



**MANUAL PRÁTICO DE PROCEDIMENTOS:  
ASSISTÊNCIA SEGURA PARA O PACIENTE  
E PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE**

**Elaboração:**

**Grupo de Controle de Infecção Hospitalar  
Coordenadoria de Atividades de Enfermagem  
Divisões de Enfermagem**

**Subcomissões de Controle de Infecção Hospitalar**

**Aprovado pela Comissão de Controle de Infecção  
Hospitalar do HC-FMUSP, Diretoria Clínica e CAEnf**

**1ª edição  
São Paulo  
2009**

## FICHA CATALOGRÁFICA

M294 Manual prático de procedimentos: assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde 2009 coordenadores Renata D. Lobo et al. São Paulo: HCFMUSP, 2009. 72p.

Vários colaboradores

1. Enfermagem. 2. Infecção hospitalar. 3. Prevenção de infecção. I. Lobo, Renata D. II. Levin, Anna Sara S. III. Oliveira, Maura Salaroli. IV. Dias, Maria Beatriz Souza. V. Caenf

CDD 610.783

## **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

### **Governador**

José Serra

## **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

### **Secretário**

Dr. Luiz Roberto Barradas Barata

### **Chefe de Gabinete**

Dr. Nilson Ferraz Paschoa

## **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

### **Presidente do Conselho Deliberativo**

Prof. Dr. Marcos Boulos

### **Diretor Clínico**

Prof. Dr. José Otávio Costa Auler Jr

### **Superintendente**

Dr. José Manoel de Camargo Teixeira

### **Chefe de Gabinete**

Dr. Haino Burmester

## **Equipe Técnica de Trabalho**

### **Coordenação:**

Enf. Renata D. Lobo  
Profa. Dra. Anna Sara S. Levin  
Dra. Maura Salaroli de Oliveira  
Dra. Maria Beatriz Gandra Souza Dias  
Coordenadoria de Atividades de Enfermagem

### **Colaboradores**

#### **Coordenadoria de Atividades de Enfermagem**

Enf. Antonio Botelho de Souza Paulo – H. Sapopemba  
Enf. Cristina Emiko Igue - Ipq  
Enf. Eliana Rodrigues Carlessi – ICHC  
Enf. Elizabeth da Costa Jóia – IPq  
Enf. Heloisa Pereira - H. Cotoxó  
Enf. Ivany Aparecida Nunes – IOT  
Enf. Jurema da Silva Herbas Palomo - InCor  
Enf. Laura Sumie Shiguihara – Cotoxó  
Enf. Lucia Toshie Wada - In Rod  
Enf. Maria Rita da Silva – InRad  
Enf. Mario Roberto da Silva Sevastelli – Suzano  
Enf. Nilsa Cecília Mammanna Madureira – DMR  
Enf. Rosemeire Keiko Hangai - ICr

#### **Prevenção de Infecção do Trato Urinário**

Enf. Cristina K. Kuga  
Enf. Ivany Aparecida Nunes

#### **Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea**

Enf. Arlete M. M. Giovani  
Enf. Dirce Laplaca Viana  
Enf. Ivany Aparecida Nunes  
Enf. Jurema da Silva Herbas Palomo  
Enf. Sara Diniz Rubensztejn Azevedo

#### **Prevenção de Pneumonia Hospitalar**

Ft. Adriana S. Hirota  
Enf. Eliana Porfírio  
Enf. Ligia Maria Dall Secco

Enf. Mariusa Basso  
Dra. Maura Salaroli de Oliveira  
Enf. Solange Regina G. Fusco  
Enf. Valquíria B. Figueiredo

### **Curativos**

Enf. Adriana Cavalcanti da Silva  
Enf. Adriana Pereira de Paula  
Enf. André Paggiaro  
Enf. Claudia Cylene de Souza Meireles  
Enf. Ivany Aparecida Nunes  
Enf. Maria Ap. Jesus de Menezes  
Enf. Rita de Cássia Toledo Pinto  
Enf. Viviane Carvalho  
Prof. Dr. Marcus Castro Ferreira

### **Cuidados Biópsias**

#### **Biópsias guiadas por imagem**

Enf. Lucia Toshie Wada  
Enf. Maria Ivone Afonso Amaral  
Enf. Maria Rita da Silva  
Enf. Mariusa Basso

#### **Biópsias fora do Centro Cirúrgico**

Enf. Ana Maria Moderno  
Enf. Eunice K. Suguita dos Santos  
Dra. Maria Beatriz S. Dias  
Dra. Maura S. Oliveira  
Enf. Renata D.Lobo  
Enf. Solange Regina G. Fusco

### **Cuidados com Derivação Lombar Externa e Derivação Ventricular Externa**

Enf. Eduardo F. Camacho  
Dr. Fernando Campos Gomes Pinto  
Dr. Icaro Boszczowski  
Enf. Maria Cristina Peres Braido Francisco  
Dra. Maristela Pinheiro Freire  
Enf. Mariusa Basso  
Enf. Roserli Marques de Melo  
Enf. Sandra Arone

## **Prevenção de úlcera por pressão**

Dr. André Paggiaro  
Prof. Dr. Marcus Castro Ferreira  
Enf. Maria Ap. Jesus de Menezes  
Enf. Rita de Cassia Toledo Pinto  
Dra. Viviane Carvalho

## **Reprocessamento dos Endoscópios e acessórios**

Dr. Dirceu Carrara  
Enf. Laura Maria B. Gomes  
Enf. Maria da Graça Silva Sueje  
Enf. Renata Desordi Lobo  
Enf. Satiko Gobara

## **Higiene e Limpeza Hospitalar**

Enf. Cleonice Bezerra da Silva

## **Agradecimentos:**

Ft. Adriana Hirota  
Dra. Cilmara P. Garcia  
Enf. Dirce Laplaca Viana  
Enf. Edmilson Cunha Almeida  
Enf. Edsângela de Vasconcelos Santos  
Enf. Francisca Pires de Maria  
Enf. Gillene Santos Ferreira  
Enf. Maria Aparecida Batistão Gonçalves  
Enf. Maria Aparecida Fadil Romão  
Enf. Marines Hernandez  
Enf. Mirna Marino  
Enf. Rosimeiro Keiko Hangai  
Enf. Viviane Resende Santos  
Enf. Satiko Gobara

## **Revisores técnicos:**

Dr. Dirceu Carrara  
Coordenadoria de Atividades de Enfermagem

# Sumário

<b>Objetivo</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Cuidados em Assistência Ventilatória</b> .....	<b>11</b>
a) Aspiração de secreções respiratórias em pacientes intubados .....	11
b) Aspiração de secreções respiratórias em pacientes com traqueostomia .....	13
c) Manutenção da cânula endotraqueal .....	14
d) Processamento de equipamentos respiratórios e acessórios .....	15
e) Cuidados com equipamentos de terapia respiratória .....	17
<b>2. Cuidados em pacientes com cateter vesical</b> .....	<b>20</b>
a) Inserção de cateter vesical .....	20
b) Manutenção do cateter vesical .....	21
c) Coleta de urocultura em pacientes com cateter vesical .....	23
<b>3. Cuidados com cateteres intravasculares</b> .....	<b>25</b>
a) Prevenção de infecção relacionada a cateteres intravasculares .....	25
b) Inserção de cateter central de inserção periférica (PICC) .....	25
c) Inserção de cateter intravascular periférico curto (dispositivo sobre agulha ou dispositivo agulhado com asa) .....	27
d) Curativo de cateteres intravasculares .....	28
e) Manipulação de cateteres intravasculares .....	30
f) Punção e curativo de cateter central totalmente implantável .....	31
<b>4. Biópsias</b> .....	<b>34</b>
a) Biópsias guiadas por imagem .....	34
b) Locais para a realização das biópsias (quando não realizada no CC) .....	36
c) Cuidados em biópsias realizadas fora do centro cirúrgico (exceto guiadas por imagem) .....	37
d) Cuidados com equipamentos e acessórios utilizados em biópsias .....	38
e) Processamento dos materiais utilizados em biópsias .....	39
<b>5. Curativos</b> .....	<b>40</b>
a) Técnica com uso de pinças .....	41
b) Técnica com uso de luva estéril .....	42
c) Cuidados com feridas cruentas .....	43
d) Retirada de pontos .....	43

<b>6. Cuidados com derivação ventricular externa (DVE)</b> .....	<b>46</b>
a) Cuidados durante inserção .....	46
b) Cuidados com o curativo .....	46
c) Recomendações para a coleta de líquido .....	47
d) Recomendações para esvaziar a bolsa coletora de líquido .....	48
e) Recomendações para remoção de cateter .....	49
f) Recomendações para troca de cateter .....	50
g) Uso de antimicrobiano por via interventricular .....	50
h) Recomendações Gerais .....	51
<b>7. Cuidados com derivação lombar externa (DLE)</b> .....	<b>52</b>
a) Recomendações durante a inserção .....	52
b) Recomendações com curativo .....	52
c) Recomendações para a coleta de líquido .....	53
d) Recomendações para esvaziar a bolsa coletora de líquido .....	54
e) Recomendações para remoção ou troca de cateter .....	55
<b>8. Prevenção de úlcera por pressão</b> .....	<b>56</b>
<b>9. Reprocessamento dos endoscópios e acessórios</b> .....	<b>58</b>
a) Limpeza .....	58
b) Desinfecção .....	59
c) Acondicionamento .....	60
d) Troca e monitoramento da solução desinfetante .....	60
e) EPIs para reprocessamento dos aparelhos endoscópicos .....	60
f) Sala de desinfecção por solução de glutaraldeído .....	61
g) Outros cuidados .....	62
<b>10. Higiene e Limpeza Hospitalar</b> .....	<b>63</b>
a) Classificação das áreas hospitalares .....	63
b) Tipos de Limpeza .....	63
c) Métodos de limpeza de superfícies .....	65
d) Produtos de limpeza .....	66
e) Boas práticas no Serviço de Higiene Hospitalar .....	67
f) Limpeza de superfícies e mobiliários .....	69
<b>11. Locais para realização de procedimentos para o complexo HC-FMUSP</b> .....	<b>71</b>



## Objetivo

Este guia descreve os principais procedimentos de enfermagem, padronizados em reuniões sistemáticas com representantes de todos os institutos, hospitais auxiliares e OSS do Complexo do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Seus principais objetivos são assegurar que o material básico para a realização dos procedimentos esteja disponível e que as orientações para sua execução sejam uniformes em todo o complexo, garantindo um menor risco para o paciente e para o profissional da área da saúde.

Em particular, a ocorrência das infecções hospitalares, uma complicação que não é imediatamente perceptível, deve ser minimizada pela indicação e execução cuidadosas destes procedimentos.

Esperamos com este manual contribuir para a melhoria da qualidade da atenção dispensada aos nossos pacientes.



# 1. Cuidados em assistência ventilatória

## a) Aspiração de secreções respiratórias em pacientes intubados

### Definição

São os procedimentos que asseguram o cuidado adequado durante a retirada de secreções traqueobrônquicas e/ou oro-nasofaríngeas através de uma sonda conectada ao aspirador em pacientes intubados.

### Materiais

- Luvas de procedimento estéreis e não estéreis
- Sonda de aspiração de tamanho adequado
- Seringa de 10 ml
- Ampola de soro fisiológico 0,9%
- Equipamentos de proteção individual (óculos, máscara e avental de manga longa)
- Estetoscópio
- Ressuscitador manual (ambu®)
- Rede de gases testada (vácuo e oxigênio)
- Aspirador elétrico (se não houver disponibilidade de vácuo)
- Copo descartável com água potável para limpeza do circuito
- Frasco coletor de secreções com extensão de PVC

### Técnica

- Explicar o procedimento e sua finalidade para o paciente e/ou acompanhante.
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos.
- Paramentar-se com EPI (avental de manga longa, máscara e óculos).
- Verificar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente.
- Aumentar a concentração de oxigênio a 100% (quando paciente intubado e quando necessário).
- Abrir a embalagem da sonda de aspiração e conectá-la à extremidade da extensão.
- Ligar o aspirador.
- Calçar as luvas estéreis.
- Retirar a embalagem da sonda com a mão não dominante, concomitantemente pegando a sonda com a outra mão.
- Desconectar o respirador com a mão não dominante, protegendo a conexão do circuito com a embalagem da luva estéril.
- Com a mão dominante, introduzir a sonda de aspiração na cânula endotraqueal

ou de traqueostomia durante a fase inspiratória, cessando a introdução ao encontrar resistência.

- Tracionar a sonda 1 cm antes de iniciar a aspiração.
- Promover a sucção ocluindo a válvula da sonda de aspiração, fazendo movimentos circulares e trazendo-a para fora em menos de 10 segundos
- Conectar o respirador mecânico ao paciente com a mão não dominante e repetir a aspiração, se necessário.
- Permitir que o paciente ventile e descanse entre as aspirações.
- Em caso de arritmia cardíaca, queda brusca de saturação de oxigênio, cianose ou sangramento, interromper a aspiração e ventilar o paciente com o ressuscitador manual (ambu®).
- Ao final da aspiração traqueal, manter a concentração de oxigênio a 100% por cerca de 5 minutos ou até a estabilização do paciente.
- Introduzir a sonda na narina até a faringe, realizando movimentos circulares com a sonda e promovendo a sucção ao retirar a sonda.
- Introduzir a sonda de aspiração na cavidade oral, promovendo a sucção das secreções.
- Com a sonda de aspiração, aspirar água potável para limpeza da extensão.
- Enrolar a sonda na mão enluvada e puxar a luva, descalçando-a sobre a sonda
- Descartá-la no lixo infectante.
- Higienizar as mãos.
- Auscultar os pulmões e reavaliar as condições clínicas.
- Recompor a Unidade e recolher o material.
- Deixar o paciente em posição confortável.
- Anotar o procedimento realizado e as características das secreções: quantidade, cor, odor, viscosidade, intercorrências.

### **Observações**

- Aspirar somente quando necessário e não em intervalos pré-determinados.
- A técnica de aspiração traqueal deve ser feita preferencialmente por duas pessoas, para evitar a contaminação do sistema, do tubo/circuito e auxiliar nas possíveis intercorrências.
- Em pacientes recebendo nutrição enteral, esta deve ser interrompida durante o procedimento de aspiração, prevenindo vômito e aspiração pulmonar.
- Evitar aspiração traqueal após administração de dieta em "bolus".
- Em caso de secreção espessa e rolhas, pode ser instilado soro fisiológico (3-5 ml em adulto e 1-2 ml em crianças) no tubo endotraqueal e ventilando os pulmões com o ressuscitador manual (ambu®).
- Após, realizar a aspiração traqueal em seguida.
- O paciente pode ser hiperventilado usando 4 ou 5 vezes o ciclo manual do ventilador mecânico.

- Utilizar sempre o frasco coletor intermediário, para evitar que entrem secreções na rede de gases do painel.
- Existem sistemas fechados de aspiração que são ligados diretamente ao circuito respiratório. Esse sistema permite realizar a aspiração sem desconectar o paciente do ventilador mecânico, mantendo a pressão positiva presente no interior dos alvéolos (PEEP), diminuindo o risco de hipóxia e contaminação, dispensando o auxílio de outro profissional para a realização do procedimento.

## **b) Aspiração de secreções respiratórias em pacientes com traqueostomia**

---

### **Definição**

São os procedimentos que asseguram o cuidado adequado durante a retirada de secreções traqueobrônquicas através de uma sonda conectada ao aspirador em pacientes traqueostomizados.

### **Material**

- Luvas de procedimento estéreis e não estéreis
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI) -avental manga longa, óculos de proteção e máscara
- Sonda de aspiração de calibre adequado. Adulto (12 a 14), infantil (8 a 10)
- Ampola de soro fisiológico 0,9%
- Ressuscitador manual (Ambu®)
- Estetoscópio
- Aspirador
- 2 seringas de 10ml descartável
- Medidor de pressão do cuff (Cuffômetro)
- Fixador de cânula ou cadarço
- Gaze estéril
- Copo descartável com água potável para limpeza do circuito
- Rede de gases testada (vácuo e oxigênio)
- Aspirador elétrico (se não houver disponibilidade de vácuo)

### **Técnica**

- Explicar o procedimento e sua finalidade para o paciente e/ou acompanhante.
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos.
- Paramentar-se com EPI (avental de manga longa, máscara e óculos).
- Manter decúbito elevado (30°- 45°).

- Realizar a aspiração da secreção conforme recomendação descrita anteriormente (técnica de aspiração de secreções respiratórias).
- Após o procedimento de aspiração, limpar ao redor do estoma com gaze umedecida em soro fisiológico, retirando toda secreção.
- Colocar uma gaze seca dobrada em cada lado do tubo, de modo a proteger a pele do atrito com a cânula.
- Trocar o fixador de cânula diariamente e sempre que sujo e/ou úmido, avaliando as condições de pele e necessidade de alteração do material utilizado.
- Controlar a medida da pressão do cuff (aproximadamente 25 cmH<sub>2</sub>O) e a cada 12 horas.
- Posicionar o paciente confortavelmente no leito.
- Recompôr a Unidade e recolher o material.
- Higienizar as mãos.
- Registrar no plano de enfermagem (na evolução), o procedimento realizado e as características das secreções: quantidade, cor, odor, viscosidade, intercorrências.

### **Observações**

- Aspirar somente quando necessário e não em intervalos pré-determinados.
- Nas cânulas de metal não há cuff, por isso não é necessário medir a pressão.
- Durante a limpeza da cânula, manter paciente em decúbito elevado e proceder a higiene com água e sabão ou soro fisiológico retirando toda a sujidade.

## **c) Manutenção da cânula endotraqueal**

---

### **Definição**

São os procedimentos realizados que asseguram a fixação, limpeza e a permeabilidade da cânula endotraqueal.

### **Materiais**

- Luvas de procedimentos estéreis e não estéril
- Dispositivo para higiene oral
- Solução estabelecida (dentifrício, colutório, água bicarbonatada ou clorexidina aquosa)
- Copo descartável
- Gaze não estéril
- Cadarço ou tensoplast ou fixador de cânula
- Medidor de pressão do cuff (Cuffômetro)
- 2 seringas de 10 ml descartáveis
- Sonda de aspiração de calibre adequado adulto (12-14), infantil (8-10)

- Ampola de soro fisiológico
- Ressuscitador manual
- Aspirador

### **Técnica**

- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento.
- Reunir todo o material necessário e levar junto ao paciente.
- Higienizar as mãos.
- Paramentar-se com EPI (avental de manga longa, máscara e óculos).
- Realizar higiene oral com solução estabelecida 3 vezes ao dia e quando necessário.
- Em caso de intubação orotraqueal, mudar o local da fixação da cânula 1 vez ao dia e quando necessário, sem alterar o nível da introdução.
- Trocar o fixador da cânula avaliando condições de pele e necessidade de alteração do material utilizado.
- Controlar a medida da pressão do cuff (aproximadamente 25 cm H<sub>2</sub>O).
- Posicionar o paciente confortavelmente no leito.
- Recompor a Unidade e recolher o material.
- Higienizar as mãos.
- Registrar no plano de enfermagem (na evolução), o procedimento realizado.

### **Observações**

- Atentar para a utilização de técnica asséptica ao manipular a cânula e o circuito de ventilação mecânica.
- Em crianças, em geral, não é necessário o uso de mandril e cuff

---

## **d) Processamento de equipamentos respiratórios e acessórios**

### **Definição**

São os procedimentos que asseguram a qualidade do processamento e menor risco de infecção na assistência respiratória após o uso do equipamento.

### **Cuidados Gerais**

- Higienizar as mãos antes e depois do contato com os equipamentos e seus acessórios.
- Realizar limpeza mecânica do equipamento (ventiladores, monitores) com tecido macio e água e sabão. Fazer a desinfecção com álcool 70%, se o equipamento não suportar realize a desinfecção com solução de quaternário de amônia.

- Realizar limpeza seguida de desinfecção ou esterilização de todos os materiais de assistência respiratória. Ver tabela na página 17.
- Desprezar periodicamente o líquido condensado no circuito, com cuidado para não refluir para o paciente e/ou para o umidificador.
- Trocar todos os circuitos e/ou material de assistência ventilatória entre os pacientes e sempre que visivelmente sujo ou danificado. Quando em uso intermitente, no mesmo paciente, guardar seco e protegido em saco plástico.
- Usar água estéril, de uso individual, nos umidificadores e nebulizadores. Trocar pelo menos uma vez ao dia, desprezando o resíduo.
- Usar EPIs (avental de manga longa, máscara e óculos) para manipular secreções respiratórias ou objetos contaminados com secreções respiratórias de qualquer paciente.
- Antes de submeter qualquer material ao processo de desinfecção ou esterilização, consultar as recomendações do fabricante.



## e) Cuidados com equipamentos de terapia respiratória

Material	Tratamento	Tipo	Frequência de troca e Observações
Ressuscitador manual (Ambu): - máscara - reservatório	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou Óxido de Etileno ou Vapor Saturado sob pressão	- Entre pacientes - Sempre que sujo Manter protegido em saco plástico quando em uso intermitente
BIPAP: circuito (USO PERMANENTE)	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou Óxido de etileno ou VBTF ou vapor saturado sob pressão	Entre pacientes e sempre que sujo
BIPAP: máscara com bojo insuflável	Esterilização	Óxido de Etileno	Entre pacientes e sempre que sujo
BIPAP: máscara com membrana de silicone, (USO PERMANENTE)	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou VBTF, óxido de etileno ou vapor saturado sob pressão	Entre pacientes e sempre que sujo
BIPAP: touca de pano	Limpeza	Encaminhar a lavanderia	Entre pacientes e sempre que sujo
BIPAP e CPAP: - Sensores de pressão - Conectores - Válvula exalatória	Esterilização	Óxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo
Cabo de laringoscópio	Desinfecção	Limpeza com água e sabão seguida de fricção com álcool a 70%	Entre pacientes e quando sujo
Cânula de Guedel	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou Óxido de Etileno ou Vapor sob pressão	Entre pacientes e sempre que sujo
Capnógrafo (adaptador com sensor)	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou Óxido de Etileno ou VBTF	Entre pacientes e sempre que sujo Ao trocar o circuito
Respirador (Circuito)	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou Óxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo
Circuito de Respirador (Centro Cirúrgico/anestesia)	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou óxido de etileno Vapor saturado sob pressão	Entre pacientes trocar o filtro antibacterino e viral Trocar todo o circuito a cada 24 horas

<b>Material</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Tipo</b>	<b>Frequência de troca e Observações</b>
Extensão de aspirador	Descartável	NÃO SE APLICA	Entre pacientes ou quando sujo
Fio guia (mandril)	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou óxido de etileno	Após cada uso
Frasco de vidro para aspiração (secreção respiratória)	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou óxido de etileno ou vapor saturado sob pressão	Entre pacientes ou quando cheio
Frasco para aspiração de plástico (secreção respiratória)	Descartável	NÃO SE APLICA	Entre pacientes ou quando cheio
Inalador: - copo - máscara - extensão	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou Óxido de Etileno ou Vapor Saturado sob pressão	Entre pacientes e sempre que sujo Após cada uso, secar e guardar em saco plástico limpo
Lâmina de laringoscópio	Desinfecção	Limpeza com água e sabão seguido de fricção com álcool a 70% ou termodesinfecção	Após cada uso
Máscara "total face"	Desinfecção ou Esterilização	Consultar recomendação do fabricante	Entre pacientes ou sempre que sujo
Máscara de Venturi	Esterilização	Termodesinfecção VBTF ou Óxido de etileno	Entre pacientes ou sempre que sujo
Máscara para traqueostomia (USO PERMANENTE)	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou Vapor saturado sob pressão ou Óxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo
Medidor de pressão do "Cuff" (Cuffômetro)	Desinfecção	Limpeza com água e sabão seguido de fricção com álcool a 70%	Entre pacientes e sempre que sujo
Monitores e seus acessórios	Desinfecção	Fricção com álcool a 70% ou conforme recomendação do fabricante	Entre pacientes e sempre que sujo
Nebulizador: - copo - máscara - extensão	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou Vapor saturado sob pressão ou Óxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo Trocar a água diariamente, desprezar resíduo antes
Oxímetro e acessórios	Desinfecção	Fricção com álcool a 70% ou conforme recomendação do fabricante	Entre pacientes e sempre que sujo

<b>Material</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Tipo</b>	<b>Frequência de troca e Observações</b>
Peak flow (medidos de pico de fluxo)	Descartável (bocal e filtro)	Não se aplica	Trocar bocal e filtro entre pacientes
Umificador (de parede)	Desinfecção ou Esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou Óxido de Etileno	Entre pacientes e sempre que sujo Trocar a água diariamente, desprezar resíduo antes.
Tenda de oxigênio ou Capacete de oxigênio	Esterilização	VBTF ou óxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo
Touca de tecido (CPAP)	Limpeza	Encaminhar a lavanderia	Entre pacientes e sempre que sujo
Trocador de umidade e calor	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou óxido de etileno	Entre pacientes e sempre que sujo
Válvula unidirecional	Desinfecção ou esterilização	Termodesinfecção ou VBTF ou óxido de etileno	Entre pacientes Na troca do circuito respiratório Sempre que sujo
Ventilômetro	Desinfecção	Álcool a 70%	Entre pacientes

VBTF: Vapor de baixa temperatura e formaldeído

## 2. Cuidados em pacientes com cateter vesical

### a) Inserção de cateter vesical

---

#### Definição

Consiste nos cuidados a serem seguidos durante a introdução de um cateter na bexiga para drenagem e/ou controle da diurese.

#### Material

- Cateter vesical de Foley 12 a 16 (adulto)
- Cateter vesical de Foley 6 a 10 (criança)
- 1 par de luvas de procedimentos
- 1 par de luvas esterilizadas
- 1 coletor de sistema fechado
- Anti-séptico tópico não alcoólico ou solução de clorexidina degermante
- Gel anestésico lubrificante de uso único
- 1 seringa de 20 ml ou 10 ml de bico não Luer-lock
- 1 agulha 30 X 10
- 1 ampola de água destilada
- Pacote de sondagem vesical contendo:
  - 1 cuba rim ou cúpula redonda
  - 5 bolas de algodão
  - 1 pinça tipo Kelly ou Cheron
- Gazes
- Campo estéril grande, de pelo menos 0,75m X 0,75m
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (máscara, óculos e avental)

#### Técnica

- Orientar o paciente/acompanhante sobre o procedimento.
- Higienizar as mãos.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Lavar minuciosamente a área perineal e genital do paciente com água e sabão.
- Higienizar as mãos.
- Paramentar-se com EPI (máscara, óculos e avental).
- Colocar paciente em posição dorsal, afastar as pernas num ângulo aproximado de 60°, levemente fletidas (se for do sexo feminino).
- Abrir o pacote de sondagem vesical e posicionar uma das pontas na diagonal, próxima à genitália.
- Colocar o cateter vesical, sistema coletor, seringa, gazes e agulha sobre o campo estéril e o gel lubrificante sobre as gazes.

- Colocar o anti-séptico sobre as bolas de algodão.
- Calçar as luvas estéreis.
- Testar o balão da sonda.
- Adaptar o cateter urinário ao sistema (saco) coletor.
- Realizar a anti-sepsia do meato urinário e área adjacente com solução anti-séptica de PVPI tópico ou clorexidina degermante. Se utilizar clorexidina degermante, retirar o excesso com SF 0,9%.
- Sexo masculino: Realizar a anti-sepsia a partir do meato urinário para a glândula (repetir o movimento 3 vezes).
- Sexo feminino: expor a genitália com a mão não dominante e fazer a anti-sepsia do períneo com as bolas de algodão e pinça no sentido púbis-ânus, primeiramente dos grandes lábios, depois dos pequenos lábios e, após, do meato urinário (repetir o movimento 5 vezes).
- Lubrificar a sonda com o gel lubrificante estéril.
- Proceder à instalação do cateter vesical. Se sexo masculino, introduzir o cateter até a sua bifurcação, se sexo feminino introduzir até metade do seu comprimento.
- Insuflar o balão com água destilada conforme quantidade determinada pelo fabricante.
- Tracionar a sonda até sentir resistência do balão.
- Fixar a sonda vesical no hipogástrio para o sexo masculino e na face anterior da raiz da coxa para o sexo feminino.
- Colocar o coletor de sistema fechado abaixo do nível do colchão.
- Higienizar as mãos.
- Recompor a Unidade e recolher o material.
- Deixar o paciente em posição confortável.
- Anotar o procedimento realizado.

## **b) Manutenção do cateter vesical**

---

### **Definição**

São procedimentos que asseguram o cuidado adequado durante o esvaziamento da bolsa de drenagem e manipulação do cateter vesical.

### **Materiais**

- Luvas de procedimentos
- Frasco coletor (cálice) ou saco coletor descartável
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (máscara, óculos e avental)

## **Técnica**

- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento.
- Reunir todo o material necessário e levar junto ao paciente.
- Higienizar as mãos.
- Paramentar-se com EPI (luva de procedimentos, máscara, óculos e avental).
- Retirar o tubo de drenagem do seu protetor, posicionando-o para o recipiente que irá receber a urina, evitando contato entre as superfícies durante o procedimento.
- Obs: Nesse procedimento, poderá ser usado o saco coletor descartável para desprezar a urina.
- Abrir o “clamp” do tubo de drenagem.
- Acompanhar o esvaziamento espontâneo da urina do saco coletor no cálice individualizado ou saco coletor descartável. Se o cálice for de uso coletivo, lavá-lo com água e sabão entre os pacientes.
- Fechar o “clamp” do tubo de drenagem.
- Colocar o tubo de drenagem no seu protetor.
- Desprezar a urina no vaso sanitário.
- Retirar e desprezar as luvas de procedimento no lixo.
- Higienizar as mãos.

Todos os passos devem ser repetidos no esvaziamento de urina para cada paciente. Não é recomendado o esvaziamento simultâneo de urina de vários sacos coletores num mesmo recipiente. O frasco para coleta de urina deve ser individualizado ou lavado entre os pacientes.

## **Observações**

- Higienizar as mãos antes e após o manuseio do cateter e/ou tubo e/ou da bolsa de drenagem.
- Higienizar a região perineal com água e sabão, incluindo a junção cateter-meato urinário durante o banho, às evacuações e quando necessário.
- Sempre que manipular o cateter, tubo e bolsa de drenagem utilizar EPI completo (luvas, avental de manga longa, máscara e óculos).
- Manter o fluxo da urina, favorecendo a drenagem contínua por gravidade; Esvaziar a bolsa de drenagem quando necessário, não permitindo que ultrapasse o limite de segurança recomendado, evitando manipulações desnecessárias.

## **Indicações de troca do cateter**

Trocar todo o sistema (cateter vesical e bolsa coletora) se:

- Houver obstrução da luz.
- Houver suspeita ou evidência de incrustações na superfície interna do cateter vesical
- Houver contaminação do cateter vesical na instalação ou manuseio.

- Houver desconexão acidental.
- A urina do saco coletor estiver com aspecto purulento.

### **c) Coleta de Urocultura em pacientes com cateter vesical**

---

#### **Definição**

São os procedimentos que asseguram o cuidado adequado durante a coleta de urina.

#### **Material**

- Luvas de procedimentos
- Álcool a 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%
- Gazes
- Seringa descartável (20ml)
- Frasco estéril de coleta de urocultura

#### **Técnica**

- Orientar o paciente/acompanhante sobre o procedimento.
- Higienizar as mãos.
- Calçar luvas de procedimento.
- Clampear o tubo de extensão logo abaixo do adaptador próprio para coleta de material.
- Fazer desinfecção do local de coleta com clorexidina alcoólica a 0,5% ou álcool etílico a 70 %.
- Aspirar a urina usando agulha e seringa estéreis.
- Colocar a amostra de urina da seringa no frasco estéril.
- Higienizar as mãos após retirar as luvas.
- Anotar o procedimento realizado na evolução de enfermagem.
- Encaminhar rapidamente para laboratório. Caso isto não seja possível, manter a urina sob refrigeração até, no máximo, 1 hora após a coleta.

#### **Observação**

- Não encaminhar a ponta do cateter vesical para cultura, pois não há utilidade

#### **Indicações de coleta de urocultura em pacientes com cateter vesical**

- Suspeita de infecção do trato urinário
- Não é indicada a realização periódica de urocultura, mesmo para pacientes que utilizam o cateter urinário por períodos prolongados

### **Recomendações Especiais**

- O uso de germicidas e/ou antimicrobianos por irrigação vesical ou aplicados diretamente no saco coletor é contra indicado.
- Apenas é aceito o uso de Anfotericina B quando se opta por tratar topicamente infecção do trato urinário por *Candida* spp.
- O cateter vesical deve ser de uso único.
- Não é recomendada técnica de “exercício vesical ” para a retirada do cateter vesical.
- A lavagem e/ou irrigação do cateter vesical não é recomendado, exceto em cirurgias urológicas e em pacientes em condicionamento para transplante de medula óssea.



### 3. Cuidados com cateteres intravasculares

#### a) Prevenção de infecção relacionada a cateteres intravasculares

- Não realizar a palpação do local de inserção após a aplicação do anti-séptico, a menos que a técnica asséptica seja assegurada (luvas estéreis).
- O uso de luvas não substitui a necessidade de higienização das mãos.
- Aguarde a secagem do anti-séptico aplicado na pele antes da inserção do cateter
- Remover prontamente cateteres cuja permanência não seja mais necessária
- Realizar rotineiramente a avaliação do sítio de inserção, buscando sinais e sintomas de flebite e outras complicações.
- Remover o mais brevemente possível (não mais do que 48 h), dispositivos inseridos em situações de emergência, nas quais a técnica asséptica possa ter sido comprometida.
- Equipos e outros acessórios devem ser trocados a cada 72 h ou quando tiverem a sua integridade estiver comprometida. Recomenda-se que suas conexões sejam “Luer-lock” para prevenir a desconexão acidental.
- Na infusão intermitente (quando for interrompida a infusão) equipos e buretas deverão ser trocados a cada 24h ou quando sua integridade estiver comprometida.
- Utilizar equipo próprio para infusão de sangue e hemoderivados. Desprezar imediatamente após o uso.
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá mais ser reposicionado.

#### b) Inserção do cateter central de inserção periférica (PICC)

##### **Definição**

São os cuidados a serem seguidos para a introdução de um cateter venoso central, longo e flexível por meio de um acesso periférico, para terapia intravenosa.

##### **Material**

- “Kit” cateter de procedimento (calibre adequado)
- Seringa de 5 ml
- Seringa de 10ml
- Pinça anatômica pequena não serrilhada estéril
- Tesoura estéril
- Avental manga longa estéril
- Campo médio estéril

- Campo fenestrado estéril
- Gorro
- Máscara
- Fita microporosa ou filme transparente
- 2 agulhas de calibre 30x8
- Soro fisiológico 0,9%
- Solução anti-séptica: clorexidina degermante e clorexidina alcoólica
- Pacotes de gaze

### **Técnica**

- Explicar o procedimento e sua finalidade para o paciente e/ou acompanhante
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos.
- Colocar o paciente em decúbito dorsal e posicionar a região escolhida.
- Monitorizar o paciente com monitor cardíaco e oxímetro de pulso.
- Examinar os vasos sanguíneos pela técnica de inspeção e palpação (escolha do acesso venoso).
- Colocar o gorro, máscara, óculos e luvas de procedimento.
- Fazer a degermação da pele do paciente com clorexidina degermante a 2%.
- Retirar as luvas.
- Higienizar as mãos com solução clorexidina degermante a 2%.
- Vestir avental de manga longa e calçar luvas estéreis.
- Fazer anti-sepsia do local de escolha com clorexidina alcoólica a 0,5%.
- Posicionar os campos estéreis sobre o paciente sobre o paciente.
- Realizar “flush” com soro fisiológico verificando permeabilidade do cateter.
- Garrotear o membro escolhido para a punção.
- Posicionar o bisel da agulha introdutora para cima.
- Realizar a punção.
- Retirar a agulha introdutora.
- Introduzir o cateter por completo, utilizando lentamente a pinça auxiliar
- Retirar o fio guia, se houver.
- Testar se o cateter está pérvio com solução de soro fisiológico 0,9%.
- Realizar a limpeza do sítio de inserção e cobrir com gaze e micropore ou gaze e filme transparente. Após as primeiras 48 horas utilizar curativo com gaze com micropore ou filme transparente semipermeável.
- Fixar extensão do cateter com fita adesiva.
- Salinizar ou heparinizar o cateter, conforme protocolo.
- Retirar equipamentos de proteção individual.
- Retirar materiais utilizados da unidade do paciente, tomando cuidado com os materiais pérfuro-cortantes.

- Higienizar as mãos.
- Registrar o procedimento realizado em impresso próprio.
- Solicitar radiografia de tórax.

### **Outras considerações**

- Em neonatos, produtos contendo álcool isopropílico não são recomendados para o preparo do sítio de inserção. Podem ser usado o PVPI ou a solução de clorexidina, porém, devem ser removidos com água destilada estéril ou SF 0,9% para prevenir a absorção do produto.

## **c) Inserção de cateter intravascular periférico curto (dispositivo sobre agulha ou dispositivo agulhado com asa)**

---

### **Definição**

São os cuidados a serem seguidos para instalação de um acesso venoso através de um dispositivo curto (cateter menor ou igual a 7,5 cm de comprimento) para terapia e/ou coleta de exames.

### **Material**

- Bolas de algodão embebidas em álcool a 70% ou clorexidina alcoólica a 0,5%
- Luvas de procedimento não estéril (1 par)
- Dispositivo – após a avaliação do calibre da veia a ser punccionada e do item da prescrição médica a ser cumprida, selecionar o tamanho adequado
- Garrote
- Cobertura adesiva estéril ou fita adesiva hipoalergênica, gaze estéril e tesoura
- Frascos para a coleta de amostra de sangue ou para a manutenção da permeabilidade do acesso venoso
- Bandeja

### **Técnica de inserção**

- Higienizar as mãos.
- Reunir todo o material em uma bandeja.
- Orientar o paciente quanto à necessidade da punção.
- Colocar as luvas de procedimento.
- Posicionar o garrote.
- Fazer a anti-sepsia na área onde será inserido o dispositivo utilizando movimentos em espiral, iniciando pelo ponto provável da punção.
- Fazer a punção da veia.
- Retirar o garrote e adaptar o equipo ou seringa (coleta de amostras de sangue)

- Realizar a fixação do dispositivo utilizando a cobertura adesiva estéril se necessário permanecer com o dispositivo. Na ausência da cobertura estéril, proteger o sítio de inserção do cateter com gaze estéril
- Descartar as luvas e higienizar as mãos.
- Colocar ordem no ambiente, descartando os materiais em recipientes apropriados.

### **Outras considerações**

- Para cateteres periféricos, realizar a cada plantão, a avaliação do sítio de inserção, buscando sinais e sintomas de flebite e outras complicações.
- Em adultos, trocar os cateteres venosos periféricos a cada 96 horas para prevenir flebite.
- Em situações em que o acesso periférico é limitado, a decisão de deixar o cateter mais do que 96 h dependerá da avaliação das condições do sítio de punção, da integridade da pele, da duração e do tipo de terapia prescrita.
- Em adultos, é preferível realizar inserção de cateteres periféricos nas extremidades superiores, evitando-se as inferiores devido ao risco aumentado de tromboflebitas. Áreas de flexão também devem ser evitadas.
- Se utilizado dispositivos agulhados (butterfly) para coleta de sangue ou para infusão de pequenas doses de medicação, retirá-lo em até 4 horas.
- Para os neonatos e crianças, outros sítios de inserção poderão ser utilizados: veias da cabeça, pescoço e extremidade inferior.
- Ao selecionar o cateter periférico, faça a opção pelo de menor calibre, iniciando a punção pelo dorso da mão, depois punho, antebraço e braço.
- Não é recomendado administrar as seguintes soluções em cateteres periféricos: drogas vesicantes, nutrição parenteral, soluções com pH menor que 5 ou maior que 9 e solução com osmolaridade maior que 600 mOsm/l. Avaliar características dos medicamentos e soluções a serem infundidos para definir a escolha da veia e do tipo de cateter a ser utilizado.

### **d) Curativo de cateteres intravasculares (Periférico, PICC, cateter central de curta permanência e perm-cath)**

---

#### **Definição**

São os procedimentos a serem seguidos para a realização de curativo de cateteres intravasculares.

#### **Frequência de troca do curativo**

- Trocar curativo se sujo, úmido ou solto
- Trocar curativo diariamente se realizado com gaze ou a cada 7 dias se realizado

com filme transparente

- Após a passagem de cateter, fazer curativo com gaze nas primeiras 48 horas
- Após 48 h, pode ser utilizado gaze ou filme transparente

### **Material**

- Solução de clorexidina alcoólica a 0,5%
- Soro fisiológico 0,9%
- Gazes estéreis
- Luva de procedimento (1 par)
- Luva estéril (1 par) ou pacote de curativo
- Tesoura
- Cortador de soro
- Fita adesiva (microporosa, transparente) ou filme transparente semi permeável
- Bandeja, mesa auxiliar ou carrinho de curativo

### **Técnica**

- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
- Reunir todo o material necessário e levar junto ao paciente;
- Calçar luvas de procedimento e retirar curativo a ser substituído.
- Higienizar as mãos após a retirada das luvas.
- Abrir pacotes de gaze com técnica asséptica sobre a bandeja, mesa auxiliar ou carrinho de curativo
- Calçar a luva estéril na mão dominante ou utilizar pinças estéreis;
- Inspeccionar o sítio de inserção, verificando se presença de sinais flogísticos;
- Realizar palpação com gaze seca estéril para detectar pontos de flutuação e/ou secreção;
- Limpar a área de inserção do cateter com soro fisiológico 0,9%;
- Realizar anti-sepsia da pele, com clorexidina alcoólica a 0,5%, do óstio para a periferia em uma área de 5 cm de diâmetro;
- Esperar o anti-séptico secar por 30 segundos;
- Cortar as fitas adesivas com tesoura (previamente limpa com álcool a 70%)
- Realizar a fixação do dispositivo utilizando a cobertura adesiva estéril. Na ausência da cobertura estéril, proteger o sítio de inserção do cateter com gaze estéril e fitamicroporosa.
- Descartar as luvas e higienizar as mãos
- Colocar ordem no ambiente, descartando os materiais em recipientes apropriados
- Registrar no plano de enfermagem (evolução) o procedimento realizado e o aspecto do curativo.

- Colocar nome do executante, data e hora sobre o curativo.
- Posicionar o paciente confortavelmente no leito.
- Recompôr a Unidade e recolher o material.
- Higienizar as mãos.
- Registrar no plano de enfermagem (na evolução), o procedimento realizado.

### **Observações**

- Para cateter semi-implantável para hemodiálise (Permicath), enrolar a extensão do cateter com gaze e fixar com fita.
- O filme transparente pode ser utilizado em substituição a gaze, diretamente sobre a pele, tomando-se o cuidado de ajustar o adesivo ao cateter.

## **e) Manipulação de cateteres intravasculares**

---

### **Definição**

São procedimentos que asseguram o cuidado adequado durante manipulação de cateteres intravasculares

### **Material**

- Luva de procedimento ou pacote de pinças
- Soro fisiológico a 0,9%
- Solução de álcool a 70%
- Bandeja
- Fita cirúrgica microporosa, hipoalergênica ou filme transparente
- Bola de algodão

### **Técnica**

- Explicar o procedimento e sua finalidade para o paciente e/ou acompanhante.
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos.
- Dispor o material sobre a bandeja.
- Calçar luvas de procedimento.
- Realizar fricção vigorosa com álcool a 70% no “hub” e na conexão do cateter.
- Realizar o procedimento (por exemplo, administração de medicação ou coleta de sangue).
- Proteger a ponta do equipo com tampinha própria ou agulha.
- Após o procedimento, lavar o cateter com SF 0,9% ou água destilada.
- Reconectar o equipo ou colocar a tampinha.

- Retirar as luvas.
- Realizar desinfecção da bandeja com álcool a 70%.
- Higienizar as mãos.

## **f) Punção e curativo de cateter central totalmente implantável**

---

### **Definição**

São os cuidados a serem seguidos durante punção e realização de curativo de cateteres totalmente implantáveis.

### **Material**

- Luva estéril
- Luva de procedimento
- Ampola de soro fisiológico a 0,9%
- Ampola de solução de heparina 100 U (5 ml)
- Solução de clorexidina alcoólica a 0,5%
- Agulha de Hubber
- Máscara descartável
- 1 Seringa de 5 ml
- Seringas de 10 ml
- 2 agulhas 40x12
- Gaze estéril
- Anestésico tópico
- Fita cirúrgica microporosa, hipoalergênica ou filme transparente
- Bola de algodão
- Bandeja, mesa auxiliar ou carrinho de curativo

### **Técnica**

- Explicar o procedimento e sua finalidade para o paciente e/ou acompanhante.
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos.
- Aplicar anestésico tópico no local da câmara do cateter de 30 a 60 minutos antes do procedimento.
- Reunir todo o material e levar próximo ao paciente.
- Posicionar o paciente, expondo a área a ser puncionada.
- Imobilizar o paciente, se necessário.
- Colocar a máscara.
- Expor a região do cateter e retirar o anestésico tópico com bola de algodão.

- Realizar anti-sepsia da pele com solução de clorexidina alcoólica a 0,5%, em movimentos circulares; partindo do centro para a periferia em área ampliada.
- Abrir o campo estéril e colocar sobre ele o pacote de gaze, 1 seringa de 5ml, 2 seringas de 10 ml, 2 agulhas 40x12 e a agulha de Hubber, todos com técnica asséptica.
- Abrir as ampolas de soro fisiológico a 0,9% e a solução de heparina 100U.
- Umedecer a gaze com solução anti-séptica.
- Calçar luva estéril.
- Conectar agulha em seringa de 10 ml e aspirar a solução de soro fisiológico a 0,9% (sem contaminar a luva), repetir o procedimento com a outra seringa.
- Conectar agulha em seringa de 5 ml e aspirar solução de heparina (sem contaminar a luva); em caso de punção com o intuito de não utilização do cateter.
- Testar o dispositivo da agulha de Hubber e preenchê-lo com soro fisiológico a 0,9% e deixar a seringa de 10 ml conectada.
- Fixar o portal ou câmara com o dedo indicador e polegar da mão não dominante.
- Introduzir a agulha de Hubber no centro do portal até que toque o fundo da câmara interna (quando a agulha tocar o fundo haverá resistência na agulha).
- Aspirar conteúdo da câmara (sangue), certificando-se que a punção foi eficiente, desprezar o conteúdo.
- Conectar nova seringa de 10 ml com soro fisiológico a 0,9%, tracionando o êmbolo testando novamente o refluxo sanguíneo e injetando o soro fisiológico sob pressão. Pinçar a extensão da agulha de Hubber e desconectar a seringa
- Conectar o equipo com a solução prescrita.
- Posicionar a agulha de Hubber e a sua extensão, proporcionando facilidade em sua manipulação e conforto ao paciente.
- Cobrir a agulha de Hubber com gaze dobrada ao meio e novamente dobrada ao meio centralizando-a na parte superior ou utilizar a película transparente semi-permeável.
- Realizar cobertura da agulha de Hubber com gaze dobrada, no sentido circular ao redor da agulha com a pele e proceder à cobertura conforme técnica descrita acima.
- Retirar a máscara e luvas.
- Cortar as fitas adesivas com tesoura (previamente limpa com álcool a 70%) se preferir pode-se fazer uso do filme transparente para fixar a gaze.
- Colocar nome, data e hora sobre o curativo.
- Posicionar o paciente confortavelmente no leito.
- Recompor a Unidade e recolher o material.
- Higienizar as mãos
- Registrar no plano de enfermagem (na evolução), o procedimento realizado.



## **Observações**

- Realizar inspeção diária do curativo, verificando se presença de sinais flogísticos, sujidades, umidade ou desprendimento do mesmo.
- Evitar coleta de sangue pelo “port”.
- Punção e coleta de exames deve ser realizada pelo enfermeiro(a).
- Fazer desinfecção com álcool a 70% na conexão a cada manipulação do cateter.
- Trocar a agulha de Hubber a cada 7 dias.
- Heparinizar o cateter com solução de heparina na concentração de 100 UI/ml; o volume total da câmara varia de 3 a 5 ml. Esta concentração é válida para até 30 dias.
- Manter pinça do cateter fechada quando o mesmo estiver heparinizado.
- Realizar “flush”, com 10 ml de solução de soro fisiológico a 0,9%, antes e após o término de cada ciclo de medicação, antes e após infusão de hemoderivados e uma vez por dia em casos de infusão contínua.
- Proteger o curativo (a agulha de Hubber) com material impermeável antes do banho.
- Não submergir o curativo (a agulha de Hubber) e as conexões durante o banho
- A vida útil do cateter é de até 2.000 puncões.
- Critérios para troca do curativo:
  - O curativo convencional deve ser trocado a cada 48 horas ou se estiver solto, úmido ou sujo.
  - O curativo com filme transparente pode permanecer até 7 dias a não ser que esteja solto, úmido ou sujo.

## 4. Biópsias

### a) Biópsias guiadas por imagem

---

#### Definição

São os cuidados a serem seguidos na realização de biópsias prevenindo complicações infecciosas e/ou mecânicas.

#### Material

- Campo fenestrado (exceto para biópsias de próstata e mama)
- Avental cirúrgico estéril, exceto para PAF (punção com agulha fina)
- Máscara
- Gorro, óculos
- Luvas de procedimento estéril
- Gaze estéril
- Clorexidina degermante a 2%
- Clorexidina alcoólica a 0,5
- Gel de contato estéril ou xilocaína estéril
- Seringas de 3ml, 10ml e 20ml para anestésias e para procedimento
- Agulhas 40x12 e 30x7
- Agulha específica para procedimento
- Lâmina de bisturi nº 11
- Cabo de bisturi nº 7
- Solução para acondicionamento do fragmento – conforme orientação da anatomia patológica
- Frasco para acondicionamento do fragmento
- Lidocaína a 2% com e sem vasoconstritor
- Cúpula estéril
- Pinça estéril para antissepsia
- Fita microporosa ou para sutura da pele (estéreis)
- Equipamentos e acessórios específicos a cada procedimento
- Mesa auxiliar
- Campo estéril para dispor o material sobre a mesa
- Se necessário (específico para biópsia de tireóide)
- Lâmina fosca
- Frasco para cultura
- Corante
- Fixador
- Caneta própria para marcação da pele
- Kit para sutura

## **Técnica**

- Explicar o procedimento e sua finalidade para o paciente e/ou acompanhante.
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos.
- Posicionar o paciente conforme o tipo de biópsia.
- Auxiliar o médico na paramentação.
- Preparar a mesa com material necessário
- Realizar anti-sepsia da área a ser biopsiada com clorexidina degermante a 2%.
- Realizar anti-sepsia da área a ser biopsiada com clorexidina alcoólico a 0,5%.
- Recolher e acondicionar os fragmentos em frascos apropriados, previamente identificados.
- Auxiliar (circular) sala durante todo o procedimento.
- Realizar curativo ao término do procedimento.
- Orientar quanto à retirada do resultado do exame.
- Encaminhar o material colhido ao serviço de anatomia patológica e/ou microbiologia.

## **b) Locais para realização das biópsias (quando não realizadas no centro cirúrgico)**

---

<b>Biópsia</b>	<b>Enfermaria quarto</b>	<b>Sala de Procedimento de Enfermaria ou Ambulatório</b>	<b>UTI</b>	<b>Imagem/Hemodinâmica</b>	<b>Endoscopia</b>
Cavidade Oral	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Colo de útero	Não	Sim	Não	Sim	Não
Endoscopia digestiva alta	Não	Não	Sim	Não	Sim
Broncoscopia	Não	Não	Sim	Não	Sim
Colonoscopia	Não	Não	Não*	Não	Sim
Endomiocárdio	Não	Não	Não	Sim	Não
Fígado	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Gânglio	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Mama	Não	Não	Não	Sim	Não
Medula Óssea	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Mielograma	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Osso/Sinóvia	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Pele	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Músculo	Não	Sim	Sim	Sim	Não
Pleura	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Próstata	Não	Não	Não	Sim	Não
Pulmão – punção biópsia	Não	Não	Não*	Sim	Não
Rim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

\*realizar na UTI apenas se o risco de transporte for muito elevado

**c) Cuidados em biópsias realizadas fora do centro cirúrgico (exceto guiadas por imagem)**

Biópsia	Equipamento específico	Processamento com equipamentos	Paramentação do PAS	Paramentação do Paciente	Material para todos os procedimentos
Aparelho Digestivo (via endoscópica); Broncoscopia; Endomiocárdio; Músculo; Nervos; Osso/sinóvia; Pleura; Pulmão		Desinfecção de alto nível dos endoscópios	Máscara Gorro Óculos Luva Estéril	Campo ampliado estéril	Gaze estéril Clorexidina degermente a 2% Clorhexidina alcoólica a 0,5 % Seringas e agulhas descartáveis para anestésias e para o procedimento Lâmina de bisturi Cabo de bisturi Solução para acondicionamento do fragmento - conforme orientação da anatomia patológica Frasco para acondicionamento do fragmento Lidocaína a 2% com e sem vasoconstritor Cúpula estéril Pinça estéril para anti-sepsia Fita microporosa ou para a sutura da pele (estéreis) Equipamentos e acessórios específicos a cada procedimento
Rim	Pistola (disparador automático)	Limpeza com água e sabão seguido de fricção com			Mesa auxiliar Campo estéril para dispor o material sobre a mesa
Mielograma; Medula óssea		Esterilização em autoclave		Campo fenestrado estéril	Pinças e alças para biópsia endoscópica deverão ser estéreis
Pele	"Punch"		Máscara Óculos Luva estéril	Não necessária	Realizar anti-sepsia com PVPI tópico
Colo de útero					Realizar anti-sepsia com PVPI tópico
Reto					Realizar bochecho com clorexidina aquosa a 0,2% (durante 30 segundos)
Cavidade oral					

PAS: Profissional da área de saúde

## **Técnica**

- Explicar o procedimento e sua finalidade para o paciente e/ou acompanhante
- Reunir o material.
- Higienizar as mãos.
- Posicionar o paciente conforme o tipo de biópsia.
- Auxiliar o médico na paramentação.
- Preparar a mesa com o material necessário.
- Realizar anti-sepsia da área a ser biopsiada com clorexidina degermante a 2%, seguida de clorexidina alcoólica a 0,5%.
- Recolher e acondicionar os fragmentos em frascos apropriados, previamente identificados.
- Auxiliar (circular) sala durante todo o procedimento.
- Realizar curativo ao término do procedimento.
- Orientar o paciente quanto à retirada do resultado do exame.
- Encaminhar o material colhido ao serviço de anatomia patológica e/ou microbiologia.

## **d) Cuidados com equipamentos e acessórios utilizados em biópsias**

---

### **Definição**

São os procedimentos que asseguram processamento adequado dos materiais utilizados para realização de biópsias.

### **Biópsias guiadas por ultrassom**

#### **Indicação:**

- Órgãos e partes moles
- Exemplo: parede abdominal

#### **Cuidados durante o procedimento**

- Proteger o transdutor do ultra-som com protetor ou preservativo ou luva estéreis

### **Biópsias guiadas por tomografia**

#### **Indicação:**

- Ossos
- Órgãos e partes moles não visíveis por Ultra Som

#### **Cuidados durante o procedimento**

- Proteger o controle remoto do tomógrafo com protetor, preservativo ou luva estéreis

## Biópsias guiadas por radiografia simples

### Indicação:

- Mamas com microcalcificações

### Cuidados durante o procedimento

Proteger as placas do equipamento com filme plástico

### e) Processamento dos materiais utilizados em biópsias

MATERIAL	TRATAMENTO	TIPO	FREQUENCIA DE TROCA
Agulhas específicas para biópsia	Não se aplica	Descartável	A cada procedimento
Cabo de bisturi	Esterilização	Autoclave	A cada procedimento
Suporte para agulha de biópsia( "Carrapetas" )	Esterilização	Autoclave	A cada procedimento
Controle remoto do tomógrafo	Desinfecção	Álcool a 70%	A cada procedimento
Disparador automático ("Pistola")	Desinfecção	Limpeza com água e sabão seguida de fricção com álcool a 70%	A cada procedimento
Guia para biópsias	Esterilização	Óxido de etileno	A cada procedimento
Manete	Desinfecção	Fricção com álcool a 70%	A cada procedimento
Placa compressora para mamotomia	Desinfecção	Imersão no detergente enzimático por 5 min. Após, lavagem em água corrente, seguida de fricção com álcool 70%	A cada procedimento
Sonda do mamótomo	Não se aplica	Descartável	A cada procedimento
Controle do mamótomo	Desinfecção	Fricção com álcool a 70%	A cada procedimento
Aspirador do mamótomo	Não se aplica	Descartável	A cada procedimento
Transdutores (quando houver contato com pele íntegra)	Limpeza	Água e sabão	A cada procedimento
Transdutores (quando contato com pele não íntegra)	Desinfecção de alto nível – quando em contato com secreção	Imersão em glutaraldeído por 30min. Após, lavar em água corrente	A cada procedimento

## 5. Curativos

### Definição

É o procedimento de limpeza e cobertura de uma lesão, com o objetivo de auxiliar no tratamento da ferida ou prevenir a contaminação do local.

Material	Feridas cirúrgicas suturadas	Feridas com área cruenta	Retirada de pontos
Carrinho de curativo ou mesa auxiliar ou bandeja	✓	✓	✓
Pacote de curativo estéril com 3 pinças (1 pinça articulada e 2 pinças anatômicas)	✓	✓	✓
Luvas e campo estéreis, no caso de não usar o pacote de pinças	✓	✓	✓
Luvas de procedimentos não estéreis	✓	✓	✓
Bolsa de SF% ou ampola de SF 0,9%;	✓	✓	✓
Dispositivo estéril corta-soro (se necessário)	✓	✓	
Agulha estéril 30x10 ou 40x12	✓	✓	✓
Fita adesiva hipoalergênica microporosa	✓	✓	
Pacote de gazes esterilizadas	✓	✓	✓
Fita adesiva crepe (se necessário)	✓	✓	
Saco plástico branco leitoso (30 litros)	✓	✓	✓
Recipiente para materiais pérfuro-cortantes	✓	✓	✓
Produto adicional (coberturas) a ser utilizado (Conforme recomendação do Grupo de Curativo)	✓	✓	✓
Pacote de retirada de pontos (tesoura de Íris e pinça anatômica)			✓
EPI conforme padronização (máscara, luvas, óculos)	✓	✓	

EPI: Equipamento de Proteção Individual



## **a) Técnica com uso de pinças**

---

- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
- Reunir todo o material no carrinho de curativos ou na mesa auxiliar e levar junto ao leito do paciente;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com E.P.I. (máscara, óculos, gorro, luva) se houver risco de respingos de sangue e/ou secreções;
- Abrir pacote de curativo usando técnica asséptica;
- Colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo;
- Remover a cobertura primária com o auxílio de uma pinça, colocando-a no saco de lixo leitoso, acondicionado na lateral da bandeja auxiliar ou do carrinho de curativos;
- Depois de retirada da cobertura, despreze a pinça em recipientes indicados conforme padronização do seu Instituto;
- Introduzir a agulha na bolsa de soro na porção destinada para introduzir soluções;
- Montar a gaze na pinça articulada, com auxílio da pinça anatômica na parte interna do campo;
- Umedecer com SF 0,9% a gaze já montada na pinça, promovendo a limpeza do local a partir da incisão cirúrgica no sentido de dentro para fora. Em presença de exsudato purulento, a limpeza deve ser iniciada da área menos contaminada para a mais contaminada (de fora para dentro).
- Aplicar as coberturas sobre a ferida, conforme prescrição de enfermagem, com o auxílio das pinças;
- Retirar E.P.I. e desprezá-lo no lixo;
- Higienizar as mãos;
- Colocar nome do executante e data sobre o curativo;
- Posicionar o paciente confortavelmente no leito;
- Recompor a Unidade e recolher o material;
- Calçar as luvas de procedimento e encaminhar as pinças para a sala de utilidades e realizar o reprocessamento conforme rotina do seu Instituto;
- Desprezar os resíduos e, em seguida, as luvas de procedimento no lixo da sala de utilidades;
- Higienizar as mãos;
- Proceder à desinfecção do carrinho ou mesa auxiliar ou bandeja com álcool a 70%, após o término de cada curativo;
- Higienizar as mãos;
- Registrar na evolução ou anotação de enfermagem o procedimento realizado, o aspecto da ferida, a solução e coberturas usadas.

## **b) Técnica com uso de luva estéril**

---

- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
- Reunir todo o material no carrinho de curativos ou na mesa auxiliar e levar junto ao leito do paciente;
- Higienizar as mãos;
- Paramentar-se com EPI (avental, máscara, gorro e luvas) se houver risco de respingos de sangue e/ou secreções;
- Abrir o campo estéril com técnica asséptica sobre o carrinho de curativos ou mesa auxiliadora ou bandeja;
- Abrir pacotes de gazes com técnica asséptica e colocá-los no campo estéril;
- Abrir o invólucro da agulha (30x10 ou 40x12) com técnica asséptica e colocando-a no campo estéril;
- Abrir embalagem da cobertura (recomendado pelo Grupo de Curativo ou de acordo com a prescrição de enfermagem) com técnica asséptica, e colocar no campo estéril;
- Abrir invólucro do SF 0,9% com técnica asséptica e colocar no campo estéril;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar e desprezar a cobertura secundária e em seguida a luva de procedimento no saco de lixo leitoso, acondicionado na lateral da bandeja ou do carrinho de curativos;
- Abrir o pacote de luva estéril com técnica asséptica;
- Calçar as luvas estéreis primeiro na mão dominante e em seguida, com a ajuda desta mão, calçar o outro lado utilizando técnica asséptica;
- Introduzir a agulha na bolsa da solução fisiológica na porção destinada para colocar soluções;
- Remover a cobertura primária com o auxílio das luvas estéreis, e colocar no saco de lixo leitoso;
- Montar e umedecer a gaze com SF0,9% promovendo a limpeza do local, a partir da incisão cirúrgica no sentido de dentro para fora. Em presença de exsudato purulento a limpeza deverá ser iniciada da área menos contaminada para a mais contaminada (de fora para dentro).
- Aplicar as coberturas com o auxílio de luvas, conforme recomendação do Grupo de Curativo ou prescrição de enfermagem;
- Colocar nome do executante e data sobre o curativo;
- Retirar E.P.I;
- Desprezar os resíduos na sala de utilidades;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente confortavelmente no leito;
- Recompôr a Unidade e recolher o material;

- Higienizar as mãos;
- Registrar na evolução ou anotação de enfermagem o procedimento realizado, o aspecto da ferida, soluções e coberturas usadas.

### **c) Cuidados com feridas cruentas**

---

- Verificar prescrição médica quanto a analgesia e administrar antes do procedimento.
- Limpar o local com a gaze já montada e umedecida com solução fisiológica morna, iniciando pela borda da ferida - pele íntegra, e aplicando somente o jato da solução fisiológica na área cruenta. Evitar pressão exagerada sobre a bolsa da solução e evitar a limpeza mecânica agressiva na ferida. Garantir a umidade da ferida, evitando assim a perda do tecido de cicatrização, secando somente as bordas com gazes e trocando-as sempre que necessário.
- Promover limpeza mecânica, porém menos agressiva, em áreas de difícil acesso, como por exemplo: úlceras por pressão em região isquiática, trocantérica ou sacrococcigeana, evitando prejudicar o tecido de cicatrização.
- Após a limpeza da ferida, utilizar a cobertura recomendada pelo grupo de curativos.

### **d) Retirada de pontos**

---

#### **Definição**

Consiste nos cuidados durante o procedimento de retirada de fios, colocados para aproximar as bordas de uma lesão.

#### **Técnica**

- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento.
- Reunir todo o material no carrinho de curativos ou na mesa auxiliar e levar para junto do leito do paciente.
- Higienizar as mãos.
- Abrir pacote de curativo usando técnica asséptica.
- Colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo.
- Remover a cobertura primária, com o auxílio de uma pinça e/ou luvas de procedimento, colocando-a no saco de lixo.
- Depois da retirada da cobertura, despreze a pinça em recipiente indicado.
- Introduzir a agulha na bolsa de soro na porção destinada para introduzir soluções.

- Montar a gaze na pinça articulada, com auxílio da pinça anatômica na parte interna do campo;
- Umedecer a gaze com SF 0,9% promovendo a limpeza do local, a partir da incisão cirúrgica (área menos contaminada); se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora. Em presença de exsudato purulento; a limpeza deverá ser iniciada da área menos contaminada para a mais contaminada (de fora para dentro);
- Abrir o pacote de retirada de pontos com técnica asséptica;
- Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura de Íris, em um dos lados junto à pele;
- Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los no saco de lixo leitoso, acondicionado na lateral do carrinho de curativos ou bandeja auxiliar;
- Limpar a incisão com a gaze montada na pinça articulada, iniciando no sentido de dentro para fora;
- Desprezar as gazes já usadas no saco de lixo leitoso;
- Aplicar as coberturas com o auxílio de luvas, conforme recomendação do Grupo de Curativo ou prescrição de enfermagem;
- Colocar nome do executante e data sobre o curativo;
- Retirar E.P.I;
- Desprezar os resíduos na sala de utilidades;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente confortavelmente no leito;
- Recompôr a Unidade e recolher o material;
- Higienizar as mãos;
- Registrar na evolução ou anotação de enfermagem: o procedimento realizado, o aspecto da ferida, soluções e coberturas usadas.

### **Outras considerações**

- Proteger todos os curativos e sítio de inserções com plástico limpo e impermeável durante o banho;
- Evitar falar próximo à ferida e ao material estéril;
- Não tocar em nada além do instrumental sendo utilizado, quando estiver com a mão enluvada;
- Solicite sempre o auxílio de outra pessoa quando estiver com as mãos enluvadas;
- Utilizar E.P.I. (óculos de proteção, avental de manga longa, máscaras, luvas de procedimento) na realização de curativos com grande exsudação ou feridas infectadas:
- Não molhar a pinça e mantê-la distante do recipiente de resíduos;

- Os curativos devem ser realizados com o pacote de 3 pinças (utilizando uma para a remoção e duas para a realização do curativo), ou somente com luvas estéreis sem as pinças;
- Não utilizar soluções anti-sépticas nas feridas, somente solução fisiológica;
- A bolsa de solução fisiológica 0,9% deverá ser sempre de uso único;
- Quando a realização do curativo for com bandeja, esta deverá ser colocada sobre uma mesa auxiliar;
- Quando o curativo for realizado com a mesa auxiliar, o saco de resíduos deverá ser fixado na borda lateral;
- Não utilizar a mesa de refeições para apoiar outros objetos que não a bandeja de refeições;
- Não colocar material de higiene pessoal como: sabonete, dentífrico, pasta de dente, camisola e lençóis, sobre o carrinho de curativos.
- O carrinho de curativos destina-se somente para auxílio (apoio de materiais utilizados) durante a realização do procedimento. Portanto é vetado seu uso para qualquer outra finalidade.
- Proceder à desinfecção do carrinho ou mesa auxiliar ou bandeja, com álcool a 70% após o término de cada curativo.

## 6. Cuidados com derivação ventricular externa (DVE)

### Definição

Consiste nos procedimentos realizados que asseguram um adequado cuidado na inserção, manipulação e curativo das derivações.

### a) Cuidados durante a inserção

---

- Inserir ou exteriorizar a DVE sempre em sala cirúrgica com técnica asséptica.
- Realizar tricotomia total do couro cabeludo com tricotomizador elétrico (não usar lâmina).
- Realizar anti-sepsia do couro cabeludo com anti-séptico degermante (PVPI 10% ou clorexidina 2%) e após com anti-séptico alcoólico (PVPI 10% ou clorexidina 0,5% a 1%) antes da inserção do cateter. Se utilizar clorexidina, proteja os olhos e ouvidos.
- Realizar antibioticoprofilaxia com Cefuroxima 1,5g na indução anestésica, 750mg de 4/4 h no intra-operatório e 750mg de 8/8h no pós-operatório por 24h.
- Realizar trepanação frontal, com abertura dural ínfima.
- Puncionar com cateter ventricular esticado para evitar fístula de líquido pela dura-máter.
- Coletar amostra de líquido no momento da inserção do cateter, para quimiocitológico, cultura e exames diretos.
- Suturar o couro cabeludo e verificar se existe vazamento de líquido pela inserção.
- Tunelizar pelo menos 5 cm o cateter por contra-abertura lateral.
- Realizar curativo oclusivo.
- Solicitar tomografia de crânio para controle.

### b) Cuidados com o curativo

---

- Trocar o curativo diariamente e quando estiver sujo, solto ou úmido.
- Realizar curativo com técnica asséptica.
- Observar sinais e sintomas de infecção diariamente no local da inserção do cateter e anotar no prontuário.
- Observar e anotar a presença de vazamento de líquido pela inserção.
- Manter o curativo ocluído até a retirada do cateter.
- Anotar a data da troca de curativo no próprio curativo.
- Não molhar o curativo durante a higienização do couro cabeludo.

### **Material para curativo**

- 1 par de luvas de procedimento
- 1 par de luvas estéril
- 1 pacote de gaze estéril
- Clorexidina alcoólica 0,5%
- Fita adesiva hipoalergênica
- Faixa crepe
- 50ml SF 0,9%

### **Técnica**

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar.
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel.
- Utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos novamente.
- Calçar luvas estéreis.
- Proceder a limpeza com SF 0,9% para remoção de sujidade, do centro para a periferia do cateter.
- Realizar anti-sepsia com clorexidina alcoólica 0,5% na incisão, do centro para a periferia do cateter.
- Ocluir o curativo com gaze e fita adesiva.
- Realizar enfaixamento.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos.
- Anotar a data do procedimento no curativo.

### **c) Recomendações para coleta de líquido**

---

São os procedimentos que asseguram o cuidado adequado durante a coleta de líquido, garantindo segurança para o profissional de saúde.

### **Material**

- 1 par de luvas de procedimentos
- 1 pacote de gazes estéreis
- 1 seringa de 5ml
- 1 seringa de 20ml
- 01 agulha 30X7;
- Frascos secos estéreis.

### **Técnica**

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar.
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel.
- Calçar luvas de procedimento.
- Realizar fricção com álcool 70% na borracha do injetor lateral do cateter.
- Coletar líquido somente da borracha do injetor lateral.
- Aspirar de 2 a 3 ml de líquido com seringa estéril e desprezar.
- Aspirar novamente o líquido com uma nova seringa estéril.
- Colocar o líquido em frasco específico conforme recomendação do laboratório.
- Encaminhar imediatamente ao laboratório, para quimiocitológico, cultura e exames diretos.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos.
- Anotar no prontuário a quantidade retirada, coloração e aspecto do líquido.

### **d) Recomendações para esvaziar a bolsa coletora de líquido**

---

Esvaziar a bolsa coletora apenas quando estiver com  $\frac{3}{4}$  da sua capacidade preenchida.

### **Material**

- 01 par de luvas de procedimentos
- 01 par de luvas estéreis
- 01 cálice limpo e seco
- Álcool a 70%

### **Técnica**

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar.
  - Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel.
  - Calçar luvas de procedimento.
  - Clampear o sistema distal.
  - Utilizar um recipiente exclusivo para esvaziar a bolsa.
  - Realizar desinfecção no tubo (dispositivo) de drenagem do coletor com álcool a 70%.
  - Esvaziar a bolsa coletora, atentando para não encostar o tubo (dispositivo) de drenagem no recipiente.
- Após o procedimento realizar novamente desinfecção no tubo (dispositivo) de drenagem do coletor com álcool a 70%.
- Desclampear o sistema distal.
  - Desprezar o conteúdo drenado em local apropriado.



- Anotar o aspecto e o volume do líquido.
- Comunicar alterações.

### **Observação**

Quando a bolsa coletora não apresentar dispositivo de drenagem com abertura, realizar desinfecção da bolsa com álcool a 70% e puncioná-la com agulha e seringa estéreis.

## **e) Recomendações para remoção do cateter**

---

Remover o cateter sempre que for mais necessário, com técnica asséptica.

### **Material**

- 1 par de luvas de procedimentos
- 1 par de luvas estéreis
- 1 pacote de gazes estéreis
- Clorexidina alcoólica 0,5%
- Fita adesiva
- 50ml Soro Fisiológico 0,9%
- 1 lâmina de bisturi estéril ou tesoura estéril
- Pinça e porta-agulhas estéreis
- Fio de Nylon 3-0 para sutura

### **Técnica**

- Reunir o material necessário em badeja ou mesa auxiliar;
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel;
- Utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos novamente;
- Calçar luvas estéreis;
- Proceder a limpeza da incisão com SF 0,9% para remoção de sujidade, do centro para a periferia do cateter;
- Após a limpeza com SF 0,9%, realizar anti-sepsia com clorexidina alcoólica 0,5% na incisão, do centro para a periferia do cateter;
- Retirar os pontos com ajuda do bisturi ou da tesoura estéril;
- Suturar o couro cabeludo em "U" com fio de nylon 3-0 e retirar o cateter ventricular sem saída de LCR ou entrada de ar;
- Ocluir o curativo com gaze estéril e fita adesiva;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Manter curativo oclusivo por 24h;
- Registrar no prontuário;

## f) Recomendações para troca do cateter

---

Trocar o cateter sempre que houver deslocamento, bloqueio ou violação do sistema. Em caso de ventriculite ou infecção do sítio de inserção, trocar todo o sistema (cateter e conexões), utilizando novo sítio de inserção, no início do tratamento. A troca do sistema de drenagem deverá ser realizada em sala cirúrgica.

## g) Uso de antimicrobiano por via interventricular

---

Como regra geral não se indica utilizar antimicrobianos por via intraventricular. Em casos de exceção esta via pode ser utilizada.

### Procedimento

A dose intraventricular de antimicrobiano deve ser realizada como se segue:

- Diluir conforme tabela indicativa abaixo.
- Realizar fricção com álcool 70% na borracha do injetor lateral do cateter.
- Administrar a solução após a remoção de volume igual ou maior de líquido.
- Clampar o sistema de drenagem por uma hora após a administração da droga.

### Doses recomendadas de antimicrobianos administrados por via intraventricular

<b>Droga</b>	<b>Dose intraventricular diária - mg</b>
Vancomicina em crianças	5-10*
Vancomicina em adultos	10-20*
Gentamicina em crianças	1-2
Gentamicina em adultos	4-8
Amicacina	30
Polimixina B	5
Colistina	10

\* Monitorizar as doses com níveis líquidos em razão da imprevisibilidade de sua cinética nesta forma de administração

## Esquemas de diluição recomendados para administração intraven-tricular de antimicrobianos

<b>Droga</b>	<b>Dose</b>	<b>Diluição</b>
Colistina	10 mg	2 ml de salina
Vancomicina em criança	10 mg	1-2 ml de salina
Vancomicina em adulto	20 mg	2 ml de salina
Gentamicina	2 mg	1 ml de salina
Gentamicina	4 mg	2 ml de salina
Amicacina	20 mg	10 mg/ml

\* Recomendações especiais devido a situação epidemiológica do momento

### **h) Recomendações gerais**

- Ajustar o sistema de drenagem juntamente com a cabeça do paciente sempre que o paciente for manipulado no leito.
- Manter o posicionamento da câmara de gotejamento conforme prescrição médica, que pode variar de 10 a 15 cm do meato auditivo externo.
- Ajustar a altura do sistema em casos de hiperdrenagem.
- Não solicitar ajuda ao paciente para reposicioná-lo no leito, pois aumentará a pressão intracraniana (PIC).
- Evitar flexão do quadril, pois pode aumentar a PIC.
- Manter decúbito elevado a 30°.
- Manter “sistema fechado” de drenagem.
- Manipular o sistema de drenagem o mínimo possível.
- Não desconectar, dobrar ou tracionar o sistema durante a mudança de decúbito, banho e transporte do paciente, a fim de evitar mau funcionamento ou quebra do sistema.
- Notificar qualquer alteração, desconexão ou mau funcionamento do dreno para o médico responsável.
- Nunca realizar tentativa de desobstrução do sistema.
- Realizar tomografia de crânio em casos de mau funcionamento do sistema.

## 7. Cuidados com derivação lombar externa (DLE)

### Definição

Consiste nos procedimentos realizados que asseguram um adequado cuidado na inserção, manipulação e curativo das derivações.

### a) Recomendações durante a inserção

---

- Inserir ou exteriorizar a DLE com técnica asséptica;
- Utilizar barreira de precaução máxima, que inclui, campos estéreis ampliados, avental estéril de manga longa, máscara e óculos de proteção.
- Realizar anti-sepsia da coluna com anti-séptico degermante (PVPI 10% ou clorexidina 2%) e, após, com anti-séptico alcoólico (PVPI 10% ou clorexidina 0,5%), antes da inserção do cateter.
- Realizar antibioticoprofilaxia com Cefuroxima 1,5g na indução anestésica, 750mg de 4/4h no intra-operatório de e 750mg de 8/8h no pós-operatório por 24h.
- Coletar amostra de líquido no momento da inserção do cateter, para quimiocitológico, cultura e exames diretos.
- Tunelizar pelo menos 10 cm do cateter lateralmente.
- Realizar curativo oclusivo.

### b) Recomendações com curativo

---

- Trocar o curativo diariamente e quando estiver sujo, solto ou úmido.
- Realizar curativo com técnica asséptica.
- Observar diariamente sinais e sintomas de infecção no local da inserção do cateter e anotar no prontuário.
- Manter o curativo ocluído até a retirada do cateter.
- Anotar a data da troca de curativo no próprio curativo.
- Não molhar o curativo durante a higienização do paciente.

### Material para curativo

- 1 par de luvas de procedimento
- 1 pacote de gaze estéril
- Clorexidina alcoólica 0,5% ou PVPI alcoólico a 10%
- Fita adesiva hipoalergênica
- 1 Gorro
- 1 Máscara

### **Técnica**

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar.
- Vestir gorro e máscara.
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel.
- Utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos novamente.
- Realizar anti-sepsia com clorexidina alcoólica 0,5% na incisão, do centro para a periferia do cateter.
- Ocluir o curativo com gaze e fita adesiva.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos

### **c) Recomendações para a coleta de líquido**

---

A coleta de líquido pela DLE deve ser realizada somente se o paciente apresentar febre ou alteração do estado neurológico, sem outro foco aparente.

### **Material**

- 1 par de luvas de procedimentos
- 1 pacote de gazes estéreis
- Clorexidina alcoólico 0,5%
- 1 seringa de 5ml
- 1 seringa de 20ml
- 01 agulha 30X7;
- Frascos secos estéreis.

### **Técnica**

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar.
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel.
- Realizar fricção com álcool 70% na borracha do injetor lateral do cateter.
- Coletar líquido somente da borracha do injetor lateral.
- Aspirar de 2 a 3 ml de líquido com seringa estéril e desprezar.
- Aspirar novamente o líquido com uma nova seringa estéril.
- Colocar o líquido em frasco específico conforme recomendação do laboratório.
- Encaminhar imediatamente ao laboratório, para quimiocitológico, cultura e exames diretos.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos
- Anotar no prontuário.

## **d) Recomendações para esvaziar a bolsa coletora de líquido**

---

Esvaziar a bolsa coletora apenas quando estiver com  $\frac{3}{4}$  da sua capacidade preenchida.

### **Material**

- 01 par de luvas de procedimentos
- 01 pacote de gazes estéreis
- 01 cálice limpo e seco
- Álcool a 70%

### **Técnica**

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar.
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel.
- Utilizar luvas de procedimento.
- Clampear o sistema distal.
- Utilizar um recipiente exclusivo para esvaziar a bolsa.
- Realizar desinfecção no tubo (dispositivo) de drenagem do coletor com álcool a 70%.
- Não encostar o tubo (dispositivo) de drenagem no recipiente.
- Desclampear o sistema distal.
- Anotar o aspecto e o volume do líquido.
- Comunicar alterações.

### **Observação**

Quando a bolsa coletora não apresentar dispositivo de drenagem com abertura, puncionar a bolsa com seringa e agulha estéreis.

### **Recomendações gerais**

- Observar e anotar no prontuário nível de consciência.
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto aos cuidados.
- Manter decúbito zero ou 30° ou conforme orientação médica.
- Manter a DLE aberta na altura da coxa ou conforme orientação médica;
- Observar seu funcionamento e fixação.
- Orientar o paciente e a equipe que, sempre que o paciente levantar, deve-se fechar o equipo.
- Manipular o sistema de drenagem o mínimo possível.
- Não desconectar, dobrar ou tracionar o sistema durante a mudança de decúbito, banho e transporte do paciente, a fim de evitar mau funcionamento ou quebra do sistema.

- Notificar qualquer alteração, desconexão ou mau funcionamento do dreno para o médico responsável;
- Não desobstruir o sistema de drenagem com qualquer solução.

### **e) Recomendações para remoção ou troca do cateter**

---

- Remover o cateter sempre que:
  - Não for mais necessário;
  - Houver deslocamento ou bloqueio;
  - Houver violação do sistema;
- Trocar todo o sistema a cada 7 dias em casos de ventriculite;
- Trocar o sítio de inserção em casos de infecção do sítio do cateter.
- Remover a DLE com técnica asséptica:

#### **Técnica**

- Reunir o material necessário em bandeja ou mesa auxiliar.
- Higienizar as mãos com clorexidina degermante 2% ou álcool-gel.
- Utilizar luvas de procedimento para retirar o curativo.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos novamente.
- Calçar luvas estéreis.
- Realizar anti-sepsia com clorexidina alcoólica 0,5% na incisão, do centro para a periferia do cateter.
- Suturar o couro cabeludo em “U” com fio de nylon 3-0 e retirar o cateter sem saída de LCR ou entrada de ar.
- Ocluir o curativo com gaze e fita adesiva.
- Retirar as luvas e higienizar as mãos
- Manter curativo oclusivo por no mínimo, 24h em casos de remoção do cateter.

## 8. Medidas para Prevenção de Úlcera por Pressão

### Definição

A escala de Braden deve ser realizada diariamente para todos os pacientes.

### ESCALA DE BRADEN

Percepção sensorial	<p><b>1. Totalmente limitado:</b> não reage, não se segura a nada, não se esquivava do estímulo doloroso; nível de consciência diminuído.</p>	<p><b>2. Muito limitado:</b> só reage a estímulos dolorosos; não é capaz de comunicar desconforto, exceto pela agitação ou gemidos.</p>	<p><b>3. Levemente limitado:</b> responde a comando verbal, mas nem sempre consegue expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem dificuldade o que impede de sentir desconforto em extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> responde a comandos verbais; não tem déficit sensorial que limita capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.</p>
Umidade	<p><b>1. Completamente molhada:</b> a pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina ou outros fluidos.</p>	<p><b>2. Muito molhada:</b> a pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno</p>	<p><b>3. Ocasionalmente molhada:</b> a pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia.</p>	<p><b>4. Raramente molhada:</b> a pele está geralmente seca, a troca de roupa de cama é necessária somente na rotina.</p>
Atividade	<p><b>1. Acamado:</b> confinado à cama.</p>	<p><b>2. Confinado à cadeira:</b> capacidade de andar está severamente limitada ou nula; não é capaz de sustentar seu próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar.</p>	<p><b>3. Anda ocasionalmente:</b> anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.</p>	<p><b>4. Anda frequentemente:</b> anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do próprio quarto uma vez a cada 2 horas enquanto está acordado.</p>
Mobilidade	<p><b>1. Totalmente imóvel:</b> não faz nem pequenas mudanças na posição do corpo</p>	<p><b>2. Bastante limitado:</b> faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo.</p>	<p><b>3- Levemente limitado:</b> faz freqüente, embora pequenas mudanças na posição do corpo</p>	<p><b>4. Sem limitações:</b> faz importantes e freqüentes mudanças s/ auxílio.</p>
Nutrição	<p><b>1. Muito pobre:</b> nunca come uma refeição completa; raramente come 1/3 do oferecido; ou é mantido em jejum ou dieta líquida por mais de 5 dias.</p>	<p><b>2. Inadequada:</b> raramente come uma refeição completa e come 1/2 do oferecido.</p>	<p><b>3. Adequada:</b> come mais da metade das refeições; ocasionalmente recusa dieta.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> come mais de 3/4 das refeições; nunca recusa dieta.</p>
Fricção e cisalhamento	<p><b>1. Problema:</b> requer assistência moderada a máxima para se mover; impossível erguer ou movimentar sem atrito entre superfícies.</p>	<p><b>2. Problema em potencial:</b> move-se em vigor ou precisa de mínima assistência pouco atrito entre superfícies; ocasionalmente escorrega.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> move-se sozinho na cama ou na cadeira e tem força suficiente p/erguer-se sem atrito entre superfícies.</p>	

Classificação: • P > 16: baixo risco | • 11 < P < 16: moderado risco | • P < 11: alto risco



Após a classificação do risco de desenvolver úlcera por pressão, as seguintes medidas preventivas devem ser implementadas:

<b>Classificação de Risco</b>	<b>Medidas Preventivas a serem implementadas</b>
Para todos os riscos (Baixo, Moderado e Alto)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Incentivar saída do leito quando possível</li><li>• Manter pele limpa e hidratada</li><li>• Estimular ingestão hídrica oral e dieta</li><li>• Colocar colchão de espuma piramidal (caixa de ovos)</li></ul>
Risco Moderado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter fralda descartável</li><li>• Não usar lençóis como fralda</li><li>• Evitar excesso de lençóis entre o paciente e superfície de suporte</li><li>• Usar forro móvel se o paciente for restrito ao leito</li><li>• Auxiliar posicionamento c/ coxins</li><li>• Calcâneos: manter fora de contato com a superfície de contato com auxílio de travesseiros</li><li>• Proteger proeminências ósseas c/ filme transparente ou hidrocolóide extrafino</li><li>• Mudar de decúbito 4/4 horas (relógio)</li><li>• Aplicar creme hidratante na pele 4/4 horas</li></ul>
Risco Alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manter fralda descartável</li><li>• Não usar lençóis como fralda</li><li>• Evitar excesso de lençóis entre o paciente e superfície de suporte</li><li>• Usar forro móvel se o paciente for restrito ao leito</li><li>• Auxiliar posicionamento c/ coxins</li><li>• Calcâneos: manter fora de contato com a superfície de contato com auxílio de travesseiros</li><li>• Proteger proeminências ósseas c/ filme transparente ou hidrocolóide extrafino</li><li>• Mudar de decúbito 2/2 horas (relógio)</li><li>• Aplicar creme hidratante na pele 2/2 horas</li></ul>

## 9. Reprocessamento dos endoscópicos e acessórios

### Definição

São procedimentos aplicados para garantir o reprocessamento com qualidade e segurança para o funcionário e pacientes.

### Passos do reprocessamento

O endoscópio e o broncoscópio consistem nos dois maiores grupos de instrumentos flexíveis de fibra ótica, sensíveis ao calor. E por serem considerados artigos semi-críticos, sua limpeza necessita de desinfecção de alto nível ou esterilização

### a) Limpeza

---

#### Na sala de exame

- Realizar a limpeza com gaze na parte externa do aparelho até a parte distal, retirando toda a secreção.
- Aspirar água com solução detergente (enzimático ou neutro) através dos canais do endoscópio, eliminando as secreções internas do endoscópio.
- Enxaguar com água limpa para a retirada prévia dos resíduos internos.
- Encaminhar o endoscópio para a sala de reprocessamento em cuba com tampa.

OBS: O profissional que recebe o equipamento deve estar devidamente paramentado com uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPIs (Máscara cirúrgica, avental impermeável de manga longa, óculos de proteção, sapato de borracha e luva de cano longo)

#### Na sala de reprocessamento

- Realizar o teste de vedação ao final de cada procedimento ou se for detectado qualquer problema com o equipamento, antes de iniciar a limpeza mecânica por escovação.

#### Teste de Vedação

Adapte o testador de vedação ao aparelho e coloque o mesmo na água imergindo a extremidade distal do aparelho, observando a formação de bolhas. Caso o aparelho apresente algum vazamento ou escape de ar, não prossiga o processo de limpeza, pois a imersão em água ou solução desinfetante pode infiltrar no aparelho, danificando-o. Proteja-o ao colocar na maleta e encaminhe-o para

conserto autorizado, com aviso de que este não sofreu processo de desinfecção. Caso não apresente nenhum problema, seguir o processo de limpeza:

- Desmontar o endoscópio separando todas as partes removíveis.
- Preencher todos os canais (biópsia, sucção e elevador) com detergente neutro ou enzimático.
- Remover as válvulas, imergir em solução de detergente neutro ou enzimático.
- Lavar a superfície externa do aparelho, comando e tubo com esponja macia embebida em detergente ou enzimático.
- Friccionar os canais internos com escova própria de cerdas de nylon com tamanho apropriado até que nenhum fragmento seja visível na escova.
- Iniciar limpeza do sentido proximal: elevador, biópsia, sucção, terminando sempre na parte distal, eliminando toda a sujidade. Proceder a limpeza da escova ao sair na outra extremidade antes de tracioná-la de volta.
- Escovar as válvulas no seu interior e em todas as bordas com escova própria.
- Realizar o enxágüe do equipamento com pistola em jato de água tratada para garantir a retirada de todo o material orgânico.
- Secar os canais com pistola jato de ar em toda parte de lúmen.
- Secar a parte externa do endoscópio com compressa limpa.

## **b) Desinfecção**

---

A desinfecção deve ser feita sempre antes do primeiro exame do dia e após cada procedimento.

- Imergir o endoscópio (seco) na solução desinfetante até preencher os locais canulados ou ociosos.
- Deixar agir pelo tempo recomendado pelo fabricante. A maioria dos fabricantes recomenda:
  - Solução de glutaraldeído a 2%: 20-30 minutos
  - Solução de ácido peracético: 10 minutos
- Retirar o aparelho da solução desinfetante e enxaguar externamente com água filtrada em abundância.
- Realizar enxágüe dos canais com água filtrada, mínimo 5 vezes preferencialmente com auxílio de pistolas, para garantir a saída da de toda a solução química do interior do endoscópio.
- Secar o endoscópio internamente com ar comprimido e externamente com compressa limpa.
- Realizar rinsagem com álcool 70% nos canais, seguido de nova secagem dos lumens ao final do expediente de trabalho.
- OBS: O recipiente contendo a solução deve ser mantido com tampa.

As cubas realizadas para a limpeza dos equipamentos no final dos exames, devem ser lavadas com água e sabão para evitar proliferação de fungos e bactérias.

### **c) Acondicionamento**

---

- Manter os comandos mecânicos do endoscópio travados.
- Guardar o endoscópio verticalmente, em locais ventilados.
- Desconectar todas as partes removíveis do aparelho, antes de armazená-los, devendo ser readaptadas no momento da utilização.

OBS: A pinça de biópsia deve sofrer limpeza com auxílio de escovas, secagem, embalagem em papel grau cirúrgico, identificação e encaminhamento para a esterilização.

### **d) Troca e monitoramento da solução desinfetante**

---

O recipiente utilizado para desinfecção deve ser identificado (etiqueta) com:

- Nome do produto.
- Data do preparo da solução.
- Data da próxima troca de solução.
- Realizar a troca da solução desinfetante, conforme recomendação do fabricante ou protocolo da instituição.
- Monitorar diariamente a concentração da solução utilizada através de fita teste compatível com a solução utilizada.
- Lavar minuciosamente com água e sabão o recipiente após o descarte da solução.

### **e) EPIs para o reprocessamento dos aparelhos endoscópicos**

---

#### **Limpeza**

- Luvas de borracha de cano longo
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Avental manga longa impermeável
- Sapato impermeável

### **Preparo e desinfecção com solução de glutaraldeído 2%**

- Luvas de borracha de cano longo
- Máscara com carvão ativado PFF2 (N95)
- Óculos de proteção
- Avental de manga longa impermeável
- Sapato impermeável

### **Desinfecção com solução de ácido peracético**

- Protetor de corpo impermeável
- Luvas de procedimentos
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Avental de manga longa impermeável
- Sapato impermeável

OBS: Recomendamos o uso de protetor auricular durante a secagem do endoscópio e seus acessórios

## **f) Sala de desinfecção por solução de glutaraldeído**

---

A exposição ao glutaraldeído é irritante para os olhos, garganta e nariz, pode causar epistaxe, dermatite, asma e rinite. Para minimizar a ocorrência desses problemas, máquinas para lavar e desinfetar endoscópios podem ser utilizadas, pois reduzem o risco de exposição ocupacional ao produto. Entre as alternativas citamos:

- Sala de reprocessamento deve ser ventilada, com no mínimo 10 trocas de ar por hora.
- Uso de coifas de exaustão ou filtros absorventes para o vapor do glutaraldeído
- Bancadas com cubas
- Pontos de água fria, se possível com adaptação de pistolas de água e de ar comprimido
- Revestimento de paredes e piso com material de fácil higienização, ralo sifonado e sinalização gráfica para identificação do local e iluminação de acordo com a Norma Técnica ABNT nº. 5413 e outras que a substitua.

Transporte do aparelho para outras áreas

Se necessidade de realizar o procedimento fora da unidade de endoscopia, o aparelho deverá ser encaminhado em 2 cubas (para o endoscópio limpo e outra para o endoscópio após o exame) uso de transporte, protegido com tampa ou embalagem plástico limpo.

## **Outros cuidados**

- A corrosividade dos equipamentos depende diretamente da qualidade da liga de aço utilizada na sua fabricação
- Ao utilizar o ácido peracético, consultar a compatibilidade da solução com os materiais: pode corroer cobre, latão, bronze, ferro galvanizado e aço. Estes efeitos podem ser reduzidos com o uso de aditivos e modificações de pH, conforme orientação do fabricante.
- A sala de broncoscopia devem possuir sistema de ventilação com pressão negativa (com 6 a 12 trocas de ar/hora), devido ao risco dos profissionais que entrarem em contato com os pacientes portadores de tuberculose pulmonar, além do uso da máscara PFF2 (N95) como EPI.

OBS: A escolha do produto para desinfecção de endoscópios deve ser feita em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

## 10. Higiene e Limpeza Hospitalar

### Definição

A **Limpeza Técnica Hospitalar** consiste em procedimentos de higiene e limpeza com remoção de sujidade depositada nas superfícies inanimadas, conservando os ambientes limpos e higienizados, promovendo a desinfecção dessas superfícies, a fim de reduzir a população microbiana.

### a) Classificação das Áreas Hospitalares

---

A classificação de áreas em unidades de assistência à saúde foi baseada no risco de contaminação de superfícies preconizada pelo CDC - Centro de Controle de Doenças- EUA (1991).

**Áreas críticas – (CR):** são áreas que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas que realizam um grande número de procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de alto risco com sistema imunológico comprometido, ou ainda aquelas que por suas especificidades devem ter a presença de microorganismos patogênicos minimizados.

**Áreas semi-críticas – (SC):** são áreas onde o risco de transmissão de infecções é menor, embora existam pacientes, estes não requerem cuidados de alta complexidade ou isolamento.

**Áreas não-críticas – (NC):** são todas as áreas hospitalares onde não são desenvolvidas atividades de assistência ao paciente.

#### Áreas Administrativas – não críticas

**Áreas comuns – (AC):** são áreas de circulação comum dentro dos edifícios, desocupadas e/ou livres de mobiliários e equipamentos.

**Áreas de infra-estrutura – (IE):** são áreas exclusivas de manutenção predial ou de circulação restritas/controladas.

**Áreas externas – (AE):** são áreas das unidades hospitalares de circulação comum nas partes externas dos edifícios, desocupadas/desobstruídas.

### b) Tipos de Limpeza

---

**Limpeza concorrente:** é o procedimento de limpeza diária de todas as áreas hospitalares, objetivando a manutenção do asseio, abastecimento e reposição

dos materiais de consumo diário como sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha, etc., coleta de resíduos de acordo com a sua classificação, proporcionando ambiente limpo e organizado.

**Limpeza terminal:** é o procedimento de limpeza e/ou desinfecção de todas as áreas hospitalares, objetivando a redução da sujidade e conseqüentemente da população microbiana, reduzindo a possibilidade de contaminação ambiental. É realizado periodicamente de acordo com o risco das áreas: críticas, semi-críticas e não críticas e com **cronograma anual pré-estabelecido**.

### Cronograma de Limpeza Terminal

---

<b>Data</b>	<b>Dia da Semana Pré - Estabelecido</b>
Horário	Início das atividades de limpeza na área
Áreas Críticas	Semanal
Áreas Semi - Críticas	Quinzenal
Áreas Administrativas - Não críticas	Mensal
Salas cirúrgicas	Diariamente. No término das programações cirúrgicas
Salas de Procedimentos Invasivos	Diariamente. No término dos procedimentos



### c) Métodos de Limpeza de Superfícies

---

**Limpeza úmida:** consiste na utilização de água como elemento principal da remoção da sujidade, por meio de processo manual ou mecânico.

**Limpeza molhada:** consiste na utilização de água abundante como fator principal da remoção da sujidade, por meio de processo manual ou mecânico, destinada principalmente para os procedimentos de “lavação” como em banheiros, pisos e pátios.

**Limpeza seca:** consiste na retirada de sujidade, pó ou poeira, mediante utilização de vassouras (varredura seca) e/ou aspirador. A limpeza como o uso de vassoura é recomendável somente em áreas externas sendo proibido seu uso em áreas internas de atendimento à pacientes. Em áreas com pisos acarpetados e tapetes recomenda-se o uso de aspirador ou similar.

#### Padronização de Materiais e Indicação de Uso

<b>Materiais</b>	<b>Indicação de uso</b>
Cabeleira mop úmido Sistema duplo balde com espremedor	Limpeza dos quartos, corredores, sala administrativas. Exceção de uso no piso das copas e banheiros
Pano para limpeza do piso (branco fechado)	Limpeza do piso dos banheiros em geral
Pano para limpeza do piso (branco aberto)	Limpeza do piso das copas
Rodos	Limpeza nos pisos dos banheiros
Flanela na cor amarela	Limpeza do mobiliário do paciente e das salas cirúrgicas
Flanela na cor branca	Limpeza dos mobiliários em geral
Vassouras de piaçava	Higienização do piso dos banheiros e varrição de pátios.
Cabeleira de mop seco	Remover sujidades no piso dos quartos, enfermarias, corredores e áreas afins. Uso antes do mop úmido.

## Padronização das Cores de Luvas

Cor da Luva	Indicação de Uso
Amarela	Limpeza do teto, luminárias, vidros e parapeitos, parede, balcões, bancadas, pias, telefones, remoção de pó.
Verde	Coleta de resíduos, higienização dos pisos em geral e do vaso sanitário.
Descartável uso único	Limpeza dos mobiliários do paciente e da sala cirúrgica.

## d) Produtos de Limpeza

Os produtos para uso na limpeza hospitalar são padronizados no Complexo HC e são fornecidos pela prestadora de serviços de limpeza.

**Saneantes** é o termo utilizado para denominar todos os produtos usados na limpeza, desinfecção, desinfestação e conservação de ambientes, seguindo uma classificação própria. Os germicidas devem ser eficazes para remoção e destruição de microorganismos existentes na superfície e devem ser registrados na **ANVISA**.

## Padronização dos Produtos para Limpeza

Produtos	Apresentação	Finalidade	Indicação de uso	Diluição	Frequência
<b>Detergente Neutro</b>	Líquido	Auxilia na remoção da sujidade	Limpezas: Concorrente e Terminal	02 tampas para 20 l água	Limpeza Diária
<b>Cloro Inorgânico 1%</b>	Líquido	Desinfecção	Vasos sanitários em geral	Pronto uso	Sempre que necessário
<b>Álcool a 70%</b>	Líquido	Desinfecção	Limpeza de mobiliários em geral, telefones, balcões bancadas áreas críticas e semi críticas	Pronto uso com fricção por 3 s.	Sempre que necessário
<b>Detergente Floral desodorizante</b>	Líquido	Auxilia na limpeza do banheiro	Limpezas Concorrente e Terminal	01 tampa para 05l água	Limpeza Diária

## **e) Boas Práticas no Serviço de Higiene Hospitalar**

---

Os procedimentos de limpeza a serem executados deverão seguir as técnicas, normas estabelecidas pelas legislações vigentes referentes ao Controle de Infecção Hospitalar.

- Capacitar os profissionais da equipe de limpeza para uso das técnicas e equipamentos específicos destinados à limpeza de todas as áreas, com realização de programa de capacitação e desenvolvimento periódico;
- Cumprir o princípio de assepsia iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo, em movimentos únicos, do fundo para frente e de dentro para fora;
- Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive, quando realizados com a utilização de luvas;
- Identificar e ou sinalizar corredores e áreas de grande circulação, durante o processo de execução dos procedimentos de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;
- Utilizar o carro funcional completo e padronizado para realizar os procedimentos de limpeza;
- Realizar plano de atividades diárias;
- Não utilizar adornos como: anéis, pulseiras e outros durante a realização dos procedimentos;
- Usar luvas, panos e recipientes de cores diferenciadas padronizadas para cada procedimento;
- Usar técnica com dois recipientes (baldes), sendo um com água e solução detergente ou desinfetante, e outro com água para enxágüe;
- Trocar a solução a cada limpeza de sala, quarto, enfermaria ou ambiente.
- Não realizar varredura a seco nas superfícies;
- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para a realização da limpeza e manejo de resíduos óculos, luvas de borracha de cano longo, botas de borracha, avental impermeável ou não, máscara, gorro descartável;
- Utilizar os Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) para a realização da limpeza e manejo de resíduos como placas sinalizadoras, cones e fitas zebradas;
- Realizar a coleta interna I e II dos resíduos utilizando os EPIs, seguindo as normas estabelecidas;
- Ao término dos procedimentos de limpeza, lavar os utensílios e equipamentos utilizados na prestação de serviços com água corrente e detergente neutro (cabeleiras de mop, esfregões, panos, flanelas, escovas, recipientes, etc.), no depósito de material de limpeza;

- Realizar a coleta dos resíduos gerados nas áreas, conforme necessidade e frequência, quando o conteúdo atingir 80% do volume total do recipiente;
- Os resíduos devem ser transportados em carros de coleta exclusivos para cada tipo de resíduo, fechados providos de tampas laváveis, cantos arredondados, válvula de drenagem de pia para facilitar a higienização, identificados e sem emendas na sua estrutura;
- Os germicidas padronizados somente poderão ser utilizados após comprovação de documentos como: registro ou notificação na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (**ANVISA**) MINISTÉRIO DA SAÚDE e laudos específicos;
- Os freezers e geladeiras deverão ser limpos quinzenalmente nas áreas de assistência ao paciente e nos ambulatórios e mensalmente nas áreas administrativas e copas;
- Manter todos os pisos (granito, granilite, paviflex, etc.) com enceramento, como medida de tratamento dos mesmos, em consonância ao cronograma da área;
- Realizar o processo de higienização de todos os panos para limpeza de piso, flanelas e cabeleiras de mop, através desinfecção e secagem, por meio de equipamentos específicos (máquinas de lavar e secar) em condições de segurança para o uso;
- Proibir o manuseio de equipamentos elétricos com as mãos molhadas;
- Notificar acidentes imediatamente após a ocorrência;
- Não correr nas dependências hospitalares;
- Utilizar cintos de segurança para limpeza de janelas e vidros;
- Utilizar escadas de alumínio com degraus revestidos de borracha antiderrapante, que permitam o apoio dos pés com segurança;
- Não carregar objetos pesados sem tomar as medidas de segurança ergonômicas;
- Proteger as tomadas elétricas de paredes que serão molhadas;
- Não misturar produtos de limpeza.

## f) Limpeza de superfícies e mobiliários

### Limpeza das Superfícies Verticais e Horizontais - Limpeza do Piso em geral (Quartos, enfermarias, corredores e áreas afins)

Produtos	Materiais
<ul style="list-style-type: none"><li>• Água</li><li>• Detergente neutro</li><li>• Cera</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 01 carro funcional organizado conforme padronização</li><li>• 01 conjunto de balde com espremedor (duas cores)</li><li>• 01 recipiente vermelho com água e detergente neutro</li><li>• 01 balde azul com água limpa para enxágüe</li><li>• 01 cabeleira de mop pó</li><li>• 01 cabeleira de mop úmido.</li></ul>

OBS:

- Realizar primeiro a limpeza com a cabeleira de mop pó e depois com cabeleira de mop úmido.
- No uso do sistema duplo balde não é necessário o uso de luvas para realizar o procedimento de limpeza do piso.

### Limpeza dos Mobiliários dos Quartos e Enfermarias

Mobiliários	Cores de Luvas
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cama</li><li>• Colchão</li><li>• Travesseiro</li><li>• Sofanete</li><li>• Suporte de soro</li><li>• Escada do paciente</li><li>• Mesa de refeição</li><li>• Criado mudo</li></ul>	<b>LUVAS DESCARTÁVEIS:</b> Uso único na limpeza diária e na saída do paciente por alta, óbito ou transferência.
Produtos	Materiais
<ul style="list-style-type: none"><li>• Água</li><li>• Detergente neutro</li><li>• Álcool 70%</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 02 baldes na cor branca</li><li>• 06 flanelas na cor amarela</li></ul>

## Limpeza das Superfícies Verticais e Horizontais dos Pacientes em Isolamentos Limpeza do Piso do Quarto e do Banheiro.

<b>Produtos</b>	<b>Materiais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Água</li> <li>• Detergente neutro</li> <li>• Hipoclorito 1% (vaso sanitário)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 recipiente na cor vermelho (água e detergente neutro)</li> <li>• 01 recipiente na cor azul com água limpa para enxágüe</li> <li>• 01 rodo</li> <li>• 01 vassoura</li> <li>• 02 panos para limpeza do piso fechado</li> <li>• 02 panos para limpeza da parte alta (teto, saída de ar condicionado, exaustores, parede, luminárias, vidros)</li> <li>• 03 flanelas na cor amarela</li> <li>• 03 flanelas na cor branca</li> </ul>

OBS:

- Material de limpeza exclusivo para os quartos de pacientes em isolamento.
- Após alta do paciente do isolamento realizar limpeza terminal no quarto com materiais limpos.

## Limpeza de Geladeira e Frigobar das unidades de Internação e Ambulatórios

<b>Frequência de Limpeza</b>	<b>Cores de Luvas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quinzenal nas unidades de internação e ambulatórios</li> <li>• Mensal nas copas em geral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luva descartável - Uso Único</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frigobar quartos dos pacientes. Após a saída do paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luva descartável - Uso Único</li> </ul>
<b>Produtos</b>	<b>Materiais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Água</li> <li>• Detergente neutro</li> <li>• Álcool 70%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 recipiente na cor branca</li> <li>• 03 flanelas na cor branca</li> </ul>

## 11. Locais para realização de procedimentos para o complexo HC-FMUSP

### Definição

Lista de locais adequados para a realização de procedimentos no Complexo HC-FMUSP

Procedimento	Tipo de anestesia	Local de Realização	
		Leito de Enfermaria/UTI	Sala de procedimento de enfermaria ou ambulatório
Colocação de enxerto de pele autógena ou pele homogênea	Não se aplica	Sim, utilizar paramentação completa*	Sim, utilizar paramentação completa*
Desbridamento sem envolvimento de área sadia	Local	Sim, utilizar paramentação completa*	Sim, utilizar paramentação completa*
Desbridamento com extensão do procedimento para área sadia	Local	Não	Não
Desbridamento	Geral/Regional	Não	Não
Dissecção de veia eletiva	Independente do tipo de anestesia	Não	Não
Drenagem de abscesso de pele e partes moles	Local, sem envolvimento de área sã	Sim, utilizar paramentação completa*	Sim, utilizar paramentação completa*
	Geral/Regional	Não	Não
Drenagem de abscesso perianal/perineal	Local	Não	Sim
	Geral/Regional	Não	Não
Drenagem de tórax	Local	Sim, utilizar paramentação completa*	Sim, utilizar paramentação completa*
Escarotomia	Local	Sim, utilizar paramentação completa*	Sim, utilizar paramentação completa*
Fasciotomia	Local	Não	Não
Retirada de enxerto ou retalho (criação de área doadora)	Independente do tipo de anestesia	Não	Não
Retirada de pontos	Local	Sim	Sim
Sutura de Ferimento Corto-Contusos	Local	Sim, utilizar paramentação completa*	Sim, utilizar paramentação completa*
	Geral/Regional	Não	Não
Traqueostomia aberta	Independente do tipo de anestesia	Não	Não
Traqueostomia percutânea	Local	Sim, utilizar paramentação completa*	Sim, utilizar paramentação completa*

\*paramentação completa:o médico deve utilizar gorro, máscara, avental de manga longa estéril e luva estéril. O tamanho e a quantidade de campos devem ser de acordo com o tamanho da lesão/ procedimento e dos materiais necessários para a realização do procedimento.

Para os procedimentos não contemplados nesta tabela ou em caso de dúvidas, consultar a CCIH/SCIH por Para os procedimentos não contemplados nesta tabela ou em caso de dúvidas, consultar o GCIH ou SCIH.