. Nascimento

Validação: Enfermarias 1, 2, 4 e 5, CCHUPE e COMPOPE/HUPE

Aprovação: Rogério M. de Souza

► Conceito

O presente protocolo consiste na implementação de cuidados de enfermagem sistematizados aos pacientes portadores de estomas, que são designados de acordo com a intervenção cirúrgica – ureterostomia, cistostomia ou vesicostomia, em que é confeccionada uma abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem da urina. Há diversos métodos cirúrgicos tendo como objetivo preservar a função renal.

► Finalidade

Os objetivos deste protocolo são:

- realizar avaliações e intervenções específicas;
- prevenir complicações;
- promover cuidados e orientações com vistas ao autocuidado;
- proporcionar conforto ao paciente;
- promover adaptação à nova imagem corporal;
- assegurar qualidade às ações de enfermagem.

► Indicações

Instituir condutas específicas destinadas à manutenção do estoma urinário saudável, com avaliação e limpeza do estoma, remoção e troca do equipamento coletor.

► Contraindicações

Não há contraindicações.

► Responsável pela prescrição

Este procedimento será prescrito pelo enfermeiro.

► Responsável pela execução

Este procedimento será executado pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem, respeitando sua especificidade e complexidade.

► Hora de enfermagem

A execução do procedimento será em 20 a 30 minutos.

► Material/equipamentos

O profissional de enfermagem necessita de:

- a) bandeja não estéril;
- b) carro de curativos, mesa auxiliar ou superfície fixa;
- c) bolsa coletora com *clamp* próprio (consultar cuidados especiais);
- d) protetores cutâneos em forma de anel, placa, pasta e/ou pó, de acordo com a prescrição de enfermagem (consultar em cuidados especiais);
- e) guia de mensuração do estoma ou pedaço de plástico transparente (por exemplo, invólucro do pacote de gaze);
- f) tesoura com ponta redonda;
- g) soro fisiológico a 0,9% ou água destilada;
- h) gaze não estéril;
- i) EPI (gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não estéril e luvas de procedimento);
- j) recipiente plástico graduado ou uma comadre;
- k) saco plástico, forro impermeável ou papel-toalha;
- l) lixeira;
- m) biombo.

► Descrição técnica

Recomenda-se que o profissional de enfermagem desenvolva as seguintes ações para a realização do procedimento:

- a) ler o prontuário ou ficha do paciente;
- b) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP CCIH 001;
- c) separar uma bandeja para o procedimento;
- d) fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea;
- e) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- f) separar o material conforme o cuidado a ser executado, colocando-o na bandeja;
- g) levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira ou superfície fixa;
- h) apresentar-se ao paciente e acompanhante;
- i) checar os dados de identificação na pulseira do paciente, conforme o POP CIC 041;
- j) orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, pedir sua autorização;
- k) se for necessário, realizar o registro fotográfico do estoma e/ou paciente; solicitar por escrito a autorização;
- l) promover privacidade, utilizando biombos se necessário;
- m) posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; expor apenas a área tratada;
- n) higienizar as mãos com álcool glicerinado 70%;
- o) colocar EPI: gorro, máscara, capote não estéril e óculos de proteção;
- p) calçar as luvas de procedimento;
- q) durante todas as etapas a seguir, estimular, na medida do possível, a participação ativa do paciente e família;
- r) para troca da bolsa e limpeza do estoma:
 - deve-se inicialmente esvaziar a bolsa – proteger o lençol com o auxílio de um forro plástico ou papel-toalha sob o abdome do paciente, em seguida colocar por cima da proteção do lençol o recipiente plástico ou uma comadre para recolha da urina,
 - abrir o *clamp* da bolsa coletora, de forma que o todo o conteúdo saia em direção ao recipiente/comadre; optar por um recipiente graduado se for necessário mensurar,

- quantificar e observar os aspectos e características da urina, manter o recipiente/comadre contendo a diurese em local seguro (para que não extravase em local inapropriado) até o final do procedimento ou se possível providenciar auxílio para desprezar no expurgo ou vaso sanitário,
 - levantar a parte adesiva da bolsa, segurar firme e ir descolando-a lentamente, enquanto mantém a pele esticada; observar os aspectos do estoma (cor, forma, tamanho, protusão) e da pele periestoma,
 - lavar o estoma e a pele ao redor com jato abundante de SF 0,9% ou água em temperatura ambiente ou morna,
 - com ajuda de algodão ou gaze embebida em SF 0,9% ou água, faça movimentos suaves ao redor do estoma e periestoma,
 - enxaguar bem para retirar a urina ou resíduos, a fim de evitar dermatite química ou de contato,
 - enxugar delicadamente a pele com algodão ou gaze,
 - medir o diâmetro do estoma utilizando o guia de mensuração – colocá-lo em cima do estoma, avaliar o diâmetro até cerca até 0,3 mm maior que o estoma, identificar o tamanho na escala do guia (na ausência deste, sugere-se adequar com um plástico transparente como o invólucro do pacote de gaze), colocar em cima do estoma e desenhá-lo com o auxílio de uma caneta hidrográfica. Esse molde deverá ficar com o paciente e ser utilizado sempre nas próximas trocas (consulte também em cuidados especiais);
- s) colocar o molde sobre a flange da placa adesiva da bolsa coletora, recorte com tesoura de ponta redonda (preferencialmente) o tamanho desenhado;
- t) retirar o adesivo sobre a placa e aplicar a bolsa diretamente na pele, fazendo leve pressão em movimentos circulares em torno da flange da placa na área periestoma para uma melhor aderência. Se for necessário utilize um protetor cutâneo;
- u) colar a bolsa preferencialmente com a abertura para baixo;
- v) adaptar o coletor de perna; fechar o fundo da bolsa coletora utilizando o *clamp* próprio;
- w) desprezar a urina no vaso sanitário, ou solicitar outro membro da equipe de enfermagem para fazê-lo;
- x) reunir o material e organizar a unidade do paciente;
- y) desprezar o material utilizado nos locais apropriados;

- z) realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme o POP da CCIH 001;
- aa) realizar as anotações necessárias, assinando e carimbando o relato no prontuário do paciente (o técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução).

► **Cuidados especiais/plano de contingência**

- a) Os estomas do aparelho urinário podem também ser conhecidos como urostomia, estoma urinário ou derivação urinária.
- b) A bolsa deve ser esvaziada sempre que estiver com 2/3 da metade da sua capacidade, pois o excesso de peso favorece o descolamento da mesma. A bolsa coletora geralmente possui um conector de perna.
- c) Ao proceder a limpeza para lavar ou esvaziar o conteúdo da bolsa, estimule o paciente, caso esteja independente, a desprezar no vaso sanitário.
- d) Existe uma variedade de tipos e tamanhos de bolsas coletoras e flanges (placa ou disco), permitindo recortes que vão de 12 mm até 80 mm, de acordo com o fabricante. Podem ser de uma ou duas peças, com válvula antirrefluxo.
- e) Para a cistostomia, deve-se utilizar preferencialmente cateteres finos: nº 4, 5 ou 6 Fr, devendo oportunizar a presença de cateteres para realizar a reeducação da bexiga, mantendo a bolsa fechada e abrindo em intervalos pré-definidos e observando-se a micção pela uretra. Os cateteres devem ser retirados antes de o paciente receber alta.
- f) Em relação à troca das bolsas, caso seja drenável, deve-se trocá-la quando o material do flange (resina geralmente à base hidrocoloide) estiver esbranquiçada e ocorrer vazamento.
- g) Para retirar a bolsa, pode-se estimular o paciente, se independente, a trocar a bolsa durante o banho de aspersão.
- h) O sistema coletor deve permanecer aderido por, no mínimo, 24 horas e no máximo por seis ou sete dias. Devem-se evitar trocas constantes, prevenindo a ulceração da pele.
- i) A pele deve estar seca para receber a nova bolsa e não haver interferência na aderência do sistema coletor; sugere-se o uso de chumaço de gaze sobre o estoma a fim de absorver a urina e manter a pele seca durante a troca do dispositivo.

- j) Cabe à equipe de enfermagem estimular o paciente e a família na reabilitação social. O estímulo ao autocuidado é imprescindível para o alcance da qualidade de vida.
- k) A alta hospitalar deve ser realizada após avaliação e orientação da equipe multidisciplinar acerca de locais de obtenção dos equipamentos. Local de referência para o atendimento em caso de complicações, referência de entidades e grupos de apoio fazem parte da continuidade da assistência.
- l) No ambulatório da comissão de curativos, cabe ao enfermeiro o agendamento para próxima consulta para o acompanhamento.
- m) Ressalta-se que o paciente deve ter a avaliação de toda equipe multidisciplinar.
- n) As pessoas portadoras de estomas são classificadas como portadores de deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência no sistema excretor e produz limitações em várias esferas da vida, tanto social quanto pessoal.

► Neonatal e pediatria

O recém-nascido requer cuidados adicionais, em virtude da composição da estrutura da pele. As bolsas frequentemente costumam vaziar, por isso é importante o uso de bolsas apropriadas. Os tamanhos variam desde 10 mm, conforme fabricante, e faz-se necessário associar o uso de protetores cutâneos. O tipo em *spray* deve ser usado com cautela em menores de 30 dias de vida.

É necessário que se incentive sempre o uso de bolsas coletoras para evitar danos à pele e sofrimento. O uso de compressas, fraldas, pomadas, cremes e pastas inespecíficas nunca trazem bons resultados à saúde da pele.

Os pais ou cuidadores devem estar presentes e ser encorajados a participar de todo processo do cuidado, para compreensão, apoio e enfrentamento da situação, a fim de proporcionar uma vida o mais próximo possível da normalidade.

► Terminologia e expressões utilizadas

São termos usuais:

- a) nefrostomia – indicada quando há obstrução parcial ou total da pelve renal, denominada de estenose da junção ureteropiélica;
- b) uretostomia – indicada quando não é possível utilizar a bexiga por alterações anatômicas ou funcionais;

- c) citostomia – envolve a colocação de um cateter na região suprapúbica até a bexiga, indicada quando há malformações da coluna lombossacra, válvula uretral posterior ou lesão da inervação da bexiga;
- d) colostomia úmida – tipo de técnica cirúrgica com alça construída para permitir a saída de urina e fezes pelo mesmo estoma.

REFERÊNCIAS

CESARETTI, I. U. R.; SANTOS, V. L. G. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizados**. São Paulo: Atheneu, 2005.

MARTINS, M. S. et al. **Estudo comparativo sobre dois tipos de cateteres para cateterismo intermitente limpo em crianças estomizadas**. Revista Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, v. 43, n. 4, dec. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400018>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 400**, de 16 de novembro de 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.htm>.

SMELTZER, S. C. et al. **Brunner & Sudarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11. ed. v. 3, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 1350-1359.

Texto composto nas fontes das famílias Optima, Futura e Calibri.
Miolo Impresso em papel *offset* 90g, em sistema de impressão *offset*, no formato 17x25 cm.
Capa impressa em papel cartão supremo 350g em sistema de impressão *offset*.

Diagramação, Impressão e Acabamento:



Rua Fagundes Varela, 967
Cep 19802 150 • Assis • SP
Fone: (18) 3322-5775
Fone/Fax: (18) 3324-3614
vendas@graficatriunfal.com.br
www.graficatriunfal.com.br