Coleção de **Manuais Pedagógicos de Enfermagem**

Manual de Procedimentos Técnicos de Enfermagem

Cuidados de Enfermagem na Manutenção de um Ambiente Seguro: Manutenção da Integridade Cutânea

Coordenação **Margarida Goes e Ana Dias**



Edição IPBeja – Instituto Politécnico de Beja

Volume 4 de 6

FICHA TÉCNICA E NOTAS BIOGRÁFICAS

Volume 4 de 6

Cuidados de Enfermagem na Manutenção de um Ambiente Seguro: Manutenção da Integridade Cutânea

Coleção Manuais Pedagógicos de Enfermagem

Entidade editora	Edição IPBeja – Instituto Politécnico de Beja
Direção da coleção	Maria Margarida da Palma Goes
Coordenação científica da obra	Maria Margarida da Palma Goes Ana Maria Guégués da Silva Dias
Coordenação pedagógica do volume	Maria Margarida da Palma Goes Ana Maria Guégués da Silva Dias Paula Alexandra Alves Pimpão Rute Isabel Quadrado Pires
Autoria	Ana Lúcia da Silva João Ana Maria Guégués da Silva Dias Cláudia Sofia Orvalho Mendes Florbela Maria Marmou Bia Helena Sofia Goes Martins Isabel Maria Tarica Bico Inês Cabral Ferreira Cardoso Maria de Fátima Caeiro da Cunha Tavares Maria do Céu Mendes Pinto Marques Maria Margarida da Palma Goes Marta Sofia Inácio Catarino Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa Paula Alexandra Alves Pimpão Rute Isabel Quadrado Pires
Revisão científica e validação de conteúdo	Maria Margarida da Palma Goes Ana Maria Guégués da Silva Dias Cláudia Sofia Orvalho Mendes Florbela Maria Marmou Bia Maria de Fátima Caeiro da Cunha Tavares Marta Sofia Inácio Catarino Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa Paula Alexandra Alves Pimpão Rute Isabel Quadrado Pires
Edição técnica, normalização editorial e paginação	Henrique José Monteiro Oliveira
ISBN	**978-989-9175-44-0**

NOTAS BIOGRÁFICAS DOS AUTORES

Ana Lúcia da Silva João

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Instituto Politécnico de Santarém. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Investigadora do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora e do RISE-Health. Vogal do Conselho de Enfermagem da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros. Pós-Doutorada em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto. Doutora em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto.

Ana Maria Guégués da Silva Dias

Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Membro do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutoranda em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, na área de Enfermagem, pela Universidade de Évora, em associação com a NOVA Medical School.

Cláudia Sofia Orvalho Mendes

Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e perioperatória. Mestre em Gestão de Unidades de Saúde pelo Instituto Politécnico de Santarém. Investigadora Integrada do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutorada em Motricidade Humana pela Universidade de Évora.

Florbela Maria Marmou Bia

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Membro colaborador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Doutoranda em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Helena Sofia Goes Martins

Médica Dentista, inscrita na Ordem dos Médicos Dentistas. Mestre em Medicina Dentária pela Egas Moniz School of Health and Science. Desenvolve atividade clínica em Medicina Dentária.

Isabel Maria Tarica Bico

Professora Adjunta e Diretora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nas áreas da pessoa em situação critica e paliativa. Investigadora Integrada do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutorada em Enfermagem pela Universidade de Lisboa.

Inês Cabral Ferreira Cardoso

Enfermeira no Serviço de UCIM II/Ortopedia, Medicina (Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão). Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Doutoranda em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, na área de Enfermagem, pela Universidade de Évora, em associação com a NOVA Medical School.

Maria de Fátima Caeiro da Cunha Tavares

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) do Instituto Politécnico de Santarém. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Investigadora do Centro de Investigação em Qualidade de Vida (CIEQV). Doutoranda em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Professora Coordenadora no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica. Coordenadora do Laboratório de Simulação Clínica. Investigadora Integrada do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutorada em Psicologia.

Maria Margarida da Palma Goes

Professora Adjunta e Diretora do Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crónica. Investigadora Integrada do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Doutorada em Enfermagem, com Especialidade em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Marta Sofia Inácio Catarino

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Membro colaborador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Doutoranda em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Miguel Jorge Serra Sapateiro Pinto Pedrosa

Professor Adjunto Convidado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Membro colaborador do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica. Mestre em Intervenção Socio-Organizacional em Saúde, na área de especialização em Políticas de Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Doutorando em Enfermagem Avançada pela Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Paula Alexandra Alves Pimpão

Professora Adjunta Convidada na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Mestre em Intervenção Socio-Organizacional em Saúde, na área de especialização em Políticas de Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Doutoranda em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, na especialidade de Enfermagem, pela Universidade de Évora, em associação com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa.

Rute Isabel Quadrado Pires

Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD) da Universidade de Évora. Membro do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora. Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da pessoa em situação crítica e perioperatória. Mestre em Intervenção Socio-Organizacional em Saúde, na área de especialização em Políticas de Gestão e Administração de Serviços de Saúde. Doutoranda em Ciências e Tecnologias da Saúde e Bem-Estar, na área de Enfermagem, pela Universidade de Évora, em associação com a NOVA Medical School.

NOTA BIOGRÁFICA — EDIÇÃO TÉCNICA

Henrique José Monteiro Oliveira

Professor Coordenador na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Beja. Doutorado em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores pelo Instituto Superior Técnico, Lisboa. Integra o Grupo de Processamento de Sinais Multimédia do laboratório de Lisboa do Instituto de Telecomunicações (IT). Investigador Integrado do Comprehensive Health Research Centre (CHRC) da Universidade de Évora.

VOLUME 4

– Ambiente Seguro –

– Cuidados de Enfermagem na Manutenção de um Ambiente Seguro:

–Manutenção da Integridade Cutânea–

NORMAS E PROCEDIMENTOS

1. Utilizar material esterilizado, campos, kits, dispositivos médicos
2. Executar pensos simples e complexos a feridas agudas e complexas
3. Manusear sistemas de drenagem
4. Executar ligaduras

PARTE 1

1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE CUTÂNEA

1.1 Introdução

A integridade cutânea é uma componente fundamental na prestação de cuidados de saúde, especialmente em contextos onde a prevenção e o tratamento de lesões cutâneas são prioritários. Estas intervenções, suportadas por evidências científicas, visam prevenir úlceras por pressão, lesões associadas à humidade e complicações decorrentes de feridas cirúrgicas. A correta aplicação de técnicas assépticas, aliada ao uso de materiais apropriados e à gestão adequada de sistemas de drenagem, contribui para a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e para a promoção da recuperação da integridade da pele (Direção-Geral da Saúde, 2022)

A abordagem metodológica neste módulo integra ferramentas como a escala de *Braden*, para a avaliação do risco de lesões cutâneas, e o modelo TIME (Tissue, Infection/Inflammation, Moisture, Edge of wound), que orienta a gestão de feridas com foco na cicatrização efetiva (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019).

1.2 Fundamentos Teóricos

A pele, enquanto órgão de barreira, desempenha um papel essencial na proteção contra agentes externos e na manutenção da homeostasia. A sua integridade pode ser comprometida por múltiplos fatores, como pressão prolongada, fricção, humidade excessiva e infeções. O modelo TIME proporciona uma abordagem sistemática na avaliação e no tratamento de feridas, sendo amplamente recomendado para orientar práticas baseadas em evidências (Ding et al., 2016).

A escala de *Braden* permite identificar precocemente o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, através da avaliação de parâmetros como mobilidade, nutrição, perceção sensorial e exposição à humidade (Braden & Bergstrom, 2019). Estas ferramentas são indispensáveis para uma prática clínica informada e eficaz.

1.3 Definição e Objetivos

Definição:

Os cuidados na manutenção da integridade cutânea incluem intervenções destinadas a prevenir e tratar lesões cutâneas, utilizando técnicas assépticas e materiais apropriados. Este conceito engloba desde a avaliação do risco de lesões até a gestão de feridas, promovendo a cicatrização e minimizando complicações (Gillespie et al., 2020).

Objetivos:

- Prevenir o desenvolvimento de lesões cutâneas, como úlceras por pressão.
- Promover a cicatrização eficaz de feridas.
- Reduzir a incidência de infeções associadas a feridas e ao local cirúrgico.
- Garantir a segurança e o conforto da pessoa.
- Educar as pessoas e os seus cuidadores para práticas seguras de autocuidado.

1.4 Orientações para a Execução

1.4.1 Antes do Procedimento:

1. **Avaliação da Pessoa**

- Identifique a pessoa e obtenha o consentimento informado.
- Explique o procedimento, abordando os objetivos e os benefícios.
- Avaliar a pele quanto a sinais de pressão, humidade e lesões existentes.
- Utilizar a escala de *Braden* para determinar o risco de úlceras por pressão.

2. **Preparação do Ambiente e Materiais:**

- Garantir que todos os materiais necessários, como gazes estéreis, campos assépticos, soluções de limpeza e dispositivos de drenagem, estão disponíveis e prontos para uso (Elkin, 2005).
- Verificar a funcionalidade dos equipamentos e assegurar que o ambiente está limpo e desinfetado.

1.4.2 Durante o Procedimento:

1. **Técnicas Assépticas:**

- Utilizar luvas e instrumentos estéreis para evitar a contaminação da ferida.
- Limpar a ferida com solução salina estéril e aplicar coberturas apropriadas, como gazes impregnadas ou hidrocolóides, conforme o tipo de ferida.

3. **Gestão de Sistemas de Drenagem:**

- Manusear dispositivos, como o sistema de drenagem "Jackson-Pratt", com técnicas assépticas, assegurando a remoção eficaz de fluídos e prevenindo infeções (Sala et al., 2021).

1.4.3 Após o Procedimento:

1. **Higienização e Monitorização:**

- Realizar a higiene das mãos e registar o estado da ferida, incluindo características como tamanho, exsudado e sinais de infeção.
- Planear reavaliações regulares para ajustar os cuidados necessários.

2. **Educação e Envolvimento da Pessoa:**

    - Orientar a pessoa e cuidadores sobre os cuidados necessários, incluindo sinais de alerta para infeções ou complicações.

1.5 Reflexão sobre a Prática

A reflexão sobre a prática constitui um elemento essencial no desenvolvimento das competências em cuidados de enfermagem, especialmente na manutenção da integridade cutânea. Através deste processo, os estudantes analisam as decisões tomadas, avaliam os resultados obtidos e identificam áreas de melhoria. O *debriefing* estruturado, realizado após os cenários simulados, é uma estratégia pedagógica eficaz para consolidar aprendizagens, promovendo a ligação entre teoria e prática (Gillespie et al., 2020).

Durante este processo reflexivo, os estudantes devem:

- Identificar os fatores que influenciaram o sucesso ou as dificuldades encontradas durante a execução do procedimento.
- Relacionar as intervenções realizadas com os resultados obtidos, utilizando indicadores específicos como a cicatrização da ferida e a prevenção de infeções.
- Reconhecer a importância da comunicação efetiva com a equipa de saúde e com as pessoas.
- Desenvolver estratégias para superar desafios futuros e aperfeiçoar as suas competências técnicas e de raciocínio crítico.
- A utilização de instrumentos de avaliação, como o modelo TIME, permite fundamentar a reflexão com base em critérios objetivos, contribuindo para uma prática informada e alinhada com as evidências científicas (Ding et al., 2016).

2. METODOLOGIA DE ENSINO E APRENDIZAGEM

A abordagem metodológica deste módulo baseia-se nos princípios da Simulação Clássica, alinhando-se com o modelo SIMZONES de Roussin et al. (2017) e os padrões da International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) (2021). Esta estrutura permite o desenvolvimento progressivo das competências dos estudantes, garantindo uma aprendizagem estruturada, segura e reflexiva.

2.1 Cenário Clínico Baseado no Modelo SIMZONES (Adaptação para o 1.º Ano)

2.1.1 Justificação

A introdução de cenários clínicos simulados no 1.º ano justifica-se pela necessidade de

- Integrar teoria e prática: facilitar a compreensão de conceitos teóricos através da aplicação prática em situações controladas.
- Promover a segurança: permitir que os estudantes experimentem e desenvolvam competências sem riscos para a pessoa cuidada.
- Fomentar o raciocínio clínico inicial: encorajar a análise de problemas e a tomada de decisões baseadas em evidências.
- Introduzir a abordagem centrada na pessoa: incentivar a comunicação empática e o respeito pela autonomia.

2.1.2 Estrutura do Cenário

Os cenários clínicos deste módulo seguem uma estrutura pedagógica alinhada com o modelo SIMZONES, assegurando uma progressão segura na aquisição de competências. Cada sessão é composta por: briefing inicial, execução da simulação, *debriefing* estruturado e reflexão crítica, permitindo consolidar conhecimentos teóricos e práticos:

2.1.3 Passo 1: Preparação Inicial

Objetivo: preparar os estudantes para a simulação através da introdução ao contexto clínico e ao problema a ser resolvido.

- Descrição do Cenário: apresentação de uma situação clínica detalhada, incluindo dados da pessoa cuidada (idade, diagnóstico, contexto social).
- Objetivos da Simulação: definir as competências a serem desenvolvidas (ex.: avaliação inicial da integridade cutânea, aplicação de princípios de assepsia).
- Materiais Necessários: listagem de equipamentos e recursos, como kits estéreis, escalas de avaliação (ex.: *Braden*) e dispositivos de drenagem.

2.1.4 Passo 2: Execução

Objetivo: realizar intervenções clínicas simuladas com base em práticas seguras e baseadas em evidências.

- Técnicas a praticar: aplicação de pensos, manuseamento de sistemas de drenagem e utilização de materiais estéreis.
- Interações com a Pessoa Simulada: encorajar a comunicação terapêutica e a abordagem centrada na pessoa.
- Monitorização: observação por docentes para avaliar o desempenho técnico e comportamental.

2.1.5 Passo 3: Interpretação e Planeamento

Objetivo: desenvolver competências analíticas para interpretar dados e planear cuidados.

- Interpretação de Dados Clínicos: analisar sinais e sintomas apresentados pela pessoa (ex.: presença de exsudado, tipo de tecido da lesão).
- Planeamento de Cuidados: propor intervenções baseadas nos achados da avaliação e justificar as escolhas com base nas diretrizes vigentes.

2.1.6 Passo 4: Educação e Autocuidado

Objetivo: capacitar os estudantes a educar a pessoa cuidada e/ou cuidadores, promovendo o autocuidado.

- Instrução à Pessoa: ensinar estratégias de prevenção, como mudanças de posição e cuidados com a pele.
- Promoção de Autonomia: encorajar a participação ativa da pessoa nos seus cuidados.
- Material de Apoio: disponibilizar guias ilustrativos e fichas informativas.

2.1.7 Passo 5: Reflexão e Debriefing

Objetivo: estimular a aprendizagem reflexiva através da análise das experiências vivenciadas.

- Sessão de *Debriefing*: conduzida por docentes, focada na análise do desempenho técnico e interpessoal dos estudantes.
- Identificação de Pontos Fortes e Oportunidades de Melhoria: incentivar a autocrítica e a discussão construtiva.
- Ligações Teoria-Prática: explorar como os conceitos aprendidos na simulação podem ser aplicados em cenários clínicos reais.

PARTE 2

1. NORMAS E PROCEDIMENTOS: UTILIZAR MATERIAL ESTERILIZADO, CAMPOS, KITS, DISPOSITIVOS MÉDICOS

1.1 Definição

O uso de material esterilizado, campos, kits e dispositivos médicos é essencial para garantir a segurança, prevenir infeções e promover a cicatrização de feridas. Estas práticas fundamentam-se em protocolos baseados em evidências que asseguram o manuseio adequado de feridas e dispositivos, reduzindo o risco de complicações associadas aos cuidados (Gillespie et al., 2020; Kottner et al., 2019).

1.2 Conceitos

- **Esterilidade:**

  Estado livre de microrganismos vivos, incluindo bactérias, vírus, fungos e esporos, alcançado através de processos específicos de esterilização. É fundamental para a segurança nos cuidados de saúde, especialmente em procedimentos invasivos (World Health Organization [WHO], 2022).

- **Campos Esterilizados:**

  Barreiras físicas criadas para delimitar uma área livre de contaminação, utilizadas durante procedimentos que envolvam tecidos ou dispositivos médicos esterilizados. Garantem a manutenção da assepsia durante a manipulação de feridas ou intervenções.

- **Kit de Penso:**

  Conjunto pré-preparado de materiais estéreis, como compressas, pinças, tesouras e ligaduras, projetado para facilitar a realização de procedimentos de limpeza e tratamento de feridas.

- **Dispositivos Médicos:**

  Equipamentos ou instrumentos, como sistemas de drenagem, cateteres e sondas, utilizados para fins terapêuticos ou diagnósticos. Estes dispositivos requerem esterilidade para prevenir infeções associadas aos cuidados de saúde (Gillespie et al., 2020).

- **Assepsia:**

  Conjunto de práticas destinadas a prevenir a introdução de microrganismos em áreas estéreis do corpo ou durante a manipulação de materiais estéreis. Inclui técnicas rigorosas de higienização das mãos e uso de equipamentos de proteção individual (Kottner et al., 2019).

- **Ferida:**

  Interrupção na continuidade da pele e/ou tecidos subjacentes causada por trauma, cirurgia ou condição patológica. O tratamento da ferida é direcionado para promover a cicatrização e evitar complicações, como infeções e atrasos no processo de reparação tecidual (Ding et al., 2016).

- **Drenagem de Feridas:**

  Processo de remoção de líquidos, como exsudado, sangue ou pus, de uma ferida ou cavidade. A drenagem adequada é essencial para prevenir infeções e promover a cicatrização (Gillespie et al., 2020).

1.3 Objetivos

- Promover a cicatrização segura e eficaz de feridas.
- Prevenir infeções relacionadas a dispositivos médicos e procedimentos.
- Assegurar qualidade e segurança nos cuidados de saúde.
- Reduzir complicações e otimizar os resultados dos cuidados prestados.

1.4 Informações gerais/Indicações

1. **Quem executa:**

- Os procedimentos devem ser realizados por enfermeiros, utilizando técnicas assépticas em conformidade com normas e protocolos institucionais (Kottner et al., 2019).

2. **Frequência:**

- A frequência depende do tipo de ferida, da condição clínica da pessoa cuidada e da prescrição médica ou de enfermagem.

3. **Orientações quanto à execução:**

- Identifique a pessoa e obtenha o consentimento informado.
- Explique o procedimento, abordando os objetivos e os benefícios.
- Realizar avaliação detalhada da ferida e da condição clínica.
- Garantir condições ambientais ideais: iluminação, ventilação e privacidade.
- Utilizar técnica asséptica com o apoio de EPIs adequados (Gillespie et al., 2020).

1.5 Materiais Necessários

Tabuleiro ou carro de pensos contendo:

- Material básico:
  - "Kit" de penso esterilizado.

- Cloreto de sódio isotónico (≥28ºC).
- Compressas esterilizadas.
- Luvas esterilizadas e luvas de uso único não esterilizadas.
- Adesivo, resguardo descartável e recipiente para resíduos (Direção-Geral da Saúde, 2022).

- Material adicional (conforme necessidade):
  - Antisséptico.
  - Drenos ou sistemas de drenagem.
  - Cateter de calibre adequado.
  - Ligadura, rede tubular e pinças de dissecção.

1.6 Orientações para a Execução:

1.6.1 Antes do Procedimento.

1. **Preparação do Ambiente**

- Identifique a pessoa e obtenha o consentimento informado.
- Explique o procedimento, abordando os objetivos e os benefícios.
- Garantir condições de iluminação, temperatura e privacidade (Direção-Geral da Saúde, 2022).
- Confirmar que todos os materiais estão esterilizados e prontos para utilização.

2. **Avaliação Inicial:**

- Observar o estado da ferida, incluindo tamanho, profundidade e presença de infeção.
- Determinar o tipo de penso e materiais necessários com base na avaliação clínica.

3. **Higienização e Preparação:**

- Higienizar as mãos com técnica apropriada (Direção-Geral da Saúde, 2022).
- Preparar o tabuleiro com os materiais necessários.

1.6.2 Durante o Procedimento

1. **Execução da Técnica:**

- Limpar a ferida da área menos contaminada para a mais contaminada.
- Aplicar cloreto de sódio isotónico e antisséptico, se indicado.
- Utilizar movimentos suaves para evitar traumas nos tecidos (Ding et al., 2016).

2. **Manuseamento Seguro de Dispositivos:**

- Garantir a fixação segura de drenos e dispositivos médicos.
- Garantir que todos os materiais utilizados permaneçam estéreis durante o procedimento.

3. **Prevenção de Contaminações:**

- Trocar imediatamente materiais que tenham sido contaminados.
- Evitar a recontaminação ao reposicionar materiais (Gillespie et al., 2020).

1.6.3 Apos o Procedimento:

1. **Finalização:**

- Cobrir a ferida com penso adequado, garantindo margem de proteção.
- Eliminar resíduos conforme as normas de triagem de resíduos hospitalares (Direção-Geral da Saúde, 2022).

2. **Autocuidado à Pessoa:**

- Orientar sobre os cuidados a ter (e ensinos aquando da alta para o domicílio), sinais de alerta (Elkin, 2005).

3. **Registo:**

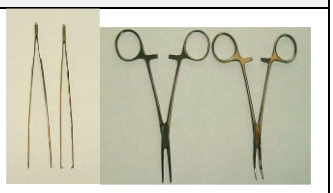
- Documentar o procedimento, materiais utilizados e observações clínicas (Ding et al., 2016).

1.6.4 NORMA: ABRIR E UTILIZAR MATERIAL ESTERILIZADO (CAMPOS, KITS, DISPOSITIVOS MÉDICOS) SOBRE UMA SUPERFÍCIE

Tabela 29: Abrir e utilizar material esterilizado (campos, kits, dispositivos médicos) sobre uma Superfície

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1.Verificar se a embalagem do material esterilizado /Kit se encontra íntegro e dentro da validade de esterilização;	*Assegurar a não contaminação do material esterilizado;*	
2. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	

3. *Colocar a embalagem do material esterilizado/Kit em cima de uma mesa limpa, seca, plana e acima do nível da cintura;*	*Promove o bom manuseamento e visibilidade do material esterilizado. Respeitar os níveis de segurança;*	
4. *No caso dos Kits: Abrir o invólucro exterior e retirar a embalagem/ Kit colocando-o na superfície de trabalho;*	*Favorece uma correta realização da técnica. Estabelecimento e manutenção de um campo estéril;*	
5. *Agarrar, pelo lado exterior, na ponta da aba mais afastada;*	*Evita a contaminação do centro do invólucro;*	
6. *Abrir a aba mais afastada, mantendo os braços esticados e afastados da área esterilizada;*	*Evita passar com os braços por cima do material esterilizado para não contaminar;*	 **Fonte:** (Universidade Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, 2013)
7. *Não deixar a aba cair sobre o artigo esterilizado;*	*Previne a contaminação;*	 **Fonte:** (Universidade Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, 2013)
8. *Proceder da mesma forma para a outra aba lateral;*	*Realiza a técnica de forma correta;*	
9. *Agarrar no bordo exterior da última aba;*	*Realiza a técnica de forma correta;*	 **Fonte:**(Universidade Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, 2013)
10. *Afastar-se da embalagem/ kit esterilizado e puxar a aba, para trás, de modo a esta cair sobre a mesa;*	*Expõe o material esterilizado sem contaminar;*	

11. *Usar a superfície interior da embalagem/ kit (descontando uma margem de 2,5cm a toda a volta) como campo para colocar outros artigos uma vez que está esterilizado;*	*Respeita a margem de segurança;*	
12. *Para deslocar o campo na superfície de trabalho, segure pela margem de 2,5cm;*	*Respeita a margem de segurança para não contaminar.*	
13. *Para adicionar materiais ou dispositivos médicos estéreis: depois de abrir cada embalagem, segure-a em cima do campo (a cerca de 15 cm) e deixe o conteúdo cair sobre o campo (não esquecer que 2,5 cm em toda a volta do campo são considerados contaminados)*	*Respeita a altura de 15 cm, para que a parte externa da embalagem não toque, nem contamine o material esterilizado;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)
14. *Para adicionar líquidos: segurar o frasco com o líquido a uma altura de 10 a 15 cm acima do dispositivo e ao lado do campo estéril, de forma que uma menor parte do frasco fique sobre o campo;*	*Respeita a altura, para que haja menos probabilidade de contaminar o material esterilizado;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)
15. *Para utilizar pinças: manter as pinças esterilizadas à vista e seguras acima da cintura ou da altura da mesa, o que for mais alto;*	*Pinças colocadas num nível abaixo da cintura ou da altura da mesa e fora da vista, podem perder a esterilidade e são consideradas contaminadas;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)

16. *Ao usar pinças para levantar materiais estéreis, certifique-se de que as pinças não tocam nas bordas ou na parte externa da embalagem;*	*As bordas e a parte externa do são consideradas não estéreis;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)

2 NORMA E PROCEDIMENTOS: EXECUTAR PENSOS SIMPLES E COMPLEXOS A FERIDAS AGUDAS E COMPLEXAS

2.1 Definição

Executar pensos a feridas simples e complexas consiste em procedimentos de enfermagem que envolvem a limpeza, desinfeção e proteção de feridas, sejam estas agudas ou crónicas. Estes procedimentos visam promover a cicatrização, prevenir infeções e assegurar o conforto da pessoa. As feridas podem variar de lesões superficiais a feridas profundas ou associadas a complicações, como drenagem excessiva ou presença de tecido desvitalizado (Gillespie et al., 2020; Sinha, 2019).

- **Ferida Simples:** Lesão com características de fácil cicatrização, como feridas superficiais ou de menor complexidade (Lessard et al., 2025).
- **Ferida Complexa**: Lesão que apresenta dificuldades no processo de cicatrização devido à presença de infeções, tecido desvitalizado ou condições sistémicas da pessoa (Ding et al., 2016) .
- **Técnica Assética:** Prática que visa prevenir a contaminação de feridas durante o manuseamento e tratamento (Elkin, 2005).
- **Drenagem de Feridas**: Processo de remoção de líquidos exsudativos ou infeciosos para favorecer a cicatrização e reduzir o risco de infeções (Seo et al., 2022).

2.2 Objetivos

- Prevenir infeções no local da ferida.
- Promover a cicatrização dos tecidos.
- Proteger a ferida contra os fatores externos prejudiciais.
- Garantir o conforto e bem-estar da pessoa.
- Assegurar a remoção adequada de exsudados e líquidos infeciosos.

2.3 Informações gerais/Indicações

- Quem executa: Enfermeiros capacitados em técnicas de gestão de feridas (Sinha, 2019).
- Frequência: Realizada conforme indicação clínica, protocolo institucional ou avaliação contínua da ferida.
- Condições ambientais: Manter o ambiente limpo, bem ventilado e com iluminação adequada.
- Avaliação contínua: Observar sinais de infeção, drenagem excessiva, edema, dor e cicatrização.

2.4 Materiais Necessários

- Kit de Penso: Compressas esterilizadas, adesivo, pinças, tesoura esterilizada, resguardos descartáveis.
- Solução de Irrigação: Cloreto de sódio isotónico.
- Antisséptico: Clorexidina ou outros recomendados.
- Dispositivos Adicionais: Sistemas de drenagem, redes tubulares, ligaduras.
- Equipamento de Proteção Individual (EPI): Luvas de uso único não esterilizadas, máscara, avental.

2.5 Orientações para a Execução:

2.5.1 Antes do Procedimento.

- Identifique a pessoa e obtenha o consentimento informado.
- Explique o procedimento, abordando os objetivos e os benefícios.
- Reúna os materiais necessários e higienize as mãos.
- Avalie a ferida quanto ao tamanho, profundidade, presença de infeção e condições da pele envolvente.

2.5.2 Durante o Procedimento.

- Realize a limpeza da ferida utilizando técnica assética, do ponto menos contaminado para o mais contaminado (Ding et al., 2016).
- Substitua o penso sempre que estiver molhado, descolado ou contaminado.
- Adapte as intervenções às condições da pessoa, considerando limitações de mobilidade ou sensibilidade.

2.5.3 Após o Procedimento.

- Registe o procedimento, descrevendo as características da ferida, materiais utilizados e resposta da pessoa.
- Elimine os resíduos em contentores apropriados, seguindo as normas de gestão de resíduos hospitalares.
- Oriente a pessoa sobre os cuidados necessários e possíveis sinais de complicação.

2.5.4 NORMA: EXECUTAR PENSOS SIMPLES A FERIDAS AGUDAS E COMPLEXAS

Tabela 30: Procedimento para Pensos Simples a Feridas Agudas

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1.Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
1. Providenciar os recursos para junto da pessoa;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
14. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
15. Identificar a pessoa (2 identificadores);	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
16. Explicar o procedimento e obter consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
17. Posicionar a pessoa ou assistir a posicionar-se, de acordo com a sua situação clínica e áreas a expor;	*Facilita a realização do procedimento;*	
18. Aplicar resguardo impermeável sob o local de realização do procedimento, se necessário;	*Reduz o risco de exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa;*	
19. Calçar luvas de uso único não esterilizadas;	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
20. Retirar o penso, puxando o adesivo desde a parte superior. Se o penso estiver colado à ferida, humedeça-o com Soro Fisiológico e retire-o depois lentamente.	*Evita a tensão na ferida;*	

21. Observar as características da ferida (tamanho, profundidade e presença de infeção), do penso retirado e a região circundante;	*Permite avaliar a ferida e evolução cicatricial: processo de cicatrização, sinais inflamatórios; presença de exsudado;*	
22. Retirar as luvas;	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
23. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
24. Abrir o Kit de pensos e/ ou material esterilizado (ver norma 3.6.4);	*Permite dar continuidade ao procedimento;*	
25. Se não tiver Kit de pensos, deve abrir um campo esterilizado e colocar todo o material (esterilizado e com técnica assética) necessário para a sua execução: Campo esterilizado, Pinça de disseção, Pinça de Kocher, Taça com soro e compressas;	*Permite ter campo asséptico para colocar material e permitir o uso de técnica asséptica;*	
26. Calçar luvas esterilizadas, se necessário (Se não houver pinças disponíveis);	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
27. Limpar a ferida com compressa e soro fisiológico, só num sentido (do mais limpo para o mais sujo);	*Remove microrganismos, previne a infeção e lesão dos tecidos e favorece a cicatrização;*	
28. Limpar a pele envolvente, no sentido da ferida para o exterior (cada movimento com uma compressa esterilizada diferente);	*Remove microrganismos, previne a infeção e lesão dos tecidos e favorece a cicatrização;*	
29. Se indicado, proceda do mesmo modo com as compressas com antisséptico;	*Elimina microrganismos causadores de infeção;*	
30. Secar a ferida e a pele envolvente, com compressas secas (com os mesmos movimentos utilizados na limpeza);	*Mantém a ferida e a pele circundante secas;*	

31. Remover pontos, se indicado com tesoura ou com lâmina de bisturi: Colocar uma compressa junto à sutura; se utilizar lâmina de bisturi, deve fixar a lâmina de bisturi na pinça de Kocher; levantar o ponto a retirar, com a pinça de disseção e com a tesoura ou com a lâmina de bisturi fixa na pinça de Kocker, cortar o ponto na porção mais curta da linha, adaptando a posição da lâmina à localização do ponto, mantendo, o cortante virado para cima. Puxar o ponto com a pinça de disseção e colocar em cima da compressa.	*Garante a prestação e continuidade de cuidados;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)
32. Remover agrafes, se indicado: Colocar uma compressa junto à sutura; abrir e inserir a pinça de tirar agrafes por baixo do agrafe e fechar. Quando as duas pontas do agrafe estiverem visíveis, levante e afaste suavemente da superfície cutânea. Colocar o agrafe em cima da compressa.	*Garante a prestação e continuidade de cuidados;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)
33. Se remover pontos/ agrafes, limpar e secar a ferida com compressa e soro fisiológico;	*Previne a contaminação e facilita a aderência do penso;*	
34. Aplicar penso. Tapar com compressas secas, colocando cada compressa sobre 2/3 da anterior e fixar com adesivo;	*Protege a sutura; reforça absorção do exsudado;*	
35. Retirar as luvas;	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
36. Apreciar o bem-estar da pessoa;	*Facilita a atualização do diagnóstico de enfermagem;*	
37. Reunir e acondicionar adequadamente todo o material utilizado;	*Mantém o material arrumado;*	

38. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
39. Registar e documentar os resultados (data e hora; diagnóstico e intervenções de enfermagem, descrição do procedimento; materiais utilizados; educação à pessoa e/ ou cuidador).	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

2.5.5 NORMA: EXECUTAR PENSOS COMPLEXOS A FERIDAS AGUDAS E COMPLEXAS

Tabela 31: Procedimento para Pensos Complexos a Feridas Agudas e Complexas

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. Executar os passos 1 a 15 conforme descritos na norma 4.6.4		
2. Executar colheita de exsudado para análise, se necessário;	*Identifica a presença de microrganismos;*	
3. Limpar a ferida ou irrigar;	*Remove microrganismos, previne a infeção e lesão dos tecidos e favorece a cicatrização;*	
4. Observar e monitorizar as características da ferida;	*Monitoriza a evolução cicatricial;*	
5. Remover tecidos desvitalizados, se necessário;	*Favorece a cicatrização;*	
6. Limpar ou irrigar a ferida e a zona circundante com Soro Fisiológico;	*Remove resíduos de tecidos desvitalizados, previne a infeção e lesão dos tecidos e favorece a cicatrização;*	
7. Secar a ferida e a pele envolvente, com compressas secas;	*Previne a contaminação e facilita a aderência do penso;*	
8. Aplicar agente tópico/medicamentos, se indicado;	*Facilita a remoção do agente necrótico e a cicatrização da ferida;*	
9. Proteger a pele circundante, se necessário;	*Evita a maceração da pele;*	
10. Aplicar penso adequado;	*Favorece o contacto do agente tópico, a absorção do exsudado e protege a ferida de contaminação;*	
11. Posicionar ou ajudar a pessoa a posicionar-se de	*Favorece conforto e segurança, reduzindo risco de queda, dor*	

forma segura e confortável;	*ou complicações associadas ao procedimento;*	
12. Retirar as luvas;	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
13. Apreciar o bem-estar da pessoa;	*Facilita a atualização do diagnostico de enfermagem*	
14. Reunir e acondicionar adequadamente todo o material utilizado;	*Mantém o material arrumado;*	
15. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
16. Registar e documentar os resultados (data e hora; diagnóstico e intervenções de enfermagem, descrição do procedimento; materiais utilizados; educação à pessoa e/ ou cuidador).	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

3 NORMA E PROCEDIMENTOS: MANUSEAR SISTEMAS DE DRENAGEM

3.1 Definição

Um dreno ou sistema de drenagem é um dispositivo médico utilizado para remover fluidos acumulados, como sangue, exsudado ou pus, de feridas, cavidades corporais ou áreas cirúrgicas. Este processo é essencial para reduzir o risco de infeção, prevenir a formação de abscessos, aliviar a pressão no local e promover a cicatrização adequada dos tecidos. Os drenos são indicados em situações pós-cirúrgicas, traumáticas ou infeciosas, e podem ser classificados em sistemas abertos, fechados ou de sucção, dependendo do método utilizado para recolher os fluídos (Gillespie et al., 2020).

Manusear sistemas de drenagem consiste em intervenções de enfermagem destinadas a monitorizar, manter e, quando necessário, substituir dispositivos utilizados para a drenagem de líquidos, como exsudados, sangue ou pus, provenientes de feridas ou cavidades corporais. Estas intervenções incluem a avaliação da eficácia do sistema, a limpeza da área de inserção e a prevenção de infeções, assegurando um cuidado seguro e eficiente.

3.2 Conceitos

1. **Drenagem Aberta:**

- Um sistema simples que permite a saída de fluidos diretamente para o exterior, frequentemente recolhidos num penso estéril. Exemplo: dispositivo tubular simples, muitas vezes referido como "dreno de Penrose". É indicado para drenagens menos volumosas ou superficiais.

2. **Drenagem Fechada:**

- Este sistema utiliza um reservatório hermético, como os dispositivos “Jackson-Pratt” ou “Hemovac”, que recolhem os fluidos através de pressão negativa. São utilizados para minimizar o risco de infeções e para monitorizar com precisão o volume drenado (Sala et al., 2021).

3. **Drenagem de Sucção Negativa:**

- Sistema que aplica pressão controlada para otimizar a remoção de líquidos e eliminar "espaços mortos" entre os tecidos, promovendo uma adesão mais eficiente das camadas cutâneas e evitando complicações (Seo et al., 2022).

4. **Cuidados de Manutenção do Dreno:**

- Incluem a avaliação periódica do volume e características dos fluidos drenados, substituição de dispositivos quando necessário e monitorização da zona de inserção para prevenir infeções locais.

3.3 Objetivos

- Prevenir a formação de abscessos.
- Promover a cicatrização dos tecidos subjacentes.
- Monitorizar a quantidade e características do exsudado.
- Reduzir o risco de infeções através de práticas asséticas.

3.4 Informações gerais/Indicações

- Quem executa: Enfermeiros com competências técnicas em cuidados de feridas e drenagem.
- Frequência: determinada pela avaliação clínica, tipo de cirurgia e volume de drenagem.
- Condições ambientais: realizar o procedimento em ambiente limpo e com materiais esterilizados.
- Avaliação contínua: avaliar sinais de infeção, quantidade de drenagem e integridade do sistema de drenagem.

3.5 Materiais Necessários

- Kit de Penso: Compressas esterilizadas, adesivo, pinças, tesoura esterilizada, resguardos descartáveis.
- Dispositivos de Drenagem: "Jackson-Pratt", "Hemovac" ou "Penrose".
- Solução de Irrigação: Cloreto de sódio isotónico.
- EPI: Luvas esterilizadas, máscara e avental.
- Dispositivos para resíduos: Saco/ Contentores apropriados para materiais contaminados.

3.6 Orientações para a Execução:

3.6.1 Antes do Procedimento.

1. **Preparação do Ambiente:**

- Assegure condições adequadas de temperatura, iluminação e higiene.
- Verifique o material necessário e a funcionalidade do sistema de drenagem.

2. **Informação à Pessoa:**

- Identifique a pessoa e obtenha o consentimento informado.
- Explique o procedimento, abordando os objetivos e os benefícios.

- Garanta privacidade e conforto.

3. **Avaliação Inicial:**

- Inspecione o local de inserção do dreno e a integridade da pele envolvente.
- Avalie o volume, cor e consistência da drenagem.

3.6.2 Durante o Procedimento.

1. **Esvaziamento do Reservatório:**

- Remova a tampa do reservatório com luvas de uso único não esterilizadas, evitando contato com o interior.
- Esvazie o conteúdo em um recipiente apropriado e meça o volume.

2. **Irrigação e Substituição:**

- Realize a limpeza do local de inserção do dreno com técnica assética.
- Substitua o sistema se indicado, garantindo que não haja contaminação.

3. **Restabelecimento da Pressão Negativa:**

- Comprima o reservatório antes de fechar, para assegurar a pressão necessária à drenagem (Sala et al., 2021).

3.6.3 Após o Procedimento.

1. **Registo e Monitorização:**

- Documente a quantidade e características da drenagem, assim como a resposta da pessoa ao procedimento.
- Registe eventuais sinais de infeção ou desconforto.

2. **Orientação:**

- Informe a pessoa sobre cuidados com o sistema e sinais de alerta, como aumento da dor ou febre.
- Realize o planeamento da próxima avaliação do dreno.

3. **Higiene e Descarte:**

- Higienize as mãos e descarte os materiais contaminados de forma apropriada, seguindo as normas de resíduos hospitalares.

3.6.4 NORMA: MANUSEAR SISTEMAS DE DRENAGEM

Tabela 32: Cuidados de Enfermagem no Manuseamento de Sistemas de Drenagem

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	

1.Executar os passos 1 a 6 conforme descritos na norma 4.6.5		
2. Aplicar resguardo impermeável junto ao local de inserção do dreno, se necessário;	*Reduz o risco de exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa;*	
3. *Calçar luvas de uso único não esterilizadas;*	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
4. Retirar o penso. Se estiver colado, humedeça-o com Soro Fisiológico e retire-o depois lentamente.	*Evita a tensão na ferida;*	
5. Retirar as luvas;	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
6. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
7. Abrir o Kit de pensos e/ ou material esterilizado (ver norma 3.6.4);	*Permite dar continuidade ao procedimento;*	
8. Se não tiver Kit de pensos, deve abrir um campo esterilizado e colocar todo o material (esterilizado e com técnica assética) necessário para a sua execução: campo esterilizado, pinça de disseção, pinça de Kocher, taça com soro e compressas;	*Permite ter campo asséptico para colocar material e permitir o uso de técnica asséptica;*	
9. Calçar luvas esterilizadas, se necessário;	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
10. Mobilizar, fixar ou retirar dreno, se indicado;	*Identifica a presença de microrganismos;*	
11. Esvaziar o reservatório, se indicado. Remover a tampa do reservatório com luvas de uso único não esterilizadas, evitando contato com o interior e esvaziar o conteúdo para um recipiente apropriado para a medição do volume;	*Avaliar a evolução da drenagem e identificar sinais de infeção ou hemorragia.*	
12. Comprimir o reservatório antes de fechar, para assegurar a pressão	*Manter a pressão negativa do sistema e reduz o risco de contaminação externa;*	

negativa necessária à drenagem;		
13. *Observar as características do local de inserção do dreno, a integridade da pele envolvente e o conteúdo drenado (volume, cor e consistência da drenagem);*	*Avaliar as características do líquido drenado e identificar sinais de infeção ou hemorragia.*	
14. *Limpar o local de inserção do dreno com compressa e soro fisiológico isotónico, com movimentos circulares, de dentro para fora;*	*Previne infeção do local do dreno;*	
15. *Secar com compressa seca (com o mesmo movimento);*	*Mantém a pele seca;*	
16. *Colocar duas compressas secas a envolver o dreno;*	*Permite proteger o local de inserção do dreno;*	
17. *Colocar compressas em cima do dreno;*	*Permite absorver o conteúdo drenado pelo dreno;*	
18. *Fixar com adesivo (o penso do dreno deve ficar separado dos pensos das feridas);*	*Fixa as compressas;*	
19. *Posicionar ou ajudar a pessoa a posicionar-se. Posicionar o reservatório de forma que não faça tração no local de inserção do dreno e permita mobilidade de movimentos;*	*Evita a pressão sobre a zona, cuja integridade cutânea esteja alterada;*	
20. *Retirar as luvas;*	*Previne contaminação, assegurando segurança ocupacional e controlo de infeção;*	
21. *Apreciar o bem-estar da pessoa;*	*Facilita a atualização do diagnostico de enfermagem;*	
22. *Reunir e acondicionar adequadamente todo o material utilizado;*	*Mantém o material arrumado;*	
23. *Realizar a higiene das mãos;*	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
24. *Registar e documentar os resultados (data e hora; diagnóstico e intervenções de enfermagem, quantidade e características da drenagem, resposta da pessoa ao procedimento;*	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

educação à pessoa e/ ou cuidador).		

4 NORMA E PROCEDIMENTOS: EXECUTAR LIGADURAS

Este Capítulo É Complementado Por Um Vídeo Explicativo Que Demonstra As Técnicas De Ligaduras Descritas Neste Manual. Pode Aceder Ao Vídeo Através Do Seguinte Link:

https://youtu.be/OJ760PEg0HA

4.1 Definição

A aplicação de ligaduras é uma intervenção de enfermagem de caráter interdependente ou autónomo. Consiste em envolver uma região corporal específica da pessoa com uma ligadura, com o objetivo de imobilizar, conter, comprimir ou proteger a área tratada. A técnica deve ser executada com precisão, respeitando os princípios de segurança e conforto da pessoa(Sinha, 2014).

4.2 Conceitos

Uma ligadura é definida como uma porção de tecido ou material, utilizado para envolver uma parte do corpo para proteção, suporte ou compressão, conforme indicado para necessidades terapêuticas específicas (International Classification for Nursing Practice (ICNP®), 2019).

4.3 Objetivos

- Proteção e oclusão: proteger uma região ferida ou a 'pessoa' contra fatores externos, como infeções, poeiras e impactos.
- Contenção e suspensão: manter um penso, suspender um membro ou um órgão.
- Compressão: aplicação de pressão para fins como hemostasia, redução de secreções, promoção de reabsorção ou prevenção de estase sanguínea.
- Imobilização: restrição de movimentos em situações como fraturas, luxações ou entorses.
- Conforto e segurança: promover o bem-estar e reduzir riscos de lesões associadas.

4.4 Informações Gerais/Indicações

1. **Princípios Gerais**

- Quem executa: enfermeiro capacitado, respeitando protocolos institucionais.
- Frequência: Realizada conforme indicação clínica, protocolo institucional ou avaliação da necessidade específica da pessoa.

- Condições ambientais: temperatura, ventilação e iluminação adequadas para o conforto da pessoa.
- Avaliação contínua: garantir que a pele está limpa, seca e protegida, especialmente em áreas com proeminências ósseas e avaliar sinais de compromisso neurocirculatório.

4.5 Materiais Necessários

- Ligaduras (elásticas, de gaze ou algodão, conforme a indicação).
- Algodão ou gaze para proteção de áreas sensíveis.
- Tesoura e adesivo.
- Água e sabão ou solução de higienização.
- Luvas de uso único não esterilizadas.

4.6 Orientações para a Execução:

4.6.1 Antes do Procedimento.

- Identifique a pessoa e obtenha o consentimento informado.
- Explique o procedimento, abordando os objetivos e os benefícios.
- Prepare os materiais necessários, organizando-os em tabuleiros apropriados.
- Avalie a integridade cutânea e, se necessário, realize o cuidado das feridas antes da aplicação da ligadura.

4.6.2 Durante o Procedimento.

- Posicione a área a ser tratada acima do nível do tronco para minimizar o edema.
- Inicie a aplicação da ligadura do sentido distal para o proximal, respeitando os princípios da circulação venosa.
- Ajuste a pressão da ligadura, evitando aperto excessivo ou fraqueza.
- Utilize técnicas apropriadas à região:

  Espiral: Áreas cilíndricas (braços e pernas).

  Espiga: Áreas que aumentam de diâmetro (coxa, antebraço).

  Voltas em oito: Articulações (joelho, tornozelo).

  Recorrente: Áreas arredondadas (cabeça, coto de amputação).

4.6.3 Após o Procedimento.

- Avalie sinais de compromisso neurocirculatório, como a coloração, temperatura e sensibilidade da área.
- Documente o procedimento, incluindo data, hora e observações relevantes.
- Informe a pessoa sobre cuidados posteriores, como monitorização de sinais de desconforto ou alterações na ligadura.
- Registos:

  Data e hora do procedimento.

  Descrição da área tratada e tipo de ligadura utilizada.

  Observações sobre sinais neurocirculatórios e reações da pessoa.

4.6.4 NORMA: EXECUTAR LIGADURAS EM TÉCNICA "ESPIRAL", "ESPIGA" E "VOLTAS EM OITO"

Tabela 33: Cuidados de Enfermagem na Execução de Ligaduras em Técnica "Espiral", "Espiga" e "Voltas em Oito"

Intervenções de Enfermagem:	**Justificação:**	
Passo	***Fundamentação***	
1. Preparar recursos e manter material junto da pessoa;	*Reduz interrupções, promove eficiência e minimiza o risco de erro durante a execução do procedimento;*	
2. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
3. Identificar a pessoa (2 identificadores);	*Previne erros de identificação e garante que o procedimento é realizado na pessoa certa;*	
4. Explicar o procedimento à pessoa e obter consentimento;	*Promove informação e participação, reforçando cuidados centrados na pessoa e a segurança do procedimento;*	
5. Posicionar a pessoa ou assistir a posicionar-se, de acordo com a sua situação clínica e em função do local a imobilizar;	*Favorece conforto e segurança, reduzindo risco de queda, dor ou complicações associadas ao procedimento;*	
6. Observar as características do local a imobilizar (integridade	*Permite despistar complicações e decidir a*	

cutânea, presença de feridas, presença de drenagens, …);	*pressão a realizar na imobilização;*	
7. Calçar luvas de uso único não esterilizadas, se necessário;	*Reduz o risco de contaminação e exposição a fluidos biológicos, protegendo a pessoa e o profissional;*	
8. Segurar no rolo da ligadura com a mão dominante e a sua extremidade com a mão não dominante. Colocar a extremidade da ligadura na face lateral da região a ligar;	*Inicia o procedimento e impede o deslizamento da ligadura;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)
9. Técnica em "Espiral" (Áreas Cilíndricas) *Iniciar a ligadura com duas circulares, sobrepostas. Fazer voltas em espiral sobrepondo cada volta anterior em metade ou a dois terços da sua largura;*	*Permite a continuidade da ligadura;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)
9. Técnica em "Espiga" (Áreas que aumentam de tamanho) *Iniciar a ligadura com duas circulares, sobrepostas. Fazer uma volta ascendente e outra descendente, em forma de "oito", sobrepondo a ligadura pela metade ou a dois terços da mesma, de forma a desenhar uma espiga;*	*Permite a continuidade da ligadura;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)
9. Técnica "Voltas em Oito" (Articulações) *Iniciar a ligadura no centro da articulação e cada volta cruza a anterior, formando um leque.* *Fazer uma volta ascendente e outra descendente de forma a fazer um oito e a cobrir toda a área a ligar;*	*Permite a continuidade da ligadura;*	 **Fonte:** (Cerqueira & Ramos, 2018)

10. Desenrolar gradualmente a ligadura passando-a de uma mão para a outra;	*Mantêm a continuidade da ligadura;*	
11. Verificar com a pessoa se a ligadura se encontra apertada;	*Previne complicações e permite gerir a pressão a aplicar na ligadura;*	
12. Envolver o local a ligar até à região pretendida;	*Permite a continuidade do procedimento;*	
13. Terminar com duas circulares. Cortar a ligadura excedente dobrando a extremidade no sentido interno e fixar com adesivo;	*Permite terminar o procedimento e fixa a ligadura;*	
14. Verificar a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório e alertar a pessoa e/ ou cuidador acerca dos sinais de alarme;	*Despiste de complicações e promoção do autocuidado;*	
15. Apreciar o bem-estar da pessoa;	*Facilita a atualização do diagnostico de enfermagem;*	
16. Reunir e acondicionar adequadamente todo o material utilizado;	*Mantém o material arrumado;*	
17. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
18. Registar e documentar os resultados (data e hora; objetivos e tipo de ligadura, resultados da avaliação relativos à integridade cutânea, dor, sinais de compromisso neuro-circulatório; intervenções realizadas, resposta da pessoa ao procedimento; educação à pessoa e/ou cuidador).	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

4.6.5 NORMA: EXECUTAR LIGADURAS EM TÉCNICA "RECORRENTE" (Áreas Arredondadas)

Tabela 34: Cuidados de Enfermagem na Execução de Ligaduras em "Técnica Recorrente"

Intervenções de Enfermagem:	***Justificação:***	
Passo	***Fundamentação***	
1. Executar os passos 1 a 7 conforme descritos na norma 4.6.4;		

2. Colocar, se necessário, ligadura de algodão acima da extremidade/ área arredondada;	*Permite, almofadar e proteger a área;*	
3. Segurar no rolo da ligadura elástica com a mão dominante e a sua extremidade com a mão não dominante. Colocar a extremidade da ligadura na face lateral da região a ligar;	*Inicia o procedimento e impede o deslizamento da ligadura;*	
3. Iniciar com duas circulares e fixar a ligadura com a mão não dominante (segurando sempre em todas as voltas). Mover a ligadura sobre a área arredondada e de volta ao ponto inicial, criando um movimento perpendicular de "vai-e-volta" (recorrente);	*Permite fixar o penso, favorecer a circulação venosa, proporcionar suporte e modelar a área;*	 **Fonte:** (Ramos & Cerqueira, 2018)
4. Fazer as voltas seguintes em oito de forma a cobrir toda área;	*Permite uma cobertura uniforme, estabilidade e adaptação ao formato anatómico;*	 **Fonte:** (Ramos & Cerqueira, 2018)
5. Terminar a ligadura com duas circulares. Cortar a ligadura excedente dobrando a extremidade no sentido interno e fixar com adesivo;	*Permite terminar o procedimento e fixa a ligadura;*	 **Fonte:** (Berman et al., 2021)
6. Verificar a existência de sinais de compromisso neuro-circulatório e alertar a pessoa e o cuidador acerca dos sinais de alarme;	*Despista complicações e promove o autocuidado;*	
7. Apreciar o bem-estar da pessoa;	*Facilita a atualização do diagnostico de enfermagem;*	
8. Reunir e acondicionar adequadamente todo o material utilizado;	*Mantém o material arrumado;*	

9. Realizar a higiene das mãos;	*Reduz a transmissão cruzada e diminui o risco de infeção associada aos cuidados;*	
10. Registar e documentar os resultados (data e hora; objetivos e tipo de ligadura, resultados da avaliação relativos à integridade da pele, dor, sinais de compromisso neuro-circulatório; intervenções realizadas, resposta da pessoa ao procedimento; educação à pessoa e/ ou cuidador).	*Garante continuidade de cuidados, rastreabilidade e comunicação eficaz entre a equipa.*	

5 REFERÊNCIAS

Berman, Audrey., Snyder, Shirlee., & Frandsen, Geralyn. (2021). *Kozier & Erb's fundamentals of nursing : concepts, process, and practice*. Pearson.

Braden, B., & Bergstrom, N. (2019). *Escala de Braden para Predizer o Risco de Úlceras por Pressão*. http://www.bradenscale.com/braden.pdf

Cerqueira, A. F., & Ramos, A. L. (2018). *Aprendizagens em Contexto Simulado: normas de procedimento de enfermagem: fundamentos de enfermagem: volume II: Vol. II*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28348/1/Reposito%cc%81rio_ACS_volumeII_e-book.pdf

Ding, S., Lin, F., & Gillespie, B. M. (2016). Surgical wound assessment and documentation of nurses: an integrative review. *Journal of Wound Care*, *25*(5), 232–240. https://doi.org/10.12968/jowc.2016.25.5.232

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Úlceras de Pressão. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020/ulceras-de-pressao.aspx

Elkin, M. K. P. A. G. P. P. A. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos* (2ª). Lusociência.

Gillespie, B. M., Walker, R. M., McInnes, E., Moore, Z., Eskes, A. M., O'Connor, T., Harbeck, E., White, C., Scott, I. A., Vermeulen, H., & Chaboyer, W. (2020). Preoperative and postoperative recommendations to surgical wound care interventions: A systematic meta-review of Cochrane reviews. *International Journal of Nursing Studies*, *102*, 103486. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103486

International Classification for Nursing Practice (ICNP®). (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. ICN.

Kottner, J., Cuddigan, J., Carville, K., Balzer, K., Berlowitz, D., Law, S., Litchford, M., Mitchell, P., Moore, Z., Pittman, J., Sigaudo-Roussel, D., Yee, C. Y., & Haesler, E. (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019. *Journal of Tissue Viability*, *28*(2), 51–58. https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.01.001

Lessard, J., Isaac, C. J., Benhamed, A., Boucher, V., Blanchard, P.-G., Malo, C., Bérubé, M., Pelet, S., Belzile, E., Fortin, M.-P., & Émond, M. (2025). In-Hospital Adverse Events in Older Patients with Hip Fracture: A Multicenter Retrospective Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *26*(2), 105384. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.105384

National Pressure Ulcer Advisory Panel, E. P. U. A. P. e P. P. P. I. A. (2019). *Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão: Guia de Consulta Rápida* (E. Haesler, Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA. https://epuap.org/download/8570/

Ramos, A. L., & Cerqueira, A. (2018). *Aprendizagens em Contexto Simulado : normas de procedimento de enfermagem: fundamentos de enfermagem: volume I: Vol. I*. http://hdl.handle.net/10400.26/28347

Sala, J. J., Mayampurath, A., Solmos, S., Vonderheid, S. C., Banas, M., D'Souza, A., & LaFond, C. (2021). Predictors of pressure injury development in critically ill adults: A retrospective cohort study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *62*, 102924. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102924

Seo, Y., Oh, H., Na, Y., Kim, M., & Seo, W. (2022). A Prospective Study of Pressure Injury Healing Rate and Time and Influencing Factors in an Acute Care Setting. *Advances in Skin & Wound Care*, *35*(12), 1–9. https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000892488.90282.a4

Sinha, S. (2014). Management of venous leg ulcers in general practice – A practical guideline. Australian Family Physician, . *Reimpresso de Australian Family Physician.* . https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/76580617/201409Focus-Sreedharan-libre.pdf

Sinha, S. (2019). Management of post-surgical wounds in general practice. *Australian Journal of General Practice*, *48*(9), 596–599. https://doi.org/10.31128/AJGP-04-19-4921

Universidade Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. (2013). *Norma Abrir Campos Esterilizados*.

Universidade Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. (2024, April 4). Vídeo sobre como aplicar Ligaduras. YouTube. https://youtu.be/OJ760PEg0HA?list=PLLUCNZdZOTwlyoDcJ2hGr9N-ifAcIpUG

World Health Organization (WHO). (2022). *Guidelines on personal hygiene care: Ensuring safety and dignity*. https://www.who.int