

Procedimento Operacional Padrão

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

2025-07-23

Sumário

Prefácio	1
Equipe de elaboração	2
Introdução	3
Objetivos	4
POP Enfermagem 01 - Verificação da Pressão Arterial em Membros Superiores	5
POP Enfermagem 02 - Verificação de Temperatura	7
POP Enfermagem 03 - Verificação e Controle de Glicemia (HGT)	9
POP Enfermagem 04 - Verificação de Frequência Respiratória	11
POP Enfermagem 05 - Verificação e Controle de Oximetria	13
POP Enfermagem 06 - Verificação de Pulso Periférico	14
POP Enfermagem 07 - Verificação de Pulso Apical	15
POP Enfermagem 08 - Verificação do Peso Corpóreo	16
POP Enfermagem 09 - Aspiração de Vias Aéreas Inferiores	17
POP Enfermagem 10 - Cateterismo Vesical de Alívio	20
POP Enfermagem 11 - Cateterismo Vesical de Demora	22
POP Enfermagem 12 - Aplicação de Compressas	24
POP Enfermagem 13 - Contenção Mecânica no Leito	26
POP Enfermagem 14 - Eletrocardiograma	28
POP Enfermagem 15 - Higiene do Estoma Traqueal/Câncula de Traqueostomia	32
POP Enfermagem 16 - Higienização das Mão	34
POP Enfermagem 17 - Higienização da Região Íntima Feminina e Masculina	37
POP Enfermagem 18 - Higienização do Paciente no Leito	39
POP Enfermagem 19 - Administração de Medicamentos via Ocular	42
POP Enfermagem 20 - Administração de Medicamentos via Auricular	44
POP Enfermagem 21 - Administração de Medicamentos via Nasal	46
POP Enfermagem 22 - Administração de Medicamentos via Nebulização	48
POP Enfermagem 23 - Administração de Medicamentos via Oral	50
POP Enfermagem 24 - Administração de Medicamentos via Sublíngual	52
POP Enfermagem 25 - Oxigenoterapia por Cateter Nasal (Tipo Óculos)	54
POP Enfermagem 26 - Oxigenoterapia por Máscara Não Reinalante	56
POP Enfermagem 26 - Oxigenoterapia com Máscara Venturi	58
POP Enfermagem 27 - Lavagem Gástrica	59
POP Normas Institucionais 28 - Triagem de Pacientes	61
POP Normas Institucionais 29 - Notificação Compulsória	62
REFERÊNCIAS	63

Prefácio

HÉLIO WILLAMY MIRANDA DA FONSECA

Prefeito de Guamaré/RN

FABRÍCIO MORAIS DE ARAÚJO

Secretário Municipal de Saúde

ARTHUR FELIPE DE ARAÚJO SILVA

Diretor Geral do Hospital Manoel Lucas de Miranda

NATHÁLIA BRITO

Coordenadora das Equipes de Enfermagem de Alta e Média Complexidade

ADRIANA TEMOTEÓ DANTAS

Coordenadora de Enfermagem do Hospital Manoel Lucas de Miranda

JÉSSICA MICAELE REBOUÇAS JUSTINO MENEZES

Enfermeira do Hospital Manoel Lucas de Miranda

MARIA AJANAFES CAMELO DANTAS

Enfermeira da Policlínica de Guamaré/RN

MARIA ELIZIARA BEZERRA DE OLIVEIRA

Técnica de Enfermagem do Hospital Manoel Lucas de Miranda

Equipe de elaboração

Adriana Temoteo Dantas

(Coordenadora de Enfermagem do Hospital Manoel Lucas de Miranda)

Jéssica Micaele Rebouças Justino Menezes

(Enfermeira do Hospital Manoel Lucas de Miranda)

Maria Ajanafés Camelo Dantas

(Enfermeira da Policlínica de Guamaré/RN)

Maria Eliziara Bezerra de Oliveira

(Técnica de Enfermagem do Hospital Manoel Lucas de Miranda)

Aprovado por:

Data: _ / _ / _

Reconhecido por:

Data: _ / _ / _

Introdução

O **Procedimento Operacional Padrão (POP)** é uma descrição clara e detalhada de todas as etapas necessárias para a realização de uma atividade. Com o objetivo de assegurar a qualidade e a segurança das ações e serviços, são elaborados protocolos que visam manter o funcionamento adequado dos processos de trabalho e técnicas, por meio da padronização e da redução de desvios na execução das atividades. Além disso, esses documentos facilitam o planejamento e a realização do trabalho pelos profissionais envolvidos.

O **Hospital Manoel Lucas de Miranda**, localizado no município de Guamaré/RN, é uma unidade hospitalar de médio porte que integra a Rede de Atenção às Urgências. Foi fundado em 25 de dezembro de 1996 com o objetivo de oferecer à sociedade uma assistência à saúde baseada nos preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS.

A unidade funciona em regime de plantão 24 horas, atendendo às necessidades e demandas da população. Possui capacidade total de 42 leitos de internamento, distribuídos entre os seguintes setores:

- Sala de preparo e administração de medicamentos;
- Leitos de observação adulto: 3 poltronas e 3 leitos;
- Leito de observação pediátrica: 1 leito;
- Sala de estabilização para emergências: 1 sala.

Setor de Internamento

- Clínica médica feminina: 4 leitos;
- Clínica médica masculina: 4 leitos;
- Clínica médica pediátrica: 2 leitos.

Setor de Obstetrícia

- Sala PPP (pré-parto, parto e pós-parto): 2 leitos;
- Sala de parto: 1 leito + 1 berço aquecido;
- Alojamento conjunto: 3 leitos para puérperas com berçários para os recém-nascidos.

Leitos de Estabilização

- 5 leitos destinados à estabilização hemodinâmica de pacientes críticos.

Centro Cirúrgico

A unidade também dispõe de um **Centro Cirúrgico** (detalhes técnicos podem ser incluídos conforme necessário).

Valores Institucionais

A instituição pauta-se nos seguintes valores:

- Respeito à pessoa;
- Competência técnica;
- Trabalho em equipe;
- Comprometimento institucional;
- Responsabilidade social;
- Ética profissional.

Esses princípios sustentam a busca constante por um referencial de alta confiabilidade em saúde, promovendo a valorização das metas vinculadas à **assistência humanizada**.

Uma assistência prestada com qualidade, fundamentada em evidências científicas e executada de forma sistemática, com uma visão integral do sujeito, proporciona ao paciente melhores resultados no processo saúde-doença. Para a equipe, promove maior clareza quanto à importância de uma abordagem global do ser humano assistido.

Atualização dos POPs

Os POPs elaborados contêm informações suficientes para que os colaboradores possam utilizá-los como guias práticos, além de servirem como ponto de referência para esclarecer dúvidas ou aprofundar conhecimentos.

A revisão dos protocolos operacionais será realizada a cada três anos. No entanto, poderão ocorrer atualizações a qualquer tempo, especialmente quando houver novas recomendações de órgãos como a **Organização Mundial da Saúde (OMS)** e o **Ministério da Saúde**, a fim de manter os documentos alinhados às inovações tecnológicas e reduzir possíveis erros relacionados às condutas assistenciais.

Objetivos

1. Planejar e organizar a assistência hospitalar prestada à população, de um modo geral;
2. Padronizar e sistematizar as condutas da equipe relacionada à assistência de enfermagem;
3. Regulamentar as responsabilidades dos profissionais de enfermagem durante os processos que envolvem a prestação do cuidado, do recém-nascido ao idoso.

POP Enfermagem 01 - Verificação da Pressão Arterial em Membros Superiores

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Avaliar o estado hemodinâmico do paciente, monitorar resposta a tratamentos clínicos, detectar alterações como hipertensão ou hipotensão.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Algodão umedecido com álcool 70%

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos, reunir o material necessário e levar para junto do paciente
2. Limpar olivas com algodão/álcool, certificar que o estetoscópio e Esfigmomanômetro estejam íntegros e calibrados
3. Explicar o procedimento ao paciente e colocá-lo em posição adequada, confortável, sentado ou deitado. Braço apoiado, livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração apoiado, alma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido, pernas descruzadas
4. Realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio com algodão em álcool 70%
5. Colocar o manguito no membro, ajustando-o 2 a 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas
6. Localizar artéria radial, fechar a válvula da Pera e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria e desinsuflar o manguito lentamente até auscultar o pulsar da artéria
7. Aguardar 30 segundos para insuflar o manguito novamente se necessário
8. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial e o manômetro em posição de leitura, anotar o ponto no manômetro em que o pulso desaparece
9. Manter o diafragma do estetoscópio firme sobre o pulso braquial e insuflar gradualmente até o valor da PAS estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão
10. Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg., identificando pelo método auscultatório a PAS (primeiro som audível) e a PAD (último som)
11. Desinsuflar totalmente o manguito (2-3 mmHg por segundo) e repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos
12. Retirar o manguito do braço do paciente e realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio
13. Lavar as mãos e realizar os valores obtidos no prontuário

PERÍODO / LOCAL

Durante a triagem do paciente, segundo prescrição médica e/ou de enfermagem ou quando necessário. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

- Níveis Pressóricos:

Categoria	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Elevada (pré-hipertensão)	120 - 129	< 80
Hipertensão Estágio 1	130 - 139	80 - 89
Hipertensão Estágio 2	≥ 140	≥ 90
Crise hipertensiva (urgência/emergência)	≥ 180	≥ 120

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de medidas da pressão arterial dentro e fora do

consultório. São Paulo: SBC, 2024.

REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de medidas da pressão arterial dentro e fora do consultório. São Paulo: SBC, 2024. Disponível em: <https://portal.cardiol.br/post/como-medir-a-pressao-arterial-dentro-e-fora-do-consultorio-fique-por-dentro-da-nova-diretriz-sobre-o-tema>. Acesso em: 08 jul 2025.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9^aed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Enfermagem 02 - Verificação de Temperatura

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Para identificar e intervir nas alterações precocemente, verificar o ganho ou perda de calor produzido pelo organismo, obter parâmetros vitais do paciente.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Álcool 70%;
- Algodão;
- Termômetro;
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar para próximo do paciente;
3. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;
4. Colocar o paciente em posição confortável;
5. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão embebido com álcool 70%;
6. Segurar e movimentar, longe de objetos sólidos, e com cuidado até a coluna atingir 35°C;
7. Secar a axila caso esteja úmida com gaze;
8. Colocar o termômetro na região axilar do paciente posicionando o membro sobre o tórax;
9. Manter nesta posição por 5 a 10 minutos;
10. Remover o termômetro e ler a marcação do mercúrio ao nível dos olhos;
11. Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
12. Guardar o material em local apropriado;
13. Orientar paciente/acompanhante quanto aos sinais e sintomas de possíveis alterações de temperatura;
14. Qualquer alteração abrupta na temperatura deve ser comunicada ao enfermeiro;
15. Higienizar as mãos;
16. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

PERÍODO / LOCAL

Durante a triagem do paciente, segundo prescrição médica e/ou de enfermagem ou quando referir febre. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

Classificação	Temperatura Axilar (°C)
Normal	35,8 – 37,0
Febrícula (leve)	37,1 – 37,5
Febre (crianças)	37,5 – 38,5
Febre	37,8 – 38,5
Febre alta	38,6 – 40,0
Hiperpirexia	> 40,0
Hipotermia leve	36,0 – 34,0

Classificação	Temperatura Axilar (°C)
Hipotermia moderada	34,0 – 30,0
Hipotermia severa	< 30,0

Em junho de 2025, a Sociedade Brasileira de Pediatria atualizou os critérios clínicos para febre em crianças, passando a considerar temperatura axilar igual ou superior a 37,5°C como febre.

REFERÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO. Temperatura Corporal – Semiologia Médica. Ouro Preto: UFOP, 2022. Disponível em: <https://semiologiamedica.ufop.br/temperatura-corporal>. Acesso em: 2 jul. 2025.

CAMPO GRANDE (MS). Secretaria Municipal de Saúde. Instrução de Trabalho SESAU.CENF-IT 04: Avaliação da Temperatura Corporal. Campo Grande: Prefeitura Municipal, 2022. Disponível em: <https://cdn.campogrande.ms.gov.br/portal/prod/uploads/sites/30/2022/07/sesau-cenf-it04avaliadatemperaturacorporal-prefcq-1656708395.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

PRÁTICA ENFERMAGEM. Atualização Importante: Temperatura Axilar Acima de 37,5°C Já é Considerada Febre, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria. 2 jul. 2025. Disponível em: <https://www.praticaenfermagem.com/post/atualiza%C3%A7%C3%A3o-importante-temperatura-axilar-acima-de-37-5%C2%BAc-j%C3%A1-%C3%A1-%C3%A9-considerada-febre-segundo-a-socieda>. Acesso em: 2 jul. 2025.

POP Enfermagem 03 - Verificação e Controle de Glicemia (HGT)

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Verificar alterações de glicemia, obter de maneira rápida o nível de glicose sanguínea por meio de punção digital.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja contendo:
- Frasco com fitas reagentes;
- Glicosímetro;
- Luva de procedimento;
- Lanceta ou agulha 13 x 4,5;
- Algodão, álcool 70%.
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Conferir a prescrição, reunir o material na bandeja, lavar as mãos;
2. Orientar o paciente e ou acompanhante como será realizado o procedimento e solicitar sua colaboração;
3. Calçar as luvas de procedimento;
4. Fazer antisepsia local com algodão embebido em álcool 70%, deixar secar completamente antes de iniciar o teste.
5. Conectar a tira reagente no glicosímetro (ou após contato com sangue a depender do aparelho);
6. Escolher o local adequado para punção (face lateral da polpa digital), puncionar o local escolhido sem ordenhar o local da punção;
7. Pressionar a polpa do dedo suavemente para conseguir a gota de sangue;
8. Aproximar a gota de sangue na tira reagente até a sucção e adequá-la ao aparelho respectivo;
9. Realizar leve compressão no local punctionado com bola de algodão seca;
10. Aguardar resultado pelo glicosímetro e anotar no boletim de atendimento ou carteira de controle do paciente (os resultados com as fitas reagentes são lidos em mg/dl);
11. Recolher todo o material, deixar o local em ordem, desprezar a fita e agulha em local apropriado;
12. Retirar luvas e higienizar as mãos;

PERÍODO / LOCAL

Durante a triagem do paciente, segundo prescrição médica e/ou de enfermagem ou quando em sinais de hiper /hipoglicemia. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

1. Caso obter resultados duvidosos:
 - a. confirmar se o produto está dentro do prazo de validade impresso no rótulo e se não está em uso a mais de quatro meses desde que se abriu a primeira vez o frasco.
 - b. Verificar se o número do "chip" é idêntico ao número do lote da fita utilizada.
 - c. avisar resultado alterado. Anotar no rótulo das fitas a data do primeiro dia de abertura do frasco e utilizar as tiras dentro dos quatro meses seguintes. Após o vencimento, descarte-as e utilize as tiras de um novo frasco.
2. Cumprir rodízio dos locais de punção. Amostras de sangue escorridas ou ordenhadas não deverão ser utilizadas.

ATENÇÃO

- Indicação de alteração de valores aferidos

Indicação de alteração de valores aferidos

Valor < 10mg/dL	Aparecerá a indicação LO (de acordo com fabricante do aparelho)
Valor > 600mg/dL	Aparecerá a indicação HI (de acordo com fabricante do aparelho)

- Protocolo de administração de insulina regular (IR) em caso de hiperglicemia:

Administração de Insulina Regular (IR)

Valor do HGT	Conduta
< 180mg/dL	Não corrigir
180 mg/dL – 250mg/dL	4 UI
251 mg/dL – 300mg/dL	6 UI
301 mg/dL – 350mg/dL	8 UI
> 350mg/dL	12 UI

Fonte: Protocolo aplicado do Hospital Manoel Lucas de Miranda

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete melito tipo 1 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 68 p.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019- 2020. São Paulo: Editora Clannad, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Diretrizes SBP: Hipoglicemia no período neonatal. 2014.

POP Enfermagem 04 - Verificação de Frequência Respiratória

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Identificar e intervir nas alterações precocemente.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Relógio com ponteiro de segundos,
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Lavar as mãos;
2. Verificar frequência, sem que o paciente perceba, observando os movimentos torácicos, durante um minuto;
3. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax; os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
4. Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
5. Registrar o valor obtido no prontuário

PERÍODO / LOCAL

Antes da consulta do paciente, segundo prescrição médica e/ou de enfermagem ou quando necessário. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

- É importante que o paciente não perceba que o número de respirações está sendo verificado, para não ocorrer indução do valor correto;
- O termo DISPNEIA refere-se à sensação subjetiva relatada pelo paciente de falta de ar ou percebida pelo profissional. Pode ou não estar associada à alteração da frequência respiratória (FR)
- Valores normais:

Faixa Etária	Frequência Respiratória Normal (rpm)
Lactentes	30 – 60
Infante (toddler)	30 – 50
Pré-escolar	25 – 32
Escolar	20 – 30
Adolescentes	12 – 20
Adultos	12 – 20

Fonte: POTTER et al. 2018

- Alterações do Padrão respiratório

Bradipneia

frequência de respiração é regular, mas anormalmente lenta (menos de 12 respirações/minuto).

Taquipneia

frequência de respiração é regular, mas anormalmente rápida (maior que 20 respirações/minuto).

Apneia

respirações cessam por vários segundos. Cessação persistente resulta em parada respiratória.

Hiperpneia

respirações são trabalhosas, aumentadas em profundidade e aumentadas em freqüência (maior que 20 respirações/minuto). Ocorre normalmente durante o exercício físico.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9^aed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Enfermagem 05 - Verificação e Controle de Oximetria

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Avaliar a saturação de oxigênio, identificar alterações na oxigenação para subsidiar condutas clínicas imediatas.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Oxímetro de pulso funcional
- Álcool 70% ou solução desinfetante (para limpeza do sensor)
- Registro/documento de controle clínico do paciente

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide [Higienização das Mão](#)s
2. Explicar o procedimento ao paciente
3. Certificar-se de que o paciente está em repouso e confortável
4. Escolher o dedo adequado (geralmente indicador ou médio) evitar dedos com esmalte, sujeira, ou problemas circulatórios
5. Limpar o sensor do oxímetro com álcool 70% antes do uso
6. Posicionar o oxímetro no dedo e aguardar leitura estável
7. Observar e registrar:
 - a. Saturação de oxigênio (SpO_2)
 - b. Frequência cardíaca (se aplicável)
8. Remover o sensor e higienizar novamente
9. Higienizar as mãos após o procedimento
10. Registrar os dados em prontuário, destacando quaisquer alterações

PERÍODO / LOCAL

Antes da consulta do paciente, segundo prescrição médica e/ou de enfermagem ou quando sinais de desconforto respiratório. / Todos setores assistenciais

OBSERVAÇÕES

- Se o membro onde estiver o sensor estiver frio, fazer suave fricção do dedo, pode recuperar o sinal
- Evitar realizar o exame em ambiente com luz intensa ou movimentação excessiva
- Repetir a verificação caso a leitura esteja instável ou incompatível com o estado clínico do paciente
- A saturação de oxigênio em pacientes saudáveis de qualquer idade deve ser igual ou maior que 95%

REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oximetria de pulso. 2023. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/oximetria-de-pulso/>. Acesso em: 2 jul. 2025.

POP Enfermagem 06 - Verificação de Pulso Periférico

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Detectar precocemente alterações nos padrões cardíacos, como variações de ritmo, amplitude e frequência, visando intervenções oportunas.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Relógio com ponteiro de segundos.
2. Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
2. Explicar o procedimento ao paciente
3. Colocar o paciente em posição deitada ou sentada
4. Colocar as polpas digitais dos dedos médios e indicador sobre a artéria, fazendo uma leve pressão
5. Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos
6. Repetir o procedimento, se necessário
7. Higienizar as mãos
8. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

PERÍODO / LOCAL

Antes da consulta do paciente, segundo prescrição médica e/ou de enfermagem ou quando necessário. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

Valores de referência:

Faixa Etária	Frequência Cardíaca Normal (bpm)
Lactentes	120 a 160 bpm
Infante (toddler)	90 a 140 bpm
Pré-escolar	80 a 110 bpm
Escolar	70 a 120 bpm
Adolescentes	60 a 90 bpm
Adultos	60 a 100 bpm

Fonte: POTTER et al. 2018

- Local de Verificação do pulso: — Artérias: Temporal, Carotídeo, Apical, Braquial, Radial, Ulnar, femoral, poplítea, tibial posterior, dorsal do pé. — Em bebês não aferir pulso em artéria carótida (interrupção do fluxo).

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. PERRY, A.G. STOCKERT, P. HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9^aed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Enfermagem 07 - Verificação de Pulso Apical

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Detectar precocemente desvios de normalidade da frequência cardíaca, checar o resultado do controle de pulso e avaliar arritmias cardíacas.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estetoscópio
- Relógio com ponteiros de segundos
- Algodão com álcool a 70%
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
2. Reunir os materiais necessários e levá-los até o paciente
3. Explicar o procedimento ao paciente para promover
4. Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão ou gaze embebido em álcool 70%.
5. Posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado, expondo a região torácica esquerda (abaixo do mamilo, no 5º espaço intercostal)
6. Posicionar o diafragma do estetoscópio na área indicada
7. Auscultar os batimentos cardíacos por 60 segundos
8. Observar variações de ritmo, frequência e amplitude
9. Auxiliar o paciente a se vestir e posicionar-se confortavelmente, se necessário
10. Repetir a desinfecção do estetoscópio com álcool 70%
11. Orientar o paciente e acompanhante para comunicar a equipe de enfermagem em caso de sintomas como: fadiga, tontura, escurecimento da visão, palpitações intensas ou dor torácica
12. Guardar o material utilizado adequadamente.
13. Higienizar as mãos
14. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário

PERÍODO / LOCAL

Antes da consulta do paciente, segundo prescrição médica e/ou de enfermagem ou quando necessário. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

- A amplitude do pulso, ritmo e frequência devem ser avaliados e comunicados se anormais
- Pacientes desidratados, com febre, tensões, arritmias, hipotermia tem pulso com maior frequência
- Valores de Referência:

Bradícardia: FC < 60 bpm

Normocárdico: 60 a 100 bpm

Taquicárdico: FC > 100 bpm

REFERENCIAS

POTTER, P. A. PERRY, A.G. STOCKERT, P. HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Enfermagem 08 - Verificação do Peso Corpóreo

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Obter medida precisa do peso corporal para acompanhamento clínico e intervenções nutricionais ou terapêuticas.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

1. Balança digital ou mecânica calibrada
2. Toalha ou papel descartável (se necessário para uso da balança)
3. Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
2. Verificar a calibração e funcionamento adequado da balança
3. Explicar o procedimento ao paciente de forma clara
4. Solicitar que o paciente: — Retire calçados e objetos dos bolsos — Utilize roupas leves — Se posicione no centro da balança, de pé e com postura ereta
5. Realizar a leitura do peso corporal após estabilização
6. Registrar o valor obtido no prontuário e/ou ficha de acompanhamento
7. Higienizar o equipamento conforme necessidade
8. Higienizar as mãos após o procedimento.

PERÍODO / LOCAL

Antes da consulta do paciente, segundo prescrição médica e/ou de enfermagem ou quando necessitar de controle de peso. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

- O controle de peso deve ser feito preferencialmente pela manhã, com o paciente em jejum. Sempre na mesma hora a cada dia, na mesma balança
- Recomendações Pediátricas: — Em crianças menores de 15 kg, deve-se utilizar a balança infantil (de bandeja), colocando a criança deitada com todo o corpo sobre a bandeja, com a mão próxima sem tocá-la para evitar quedas. — Deve-se despistar a criança, descontando o peso de fraldas e talas para evitar alteração de resultado. — Crianças impossibilitadas de se movimentar, devem ser pesadas no colo do profissional e descontar o peso do colaborador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

POP Enfermagem 09 - Aspiração de Vias Aéreas Inferiores

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Eliminar secreções, vômitos, sangue ou objetos estranhos e garantir que as vias respiratórias permaneçam desobstruídas em indivíduos que não conseguem fazê-lo de forma eficaz.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem (de acordo com Resolução COFEN Nº 0557/2017).

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Equipamento de Proteção Individual (luvas de procedimento, máscara facial óculos de proteção, avental descartável);
- Luvas estéreis;
- 1 a 2 pacotes de gaze estéril;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Solução fisiológica 0,9% frasco de 10 mL;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
- Sistema coletor de secreções;
- Cateter de aspiração de tamanho apropriado ou cânula de ponta rígida se suspeita/ou trauma;
- Recipiente para descarte de materiais;
- Oxímetro de pulso;
- Estetoscópio;
- Cadarço
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos};
2. Vestir os equipamentos de proteção individual recomendados
3. Preparar todo o material necessário e levá-lo próximo ao paciente
4. Explicar o procedimento ao paciente consciente e ao acompanhante, se presente
5. Garantir a privacidade do paciente durante todo o processo
6. Posicionar o paciente:
 - a. Em decúbito dorsal, se for vítima de trauma
 - b. Com cabeceira elevada a 30°, em caso de agravo clínico
7. Monitorar a saturação de oxigênio com oxímetro antes e durante o procedimento; na ausência do equipamento, observar sinais clínicos
8. Aproximar o recipiente para descarte de materiais contaminados
9. Posicionar-se ao lado do leito, mantendo a mão não dominante próxima à fonte de vácuo
10. Conectar o sistema de aspiração à fonte de vácuo
11. Abrir o cateter estéril, compatível com a situação, e colocá-lo sobre gaze; utilizar ponta rígida estéril em vítimas de trauma
12. Abrir o sistema de vácuo canalizado ou ligar o aspirador portátil
13. Calcar as luvas estéreis conforme procedimento operacional padrão (se aspiração nasotraqueal ou por tubo);
14. Com a mão não dominante, conectar a ponta da extensão do sistema de aspiração e abrir a fonte de vácuo;
15. Com a mão dominante, segurar o cateter de aspiração / ponta rígida e conectá-la à ponta do sistema de aspiração;
16. Fechar o cateter de aspiração com o polegar da mão dominante;

Aspiração oral - Agravos Clínicos

- Introduzir o cateter de aspiração na cavidade oral da vítima, com a extensão de PVC pinçada;
- Soltar o polegar para aspirar, retirando o cateter enquanto aspira, em movimentos circulares, realizando a sucção por 10 a 15

segundos;

- Repetir o processo até a limpeza total da cavidade oral, dando um intervalo entre uma aspiração e outra, avaliando a condição respiratória do paciente e o padrão de saturação de oxigênio.
- Com a mão não dominante, instilar Solução Fisiológica 0,9% nos orifícios do cateter de aspiração para proceder a limpeza de seu lúmen.

Aspiração oral - Agravos traumáticos

- Introduzir a cânula de ponta rígida, posicionando-a lateralmente na cavidade oral, com a extensão de PVC pinçada;
- Soltar o polegar para aspirar, retirando-a lentamente em movimento único; não realizar movimentos circulares na retirada;
- Devido ao seu tamanho, as cânulas rígidas não são usadas para aspirar narinas.

Aspiração nasotraqueal

- Introduzir o cateter por cerca de 20 cm no adulto, 16 a 20 cm em crianças e 8 a 14 cm em bebês;
- Soltar o polegar para aspirar, retirando o cateter enquanto aspira, em movimentos circulares, realizando a sucção por 10 a 15 segundos;
- Repetir o processo até a limpeza total, dando um intervalo entre uma aspiração e outra, avaliando a condição respiratória do usuário e o padrão de saturação de oxigênio.
- Com a mão não dominante, instilar Solução Fisiológica 0,9% nos orifícios do cateter de aspiração para proceder a limpeza de seu lúmen.

Aspiração traqueal

- Pré-oxigenar o usuário;
- Soltar o polegar e ir retirando o cateter em movimentos circulares, não prolongando a aspiração por mais de 10 ou 15 segundos;
- Ventilar o usuário com oxigênio a 100% através da BVM;
- Com a mão não dominante, instilar Solução Fisiológica 0,9% nos orifícios do cateter de aspiração para proceder a limpeza de seu lúmen;
- Aguardar alguns segundos, observando o padrão respiratório do usuário, realizar ausculta pulmonar se necessário;
- Repetir o procedimento se necessário, analisando o risco de comprometimento da função cardiopulmonar, náuseas e vômito;
- Desprezar os resíduos no recipiente apropriado;
- Reposicionar o usuário confortavelmente, se possível;

Aspirar cânula traqueal

- introduzir o cateter na cânula até encontrar resistência ou até o paciente tossir; recuar cerca de 1 cm
- Soltar o polegar para permitir a aspiração pelo cateter
- Movimentar o cateter para frente e para trás, entre o polegar e o indicador, durante a retirada gradual
- Limitar a aspiração a, no máximo, 10 segundos
- Usar a mão não dominante para instilar solução fisiológica 0,9% nos furos do cateter, lavando o interior do sistema
- Aguardar alguns segundos para que o paciente recupere a respiração
- Repetir o procedimento, respeitando o limite de duas passagens e intervalo mínimo de 1 minuto entre elas
- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea, se necessário; após essa etapa, não reutilizar o cateter na traqueostomia
- Remover as gazes ao redor do estoma
- Limpar externamente o estoma com gaze embebida em solução fisiológica 0,9%
- Dobrar duas gazes ao meio e posicioná-las ao redor do estoma, evitando contato direto da cânula com a pele
- Trocar o cadarço de fixação da cânula, se necessário
- Comparar a saturação de oxigênio antes e após a aspiração
- Reposicionar o paciente de maneira confortável.

PERÍODO / LOCAL

Detecção de ruídos respiratórios anormais durante a auscultação, identificação de secreções nas vias aéreas superiores, suspeita de entrada de conteúdo gástrico ou secreções na via aérea superior, observação de comportamentos como inquietação ou apatia / Todos os setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

- Evitar aplicar sucção durante a inserção do cateter;
- Manter o pescoço em posição neutra em vítimas de trauma para prevenir lesões cervicais;

- Em pacientes inconscientes, realizar manobras manuais como elevação do mento ou pronação da mandíbula, priorizando esta última em casos de trauma;
- Instalar cânula orofaríngea quando o paciente não conseguir manter a via aérea desobstruída;
- A aspiração das vias aéreas deve seguir os critérios da RESOLUÇÃO COFEN Nº 0557/2017

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: serviço de atendimento móvel de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-basico-2016.pdf>. Acesso em: 08 jul 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0557/2017, de 23 de agosto de 2017. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html>. Acesso em: 08 jul 2025.

PERRY, A. G.; POTTER, P. A. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PHTLS atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

POP Enfermagem 10 - Cateterismo Vesical de Alívio

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Descompressão vesical em casos de retenção urinária, avaliação do volume residual e coletas para exames laboratoriais.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiro(a)

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de Proteção Individual.
- Bandeja;
- Campo estéril (vide observação);
- Cateter uretral de calibre compatível (gênero/tamanho)
- Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%;
- Gaze estéril;
- Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico ou solução de clorexidina a 0,2%;
- Luvas estéreis e de procedimento
- Coletor de urina (bolsa ou frasco)
- Biombo;
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

Cateterismo em mulher

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos};
2. Preparar o material sobre campo estéril.
3. Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com pernas abduzidas.
4. Colocar luvas de procedimento e realizar higiene íntima com antisséptico.
5. Calçar luvas estéreis.
6. Afastar os pequenos lábios com a mão não dominante.
7. Introduzir suavemente a sonda uretral lubrificada pela uretra, até o fluxo urinário iniciar.
8. Conectar ao coletor de urina.
9. Após esvaziamento, retirar a sonda com cuidado e descartar conforme protocolo.
10. Higienizar novamente a região e realizar registro no prontuário.

Cateterismo em homem

1. Higienizar as mãos e preparar o material sobre campo estéril.
2. Posicionar o paciente em decúbito dorsal.
3. Colocar luvas de procedimento e realizar higiene peniana com antisséptico.
4. Calçar luvas estéreis.
5. Segurar o pênis perpendicular ao abdômen com a mão não dominante.
6. Introduzir a sonda uretral lubrificada pela uretra até o fluxo urinário iniciar.
7. Conectar ao coletor de urina.
8. Após esvaziamento, retirar a sonda com cuidado e realizar descarte adequado.
9. Higienizar novamente a região e registrar no prontuário.

PERÍODO / LOCAL

Segundo prescrição médica e/ou de enfermagem. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

- Caso disponível, recomenda-se o uso de campo estéril na região genital para maior proteção durante o procedimento. Ao final, o campo deve ser removido;
- Utilizar sondas de diâmetro compatível com o paciente;
- Nunca forçar a sonda: se houver resistência, interromper e reavaliar;
- Observar sinais de dor, sangramento ou obstrução;
- Realizar técnica sempre em ambiente limpo e com assepsia rigorosa.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

POP Enfermagem 11 - Cateterismo Vesical de Demora

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Garantir drenagem contínua da urina, aliviar retenção urinária, monitorar função renal e débito urinário, facilitar cuidados em pacientes com mobilidade reduzida, prevenir complicações como distensão da bexiga ou infecções.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiro(a)

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamentos de Proteção Individual
- Bandeja
- Campo estéril (vide observação)
- Sonda Foley duas vias (14 ou 16 para mulheres, 18 a 22 para homens)
- Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%
- Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico ou solução de clorexidina a 0,2%
- Gaze estéril
- Bolsa coletora de urina tipo sistema fechado (com tubo de drenagem)
- Seringa 20ml
- Água destilada
- Luvas estéreis e de procedimento
- Fixador da sonda (adesivo ou fita microporosa)
- Biombo
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
2. Reunir e organizar todo o material necessário sobre campo estéril
3. Explicar o procedimento ao paciente, preservando privacidade e acolhimento, e garantir consentimento
4. Colocar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados
5. Posicionar o paciente em decúbito dorsal:
 - a. Mulher: com joelhos flexionados e pernas abduzidas.
 - b. Homem: com pernas estendidas e pênis visível.
6. Realizar higiene íntima com solução antisséptica, utilizando gazes estéreis em movimentos únicos e no sentido anátomo correto:
 - a. Mulher: do monte de Vênus em direção ao ânus.
 - b. Homem: do meato uretral para fora, em movimentos circulares.

Procedimento para Mulher

- Calçar luvas estéreis após preparo do campo
- Afastar cuidadosamente os pequenos lábios com a mão não dominante, expondo o meato uretral
- Caso disponível, posicionar o campo fenestrado estéril ao redor da genitália
- Introduzir lentamente a sondapreviamente lubrificada, observando resistência e evitando toque externo
- Avançar cerca de 5 a 7 cm até visualizar saída de urina espontânea
- Após saída da urina, insuflar o balonete com água destilada (volume conforme o fabricante)
- Tracionar delicadamente a sonda até sentir resistência, confirmando posicionamento adequado
- Conectar a sonda ao sistema fechado de drenagem (bolsa coletora)
- Fixar a sonda com fita ou adesivo, evitando tração.
- Remover campo fenestrado (se usado), higienizar novamente a região.

- Identificar bolsa coletora (nome do paciente, data, hora, leito, profissional responsável)
- Registrar em prontuário: tipo de sonda, volume insuflado, aspecto da urina e tolerância da paciente.

Procedimento para Homem

- Calçar luvas estéreis e cobrir com campo fenestrado (se disponível)
- Segurar o pênis perpendicular ao abdômen com a mão não dominante
- Introduzir a sonda lubrificada lentamente pela uretra, sem forçar
- Avançar aproximadamente 15 a 20 cm ou até surgimento do fluxo urinário
- Após visualização do fluxo, insuflar o balonete com água destilada (volume conforme o fabricante)
- Tracionar suavemente até sentir resistência, indicando que o balonete está na bexiga
- Conectar ao sistema fechado de coleta
- Fixar a sonda com fita ou adesivo na face medial da coxa Potter 2025
- Higienizar a genitália novamente e remover campo fenestrado (se usado)
- Identificar bolsa coletora (nome do paciente, data, hora, leito, profissional responsável)
- Registrar todos os dados e possíveis intercorrências.

PERÍODO / LOCAL

Segundo prescrição médica e/ou de enfermagem. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

- A edição de 2025 do manual de Potter & Perry atualizou a recomendação para a fixação do cateter vesical de demora em homens, orientando que a drenagem seja direcionada para a face interna da coxa. Essa medida visa reduzir o risco de lesões perianais, tração uretral e desconforto ao paciente.
- A escolha do calibre da sonda deve respeitar protocolo institucional ou prescrição médica.
- Nunca forçar a sonda: em caso de resistência ou dor, interromper o procedimento e comunicar equipe médica.
- A sonda deve estar bem fixada, sem dobras ou tração, para evitar trauma uretral ou deslocamento.
- A bolsa coletora deve ficar abaixo do nível da bexiga, favorecendo drenagem por gravidade.
- Manter cuidados diários com a higiene íntima e com o sistema de drenagem, evitando contaminações.
- Realizar troca da sonda conforme protocolo ou avaliação clínica.
- Monitorar o paciente quanto a sinais de febre, dor, sangramento ou urina turva, que podem indicar infecção.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. et al. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

TAYLOR, C. et al. Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014

POP Enfermagem 12 - Aplicação de Compressas

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Reducir temperatura corporal, alívio de dor leve, congestão ou febre, promovendo vasoconstricção superficial Controlar edema e inflamações agudas, aliviando dor intensa e limitando sangramentos após traumas ou procedimentos Promover relaxamento muscular, aliviar espasmos, cólicas e favorecer a vasodilatação para aumentar o fluxo sanguíneo local.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Compressa de tecido limpo ou gaze
2. Bolsa térmica (gel, borracha ou descartável)
3. Toalha ou pano fino para proteção da pele
4. Água gelada, morna ou gelo picado
5. Luvas de procedimento (se necessário)
6. Bacia ou recipiente para preparo
7. Termômetro (opcional para controle da temperatura)
8. Registro/documento de controle clínico do paciente.

 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
2. Verificar prescrição médica ou de enfermagem
3. Reunir os materiais e preparar o ambiente
4. Explicar o procedimento ao paciente
5. Proteger a pele com pano fino ou toalha, evitando contato direto com calor ou frio intenso.

==== Compressa Fria - Temperatura: <20°C. - Indicações: febre, dor de cabeça, congestão ocular, pós-vacina, tendinite, redução da temperatura corporal. - Preparo: Umedecer compressa em água gelada e torcer o excesso e aplicar na área indicada por **15 a 20 minutos** conforme tolerância.

==== Compressa de Gelo - Temperatura: <10°C. - Indicações: lesões agudas, entorses, contusões, pós-trauma, dor intensa, pós-operatório imediato. - Preparo: Envolver gelo em pano fino ou usar bolsa de gel congelada e aplicar na área indicada por **15 a 20 minutos** conforme tolerância.

==== Compressa Morna - Temperatura: 38 - 42°C. - Indicações: dores musculares crônicas, cólicas, espasmos, rigidez articular, torcicolo, furúnculos. - Preparo: Umedecer compressa em água morna, torcer o excesso, testar temperatura no punho antes da aplicação e aplicar na área indicada por **15 a 20 minutos** conforme tolerância.

1. Observar sinais de desconforto, alterações cutâneas ou sensibilidade
2. Remover a compressa, secar a pele e deixar o paciente confortável
3. Descartar ou higienizar os materiais utilizados
4. Higienizar as mãos
5. Registrar o procedimento no prontuário.

PERÍODO / LOCAL

Segundo prescrição médica e/ou de enfermagem. / Todos setores assistenciais.

OBSERVAÇÕES

- Nunca aplicar compressas quentes em áreas inflamadas ou inchadas.
- Evitar compressas frias em pacientes com distúrbios circulatórios ou sensibilidade diminuída.
- Monitorar a pele durante o procedimento para evitar queimaduras ou lesões por frio.
- Suspender a aplicação em caso de desconforto ou reação adversa.

REFERÊNCIAS

PERRY, Anne Griffin POTTER, Patricia A. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021.

SOUZA, A. L.T. SOUSA, B.O.P. Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira IV. Registro, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2020/09/Manual-Procedimentos-Basicos-Enfermagem.pdf>. Acesso em: 08 set de 2025.

POP Enfermagem 13 - Contenção Mecânica no Leito

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

- Proteger o paciente e terceiros de danos físicos decorrentes de agitação psicomotora, agressividade ou risco de queda
- Evitar a retirada accidental de dispositivos invasivos (sondas, cateteres, drenos)
- Garantir a segurança da equipe e preservar a integridade física do paciente durante o cuidado.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento
- Compressas de algodão ou gaze
- Ataduras de crepe
- Esparadrapo
- Creme barreira (se necessário)
- Biombo (para privacidade)
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Verificar prescrição médica atualizada para contenção mecânica
2. Apresentar-se ao paciente e acompanhante, explicando o motivo e o procedimento
3. Confirmar identificação do paciente (pulseira, prontuário e verbalmente)
4. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}
5. Calçar luvas de procedimento
6. Avaliar o estado clínico e posicionar o paciente em decúbito dorsal
7. Proteger a pele com compressa ou algodão nas áreas de contenção
8. Aplicar a contenção com atadura de crepe, sem garroteamento, permitindo leve movimentação
9. Fixar as extremidades da contenção nas grades laterais do leito
10. Monitorar o paciente periodicamente conforme prescrito: sinais vitais, nível de consciência, perfusão e integridade da pele
11. Registrar no prontuário: motivo, horário, tipo de contenção, avaliação clínica e reações do paciente
12. Reavaliar a necessidade da contenção periodicamente e suspender quando possível.

PERÍODO / LOCAL

Após solicitação médica e/ou de enfermagem. / Todos os setores de assistência.

OBSERVAÇÕES

1. A contenção deve ser último recurso, após esgotadas medidas alternativas.
2. O procedimento não deve ser realizado com finalidade punitiva, disciplinar ou por conveniência institucional.
3. A contenção deve ser humanizada, com diálogo e acolhimento.
4. Maior rigor no monitoramento em pacientes sedados, idosos, crianças ou com comorbidades.
5. Realizar massagem de conforto e higiene da pele nas áreas contidas diariamente.
6. Avaliar as restrições no mínimo 1x/turno e trocá-las 1x/dia, após o banho ou se estiver suja.
7. Manter tronco e cabeça levemente elevada e retirar as restrições assim que possível.

REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 746, de 20 de março de 2024. Normatiza os procedimentos de enfermagem na contenção mecânica de pacientes. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-746-de-20-de->

marco-de-2024/. Acesso em: 08 jul. 2025.

MORGADO, Laís Balhestero. Boas práticas para a contenção mecânica: protocolo para a sistematização do cuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, 2020. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/71501>. Acesso em: 08 jul. 2025.

PERRY, Anne Griffin POTTER, Patricia A. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021.

POP Enfermagem 14 - Eletrocardiograma

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Permitir a avaliação da atividade elétrica cardíaca, obter diagnóstico de pacientes com queixa de dor torácica e avaliar terapêutica medicamentosa.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Eletrocardiógrafo completo
- Folha de papel milimetrado (compatível com o eletrocardiógrafo)
- Álcool a 70%
- Algodão ou gaze
- Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário)
- Biombo (se necessário)
- Gel condutor.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Verificar no pedido de ECG, o tipo de exame requisitado, se 12 derivações ou uma derivação específica
2. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante
4. Explicar o procedimento que será realizado, sanando todas suas dúvidas antes de iniciar a execução
5. Solicitar a retirada de adornos e outros objetos metálicos, colocar biombo quando necessário.
6. Posicionar o paciente no leito ou mesa de exame, preservando sua privacidade. Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir ou conversar, enquanto o ECG está sendo açoado
7. Conectar o aparelho a rede elétrica conforme voltagem indicada pelo fabricante ou conectar ao computador com programa específico
8. Efetuar a remoção de gordura corporal e umidecer, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos).
9. Colocar cardioclip em membros superiores e membros inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante), conforme a [Figura 1](#).

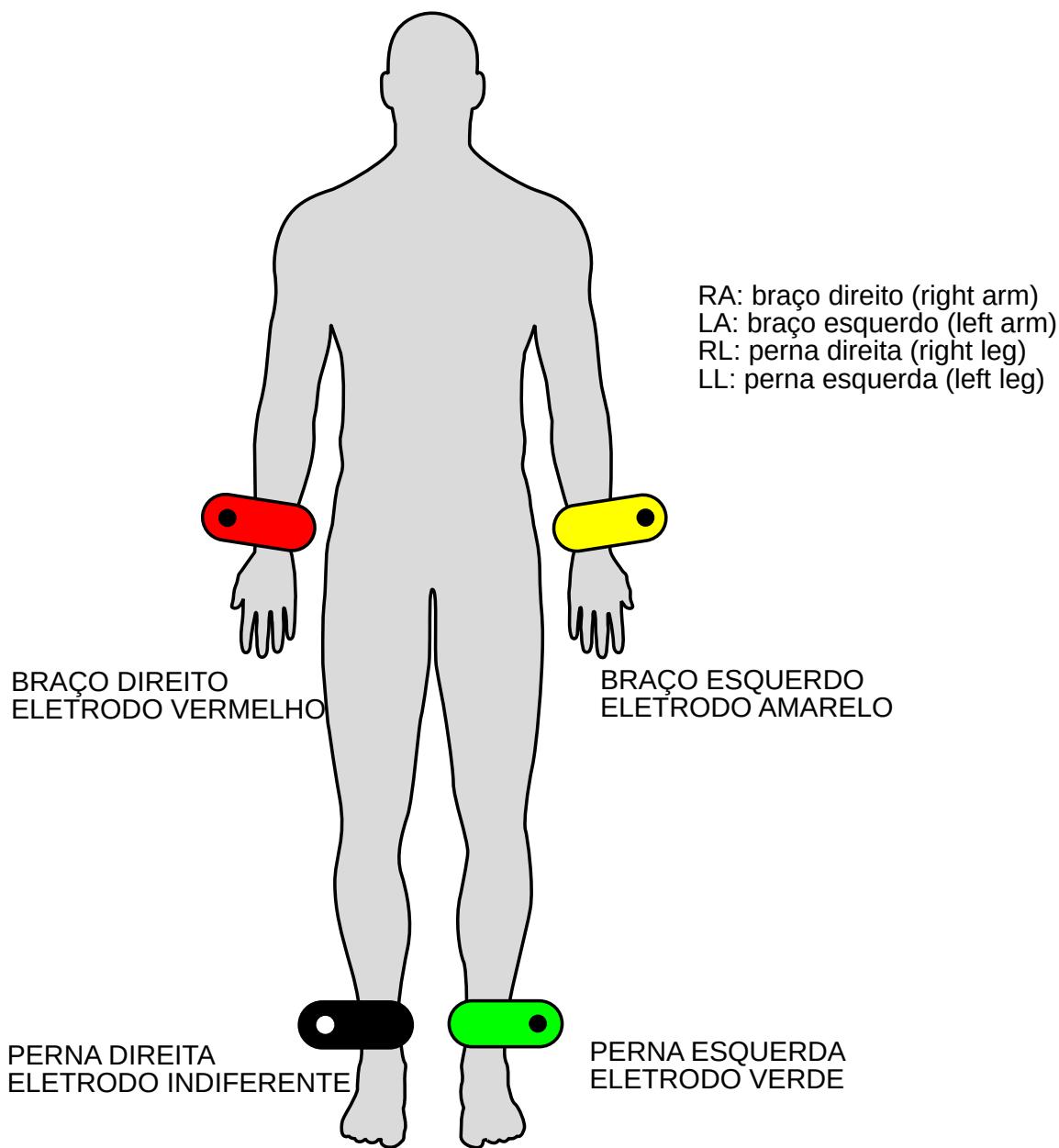


Figura 1. Posicionamento dos cabos para registro das derivações periféricas (monopolares e bipolares). Fonte: EBSSRH, 2021.

10. Evitar aplicar os eletrodos sobre saliências ósseas, com excesso de pêlos, áreas para compressão torácica;
11. Colocar os eletrodos (Figura 2) de sucção (preferencialmente), ou eletrodos descartáveis no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução seguindo o seguinte arranjo com o cabo:
 - a. Cabo (V1) em 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
 - b. Cabo (V2) em 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
 - c. Cabo (V3) em 5º espaço intercostal, diagonalmente entre V2 e V4;
 - d. Cabo (V4) em 5º espaço intercostal, na linha média clavicular;
 - e. Cabo (V5) em 5º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
 - f. Cabo (V6) em 5º espaço intercostal, na linha axilar média

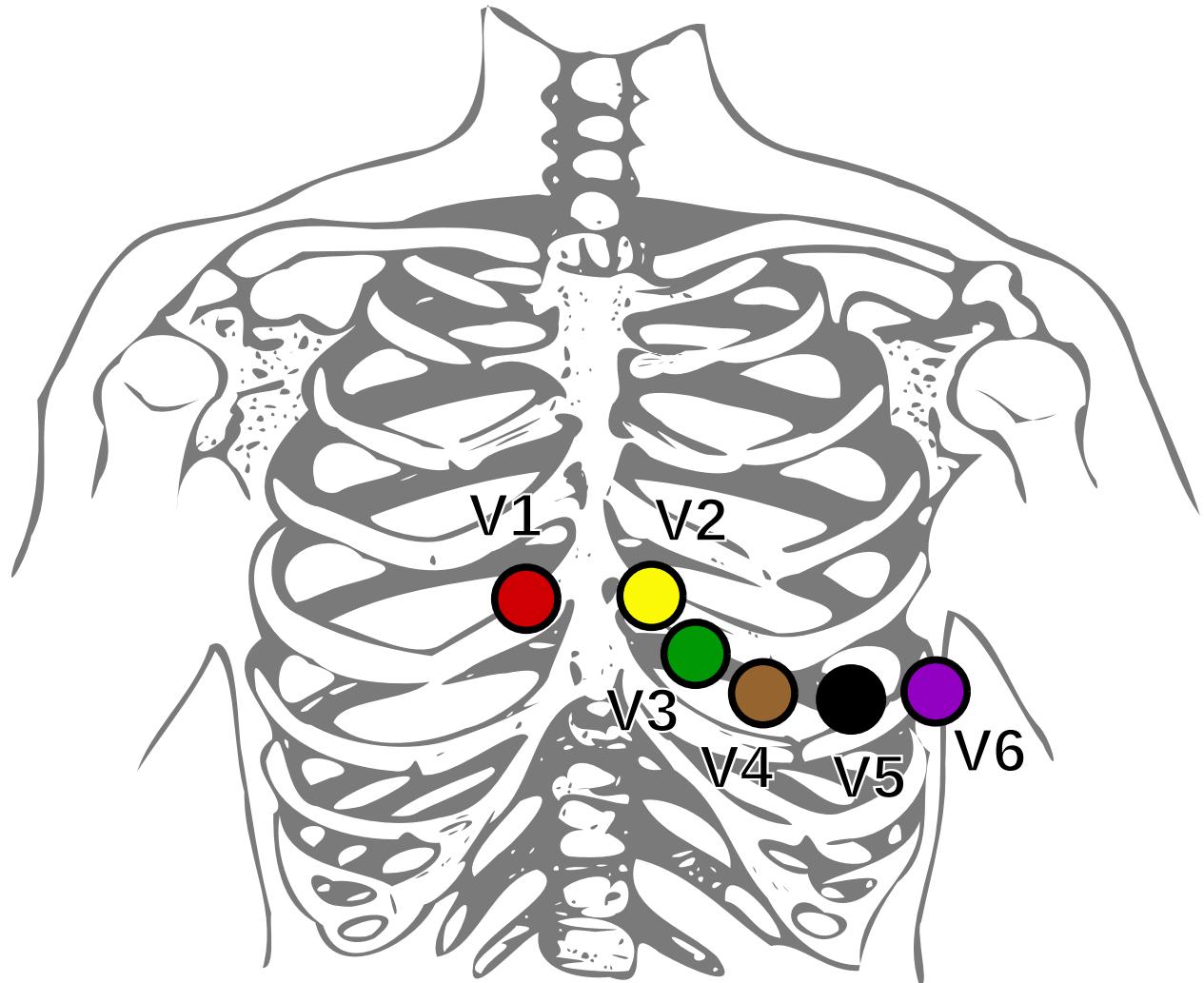


Figura 2. Posicionamento dos cabos para registro das derivações precordiais (as cores podem variar de acordo com marca/fabricante do aparelho).

12. Ligar o aparelho e iniciar o ECG, seguindo as orientações do fabricante;
13. Apertar o botão para efetuar a leitura e impressão;
14. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico.
15. Retirar eletrodos e cardioclips.
16. Realizar a limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor. -- Retirar e/ou destacar folha do ECG;
17. Orientar o paciente sobre o envio do exame ao médico para próximas condutas;
18. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado, armazenando corretamente os materiais e equipamentos utilizados, e realizando a desinfecção adequada dos mesmos antes do próximo uso.

No Computador

1. Fazer login no site Neomed;
2. Abrir Worklist;
3. Selecionar o nome do paciente;
4. Abrir exame e preencher demais dados relacionados ao estado geral do paciente;
5. Enviar exame e aguardar emissão de laudo cardiológico;
6. Após receber, imprimir e entregar ao paciente ou ao clínico plantonista para avaliação.

PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica, sempre que o profissional detectar anormalidades da condução elétrica cardíaca, prevendo riscos para a vida do paciente. / Sala de eletro ou em todos os setores de assistência.

OBSERVAÇÕES

1. Caso o traçado apresente sinais de interferência, verificar fixação dos eletrodos, braçadeiras, utilização do álcool e reforçar com o paciente a necessidade do relaxamento;
2. Em caso de paciente amputado ou muitas interferências, colocar os eletrodos nas extremidades do tórax próximo a articulação do braço e no abdome próximo a crista ilíaca;
3. Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias.

REFERÊNCIAS

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de enfermagem médica-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SPRINGHOUSE. As melhores práticas de enfermagem: procedimentos baseados em evidências. Tradução de Regina Machado Garcez. 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 239-242.

POP Enfermagem 15 - Higiene do Estoma Traqueal/Cânula de Traqueostomia

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Prevenir infecções locais e sistêmicas, manter a permeabilidade da via aérea artificial, preservar a integridade da pele ao redor do estoma e promover conforto e segurança ao paciente.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica e óculos de proteção
- Gaze estéril
- Soro fisiológico 0,9%
- Cuba-rim
- Pinça estéril
- Cadarço ou fixador para cânula
- Bandeja para materiais
- Biombo (para privacidade)
- Toalha de rosto
- Álcool 70% (para desinfecção de materiais)
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}
2. Reunir e organizar todos os materiais em bandeja limpa.
3. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
4. Garantir privacidade usando biombo ou fechando a porta.
5. Posicionar o paciente em semi-Fowler ou sentado.
6. Calçar luvas de procedimento, máscara cirúrgica e óculos de proteção.
7. Retirar o curativo antigo com técnica asséptica.
8. Observar sinais clínicos no estoma: cor, secreção, odor ou dor.
9. Limpar o estoma com gaze embebida em soro fisiológico, em movimentos circulares do centro para fora.
10. Secar delicadamente a área com gaze estéril.
11. Aplicar novo curativo ao redor da cânula de forma segura e confortável.
12. Se houver cânula interna removível, retirar com cuidado.
13. Lavar a cânula interna com soro fisiológico ou solução indicada.
14. Secar com gaze estéril e friccionar com álcool 70% para desinfecção.
15. Reintroduzir e travar corretamente a cânula interna.
16. Realizar a troca do fixador cervical (retirar um lado, fixar o novo e repetir do outro lado), mantendo folga de aproximadamente 1 cm.
17. Verificar estabilidade da cânula após troca do fixador.
18. Posicionar o paciente de forma confortável.
19. Descartar os materiais utilizados conforme protocolo de resíduos.
20. Desinfectar os materiais reutilizáveis com álcool 70%.
21. Higienizar novamente as mãos.
22. Registrar no prontuário as condições do estoma, presença de secreção, intercorrências e data/horário do procedimento.

PERÍODO / LOCAL

Pacientes traqueostomizados conforme necessário / Todos os setores de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Para prevenir formação de crostas na câmula externa, a câmula interna não deverá ser removida por mais de 5 minutos e se o paciente estiver em uso de oxigenoterapia.
- A limpeza do estoma/câmula de traqueostomia deverá ser realizada sempre que necessário ou prescrito.
- Monitorar sinais de infecção: vermelhidão, dor, secreção purulenta.

REFERÊNCIAS

BOWDEN, V. R.; GREENBERG, C. S. Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013

GELBCKE, F. L.; MENDES, I. A. C. Fundamentos para o cuidado profissional em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2013

POP Enfermagem 16 - Higienização das Mão

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Reducir a carga microbiana das mãos, promover a proteção e segurança ao paciente e aos profissionais, padronizar as ações para higienização de mãos, prevenir as infecções relacionadas com a assistência à saúde.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

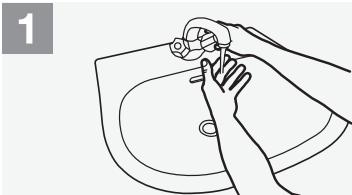
Todos os profissionais de saúde.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

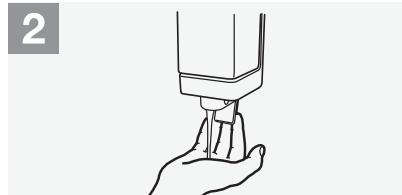
- Pia apropriada, identificada como: destinada à higienização das mãos;
- Sabão líquido / clorexidina degermante;
- Papel toalha

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

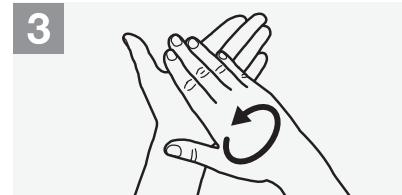
1. Retirar adornos (pulseiras, relógios e anéis);
2. Abrir a torneira e ajustar a água para um volume adequado;
3. Manter as mãos numa altura mais baixa que os cotovelos, molhar com cuidado as mãos;
4. Aplicar o sabonete líquido ou clorexidina degermante uma quantidade suficiente para cobrir as superfícies das mãos; - Friccionar primeiro as palmas das mãos uma contra a outra;
5. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
6. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
7. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
8. Esfregar o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
9. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
10. Enxaguar as mãos de modo que a água corra no sentido do punho para as pontas dos dedos;
11. Secar as mãos com papel toalha, começando pela palma de uma das mãos, dorso da mão e por último punho. No caso de torneira com abertura manual, utilize o papel toalha para fechar.
12. Desprezar o papel toalha na lixeira para resíduos comuns.



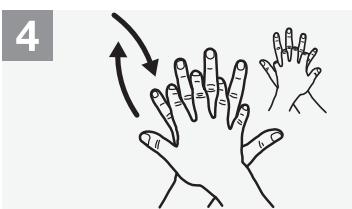
1 Molhe as mãos com água;



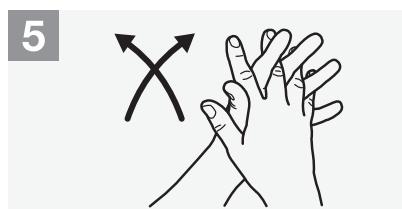
2 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete (líquido ou espuma) para cobrir todas as superfícies das mãos;



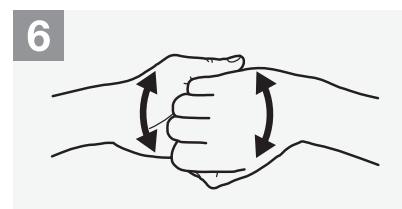
3 Friccione as palmas das mãos entre si;



4 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice versa;



5 Friccione as palmas entre si com os dedos entrelaçados;



6 Friccione o dorso dos dedos de uma mão na palma da mão oposta;



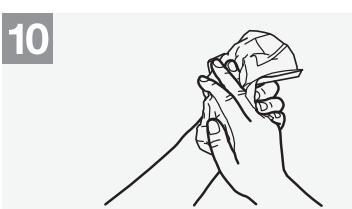
7 Friccione em movimento circular o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita e vice-versa;



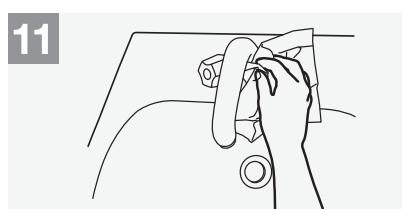
8 Friccione em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma esquerda, e vice versa;



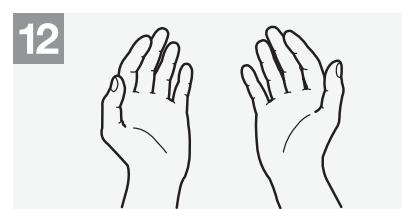
9 Enxague bem as mãos com água;



10 Seque rigorosamente as mãos com papel toalha descartável;



11 No caso de torneira com fechamento manual, use a toalha para fechar a torneira;



12 Agora, suas mãos estão seguras.

Figura 3. FONTE: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartaz azul: como higienizar as mãos com água e sabonete? Brasília: Anvisa, [s.d.]

PERÍODO / LOCAL

Ver observações / Todos setores de assistência.

OBSERVAÇÕES

Realizar higienização simples das mãos sempre:

- Que estiver com as mãos visivelmente sujas;
- Antes e depois usar o banheiro;
- Após assoar o nariz;
- Após contato com sangue e outros fluidos corporais;
- Após o uso de luvas;
- Antes de manipulação e preparo de medicamentos e administração de dietas.

A anvisa, em alinhamento com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelece os 5 momentos para a higienização das mãos, que devem ser seguidos rigorosamente pelos profissionais de saúde.

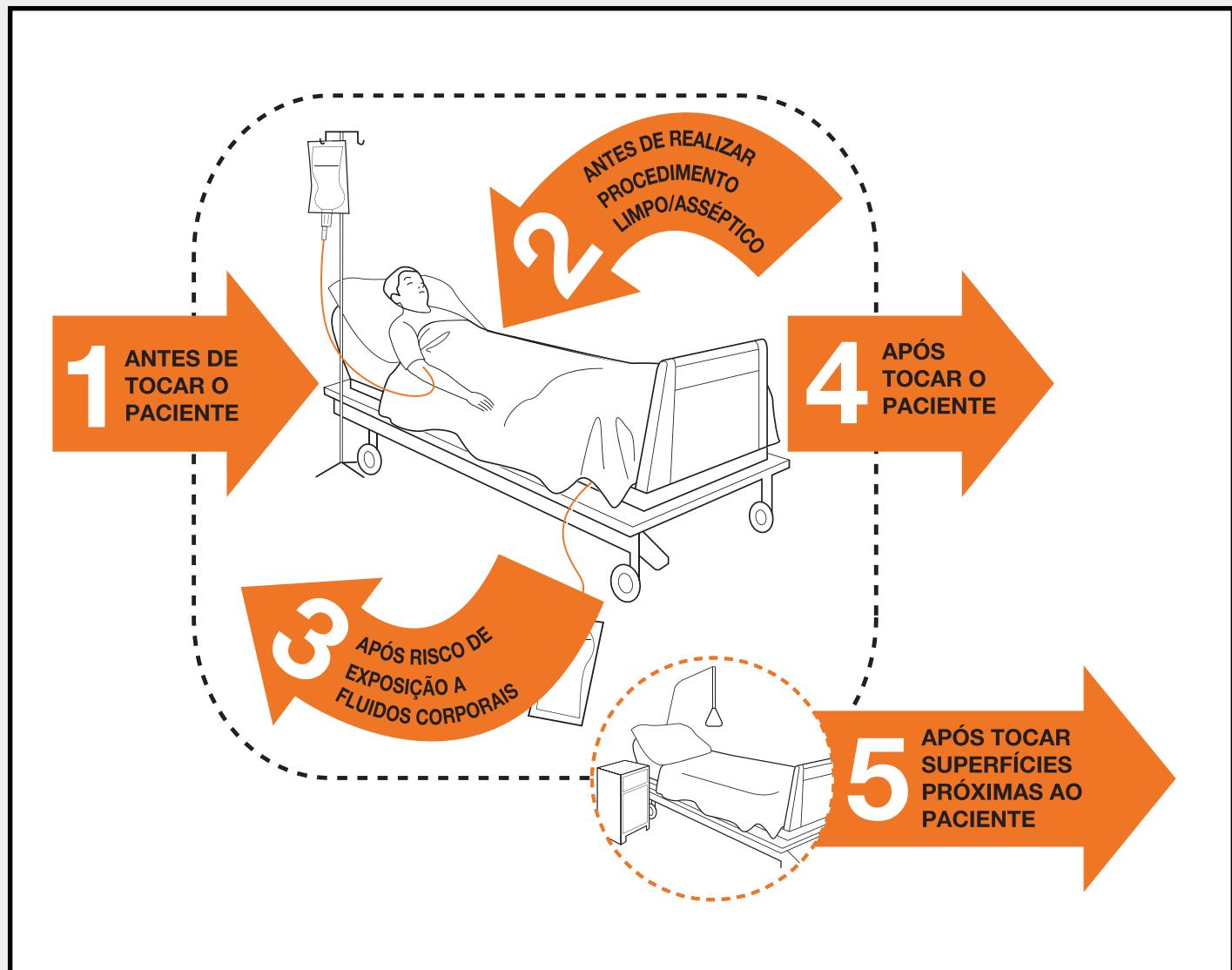


Figura 4. FONTE: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de referência técnica para a higiene das mãos. Brasília: Anvisa, 2020.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de referência técnica para a higiene das mãos. Brasília: Anvisa, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cartaz azul: como higienizar as mãos com água e sabonete? Brasília: Anvisa, [s.d.]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/cartazes/cartaz_azul-1.pdf. Acesso em: 3 jul. 2025.

POP Enfermagem 17 - Higienização da Região Íntima Feminina e Masculina

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Diminuir a colonização bacteriana, prevenir infecções do trato urinário, da genitália e da região anal, promover limpeza e o conforto e evenir lesões.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- EPIs: óculos protetores, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimentos
- Bacia
- Toalha de banho
- Biombo
- Lençol
- Sabonete líquido ou solução degermante antisséptico
- Compressa
- Esponja

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Reunir os materiais e encaminhá-los ao leito do paciente
2. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}
3. Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao cliente e/ou ao familiar, obter o seu consentimento para realizar o procedimento
4. Preservar a privacidade do cliente, protegendo o leito com biombo
5. Baixar as grades do leito
6. Colocar os EPIs
7. Colocar o lençol dobrado em diagonal sobre o abdome do cliente com uma das pontas cobrindo a genitália.
8. Retirar a calça do pijama, a roupa íntima e/ou fralda descartável
9. Remover as fezes ou secreções com o papel higiênico ou com a compressa úmida com água, desprezando-os no recipiente de descarte, conforme orientações da instituição
10. Colocar a comadre sob as nádegas
11. Dobrar as pernas e afastar os joelhos
12. Expor a região genital, dobrando a ponta distal do lençol sobre ele mesmo.
13. Observar as características da genitália, detectando qualquer tipo de alteração
14. Pegar o jarro com a mão dominante e despejar a água sobre a genitália até as raízes das coxas
15. Umedecer a compressa com água e solução degermante
16. Proceder à higienização no cliente masculino ou feminino, conforme os passos a seguir:

Cliente Masculino

1. Segurar o pênis perpendicularmente ao corpo com a mão não dominante, tracionando o prepúcio
2. Realizar a higiene do meato uretral e da glande em movimentos circulares e a do corpo do pênis em sentido único até a sua inserção
3. Fazer a higiene da bolsa escrotal e da região perianal no sentido anteroposterior.

Cliente Feminina

1. Higienizar a região dos grandes lábios, seguida dos pequenos lábios e do sulco interlabial, em sentido anteroposterior e em movimentos únicos
2. Realizar a higiene do meato uretral em movimento circular
3. Proceder à higiene da região perineal no sentido anteroposterior até a região perianal
4. Desprezar a compressa utilizada no recipiente de descarte

5. Despejar a água restante da jarra, iniciando pela raiz das coxas estendendo por toda a genitália
6. Retirar a comadre, colocando-a sobre a escadinha
7. Passar a toalha seca sobre a região genital, secando-a bem

PERÍODO / LOCAL

Diariamente ou sempre que necessário / Todos os lacais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Utilizar solução desgermante 2% em casos de lesão infectada.
- Respeitar a privacidade e o vínculo terapêutico com o paciente.
- Em pacientes com úlceras sacrais, substituir comadre por lençóis para evitar lesões.
- Pacientes com sondas vesicais fazer a limpeza no meato urinário com água e sabão.
- Avaliar a necessidade de aparo dos pelos pubianos, solicitando previamente a autorização do paciente e/ou familiar, com a devida justificativa voltada à adequada higienização da região
- Realizar o procedimento conforme indicação clínica e/ou sempre que necessário.

REFERÊNCIAS

GELCKE, F. L. MENDES, I. A. C. Fundamentos para o cuidado profissional em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2013

LYNN, P. Manual de Habilidades de Enfermagem Clínica de Taylor. Porto Alegre: Artmed, 2012

INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE – INTS. POP PO.ENF.012 – Higiene Íntima. São Paulo: INTS, 2025.
Disponível em: https://ints.org.br/wp-content/uploads/2025/04/PO.ENF_.012-00-Higiene-Intima.pdf Acesso em: 10 jul. 2025.

POP Enfermagem 18 - Higienização do Paciente no Leito

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Realizar a higiene corporal completa de pacientes acamados, promovendo conforto, prevenção de infecções, manutenção da integridade da pele e dignidade no cuidado.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs: luvas de procedimento, máscara cirúrgica, avental
- Sabonete líquido neutro ou degermante
- Shampoo (se necessário)
- Toalha de banho e rosto
- Bacia com água morna
- Jarro para enxágue
- Gaze ou compressa não estéril
- Pente ou escova de cabelo
- Lençol limpo
- Fralda descartável (se necessário)
- Biombo (privacidade)
- Bolsa coletora ou comadre
- Creme hidratante ou pomada de barreira
- Hamper para roupas sujas
- Álcool 70%
- Carrinho ou mesa de apoio
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}
2. Reunir todos os materiais em bandeja ou carrinho previamente desinfetado e encaminhar-se para a unidade do paciente
3. Explicar o procedimento, mesmo em casos de alteração de consciência
4. Garantir privacidade com biombo ou fechamento da porta
5. Fechar portas e/ou janelas para evitar corrente de ar
6. Avaliar o estado clínico do paciente e contraindicações para o banho
7. Colocar EPIs
8. Interromper a administração da dieta em pacientes em uso de dieta enteral por BIC (bomba de infusão contínua), quando necessário, evitando broncoaspiração
9. Remover a camisola ou o pijama do paciente, mantendo o lençol dobrado de forma a preservar sua privacidade. Em casos de lesão ou limitação de mobilidade em um dos membros, iniciar a retirada pelo lado não comprometido
10. Avaliar a possibilidade de remover o travesseiro ou almofadas

Higiene da face/cabeça

1. Lavar os olhos do paciente com auxílio da gaze úmida e sem uso de sabonete (uma para cada olho). Limpar da comissura interna para a externa. Secar ao redor dos olhos gentilmente com auxílio da toalha
2. Realizar higiene oral, se necessário, com escova ou gaze e solução antisséptica
3. Lavar (avaliar a necessidade de uso de sabonete), enxaguar e secar a testa, as bochechas, o nariz, o pescoço e as orelhas. Se homem, pergunte se deseja se barbear

Higiene dos membros superiores

1. Cubra o tórax do paciente com um lençol e descubra o braço oposto ao lado em que você está
2. Com pouca quantidade de sabonete e água, inicie a lavagem com movimentos amplos e suaves, começando dos dedos em direção à axila. Se possível, eleve o braço do paciente acima da cabeça para fazer a higiene completa da axila. Enxágue com uma compressa limpa e seque com a toalha
3. Repita o mesmo procedimento no braço mais próximo
4. Aplique desodorante nas axilas com moderação e se possível

Higiene do Tórax e Abdome

1. Descubra o tórax e abdome do paciente
2. Utilize uma pequena quantidade de sabonete e água para lavar a região em pacientes do sexo feminino, levante cuidadosamente as mamas para realizar a limpeza completa
3. Enxágue com uma compressa molhada sem sabão, fazendo movimentos em um único sentido. Se necessário, troque ou lave a compressa com água da bacia
4. Seque bem o tórax com uma toalha
5. Em seguida, cubra novamente o paciente com o lençol

Higiene dos Membros Inferiores

1. Dobre o lençol em formato de leque ou afaste-o lateralmente para expor a perna contrária ao lado em que você está
2. Utilize uma pequena quantidade de sabonete e água e com movimentos curtos e contínuos lave a região dos tornozelos até a coxa. Enxágue com uma compressa com água e seque com uma toalha
3. Faça a limpeza entre os dedos dos pés, enxague e seque com uma toalha
4. Realize o mesmo processo na perna e pés do lado mais próximo
5. Troque a água da bacia sempre que necessário
6. Finalize com os cuidados de higiene íntima (ver POP ENFERMAGEM 19).

Higiene do dorso e cuidados finais

1. Vire o paciente de lado, mantendo-o coberto sempre que possível
2. Utilize uma pequena quantidade de sabonete e água para lavar a região do dorso e pescoço até as nádegas, com movimentos amplos e suaves
3. Limpe as nádegas e o ânus com compressa ensaboada, sempre do centro para fora
4. Enxágue com compressa úmida e seque bem toda a região
5. Retire as luvas usadas e coloque novas
6. Passe hidratante, se indicado, fazendo leve massagem nas costas, braços e pernas
7. Com o paciente lateralizado, faça a troca do lençol e travessa (se necessário), coloque a fralda (se necessário) faça a higienização do leito com álcool à 70%
8. Reposicione o paciente em posição dorsal ou da forma mais confortável
9. Passe hidratante, se indicado nas outras regiões do corpo
10. Vista a camisola limpa
11. Posicione corretamente o paciente e cubra com o lençol
12. Penteie ou ajude o paciente com os cabelos e perfume, se possível
13. Descarte a água suja e leve a bacia e o jarro para o expurgo.
14. Higienize as mãos
15. Anote o procedimento no prontuário, condições da pele, presença de lesões, intercorrências, horário e profissional responsável.

PERÍODO / LOCAL

Diariamente ou sempre que necessário / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Evitar exposição prolongada ao frio.
- Proteger dispositivos invasivos com compressas secas.
- Realizar curativos após o banho, se necessário.
- Em precauções de contato ou respiratórias, seguir paramentação específica.
- A massagem deve ser em movimentos circulares para cima, a partir das nádegas.

- Não massagear áreas hiperemidas em proeminências ósseas, evitando lesão tecidual.

REFERÊNCIAS

- R, P. A. PERRY, A.G. STOCKERT, P. HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- CARMAGNANI, M.I.S et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

POP Enfermagem 19 - Administração de Medicamentos via Ocular

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração de medicamentos oftálmicos (colírios e pomadas), promovendo segurança, eficácia terapêutica e prevenção de lesões ou contaminações oculares.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Medicamento oftálmico prescrito (colírio ou pomada);
- Bandeja limpa e identificada;
- Gaze estéril ou compressa não estéril;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Etiqueta de identificação (nome, dose, horário, via);
- Bolsa plástica para descarte;
- Lenço de papel (opcional);
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO**Preparo Inicial**

1. Acesse a prescrição médica atualizada.
2. Confirme os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa.
3. Verifique possíveis alergias e interações medicamentosas.
4. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-17.
5. Desinfetar a bandeja com álcool 70%.
6. Reunir os materiais e verificar validade e integridade.
7. Identificar e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado e sanar possíveis dúvidas antes de executar o procedimento.
8. Posicionar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com cabeça inclinada para trás.
9. Garantir boa iluminação e privacidade.

Higiene Ocular

1. Calçar luvas de procedimento.
2. Ispescionar os olhos quanto a secreções, lesões ou hiperemia.
3. Limpar as pálpebras com gaze embebida em soro fisiológico, do canto interno para o externo.
4. Utilizar gaze nova para cada olho.

5. Administração de Colírios

6. Agitar o frasco, se indicado.
7. Apoiar a mão dominante na testa do paciente.
8. Expor o saco conjuntival inferior com a mão não dominante.
9. Instilar o número de gotas prescritas a 1–2 cm de distância, sem tocar o olho.
10. Solicitar que o paciente olhe para cima e feche os olhos suavemente após a aplicação.
11. Aplicar pressão sobre o ducto nasolacrimal por 30–60 segundos, se necessário.
12. Enxugar o excesso com gaze limpa.

Administração de Pomadas

1. Repetir os passos de limpeza e posicionamento.
2. Aplicar uma fina camada da pomada ao longo da borda interna da pálpebra inferior.
3. Solicitar que o paciente feche os olhos e movimente suavemente o globo ocular.
4. Retirar o excesso com gaze limpa.

Finalização

1. Deixar o paciente confortável e em posição adequada.
2. Retirar as luvas e higienizar as mãos.
3. Organizar o ambiente e descartar os materiais utilizados.
4. Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, horário, profissional, aceitação ou intercorrência.

PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica e/ou de enfermagem. / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Evitar encostar o frasco ou aplicador no olho ou nas pálpebras para prevenir contaminação.
- Aguardar 5 a 10 minutos entre medicamentos diferentes no mesmo olho.
- Não aplicar diretamente sobre a córnea.
- Medicamentos oftálmicos devem ser de uso individual e identificados com data de abertura.
- Em caso de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro ou médico.
- Agitar medicamentos líquidos antes da administração, quando indicado pelo fabricante.
- Orientar o paciente para permanecer na posição por pelo menos 3 minutos após aplicação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: ANVISA, 2013.

STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Coren-SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/uso-seguro-medicamentos.pdf> Acesso em: 24 jul. 2025.

POP Enfermagem 20 - Administração de Medicamentos via Auricular

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração de medicamentos otológicos (gotas ou pomadas), garantindo segurança, eficácia terapêutica e prevenção de lesões ou contaminações no conduto auditivo externo.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Medicamento otológico prescrito (gotas ou pomada);
- Bandeja limpa e identificada;
- Gaze estéril ou compressa não estéril;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Algodão (opcional);
- Etiqueta de identificação (nome, dose, horário, via);
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Preparo Inicial

1. Acesse a prescrição médica atualizada.
2. Confirme os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa.
3. Verifique possíveis alergias e interações medicamentosas.
4. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem das mãos}.
5. Desinfetar a bandeja com álcool 70%.
6. Reunir os materiais e verificar validade e integridade.
7. Identificar e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado e sanar possíveis dúvidas antes de executar o procedimento.
8. Posicionar o paciente em decúbito lateral com a orelha a ser tratada voltada para cima.
9. Garantir boa iluminação e privacidade.

Higiene Auricular

1. Calçar luvas de procedimento.
2. Ispencionar o conduto auditivo quanto a secreções, cerúmen ou lesões.
3. Limpar a orelha externa com gaze embebida em soro fisiológico.
4. Utilizar gaze nova para cada ouvido.
5. Administração de Gotas
6. Agitar o frasco, se indicado.
7. Puxar suavemente o pavilhão auricular:
 - a. Para cima e para trás (adultos)
 - b. Para baixo e para trás (crianças < 3 anos)
8. Instilar o número de gotas prescritas a cerca de 1 cm da entrada do canal auditivo.
9. Evitar contato do frasco com a pele ou mucosa.
10. Solicitar que o paciente permaneça na posição por 2 a 3 minutos.
11. Se indicado, inserir um pequeno chumaço de algodão na entrada do canal e retirar após 15 minutos.

Administração de Pomadas

1. Aplicar conforme prescrição, utilizando aplicador ou gaze.
2. Evitar introdução profunda no canal auditivo.
3. Manter o paciente na posição por alguns minutos.

Finalização

1. Retirar as luvas e higienizar as mãos.
2. Organizar o ambiente e descartar os materiais utilizados.
3. Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, horário, profissional, aceitação ou intercorrência.

PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica e/ou de enfermagem. / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Evitar administração em caso de perfuração timpânica, salvo prescrição médica específica.
- Medicamentos otológicos devem ser de uso individual e identificados com data de abertura.
- Irrigação auricular é procedimento médico e não deve ser realizado pela equipe de enfermagem sem prescrição específica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: ANVISA, 2013.

STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Coren-SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/uso-seguro-medicamentos.pdf> Acesso em: 24 jul. 2025.

POP Enfermagem 21 - Administração de Medicamentos via Nasal

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração de medicamentos por via nasal (gotas ou spray), promovendo segurança, eficácia terapêutica e prevenção de contaminações ou desconfortos nasais.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Medicamento nasal prescrito (gotas ou spray)
- Bandeja limpa e identificada
- Gaze estéril ou lenço de papel
- Soro fisiológico 0,9%
- Luvas de procedimento
- Álcool 70%
- Etiqueta de identificação (nome, dose, horário, via)
- Registro/documento de controle clínico do paciente

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO**Preparo Inicial**

- Acesse a prescrição médica atualizada.
- Confirme os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa.
- Verifique possíveis alergias e interações medicamentosas.
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
- Desinfetar a bandeja com álcool 70%.
- Reunir os materiais e verificar validade e integridade.
- Identificar e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado e sanar possíveis dúvidas antes de executar o procedimento.
- Posicionar o paciente sentado ou em decúbito dorsal com a cabeça inclinada para trás.
- Garantir boa iluminação e privacidade.

Higiene Nasal

- Calçar luvas de procedimento.
- Inspecionar as narinas quanto a secreções, lesões ou obstruções.
- Limpar as narinas com gaze ou lenço embebido em soro fisiológico.
- Solicitar que o paciente assoe o nariz, se possível.

Administração de Gotas

- Agitar o frasco, se indicado.
- Apoiar a cabeça do paciente com a mão dominante.
- Instilar o número de gotas prescritas a cerca de 1 cm da narina, sem tocar a mucosa.
- Solicitar que o paciente permaneça com a cabeça inclinada por 2 a 5 minutos.
- Enxugar o excesso com gaze limpa.

Administração de Spray

- Agitar o frasco.
- Posicionar o paciente com a cabeça levemente inclinada para frente.
- Introduzir o aplicador na narina e disparar o jato conforme prescrição.
- Solicitar que o paciente respire pela boca durante a aplicação.

5. Repetir o procedimento na outra narina, se indicado.

Finalização

1. Retirar as luvas e higienizar as mãos.
2. Organizar o ambiente e descartar os materiais utilizados.
3. Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, horário, profissional, aceitação ou intercorrência.

PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica e/ou de enfermagem. / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Aguardar 5 a 10 minutos entre medicamentos diferentes na mesma via.
- Medicamentos nasais devem ser de uso individual e identificados com data de abertura.
- Em caso de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro ou médico.
- Não administrar medicamentos em caso de epistaxe ativa ou perfuração nasal, salvo prescrição médica específica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: ANVISA, 2013.

STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Coren-SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/uso-seguro-medicamentos.pdf> Acesso em: 24 jul. 2025.

POP Enfermagem 22 - Administração de Medicamentos via Nebulização

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração de medicamentos por nebulização, promovendo segurança, eficácia terapêutica e prevenção de riscos respiratórios e infecciosos.

==== RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

==== MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Medicamento prescrito (ex.: brometo de ipratrópio, fenoterol, budesonida);
- Soro fisiológico 0,9% estéril;
- Kit de nebulização: — Copinho dosador — Máscara facial ou bucal — Chicote/extensão com conexão para fonte de oxigênio ou ar comprimido
- Fonte de oxigênio ou ar comprimido com fluxômetro
- Seringa de 5 ou 10 mL com agulha (se necessário)
- Bandeja limpa e identificada
- Luvas de procedimento
- Etiqueta de identificação
- Papel toalha ou lenço descartável
- Registro/documento de controle clínico do paciente

==== DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**Preparo Inicial**

1. Acesse a prescrição médica atualizada.
2. Confirme os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa.
3. Verifique possíveis alergias e interações medicamentosas.
4. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
5. Desinfetar a bandeja com álcool 70%.
6. Reunir os materiais e verificar validade e integridade.
7. Identificar e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado e sanar possíveis dúvidas antes de executar o procedimento.
8. Posicionar o paciente em Fowler ou semi-Fowler.
9. Garantir boa ventilação e privacidade.

Preparo da Medicação

1. Calçar luvas de procedimento.
2. Aspirar o medicamento prescrito com seringa e transferir para o copinho do nebulizador.
3. Adicionar soro fisiológico conforme prescrição (geralmente 3–5 mL).
4. Identificar o copinho com etiqueta (nome, dose, horário).
5. Montagem do Sistema
6. Conectar o copinho à máscara ou bucal.
7. Acoplar o chicote à máscara e à fonte de oxigênio ou ar comprimido via fluxômetro.
8. Ajustar o fluxo entre 4 a 6 L/min (adultos) ou conforme prescrição.
9. Verificar formação da névoa.
10. Adaptar a máscara ao rosto do paciente, cobrindo boca e nariz.
11. Orientar o paciente a respirar lenta e profundamente.
12. Manter a nebulização até o término da solução (geralmente 10–15 minutos).
13. Observar sinais vitais e possíveis reações adversas.

14. Interromper o procedimento em caso de intercorrência e comunicar ao médico.

Finalização

1. Desligar o fluxômetro e desconectar o sistema.
2. Retirar as luvas e higienizar as mãos.
3. Descartar os materiais conforme protocolo.
4. Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, horário, profissional, aceitação ou intercorrência.

==== PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica e/ou de enfermagem. / Todos os locais de assistência.

==== OBSERVAÇÕES - O chicote deve estar limpo, seco e sem dobras ou obstruções, garantindo fluxo contínuo. - Trocar o kit de nebulização a cada uso ou conforme protocolo institucional. - Evitar nebulização com fluxo superior a 6 L/min, salvo prescrição específica. - Não reutilizar frascos de soro abertos sem sistema fechado. - Realizar o procedimento em ambiente ventilado, devido ao risco de aerossóis contaminantes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: ANVISA, 2013.

CARMAGNANI, M. I. S. G.; TREVISANI, C.; SILVA, L. M.; TERERAN, N. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Coren-SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/uso-seguro-medicamentos.pdf> Acesso em: 24 jul. 2025.

POP Enfermagem 23 - Administração de Medicamentos via Oral

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração de medicamentos por via oral, promovendo segurança, eficácia terapêutica e prevenção de erros de medicação.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada
- Medicamento prescrito (comprimidos, cápsulas, gotas, soluções, suspensões)
- Copo descartável pequeno para medicação
- Copo com água potável
- Bandeja limpa e identificada
- Seringa oral ou copo dosador (se necessário)
- Luvas de procedimento
- Etiqueta de identificação
- Registro/documento de controle clínico do paciente

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO**Preparo Inicial**

- Acesse a prescrição médica atualizada.
- Confirme os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa.
- Verifique possíveis alergias e interações medicamentosas e alimentares.
- Higienize as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
- Desinfetar a bandeja com álcool 70%.
- Reunir os materiais e verificar validade e integridade.
- Identificar e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado e sanar possíveis dúvidas antes de executar o procedimento.
- Posicionar o paciente em decúbito elevado (30° a 45°).
- Avalie nível de consciência, reflexo de deglutição e presença de náuseas ou vômitos.
- Garantir privacidade e boa iluminação.

Preparo da Medicação

- Calçar luvas de procedimento.
- Abrir a embalagem sem tocar diretamente no medicamento.
- Colocar a dose prescrita em copo descartável.
- Para líquidos, agitar o frasco e medir com seringa ou copo dosador.
- Se necessário, triturar comprimidos com pilão e diluir em água potável — apenas se permitido pela bula ou prescrição.
- Identificar o recipiente com etiqueta (nome, dose, horário).

Administração

- Oferecer o medicamento ao paciente com água suficiente para deglutição.
- Certificar-se de que o paciente ingeriu completamente.
- Em caso de pastilhas, orientar a dissolução na boca sem mastigar.
- Em caso de gotas, diluir em água ou administrar diretamente conforme prescrição.

Administração por Sonda Enteral (se aplicável)

1. Diluir o medicamento em água potável;
2. Pausar a dieta caso paciente esteja em uso;
3. Administrar com seringa de 20 mL.
4. Lavar a sonda com 20 mL de água antes e após a medicação.
5. Retomar a dieta conforme prescrição.

Finalização

1. Retirar as luvas e higienizar as mãos.
2. Organizar o ambiente e descartar os materiais utilizados.
3. Deixe o paciente confortável e em posição segura.
4. Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, horário, profissional, aceitação ou intercorrência.

PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica e/ou de enfermagem / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Não administrar medicamentos vencidos, sem rótulo ou sem prescrição.
- Alguns medicamentos não devem ser partidos ou triturados — verificar bula ou consultar o prescritor.
- Pacientes com dificuldade de deglutição devem ser avaliados antes da administração.
- Conferir necessidade de refrigeração e prazo de validade após reconstituição do medicamento.
- Nunca deixar medicamentos sobre a mesa ou sem supervisão.
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico.

REFERÊNCIAS

IPPMG/UFRJ. POP 04 – Administração de Medicamentos por Via Oral. Rio de Janeiro: IPPMG, 2023. Disponível em: POP IPPMG/UFRJ. Acesso em: 24 jul. 2025.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Coren-SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: Guia Coren-SP. Acesso em: 24 jul. 2025.

POP Enfermagem 24 - Administração de Medicamentos via Sublingual

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Padronizar a técnica de administração de medicamentos por via sublingual, promovendo absorção rápida, segurança terapêutica e prevenção de erros de medicação.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada;
- Medicamento prescrito (comprimido, gotas ou pó);
- Gaze estéril;
- Copo descartável pequeno;
- Luvas de procedimento;
- Bandeja limpa e identificada;
- Etiqueta de identificação;
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

Preparo Inicial

- Acesse a prescrição médica atualizada.
- Confirme os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa.
- Verifique possíveis alergias e interações medicamentosas e alimentares.
- Higienize as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}.
- Desinfetar a bandeja com álcool 70%.
- Reunir os materiais e verificar validade e integridade.
- Identificar e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado e sanar possíveis dúvidas antes de executar o procedimento.

Preparo da Medicação

- Calçar luvas de procedimento.
- Abrir a embalagem sem tocar diretamente no medicamento.
- Colocar o medicamento em gaze ou copo descartável.
- Identificar o recipiente com etiqueta (nome, dose, horário).

Administração

- Posicionar o paciente em decúbito elevado (Fowler ou semi-Fowler).
- Solicitar que enxágue a boca com água, se necessário.
- Colocar o medicamento sob a língua do paciente com auxílio de gaze.
- Orientar o paciente a não mastigar, engolir ou falar durante a dissolução.
- Aguardar a completa dissolução do medicamento.
- Observar sinais de desconforto ou intercorrência.

Finalização

- Retirar as luvas e higienizar as mãos.
- Organizar o ambiente e descartar os materiais utilizados.
- Deixe o paciente confortável e em posição segura.
 - Registrar no prontuário: medicamento, dose, via, horário, profissional, aceitação ou intercorrência.

PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica e/ou de enfermagem. / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Evitar deixar o medicamento sobre a mesa ou sem supervisão.
- Conferir necessidade de refrigeração e prazo de validade após reconstituição do medicamento
- Evitar administrar medicamentos vencidos, sem rótulo ou sem prescrição.
- Evitar administrar medicamentos por via sublingual em pacientes com dificuldade de deglutição ou salivação.
- Realizar dupla checagem em medicamentos de alta vigilância.
- Priorizar a administração sublingual após outras vias orais, se houver.
- Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao enfermeiro responsável e/ou o médico.

REFERÊNCIAS

IPPMG/UFRJ. POP 04 – Administração de Medicamentos por Via Oral. Rio de Janeiro: IPPMG, 2023. Disponível em: POP IPPMG/UFRJ. Acesso em: 24 jul. 2025.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (Coren-SP). Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento. São Paulo: Coren-SP, 2017. Disponível em: Guia Coren-SP. Acesso em: 24 jul. 2025.

POP Enfermagem 25 - Oxigenoterapia por Cateter Nasal (Tipo Óculos)

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Padronizar a instalação e/ou troca do cateter nasal tipo óculos para oxigenoterapia, garantindo segurança ao paciente, prevenção de lesões cutâneas e redução do risco de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fluxômetro para rede de gases
- Umidificador ligado à fonte de oxigênio
- Cateter nasal tipo óculos
- Extensor de oxigênio estéril
- Água destilada (se necessário)
- Gazes estéreis
- Luvas para procedimento
- Álcool 70%
- Bolsa plástica para descarte
- Etiqueta para identificação (data, hora, profissional)
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Orientar o paciente quanto ao procedimento, chamando-o pelo nome
- Higienize as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}
- Reunir o material necessário na bandeja
- Manter a privacidade do paciente
- Manter precaução padrão
- Colocar as luvas de procedimento e higienizar narinas com gaze estéril e álcool a 70%
- Colocar água destilada até o nível indicado no recipiente, se necessário
- Instalar o fluxômetro na fonte de oxigênio e o frasco umidificador ao fluxômetro
- Testar o funcionamento do sistema
- Posicionar o cliente em posição de semi-fowler
- Instalar o catéter nasal
- Posicionar o cateter de forma confortável no paciente. Para manter as presas nasais no lugar, encaixe a sonda afixada sobre as orelhas do paciente e fixe-a sob o queixo utilizando o conector de deslizamento.
- Confirmar se o posicionamento está confortável ao paciente
- Ajustar a velocidade de fluxo de O₂, conforme prescrição médica
- Conectar o extensor de O₂ (com o fluxômetro previamente ajustado para evitar pressão exagerada do gás ao paciente no momento de ligar a válvula) ao cateter nasal, deixando folga para permitir mobilização do paciente
- Confirmar se há permeabilidade no fluxo de O₂ e conforto ao cliente
- Manter a umidificação no sistema nos níveis indicados no frasco
- Realizar a troca a cada 7 dias ou antes, se houver:
 - Sujidade
 - Umidade
 - Descolamento
 - Reações alérgicas
- Registrar o procedimento no prontuário.

PERÍODO / LOCAL

A depender do quadro clínico do paciente / Observação ou Internamento.

OBSERVAÇÕES

- Trocar a água dos umidificadores de oxigênio por cateter extra-nasal a cada 24h e repor quando necessário.
- Utilizar apenas água destilada
- O uso de umidificador com água destilada não é mais recomendado de forma rotineira em oxigenoterapia de baixo fluxo (< 4 L/min), pois não há evidência de benefício clínico significativo na fluidificação de secreções ou conforto respiratório.
- A umidificação pode ser indicada em casos específicos, como pacientes traqueostomizados ou com ressecamento nasal intenso.
- Monitorar sinais de desconforto, lesões nasais ou obstrução do fluxo.
- O chicote deve ser mantido limpo e seco, evitando dobras ou torções que comprometam o fluxo.
- O uso do cateter deve ser individual e identificado.
- Prescrição da terapêutica inalatória é de responsabilidade médica
- A equipe de enfermagem é responsável no cuidado e manutenção da terapêutica de oxigenação.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. PERRY, A.G. STOCKERT, P. HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9^aed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes para Oxigenoterapia Domiciliar de Longo Prazo. São Paulo: SBPT, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jpneu/a/7Ykb5Yvt88HRsxFqSgRRwNd/>. Acesso em: 24 jul. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Manual de Procedimento Operacional Padrão: Serviço de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/manual-procedimento-operacional-padroao-servico-enfermagem.pdf>.

POP Enfermagem 26 - Oxigenoterapia por Máscara Não Reinalante

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Fornecer oxigênio para o transporte adequado no sangue, enquanto diminui o trabalho respiratório, reduz o estresse sobre o miocárdio e melhora a perfusão tecidual e impedir a reinalação através de válvulas unidireccionais.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Fluxômetro;
- Umidificador;
- Água para o umidificador (aproximadamente 50 ml);
- Tubo extensor;
- Água estéril;
- Luva de procedimento;
- Recipiente para material utilizado;
- Máscara de não reinalação.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienize as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-17;
2. Montar a bandeja com o material necessário;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Posiciona-lo confortavelmente com cabeceira elevada ou em Fowler;
5. Instalar fluxômetro na rede de oxigênio;
6. Montar o umidificador, colocando água destilada estéril até o nível indicado no recipiente, conecte ao extensor de silicone;
7. Calçar luvas de procedimento;
8. Limpar as narinas do paciente;
9. Abrir válvula de O2 conforme prescrição médica;
10. Posicionar a máscara de não reinalação ou reinalação parcial de forma confortável no paciente.
11. Aplique a máscara sobre o nariz e aboca do paciente para formar uma vedação eficaz. Válvulas de máscara se fecham para que o ar exalado não entre na bolsa do reservatório.
12. Deixar paciente em posição confortável;
13. Retirar as luvas de procedimento;
14. Higienizar as mãos;
15. Registrar no prontuário do paciente.

PERÍODO / LOCAL

A depender quadro clínico do paciente / Observação ou Internamento.

OBSERVAÇÕES

- A equipe de enfermagem deve observar e anotar os seguintes sinais sobre os pacientes que estão recebendo oxigênio: nível de consciência, frequência e padrão respiratório, perfusão periférica, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, pressão arterial.
- Identificar sinais e sintomas de toxicidade por oxigênio: desconforto subesternal, parestesias, dispneia, agitação psicomotora, fadiga, mal-estar, dificuldade respiratória progressiva, hipoxemia refratária, atelectasia alveolar e infiltrado alveolar nas radiografias de tórax.
- Realizar a troca do dispositivo de acordo com o protocolo da instituição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude-3>.

POP Enfermagem 26 - Oxigenoterapia com Máscara Venturi

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Fornecer oxigênio de forma adequada e segura por meio de máscara de Venturi, de acordo com a concentração indicada prescrita.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja
- Fluxômetro
- Umidificador
- Água para o umidificador (aproximadamente 50 ml)
- Tubo extensor - formato de traqueia
- Água estéril
- Luva de procedimento
- Recipiente para material utilizado
- Máscara de Venturi.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienize as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}
2. Montar a bandeja com o material necessário
3. Explicar o procedimento ao paciente
4. Posiciona-lo confortavelmente com cabeceira elevada ou em Fowler
5. Instalar fluxômetro na rede de oxigênio
6. Montar o umidificador, colocando água destilada estéril até o nível indicado no recipiente, conecte ao extensor (formato de traquéia)
7. Calçar luvas de procedimento
8. Limpar as narinas do paciente
9. Posicionar a máscara de maneira confortável no paciente. Aplique a máscara sobre a boca e o nariz do paciente para formar uma vedação eficaz
10. Abrir válvula de O2 conforme prescrição médica
11. Retirar as luvas de procedimento
12. Higienizar as mãos
13. Registrar no prontuário do paciente.

PERÍODO / LOCAL

A depender do quadro clínico do paciente / Observação ou Internamento.

OBSERVAÇÕES

À equipe de enfermagem cabe: - Identificar sinais e sintomas de toxicidade por oxigênio: desconforto subesternal, parestesias, dispneia, agitação psicomotora, fadiga, mal-estar, dificuldade respiratória progressiva, hipoxemia refratária, atelectasia alveolar e infiltrado alveolar nas radiografias de tórax. - Realizar a troca do dispositivo de acordo com o protocolo da instituição.

REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, Maria I., FAKIH, Trevisani, CANTERAS, Lígia Mara Silva, TERERAN, N. Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático, 2ª edição. Guanabara Koogan, 2017. VitalBook file.

POTTER, P. A. PERRY, A.G. STOCKERT, P. HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Enfermagem 27 - Lavagem Gástrica

Versão:	Elaboração:	Revisado em:
00	19/05/2025	28/07/2025

OBJETIVO

Remover resíduos em casos de intoxicações exógenas e em casos de preparo para exames e algumas cirurgias.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiro

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPIs (Luvas de procedimento, gorro, máscara, óculos de proteção individual)
- Cateter nasogástrico
- Bandeja
- Seringa de 20 ml
- Estetoscópio
- Micropore ou esparadrapo
- Biombo, se necessário
- Gaze estéril
- Xiloacina gel
- Dispositivo coletor
- Papel toalha
- Soro fisiológico 0,9% (conforme prescrição médica)
- Suporte de soro.

 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienize as mãos conforme protocolo institucional, vide {pop-lavagem-maos}
2. Reunir o material e levá-lo próximo ao usuário
3. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante e explicar o procedimento que será realizado
4. Utilizar biombo, se necessário
5. Posicionar o usuário em posição de Fowler ou semi-Fowler.
6. Proteger o tórax do usuário com papel toalha
7. Realizar a inserção do cateter nasogástrico com lubrificante - Xiloacina gel
8. Caso o usuário já esteja com o cateter, verificar se está posicionado corretamente, pela aspiração do efluente gástrico ou pela ausculta da região epigástrica ao injetar 20 ml de ar com seringa
9. Conectar o cateter ao equipo com soro fisiológico 0,9% e infundir o volume prescrito lentamente
10. Fechar a pinça rolete do equipo após ter sido infundida a quantidade de soro indicada
11. Quando for aspirar o efluente gástrico utilizando uma seringa, clampear a extremidade do cateter, para impedir a entrada de ar no estômago
12. Desconectar o equipo do soro ou a seringa do cateter e conectar este ao dispositivo coletor e deixar em drenagem espontânea até que não saia mais efluente gástrico
13. Repetir os procedimentos de infusão e drenagem até que o retorno do conteúdo gástrico seja límpido
14. Lavar com 20 ml de água destilada e fechar o cateter, a fim de evitar obstrução
15. Deixar o usuário de maneira confortável no leito, em decúbito lateral esquerdo para facilitar o esvaziamento do estômago
16. Desprezar material descartável em local apropriado
17. Higienizar as mãos
18. Realizar o registro do procedimento, destacando: o horário, o volume de soro infundido, às características do efluente gástrico (aspecto, coloração e volume), bem como as intercorrências, se houver assinar e carimbar
19. Avaliar sinais vitais, débito urinário e nível de consciência a cada 15 min.

PERÍODO / LOCAL

Conforme indicação clínica do paciente, salvo as contraindicações / Observação e Internamento

OBSERVAÇÕES

Contraindicações: usuários com Glasgow ≤ 8 , exceto se intubados usuários com fratura de base de crânio ingestão de cáusticos ou corrosivos ingestão de hidrocarboneto com alta volatilidade (solventes em geral) varizes de esôfago de grosso calibre hematêmese volumosas cirurgia recente do trato gastrointestinal ingestão de materiais sólidos com pontas ingestão de pacotes contendo drogas.

REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática. 9^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

HU-FURG.POP: Lavagem gástrica. Rio Grande, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebsereh-intensifica-assistencia-a-distancia-como-estrategia-de-combate-a-covid-19/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-norte/hdt-uft/acesso-a-informacao/gestao-documental/pop-procedimento-operacional-padroao/divisao-de-enfermagem-1/pop-028-denf-lavagem-gastrica.pdf>. Acesso em: 21 jul 2025.

POP Normas Institucionais 28 - Triagem de Pacientes

Elaborado em: 19/05/2025

Revisado em:

OBJETIVO

Observar as características gerais do paciente, conhecer o seu perfil, realizar orientações e criar vínculo cliente/profissional, encaminhando-o para o atendimento necessário.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Técnico de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Monitor multiparamétrico
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Glicosímetro
- Fita glicêmica
- Termômetro
- Balança antropométrica
- Algodão com álcool 70%
- Boletim de Atendimento

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos
- Usar de EPIs
- Acolher o usuário de forma cordial
- Gerenciar a fila de consulta do pronto-socorro, verificando o tempo de espera
- Realizar SSVV e atentar para possíveis queixas do paciente
- Realizar a desinfecção dos materiais utilizados em cada paciente
- Manter o local em ordem e guardar o material.

PERÍODO / LOCAL

Diariamente / Pronto-socorro

POP Normas Institucionais 29 - Notificação Compulsória

Elaborado em: 19/05/2025

Revisado em:

OBJETIVO

Registrar os agravos de notificação compulsória e coletar amostras quando necessário, conforme normas e fluxos da Vigilância Epidemiológica.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem e demais profissionais.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Fichas epidemiológicas
- Caneta
- Meios de cultura, tubos de coleta
- Seringas
- Agulhas
- Algodão
- Álcool
- Boletim de Atendimento
- EPIs

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Preencher corretamente a ficha de Doença ou Agravos de Notificação Compulsória seguindo o protocolo de cada patologia, atentando para as informações obrigatórias
- Verificar se está cadastrado o agravio no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), se não tiver, cadastrar
- Informar ao paciente a necessidade e a importância da coleta de amostras, solicitando sua colaboração
- Coletar as amostras e sorologias necessárias, conforme normativa da Vigilância Epidemiológica
- Orientar o usuário a retornar na UBS para resultados e coleta de mais amostras, quando necessário
- Identificar as amostras com o nome do paciente, data e hora da coleta e entregá-las ao laboratório
- Realizar o registro da ficha de notificação em livro de controle
- Preencher dados do paciente e amostras laboratoriais na ficha do Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL), seguindo orientações da Vigilância Epidemiológica

PERÍODO / LOCAL

Diariamente / Todos os setores

OBSERVAÇÕES

- Preencher as fichas de notificação sempre com os dados fidedignos, inclusive endereço e telefone atualizados
- Avisar por telefone a enfermeira da vigilância epidemiológica, quando houver notificação imediata.
- Para saber quais doenças devem ser notificadas, consultar a Portaria GM/MS N° 1.102, de 13 de maio de 2022 (Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública).

REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes brasileiras de medidas da pressão arterial dentro e fora do consultório. São Paulo: SBC, 2024. Disponível em: <https://portal.cardiol.br/post/como-medir-a-pressao-arterial-dentro-e-fora-do-consultorio-fique-por-dentro-da-nova-diretriz-sobre-o-tema>.

POTTER, P. A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.; HALL, A. Fundamentos de Enfermagem. 9^aed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.