

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAJAÍ
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SERVIÇO DE ENFERMAGEM
MANUAL DE PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

MÓDULO 2 - PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM

SUMÁRIO

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS SONDAGENS

[POP 1.1 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA/ NASOENTERAL ADULTO](#)

[POP 1.2 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA ADULTO](#)

[POP 1.3 - SONDAGEM NASOENTERAL PEDIÁTRICO](#)

[FLUXOGRAMA - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CONFIRMAÇÃO DE POSIÇÃO DE Sonda NASOENTERAL NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO \(UPA\)](#)

[POP 1.4 - SONDAGEM VESICAL DE DEMORA](#)

[POP 1.5 - ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMITENTE – TÉCNICA LIMPA](#)

[POP 1.6 - SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO REALIZADA POR ENFERMEIRO](#)

[POP 1.7 - TROCA DA Sonda DE CISTOSTOMIA](#)

1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS SONDAGENS

POP 1.1 - SONDAGEM NASOENTERAL ADULTO

Elaboração: Elenice Fratini (2015)

Revisão: 03 (2023)

Revisão/ Colaboração: Thiago Correa; Elenice Fratini; Caroline Porcelis Vargas; Odisseia Fatima Perao; Jaci Simão Boing; Karen Ko Freitag Costa Rigon

Objetivo: Prestar assistência de enfermagem qualificada e padronizada na realização da sondagem nasoenteral na instituição, que consiste na introdução de uma sonda nasoenteral pelo orifício oro/nasal até o estômago migrando posteriormente até o jejuno com o intuito de administração de dieta e medicações.

Aplicação: Unidades básicas de saúde (UBS), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e especialidades.

Execução: Privativa do Enfermeiro.

Materiais:

- Sonda nasoenteral de calibre disponível (8 ou 12 F com fio guia);
- Equipamentos de proteção individual (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro);
- Xylocaína geléia;
- Toalha ou lenço de papel;
- Cuba rim;
- Espardrapo hipoalergênico para marcação e fixação;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Compressa Gaze;
- Tesoura.

Descrição da técnica:

- Lavar as mãos (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: <https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257>);
- Organizar os materiais necessários para o procedimento e selecionar o calibre da sonda de acordo com o tipo de alimentação / medicação a ser administrada;
OBS: Sondas de menor calibre podem obstruir facilmente, porém sondas mais calibrosas podem provocar aumento do volume residual gástrico, refluxo e outros eventos adversos.
- Explicar ao paciente e a família sobre o procedimento a ser realizado;
- Garantir a privacidade do paciente;
- Calçar as luvas e demais EPIs;
- Verificar o uso de próteses dentárias móveis pelo(a) paciente, solicitando que as retire. Se não puderem ser removidas pelo(a) paciente use os equipamentos de proteção individual e retire-as;
- Colocar o paciente em posição sentada (90°) ou em posição de Fowler (45°-60°), se possível com a cabeça ligeiramente inclinada para frente;
- Colocar cuba rim e toalhas de papel ao alcance do paciente;
- Avaliar as narinas verificando obstrução nasal, desvio de septo acentuado, presença de secreção ou algum fator que contraindique ou dificulte a passagem da sonda. Em caso de secreções realizar limpeza prévia das narinas;
- Verificar a qualidade da sonda, manipulando-a para descartar resistência do fio guia dentro da sonda (testar a retirada do fio guia), checando rupturas e perviedade;
- Explicar e solicitar que o paciente ajude no procedimento, se possível, realizando movimentos de deglutição, facilitando o processo de progressão da sonda;
- Medir a extensão da sonda a ser introduzida, colocando sua extremidade distal da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, e do lóbulo da orelha até o processo xifóide e acrescentar a distância do processo xifóide até o ponto médio da cicatriz umbilical.
- Marcar com esparadrapo ou fita microporosa
- Lubrificar a ponta da sonda com lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%);
- Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos unidirecionais;
- Introduzir a sonda até a marcação realizada;
- Inspeccionar a boca para verificar a presença da sonda na cavidade oral, se verificar a presença, remover a sonda e iniciar o procedimento novamente;
- Verificar se a sonda não está posicionada em região pulmonar/traqueal, observando se há saída de ar pela sonda, ou sinais de cianose, dispnéia e tosse pelo paciente;
OBS: É contra indicado realizar teste de introdução da sonda em copo d'água, a fim de observar o borbulhamento. O chamado "teste do copo" não é recomendado, pois tem demonstrado fragilidade nos

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

resultados, muitas vezes apresentando-se como falso positivo e, deste modo, também tem sido classificado como método não fidedigno para verificar o posicionamento da SNG. (COREN/SP, 2009).

- Verificar o posicionamento da sonda no estômago, aspirando-a para observar retorno de conteúdo gástrico e injetando ar com a seringa 20 ml auscultar a presença de ruídos hidroaéreos com o estetoscópio sobre a região epigástrica;
- Após passagem da sonda e testes, remover o fio guia e guardá-lo;
OBS: É contra indicado recolocar o fio guia pela sonda, quando a mesma estiver introduzida no paciente, devido risco de perfuração da sonda e, conseqüentemente, da mucosa esofágica, intestinal ou gástrica/duodenal;
- Fixar a sonda no nariz ou zigomático do paciente utilizando esparadrapo e datar;
- Encaminhar o paciente ao Raio-X para a confirmação da adequada localização da sonda após 4 a 6 horas da passagem, quando passagem de sonda na UBS atentar para o **FLUXO ENCAMINHAMENTO PARA UPA PARA REALIZAÇÃO DO RAIOS X**;
OBS: Após este período a sonda deve ser localizada na região duodenal, preferencialmente pós pilórica. Se ainda estiver pré pilórica, é importante que a sonda esteja adequadamente posicionada (apontada) para a região duodenal, para que a mesma possa progredir para a porção duodenal (pós pilórica).
- Retirar as luvas e demais EPIs;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário eletrônico o procedimento realizado, calibre e localização da sonda, sinais de resíduos e intercorrências.

Cuidados:

- Atentar e prevenir o tracionamento da sonda. Exemplo: durante o sono, banho, mudança de decúbito ou pelo próprio paciente.
- Manter a fixação sempre limpa e seca, fazendo a troca sempre após o banho, descolamento ou sempre que necessário, atentando para a integridade da pele.
- Se necessário restringir as mãos do paciente com auxílio de luvas sem dedos, para impedi-lo de retirar a sonda como em casos de demências, agitação motora, quadros de confusão mental, entre outros.
- Ao administrar dieta, infusões de líquidos e medicamentos sempre posicionar o paciente sentado ou manter cabeceira elevada no mínimo 30 graus, pelo menos até 30 a 45 minutos após as infusões (diminuindo riscos de aspirações de dieta e refluxos gástricos).
- Lavar a sonda com 20 ml de água filtrada antes e após administração da dieta ou medicações utilizando seringa de 20 ml e turbilhonamento.
- Não deitar o paciente logo após ingesta alimentar e hídrica.
- Havendo obstruções, pode-se realizar manobras para desobstrução, infiltrando água morna (ideal com seringa de 50 ml).
- *Observar obstrução, vazamentos, quebras dos conectores das extremidades proximais.*

FLUXO ENCAMINHAMENTO PARA UPA PARA REALIZAÇÃO DO RAIOS X:

Enfermeiro da UBS:

- Passar a sonda nasoenteral na UBS ou no domicílio;
- Realizar o encaminhamento via Ficha de Encaminhamento;
- Aguardar o período de 4 a 6 horas para realização do Raio X;
- Verificar a possibilidade do transporte do Município ou transporte da família, caso o transporte do Município não esteja disponível.
- FLUXOGRAMA 05 - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CONFIRMAÇÃO DE POSIÇÃO DE SONDA NASOENTERAL NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA).

Na UPA:

- O usuário passa pela recepção e é encaminhado para o procedimento;
- O médico solicita o Raio X e verifica a localização da sonda;
- Se a sonda estiver no local indicado o usuário é liberado para casa;
- Caso a sonda não esteja no local indicado, o enfermeiro da UPA reposiciona e aguarda novamente o intervalo de 2 horas para reavaliação.

*Não encaminhar paciente para sondagem na UPA, pois é atribuição também do enfermeiro da APS (Atenção Primária à Saúde.. Vide Resolução COFEN.

**Situações que caracterizam exceções: contatar com o enfermeiro da UPA para discussão do caso e avaliação conjunta.

Quanto a dieta enteral:

A Unidade de Saúde pode confirmar o fluxograma através do e-mail: <nutricaopedido.sms@itajai.sc.gov.br>.

Tempo para troca da sonda nasoenteral:

É recomendado seguir a orientação do fabricante quanto a troca da sonda nasoenteral, avaliando o estado de integridade e obstrução. O tempo estimado para troca da sonda é **30 dias**. Todavia é importante discutir com o médico assistente quanto ao prognóstico do paciente, e a possível substituição para gastrostomia.

Fluxo de Gastrostomia

- Paciente com encaminhamento médico para gastrostomia
- Unidade agenda consulta com o Gastro na Univali
- Médico Gastro da Univali solicitará procedimento via BPA-I - Vide Modelo [BPAI.pdf](#)
- Paciente deve trazer encaminhamento na Diretoria de Regulação da SMS que fará o agendamento no Hospital Marieta.

Referências:

CERVO, Anamarta Sbeghen et al. Adverse events related to the use of enteral nutritional therapy. Revista Gaúcha de Enfermagem, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 53-59, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.42396>. Disponível em:

<http://www.scielo.br/j/jrgenf/a/m7hJQDr3vBhFvJncPYvZbfb/?lang=en>. Acesso em: 11 maio 2021.

COHEN, Leon D. et al. Spontaneous Transpyloric Migration of a Ballooned Nasojejun Tube: a randomized controlled trial. **Journal Of Parenteral And Enteral Nutrition**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 240-243, jul. 2000. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1177/0148607100024004240>. Disponível em:

<https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1177/0148607100024004240>. Acesso em: 12 maio 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. Parecer técnico Coren-DF 09/2011. Brasília. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-092011/> Acesso em: 11 de maio de 2021.

LORD, Linda M. et al. Comparison of Weighted vs Unweighted Enteral Feeding Tubes for Efficacy of Transpyloric Intubation. **Journal Of Parenteral And Enteral Nutrition**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 271-273, maio 1993. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1177/0148607193017003271>. Disponível em: Comparison of Weighted vs Unweighted Enteral Feeding Tubes for Efficacy of Transpyloric Intubation. Acesso em: 12 maio 2021.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner e Sthurdart. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SPAIN, David A. et al. Transpyloric Passage of Feeding Tubes in Patients with Head Injuries Does Not Decrease Complications. **The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care**. v.39, n. 6, p. 1100-1102, Dezembro 1995. Disponível em: https://journals.lww.com/jtrauma/Abstract/1995/12000/Transpyloric_Passage_of_Feeding_Tubes_in_Patients.15.aspx. Acesso em: 12 maio 2021.

SPOLIDORO, José Vicente Noronha. **Quais são os critérios para indicar o tipo de sonda e seu posicionamento para alimentação enteral em pediatria? Quais os cuidados e complicações associadas à nutrição por sondas digestivas?** Departamento Científico de Suporte Nutricional da SBP. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/PergEspec-NutricaoEnteral.pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

MÓDULO 2 - POP PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS - Agosto 2023 Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba PR. <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/93%20-%20MODULO%20%20-%20POP%20PROCEDIMENTOS%20ASSISTENCIAIS%20-%20Agosto%202023.pdf>.

POP.DE.045 - Passagem de Sonda Nasoenteral no Paciente Adulto. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/acesso-a-informacao/pops-proto>

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

colos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/anexo-129-pop-de-045-passagem-de-sonda-nasoenteral-no-paciente-adulto.pdf/view.

COREN/ SP. Utilização do “teste do copo” para confirmar posicionamento de sonda nasogástrica. Acesso em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2009_18.pdf.

Parecer Cofen:

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014 - Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 619/2019 - Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html.

Troca de sondas de gastrostomia e jejunostomia. <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/12/parecer-ctas-06-2013-troca-de-gastro-e-jejunosomia.pdf>.

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

POP 1.2 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA ADULTO	
Elaboração: Greyce de Souza Lobo Mayer (2023)	Revisão: 00 (2023)
Revisão/ Colaboração: Thiago Correa; Elenice Fratini; Caroline Porcelis Vargas; Odisseia Fatima Perao; Jaci Simão Boing; Karen Ko Freitag Costa Rigon.	
Objetivo: A sondagem nasogástrica é a passagem de uma sonda através das fossas nasais até o estômago. A administração de dieta em SNG em adulto não é recomendado, sua principal recomendação é ser introduzida para remover secreções do estômago, remover doses excessivas de medicamentos ingeridos ou venenos, para esvaziamento gástrico antes de cirurgias e para administração de medicações.	
Aplicação: Unidades básicas de saúde (UBS), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e especialidades.	
Execução: Privativa do Enfermeiro.	
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> • Sonda nasogástrica • Recipiente para casos de drenagem gástrica (látex e bolsa coletora); • Equipamentos de proteção individual (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro); • Xylocaína geléia; • Toalha ou lenço de papel; • Cuba rim; • Esparadrapo hipoalergênico para marcação e fixação; • Seringa de 20 ml; • Estetoscópio; • Compressa Gaze; • Tesoura. 	
Descrição da técnica: <ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257) • Organizar os materiais necessários para o procedimento e selecionar o calibre da sonda de acordo com o tipo de alimentação / medicação a ser administrada; OBS: Sondas de menor calibre podem obstruir facilmente, porém sondas mais calibrosas podem provocar aumento do volume residual gástrico, refluxo e outros eventos adversos. • Explicar ao paciente e a família sobre o procedimento a ser realizado; • Garantir a privacidade do paciente; • Calçar as luvas e demais EPIs; • Verificar o uso de próteses dentárias móveis pelo(a) paciente, solicitando que as retire. Se não puderem ser removidas pelo(a) paciente use os equipamentos de proteção individual e retire-as; • Colocar o paciente em posição sentada (90°) ou em posição de Fowler (45°-60°), se possível com a cabeça ligeiramente inclinada para frente; • Colocar cuba rim e toalhas de papel ao alcance do paciente; • Avaliar as narinas verificando obstrução nasal, desvio de septo acentuado, presença de secreção ou algum fator que contraindique ou dificulte a passagem da sonda. Em caso de secreções realizar limpeza prévia das narinas; • Explicar e solicitar que o paciente ajude no procedimento, se possível, realizando movimentos de deglutição, facilitando o processo de progressão da sonda; • Medir a extensão da sonda a ser introduzida, colocando sua extremidade distal da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, e do lóbulo da orelha até o processo xifóide • Demarcar com esparadrapo ou fita microporosa; • Lubrificar a ponta da sonda com lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%); • Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos unidirecionais; • Introduzir a sonda até a marcação realizada; • Inspeccionar a boca para verificar a presença da sonda na cavidade oral, se verificar a presença, remover a sonda e iniciar o procedimento novamente; • Verificar se a sonda não está posicionada em região pulmonar/traqueal, observando se há saída de ar pela sonda, ou sinais de cianose, dispnéia e tosse pelo paciente; OBS: É contra indicado realizar teste de introdução da sonda em copo d'água, a fim de observar o borbulhamento. O chamado "teste do copo" não é recomendado, pois tem demonstrado fragilidade nos resultados, muitas vezes apresentando-se como falso positivo e, deste modo, também tem sido classificado como método não fidedigno para verificar o posicionamento da SNG. (COREN/SP, 2009). 	

Enfermeira RT: Greyce de Souza Lobo Mayer Thiago Correa	Vigência: 2023-2024
--	-------------------------------

- Verificar o posicionamento da sonda no estômago, aspirando-a para observar retorno de conteúdo gástrico e injetando ar com a seringa 20 ml auscultar a presença de ruídos hidroaéreos com o estetoscópio sobre a região epigástrica;
- Fixar a sonda no nariz ou zigomático do paciente utilizando esparadrapo e datar;
- Retirar as luvas e demais EPIs;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário eletrônico o procedimento realizado, calibre e localização da sonda, sinais de resíduos e intercorrências.

Cuidados:

- Atentar e prevenir o tracionamento da sonda. Exemplo: durante o sono, banho, mudança de decúbito ou pelo próprio paciente.
- Manter a fixação sempre limpa e seca, descolamento ou sempre que necessário, atentando para a integridade da pele.
- Se necessário restringir as mãos do paciente com auxílio de luvas sem dedos, para impedi-lo de retirar a sonda como em casos de demências, agitação motora, quadros de confusão mental, entre outros.
- Havendo obstruções, pode-se realizar manobras para desobstrução, infiltrando água morna (ideal com seringa de 50 ml).
- *Observar* obstrução, vazamentos, quebras dos conectores das extremidades proximais.

Quanto a dieta:

A administração de dieta em SNG não é recomendada, é importante discutir com o médico assistente quanto ao prognóstico do paciente, e a possível substituição para nasoenteral/ gastrostomia.

Referências:

CERVO, Anamarta Sbeghen *et al.* Adverse events related to the use of enteral nutritional therapy. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 53-59, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.42396>. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/m7hJQDr3vBhFvJncPYvZbfb/?lang=en>. Acesso em: 11 maio 2021.

COHEN, Leon D. *et al.* Spontaneous Transpyloric Migration of a Ballooned Nasojejunal Tube: a randomized controlled trial. **Journal of Parenteral And Enteral Nutrition**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 240-243, jul. 2000. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1177/0148607100024004240>. Disponível em: <https://aspenjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1177/0148607100024004240>. Acesso em: 12 maio 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. Parecer técnico Coren-DF 09/2011. Brasília. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-092011/>. Acesso em: 11 de maio de 2021.

LORD, Linda M. *et al.* Comparison of Weighted vs Unweighted Enteral Feeding Tubes for Efficacy of Transpyloric Intubation. **Journal Of Parenteral And Enteral Nutrition**, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 271-273, maio 1993. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1177/0148607193017003271>. Disponível em: Comparison of Weighted vs Unweighted Enteral Feeding Tubes for Efficacy of Transpyloric Intubation. Acesso em: 12 maio 2021.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner e Sthurdart. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SPAIN, David A. *et al.* Transpyloric Passage of Feeding Tubes in Patients with Head Injuries Does Not Decrease Complications. **The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care**. v.39, n. 6, p. 1100-1102, Dezembro 1995. Disponível em: https://journals.lww.com/jtrauma/Abstract/1995/12000/Transpyloric_Passage_of_Feeding_Tubes_in_Patients.15.aspx. Acesso em: 12 maio 2021.

SPOLIDORO, José Vicente Noronha. **Quais são os critérios para indicar o tipo de sonda e seu posicionamento para alimentação enteral em pediatria? Quais os cuidados e complicações associadas à nutrição por sondas digestivas?**

<p>Enfermeira RT: Greyce de Souza Lobo Mayer Thiago Correa</p>	<p>Vigência: 2023-2024</p>
---	---------------------------------------

Departamento Científico de Suporte Nutricional da SBP. Disponível em:
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/PergEspec-NutricaoEnteral.pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

MÓDULO 2 - POP PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS - Agosto 2023 Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba PR.
<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/93%20-%20MODULO%202%20-%20POP%20PROCEDIMENTOS%20ASSISTENCIAIS%20-%20Agosto%202023.pdf>.

POP Sondagem Nasogástrica e Nasoenteral.
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hdt-uft/aceso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padrao/equipe-de-terapia-de-nutricao-enteral-emtn-1/pop-003-sondagem-nasoenterica.pdf>.

COREN/ SP. Utilização do “teste do copo” para confirmar posicionamento de sonda nasogástrica. Acesso em:
https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2009_18.pdf

PARECER COFEN

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0464/2014 - Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.
http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 619/2019 - Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html -

Troca de sondas de gastrostomia e jejunostomia.
<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/12/parecer-ctas-06-2013-troca-de-gastro-e-jejunosomia.pdf>.

POP 1.3 - SONDAAGEM NASOENTERAL PEDIÁTRICO

Elaboração: Camila Couto/ Elenice Fratini (2021)

Revisão: 01 (2023)

Revisão/ Colaboração: Elenice Fratini

Objetivo: Prestar assistência de enfermagem qualificada e padronizada na realização da sondagem nasoenteral em crianças, que consiste na introdução de uma sonda nasoenteral pelo orifício nasal até o estômago migrando posteriormente até o jejuno com o intuito de administração de dieta e medicação.

Aplicação: Unidades básicas de saúde (UBS), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e especialidades.

Execução: Privativa do Enfermeiro.

Materiais:

- Sonda nasoenteral de calibre disponível (8 ou 12 F com fio guia);
- Equipamentos de proteção individual (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro);
- Xylocaína geléia;
- Toalha ou lenço de papel;
- Cuba rim;
- Espadrado hipoalergênico para marcação e fixação;
- Seringa de 3 ml para RN/ lactentes e 5 ml para crianças maiores;
- Estetoscópio;
- Compressa Gaze;
- Tesoura.

Descrição da técnica:

- Lavar as mãos (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: <https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257>);
- Organizar os materiais necessários para o procedimento e selecionar o calibre da sonda de acordo com a idade da criança;
- Explicar à criança e familiar sobre procedimento a ser realizado;
- Calçar as luvas e demais EPIs;
- Colocar a criança em posição sentada ou em posição de Fowler, se possível com a cabeça ligeiramente inclinada para frente, caso a criança não possa sentar-se ou ter a cabeça elevada, mantê-la em decúbito dorsal, lateralizando a cabeça inclinada para frente;
- Proteger o tórax da criança com toalhas de papel e se maior ofertar cuba rim;
- Medir a extensão da sonda a ser introduzida, colocando sua extremidade distal da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, e do lóbulo da orelha até o processo xifóide e acrescentar a distância do processo xifóide até o ponto médio da cicatriz umbilical.
- Realizar a marcação da sonda com esparadrapo;
- Verificar a qualidade da sonda, checando rupturas ou perviedade, com a manipulação do fio guia na sonda;
- Explicar e solicitar que o paciente ajude no procedimento se possível, realizando movimentos de deglutição facilitando o processo de evolução da sonda;
- Lubrificar a ponta da sonda com lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%);
- Se criança maior solicitar que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário, auxiliá-lo;
- Introduzir a sonda lentamente pela narina da criança fazendo movimentos unidirecionais;
- Aproveitar o reflexo de deglutição para introduzir a sonda em RNs;
- Introduzir a sonda até a marcação realizada anteriormente;
- Se tosse, cianose e sinais de estimulação vagal, tais como bradicardia e apneia retirar a sonda imediatamente e reintroduzi-la posteriormente;
- Confirmar posicionamento no estômago: 1. Preencher a seringa de 3 ou 5 ml com 0,5 ml a 1 ml de ar (RN e lactentes muito pequenos) ou 2 a 5 ml (lactente e criança maior), conectá-la à sonda e injetar o ar, auscultando o ruído na região epigástrica com o estetoscópio. Após o teste retirar o ar injetado;
- Retirar o fio-guia após a passagem correta e guardá-lo;
- Fixar a sonda no nariz da criança utilizando esparadrapo, datar e anotar o calibre da sonda utilizada;
- Aguardar a migração da sonda para duodeno, encaminhar ao Raio-X para confirmação do local da sonda após 4 horas da passagem (encaminhar para centro de referência conforme fluxo estabelecido na instituição);
- Retirar as luvas e demais EPIs;
- Lavar as mãos;
- Registrar no prontuário eletrônico o procedimento realizado, calibre e localização da sonda, sinais de resíduos e intercorrências.

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

Cuidados:

- Atentar e prevenir o tracionamento da sonda durante o sono, banho, mudança de decúbito ou pela própria criança.
- Manter a fixação sempre limpa e seca, fazendo a troca sempre após o banho, descolamento ou sempre que necessário, atentando para a integridade da pele.
- Se necessário restringir as mãos da criança com auxílio de luvas sem dedos, para impedi-la de retirar a sonda como em casos de demências, agitação motora, quadros de confusão mental, entre outros.
- Ao administrar dieta, infusões de líquidos e medicamentos sempre posicionar o paciente sentado ou manter cabeça elevada no mínimo 30 graus, (diminuindo riscos de aspirações de dieta e refluxos gástricos).
- Lavar a sonda com água filtrada, antes e após administração da dieta ou medicações, a quantidade de água para a lavagem da sonda deve ser respeitada de acordo com o tamanho da sonda conforme tabela:

Tamanho da Sonda	Tipo de sonda	Volume de água para lavar
06	Enteral	1,5 ml
08	Enteral	2,5 ml
10	Enteral	4,0 ml
12	Enteral	5,0 ml

Fonte: Protocolo Hospital Pequeno Anjo/ Itajaí-SC

- Não deitar a criança logo após ingesta alimentar e hídrica.
- Havendo obstruções, pode-se administrar água morna como tentativa para desobstrução.
- Observar obstrução, vazamentos, quebras dos conectores das extremidades proximais.

FLUXO ENCAMINHAMENTO PARA UPA PARA REALIZAÇÃO DO RAIOS X:

Enfermeiro da UBS:

- Passar a sonda nasointestinal na UBS ou no domicílio;
- Realizar o encaminhamento via Ficha de Encaminhamento;
- Aguardar o período de 4 a 6 horas para realização do Raio X;
- Verificar a possibilidade do transporte do Município ou transporte da família, caso o transporte do Município não esteja disponível.
- FLUXOGRAMA 05 - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CONFIRMAÇÃO DE POSIÇÃO DE SONDA NASOENTERAL NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA).

Na UPA:

- O usuário passa pela recepção e é encaminhado para o procedimento;
- O médico solicita o Raio X e verifica a localização da sonda;
- Se a sonda estiver no local indicado o usuário é liberado para casa;
- Caso a sonda não esteja no local indicado, o enfermeiro da UPA reposiciona e aguarda novamente o intervalo de 2 horas para reavaliação.
-

*Não encaminhar paciente para sondagem na UPA, pois é atribuição também do enfermeiro da APS (Atenção Primária à Saúde).. Vide Resolução COFEN.

**Situações que caracterizam exceções: contatar com o enfermeiro da UPA para discussão do caso e avaliação conjunta.

Referências:

BOWDEN, V.R.; GREENBERG, C.S. Procedimentos de enfermagem pediátrica. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN-619/2019 <http://cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/Resolução-619-2019> Acesso em: 05 de Maio de 2021.

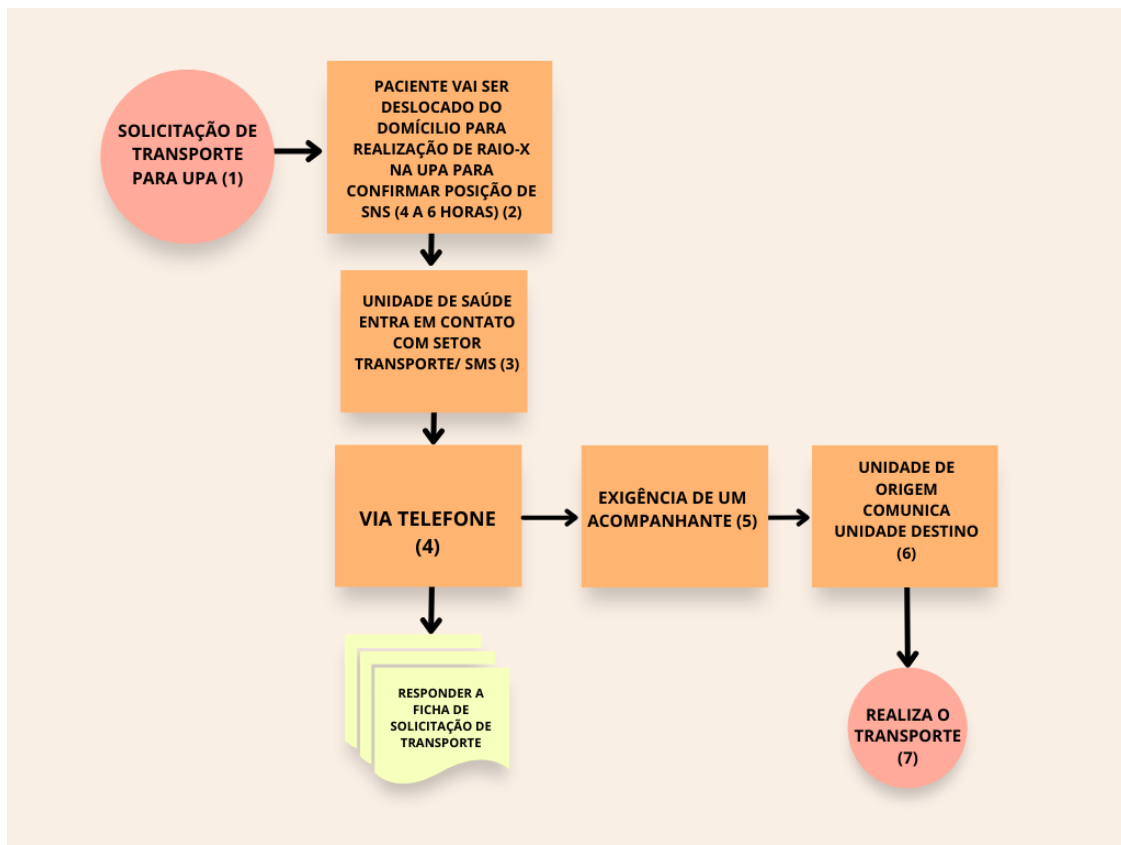
HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Progressiva, 2013. 548 p.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

WILSON, D.; HOCKENBERRY, M.J. WONG. Manual Clínico de Enfermagem Pediátrica. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

FLUXOGRAMA 05 - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA CONFIRMAÇÃO DE POSIÇÃO DE SONDA NASOENTERAL NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA)



1. Paciente com SNE - Remoção acidental, período ou indicação de troca, obstrução, outras causas.
2. Sondagem realizada com sucesso à domicílio, encaminhar para UPA com solicitação de Raio X para confirmação de posição, de 4 a 6 horas.
3. A Unidade de Saúde deverá entrar em contato com o Setor Transporte da SMS/ Itajaí-SC através do telefone.
4. O contato telefônico deverá ocorrer de segunda a sexta-feira das 07h às 19h pelo telefone: (47) 3249 5503, a Unidade de Origem deverá responder por via telefônica ao Setor Transporte: os dados do paciente/ residência, o check-list antes da transferência, da FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE ELETIVO.

São dados essenciais para responder ao Setor Transporte:

Nome completo do Paciente, DN, CPF, Nome da mãe (quando criança)

Contato com a Unidade Destino?

Transferência com algum outro dispositivo invasivo?

Em uso de oxigenoterapia? Litros/ min

Hemodinamicamente Estável? Passar SSVV

Acompanhante presente?

Local de difícil acesso, com escadarias? Orientar a família a contactar com o Corpo de Bombeiros para apoiar a equipe do Corpo de Bombeiros.

5. Obrigatoriedade: Um acompanhante do paciente durante todo o transporte
6. Obrigatoriedade: Realizar comunicação entre a Unidade de origem e a Unidade receptora do paciente. Tanto para UPA CIS ou UPA Cordeiros entrar em contato através do Whats App NIR UPA CIS (47) 98802 2386, comunicando as condições clínicas do paciente, (Resolução Cofen 588/ 2018).
7. Cabe a equipe de enfermagem do Transporte da SMS: Dirigir-se até local e se apresentar à equipe; se apresentar ao paciente; confirmar antes do transporte os 3 marcadores de segurança: nome, data de nascimento, CPF e nome da mãe (quando paciente pediátrico); confirmar os dados do acompanhante; conferir os documentos do paciente que dizem respeito à finalidade do transporte,, como solicitação de Raio X; avaliar as condições de segurança dos equipamentos a serem utilizados no transporte; orientar o paciente para comunicar se qualquer desconforto, mal estar; manter a conexão de sondas vesicais e nasoenteral/ nasogástricas, etc.; utilizar medidas de proteção (grades, cintos de segurança, entre outras) para assegurar a integridade física do paciente; redobrar a vigilância nos casos de transporte de pacientes obesos, idosos, etc.; preencher a FICHA DE SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE ELETIVO informando o que ocorreu durante o transporte e realizar as anotações de enfermagem no prontuário eletrônico do paciente.

Enfermeira RT: Greyce de Souza Lobo Mayer Thiago Correa	Vigência: 2023-2024
--	-------------------------------

POP 1.4 - SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

Elaboração: Greyce de Souza Lobo Mayer (2023)

Revisão: 00 (2023)

Revisão/ Colaboração: Thiago Correa; Elenice Fratini; Caroline Porcelis Vargas; Odisseia Fatima Perao; Jaci Simão Boing; Karen Ko Freitag Costa Rigon.

Objetivo: Possibilitar controle hídrico adequado, tratamento da retenção urinária, obter amostras de urina para exames, monitorização do débito urinário, irrigação urinária.

Aplicação: Unidades básicas de saúde (UBS), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e especialidades.

Execução: Privativo do Enfermeiro

Materiais:

- Equipamentos de proteção individual (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro);
- 01 agulha de aspiração 40x12;
- 01 Bolsa coletora de sistema fechado - *atentar para a presença do ponto de coleta de urina, caso não possua comunicar RT Enfermagem via email: enfermagem@itajai.sc.gov.br. Na licitação é esperado o fornecedor entregar com ponto de coleta de urina.*
- 01 pacote de cateterismo vesical estéril;
- 01 par de luvas estéril;
- 01 seringa de 20 ml (*deve ter ponta luer slip - simples - que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda*);
- 01 sonda vesical de duas ou três vias de calibre adequado;
- 02 ampolas de água destilada estéril de 10ml;
- 02 pacotes de gaze estéril;
- Solução de Clorexidina Aquoso a 2%;
- Micropore;
- Luva de procedimento;
- Recipiente para lixo;
- Compressas;
- Biombo;
- Bacia com água morna;
- Compressas;
- Xylocaína geléia estéril;
- Água e clorexidina degermante.

Descrição da técnica:

- Lavar as mãos (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: <https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257>);
- Separar e organizar o material a ser utilizado;
- Apresentar-se ao usuário e orientar o usuário /familiar sobre o procedimento a ser realizado;
- Verificar prescrição;
- Garantir a privacidade do usuário utilizando biombo;
- Colocar o usuário em posição de litotomia, expondo apenas os genitais;
- Calçar as luvas e demais EPIs;
- Realizar higiene íntima do usuário com água e clorexidina degermante;
- Posicionar o usuário:
 - sexo feminino: posição ginecológica, decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados, expondo apenas os genitais.
 - sexo masculino: decúbito dorsal, com pernas estendidas e ligeiramente afastadas, expondo apenas os genitais.
- Descartar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: <https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257>);
- Abrir o pacote do cateterismo entre as pernas do usuário, com a ponta próxima a região glútea;
- Dispor a lixeira infectante próxima à maca;
- Abrir a agulha, seringa, sonda vesical e gaze, mantendo técnica asséptica;
- Colocar solução de Clorexidina Aquoso a 2% na cuba redonda;
- Abrir a embalagem do coletor urinário e posicionar a ponta da extensão sobre invólucro estéril.
- Abrir a ampola de água destilada e deixá-la sobre o campo.
- Abrir o gel anestésico e colocá-lo sobre a gaze;
- Calçar as luvas estéreis;

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

- Aspirar a água destilada com o auxílio da equipe de enfermagem;
- Testar o cuff (balonete) introduzindo ar no balonete na quantidade indicada pelo fabricante¹;
- Conectar a sonda na extensão do coletor;
- Proceder à assepsia:
 - sexo feminino: Retrair com a mão não dominante os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento. Realizar antisepsia da região perineal com solução de Clorexidina Aquosa a 2% e gaze estéril com movimentos únicos usando a pinça na mão dominante Pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica e fazer antisepsia da vulva e meato uretral, utilizando as bolas de gaze, uma para cada região, desprezando-as na sequência. Limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, posteriormente ao longo dos pequenos lábios e finalizando no meato uretral, fazendo a antisepsia com movimentos em sentido único.
 - sexo masculino: Erguer o pênis com o indicador e polegar, elevar até uma posição quase vertical e expor a glândula. Limpar o corpo do pênis em movimentos circulares do centro para fora. Limpar o meato urinário até atingir toda a glândula;
- Colocar o campo fenestrado estéril sobre a região genital, expondo apenas a genitália do usuário. (na ausência do campo utilizar compressa de gaze estéril para proteção da área);
- Lubrificar o cateter com gel anestésico.
- Introduzir o cateter no meato urinário até a presença de urina, sendo seguro introduzir mais uma porção a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral, (aproximadamente 10 cm para mulher e 20 cm para homem) para assegurar o posicionamento no interior da bexiga.
- Observar refluxo urinário:
Se ausente: Não injetar;
Se presente: injetar com a seringa, na via do balonete com a quantidade indicada pelo fabricante com água destilada;
- Tracionar delicadamente a sonda até encontrar resistência;
- Conectar o cateter ao coletor de urina de sistema fechado estéril;
- Fixar a sonda com micropore em (mulher) face interna da coxa, (homem) região supra púbica do usuário, tendo cuidado de não deixá-la tracionada;
- Identificar na bolsa coletora: o calibre da sonda, nome do profissional que realizou o procedimento, data e horário.
- Pendurar a bolsa coletora em suporte localizado abaixo do leito (e não nas grades);
- Deixar o usuário em posição confortável.
- Recolher o material descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado.
- Retirar as luvas.
- Lavar as mãos (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: <https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257>);
- Organizar o ambiente.
- Registrar o procedimento realizado no prontuário eletrônico
- Comunicar o médico em caso de alterações.

Observações:

- O teste do balonete pode ser feito em um destes momentos:
 - 1) Dentro do campo estéril: colocando a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspira-se a água destilada e testa-se se o balonete está íntegro;
 - 2) Antes de dispor o material no campo: aspira-se a água destilada e testa-se o balonete segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete.
- Caso haja dificuldade ou resistência na sondagem vesical comunica ao médico em serviço e interromper o procedimento;
- Atentar para o volume de diurese do usuário sondado como também verificar densidade e aspecto da urina.

¹ O Livro Potter, Perry e Elkin. Procedimentos e Intervenções de enfermagem (2013), p.435, no capítulo sobre Eliminação Urinária, trás uma Alerta de Segurança: "A insuflação do balão não é mais recomendada, a insuflação/ desinsuflação precoce do balão pode levar a formação de sulcos, potencializando a causa de traumatismo durante a inserção".

Qual é a periodicidade da troca de sonda vesical de demora na atenção básica?

Não há recomendação para a troca de sonda vesical de demora com intervalo fixo. *O recomendado é 21 dias.* Mas, segundo a fonte pesquisada, deve ser trocada quando há: alterações clínicas do paciente, episódios de infecção, drenagem inadequada ou incrustações. Caso o paciente tenha histórico de infecções e um padrão de tempo entre a colocação da sonda e o surgimento dos primeiros sinais de infecção ou de obstrução da sonda, a troca pode ser planejada com intervalos regulares, uma semana antes do provável início das manifestações clínicas ou conforme indicado pelo fabricante da sonda (geralmente a cada 12 semanas). Deve-se elaborar um projeto terapêutico para o paciente, levando em consideração a história clínica, os achados do exame físico, a pactuação de metas entre paciente, família e equipe e o contexto onde o cuidado será realizado.

Fonte: <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-e-a-periodicidade-da-troca-de-sonda-vesical-de-demora-na-atencao-basica/>

Referências:

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO MÓDULO 2: PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS.
<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/2.%20MODULO%202%20-%20POP%20PROCEDIMENTOS%20ASSISTENCIAIS%20-%20Agosto%202023.pdf>.

POP DE 015 - Cateterismo Vesical de Demora Feminino.
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/ acesso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/pop-de-015 - cateterismo vesical de de mora feminino-1.pdf/view>.

POP.DE.016 - Cateterismo Vesical de Demora Masculino.
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/ acesso-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/pop-de-016 - cateterismo vesical de de mora masculino-1.pdf/view>.

ANEXO PARECER NORMATIVO PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM SONDAGEM VESICAL.
<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/ANEXO-PARECER-NORMATIVO-PARA-ATUACAO-DA-EQUIPE-DE-ENFERMAGEM-EM-SONDAGEM-VESICAL1.pdf>

POP 1.5 - ORIENTAÇÃO PARA O AUTOCATETERISMO VESICAL INTERMITENTE – TÉCNICA LIMPA	
Elaboração: Greyce de Souza Lobo Mayer (2023)	Revisão: 00 (2023)
Revisão/ Colaboração: Thiago Correa; Elenice Fratini; Caroline Porcelis Vargas; Odisseia Fatima Perao; Jaci Simão Boing; Karen Ko Freitag Costa Rigon.	
Objetivo: Esvaziamento vesical com prevenção de infecção urinária e resgate ao autocuidado.	
Aplicação: Unidades básicas de saúde (UBS), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e especialidades.	
Execução: Usuário (com ou sem auxílio)	
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> ● Sonda Uretral; ● Gel lubrificante; ● Papel toalha ou toalha de rosto; ● Espelho para mulheres; ● Sabonete neutro; ● Coletor externo; ● Água e sabão. 	
Descrição da técnica: <ul style="list-style-type: none"> ● Organizar todo o material a ser utilizado; ● Assegurar que todo o material esteja acessível; ● Lavar bem as mãos com água e sabonete. ● Expor adequadamente a genitália, com cuidado para evitar que respingue água, ou mesmo urina na roupa durante o procedimento. Pode ser utilizada a posição sentado (a) na cadeira de rodas, ou no vaso sanitário, o que facilita a higienização das mãos e genitália. Em tetraplégicos (a) pode-se permanecer na cama. O importante é que seja a posição mais confortável possível. ● Escolher a posição: sentado ou em pé dependendo da idade e grau de dependência; (para facilitar ir independência em passeios). <p>Sexo masculino:</p> <p>1º Preparar o cateter: abrir a embalagem sem tocar no cateter, lubrificando a ponta que será introduzida no pênis..</p> <p>2º Manusear a bisnaga sem encostá-la no cateter, espalhando o gel lubrificante de maneira homogênea (igual).</p> <p>3º Deixar o cateter preparado ao alcance das mãos.</p> <p>4º Ficar em frente ou próximo ao vaso sanitário ou sente-se, caso preferir.</p> <p>5º Urinar sempre que possível antes de usar o cateter.</p> <p>6º Lavar a região genital com água e sabão (é necessário limpar a glândula corretamente).</p> <p>7º Expor a glândula retraindo o prepúcio, fazendo a limpeza com movimentos circulares.</p> <p>8º Segurar o prepúcio evitando que a roupa toque na glândula.</p> <p>9º Realizar o procedimento somente na certeza de que o cateter não esteja contaminado. Se ele tocar na roupa ou pele, deve ser descartado e recomeçar o procedimento.</p> <p>10º Segurar o pênis com firmeza com a mão não dominante, apoiando-o na palma da mão perpendicularmente e próximo ao abdome, expondo a glândula (facilitando a introdução do cateter), apertando delicadamente para abrir a uretra.</p> <p>11º Introduzir o cateter lentamente com a mão dominante até a urina começar a drenar, (se sentir resistência, diminuir a angulação do pênis e girar o cateter lentamente).</p> <p>12º Direcionar o cateter para o vaso sanitário e aguardar o esvaziamento total da urina.</p> <p>13º Retirar aproximadamente um centímetro do cateter após parar de drenar a urina, garantindo que não fique resíduo.</p> <p>14º Retirar o cateter lentamente, podendo ser girado enquanto o remove, pare o movimento cada vez que sair urina.</p> <p>15º Desprezar o cateter no lixo (nunca no vaso sanitário).</p> <p>16º Lavar as mãos com água e sabonete.</p> <p>18º Recolocar a roupa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Organizar todo o material a ser utilizado. ● Assegurar que todo o material esteja acessível (descrito acima). ● Lavar bem as mãos com água e sabonete. 	

Enfermeira RT: Greyce de Souza Lobo Mayer Thiago Correa	Vigência: 2023-2024
--	-------------------------------

Sexo feminino:

- 1º Preparar o cateter: abrir a embalagem sem tocar no cateter, lubrificando a ponta que será introduzida na uretra;
- 2º Manusear a bisnaga sem encostá-la no cateter, espalhando o gel lubrificante de maneira homogênea (igual);
- 3º Deixar o cateter preparado ao alcance das mãos;
- 4º Tirar a roupa de modo a sentar no vaso sanitário com as pernas afastadas;
- 5º Urinar sempre que possível antes de usar o cateter;
- 6º Afastar os pequenos lábios com os dedos polegar e indicador da mão não dominante até visualizar o meato urinário;
- 7º Umedecer a gaze ou toalha e passe sabão até fazer espuma, limpando a região dos pequenos lábios de cima para baixo; A higiene é feita de frente para trás, abrindo os grandes e pequenos lábios e limpando ao redor do meato uretral.
- 8º Realizar o procedimento somente na certeza de que o cateter não esteja contaminado. Se ele tocar na roupa ou pele, deve ser descartado e recomeçar o procedimento;
- 9º Afastar os pequenos lábios com os dedos polegar e indicador da mão não dominante;
- 10º Utilizar espelho para visualizar orifícios: superior = meato urinário e inferior = vaginal;
- 11º Introduzir o cateter lentamente no orifício superior, até a urina começar a drenar;
- 12º Direcionar o cateter para o vaso sanitário e aguardar o esvaziamento total da urina;
- 13º Retirar aproximadamente um centímetro do cateter após parar de drenar a urina, garantindo que não fique resíduo;
- 14º Retirar o cateter lentamente, podendo ser girado enquanto o remove, pare o movimento cada vez que sair urina;
- 15º Desprezar o cateter no lixo apropriado (nunca no vaso sanitário);
- 16º Lavar as mãos com água e sabonete;
- 17º Recolocar a roupa.

Observações:

1. As toalhas devem ser bem lavadas e passadas a ferro quente.
2. Observar os intervalos recomendados conforme orientação médica.
3. Sempre que houver dúvidas procure a Unidade de Saúde para orientação e auxílio.
4. Nos casos em que houver necessidade de avaliar ou mensurar o débito urinário, deve-se usar uma bolsa coletora ou frasco coletor, onde será registrado: volume de urina drenado, cor, aspecto e cheiro. Posteriormente desprezar a urina no vaso sanitário.
5. O enfermeiro como "agente do cuidado" e com toda a sua autonomia deve fundamentar o ensino do cateterismo vesical intermitente em uma atenção integral, que vise à co-responsabilidade da equipe de saúde, do cuidador/familiar e do próprio usuário.

Referências:

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO MÓDULO 2: PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS.
<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/2.%20MODULO%202%20-%20POP%20PROCEDIMENTOS%20ASSISTENCIAIS%20-%20Agosto%202023.pdf>.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE TÉCNICA LIMPA.
http://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/03-CATETERISMO_VESICAL_INTERMITENTE-T%C3%89CNICA_LIMPA.pdf

Cateterismo vesical intermitente realizado pelos cuidadores domiciliares em um serviço de atenção domiciliar.
Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v17n4/v17n4a02.pdf>

POP 1.6 - SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO REALIZADA POR ENFERMEIRO**Elaboração:** Greyce de Souza Lobo Mayer (2023)**Revisão:** 00 (2023)**Revisão/ Colaboração:** Thiago Correa; Elenice Fratini; Caroline Porcelis Vargas; Odisseia Fatima Perao; Jaci Simão Boing; Karen Ko Freitag Costa Rigon.**Objetivo:** Possibilitar esvaziamento vesical e alívio da retenção urinária.**Aplicação:** Unidades básicas de saúde (UBS), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e especialidades.**Execução:** Privativo do Enfermeiro**Materiais:**

- Equipamentos de proteção individual (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimento, gorro);
- 01 pacote de cateterismo vesical estéril;
- 01 par de luvas estéril;
- 02 pacotes de gaze estéril;
- Solução de Clorexidina Aquosa a 2%;
- Luva de procedimento;
- Recipiente para lixo;
- Compressas;
- Biombo (se necessário);
- Bacia com água morna;
- Compressas;
- Xylocaína geléia estéril;
- Frasco graduado;
- Água e clorexidina degermante.

Descrição da técnica:

- Lavar as mãos (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: <https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257>);
- Separar e organizar o material a ser utilizado;
- Apresentar-se ao usuário e orientar o usuário /familiar sobre o procedimento a ser realizado;
- Verificar prescrição;
- Garantir a privacidade do usuário utilizando biombo;;
- Colocar o usuário em posição de litotomia, expondo apenas os genitais;
- Calçar as luvas e demais EPIs;
- Realizar higiene íntima do usuário com água e clorexidina degermante;
- Posicionar o usuário:
 - sexo feminino: posição ginecológica, decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados, expondo apenas os genitais.
 - sexo masculino: decúbito dorsal, com pernas estendidas e ligeiramente afastadas, expondo apenas os genitais.
- Descartar as luvas de procedimento;
- Lavar as mãos (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: <https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257>);
- Abrir o pacote do cateterismo entre as pernas do usuário, com a ponta próxima a região glútea;
- Dispor a lixeira infectante próxima à maca;
- Abrir e colocar sobre o invólucro estéril: sonda vesical de alívio e gaze, mantendo técnica asséptica;
- Colocar solução antisséptica (clorexidina aquosa 2%) na cuba redonda;
- Abrir o gel anestésico e colocá-lo sobre a gaze;
- Calçar as luvas estéreis;
- Realizar a assepsia:
 - Sexo feminino:**
 - Retrair com a mão não dominante os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento.
 - Realizar antisepsia da região perineal com clorexidina aquosa 2% e gaze estéril com movimentos únicos usando a pinça na mão dominante.
 - Pegar gazes estéreis saturadas com solução antisséptica (clorexidina aquosa 2%) e fazer antisepsia da vulva e meato uretral, uma para cada região, desprezando-as na sequência.
 - Limpar ao longo da dobra dos grandes lábios, posteriormente ao longo dos pequenos lábios e finalizando no meato uretral, fazendo a antisepsia com movimentos em sentido único.

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

Sexo masculino:

- Erguer o pênis com o indicador e polegar, elevar até uma posição quase vertical e expor a glândula.
- Limpar o corpo do pênis e em movimentos circulares do centro para fora.
- Limpar o meato urinário até atingir toda a glândula.
- Lubrificar o cateter com gel anestésico;
- Introduzir o cateter no meato urinário (aproximadamente 10cm para mulher e 20cm para homem) até que a urina flua;
- Realizar o esvaziamento da bexiga completamente;
- Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir;
- Observar o aspecto e densidade da urina;
- Secar a área;
- Desprezar o material coletado ou encaminhar para exame, se necessário;
- Deixar o usuário em posição confortável;
- Recolher o material, descartando-os ou acondicionando-os em local apropriado;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos (Acessar o POP 08 - Biossegurança através do link: <https://saude.itajai.sc.gov.br/d/257>)
- Registrar o procedimento realizado, registrando o aspecto do material coletado;
- Comunicar o médico em caso de alterações.

Observações:

1. Caso haja dificuldade ou resistência na sondagem avisar ao médico e interromper o procedimento.
2. Descrever o aspecto e densidade da urina como: presença ou ausência de grumos, urina límpida ou turva, com ou sem sedimentação, coloração, odor e volume.
3. No que compete a equipe de enfermagem: este procedimento é privativo do enfermeiro.

Referências:

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO MÓDULO 2: PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS.
<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/2.%20MODULO%202%20-%20POP%20PROCEDIMENTOS%20ASSISTENCIAIS%20-%20Agosto%202023.pdf>

POP.DE.074 - Cateterismo Vesical de Alívio Feminino.
<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hu-ufgd/acao-a-informacao/pops-protocolos-e-processos/gerencia-de-atencao-a-saude-gas/divisao-de-enfermagem/anexo-127-pop-de-074-cateterismo-vesical-de-alivio-feminino.pdf/view>

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

POP 1.7 - TROCA DA SONDA DE CISTOSTOMIA

Elaboração: Greyce de Souza Lobo Mayer (2023)

Revisão 00 (2023)

Revisão/ Colaboração: Thiago Correa; Elenice Fratini; Caroline Porcelis Vargas; Odisseia Fatima Perao; Jaci Simão Boing; Karen Ko Freitag Costa Rigon.

Objetivo: Realizar a troca de sonda em cistostomia seguindo a técnica asséptica

Aplicação: Unidades básicas de saúde (UBS), Rede de Urgência e Emergência (RUE) e especialidades.

Execução: Privativo do Enfermeiro

Materiais:

- Equipamentos de proteção individual (máscara cirúrgica, óculos de proteção e gorro);
- 01 agulha de aspiração 40x12;
- 01 Bolsa coletora de sistema fechado - *atentar para a presença do ponto de coleta de urina, caso não possua comunicar RT Enfermagem via email: enfermagem@itajaí.sc.gov.br. Na licitação é esperado o fornecedor entregar com ponto de coleta de urina.*
- 01 pacote de cateterismo vesical estéril;
- 01 par de luvas estéril;
- 01 seringa de 20 ml (deve ter ponta luer slip - simples - que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda);
- 01 sonda vesical foley de duas ou três vias de calibre adequado;
- 02 ampolas de água destilada estéril de 10ml;
- 02 pacotes de gaze estéril;
- 01 solução fisiológica a 0,9%;
- Solução de Clorexidina Aquoso a 2%;
- Micropore;
- Luva de procedimento;
- Recipiente para lixo;
- Compressas;
- Biombo;
- Xylocaína geléia estéril;
- Água e clorexidina degermante.

Descrição da técnica:

- Lavar as mãos
- Separar e organizar o material a ser utilizado;
- Sempre confirmar antes dos atendimentos os 3 marcadores de segurança: nome completo, data de nascimento e nome da mãe.
- Orientar o usuário sobre o procedimento que será realizado, posicionando-o confortavelmente;
- Paramentar-se com os EPIs;
- Preparar o material necessário;
- Promover a privacidade do cliente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o cliente;
- Iniciar o procedimento em duas pessoas, sendo que uma fica paramentada e realiza o procedimento e a outra auxilia;
- Higienizar a região da estomia, utilizando as gazes, enxaguar com gaze e Solução Fisiológica 0,9% e secar;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos, após procedimento;
- Abrir o pacote estéril para cateterismo;
- Abrir o pacote de gaze estéril dentro da cuba redonda;
- Umedecer as gazes com solução aquosa de clorexidina 0,2%;
- Abrir a sonda e a bolsa coletora em cima do campo;
- Abrir a seringa de 20 mL e a agulha de 40x12 mm em cima do campo;
- Calçar a luva estéril;
- Conectar a agulha na seringa;
- Abrir a água destilada e oferecê-la para aspirar (função do auxiliar);
- Aspirar água destilada, 10-30 mL, conforme fabricante da sonda;
- Desconectar a agulha da seringa;

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

- Testar o balonete da sonda insuflando-o com água destilada;
- Desinsuflar o balonete da sonda;
- Conectar a sonda à bolsa coletora;
- Verificar o clampe da extensão que deve permanecer aberto e o clampe da bolsa coletora que deve permanecer fechado;
- Realizar a antisepsia do estoma com solução aquosa clorexidina 0,2%;
- Conectar a seringa, desinsuflar o balonete e retirar a sonda, desprezando-a (função do auxiliar);
- Introduzir cerca de 10 a 20 cm da sonda na cistostomia;
- Insuflar o balonete com água destilada, 10-30 mL, conforme fabricante;
- Tracionar lentamente a sonda até sentir resistência;
- Verificar a drenagem espontânea e as características da urina;
- Atentar para o campo fenestrado sem recorte lateral, quando de uso único ele deve ser rasgado ao retirar, evitando abrir sistema fechado e contaminar;
- Fixar a sonda, proteger o estoma e a base da sonda com gaze estéril e ocluir com fita hipoalergênica;
- Colocar a data, hora e nome do executante;
- Deixar o cliente confortável;
- Retirar os EPIs;
- Desprezar o material no lixo adequado e recompor a unidade;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o cliente e o cuidador sobre os cuidados com a cistostomia;
- Registrar o procedimento no prontuário do cliente.

Observações/ Orientação pode ser repassada ao paciente/ Familiar quando a troca ocorrer no âmbito da APS (Atenção Primária à Saúde)

1. A troca da sonda deve ser no menor tempo possível.
2. A limpeza da área em torno da cistostomia e a troca do curativo devem ser realizadas diariamente, ou com maior frequência, caso fique sujo ou se solte. Orientar o cuidador a comunicar para a equipe de unidade de saúde qualquer alteração, como: coloração, volume de drenagem ou presença de grumos.
3. Mantenha a bolsa coletora sempre abaixo do nível da cama, e não deixe que ela fique muito cheia, para evitar que a urina retorne para dentro da bexiga.
4. É muito importante manter limpa e seca a pele em torno da área do estoma;
5. Inspeccionar a pele ao redor do estoma, os sinais de irritação e sangramento na mucosa;
6. Lavar as mãos antes e depois de qualquer cuidado com o cateter, curativo e bolsa de drenagem, a fim de evitar infecções;
7. Orientar o paciente e o cuidador a não dobrar o cateter nem deitar-se sobre ele, pois isso obstrui a livre passagem da urina que estiver sendo eliminada pela bexiga;
8. Não elevar a bolsa coletora para não haver retorno da diurese na bexiga. Orientar o cuidador que, em caso de decúbito dorsal, a bolsa coletora deve ser posicionada em um nível abaixo do paciente;
9. Esvaziar a bolsa coletora quando estiver cheia, porque o peso da urina fará com que a bolsa se separe da pele, caso ela encha demais.

Observações:

Compete, privativamente ao Enfermeiro em todos os níveis de atenção à saúde, a troca da sonda de cistostomia, desde que o trajeto já esteja estabelecido sob prescrição médica, e que o profissional tenha segurança na realização do procedimento, avaliando criteriosamente sua competência técnica.

Referências:

CURITIBA/ PR. MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO. MÓDULO 2: PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS.

Disponível em:

<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/2.%20MODULO%20%20-%20POP%20PROCEDIMENTOS%20ASSISTENCIAIS%20-%20Agosto%202023.pdf>

LONDRINA/ PR. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TROCA DE SONDA CISTOSTOMIA. Disponível em:

<http://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/19-TROCA DE SONDA CISTOSTOMIA.pdf>

COREN/ SC. RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 030/CT/2015/RT. Troca de sonda de Cistostomia. Disponível em:

<https://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/RT-030-2015-Troca-de-sonda-de-Cistostomia.pdf>

Enfermeira RT:
Greyce de Souza Lobo Mayer
Thiago Correa

Vigência:
2023-2024

EBSERH.HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO VALO DO SÃO FRANCISCO. PROCEDIMENTO/ ROTINA. CATETERISMO VESICAL DE DEMORA POR CISTOSTOMIA. Disponível em:
https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protolos-institucionais/Cdigo_123_POP_DENF_017_CVD_por_Cistostomia.pdf

UNASUS. Princípios para o cuidado domiciliar 2 - Estomas. Disponível em:
<https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/mod/page/view.php?id=388>.

Notificação de eventos adversos e incidentes devem ser feito ao Núcleo de Segurança do Paciente pelo link:
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeAqubKqaZ6o_blaGuQwO2tlidC_oQ4maoi1GblUxq6xBLD0A/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0