

Procedimento Operacional Padrão

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

2025-07-23

Sumário

Prefácio	1
Equipe de elaboração	2
Introdução	3
Objetivos	4
POP Enfermagem 1 - Administração de Medicamentos via Auricular	5
POP Enfermagem 2 - Administração de Medicamentos via Endovenosa	7
POP Enfermagem 3 - Administração de Medicamentos via Nasal	9
POP Enfermagem 4 - Administração de Medicamentos via Nebulização	11
POP Enfermagem 5 - Administração de Medicamentos via Ocular	13
POP Enfermagem 6 - Administração de Medicamentos via Oral	15
POP Enfermagem 7 - Administração de Medicamentos via Intradérmica	17
POP Enfermagem 8 - Administração de Medicamentos via Intramuscular	19
POP Enfermagem 9 - Administração de Medicamentos via Nasogástrica	22
POP Enfermagem 10 - Administração de Medicamentos via Retal	24
POP Enfermagem 11 - Administração de Medicamentos via Cutânea	26
POP Enfermagem 12 - Administração de Medicamentos via Sublíngual	28
POP Enfermagem 13 - Aplicação de Compressas	30
POP Enfermagem 14 - Aplicação da Escala de Coma de Glasgow	32
POP Enfermagem 15 - Aspiração de Vias Aéreas Inferiores	35
POP Enfermagem 16 - Auxílio da Enfermagem na Intubação Orotraqueal	38
POP Enfermagem 17 - Auxílio da Enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar	40
POP Enfermagem 18 - Cateterismo Vesical de Alívio	42
POP Enfermagem 19 - Cateterismo Vesical de Demora	44
POP Enfermagem 20 - Coleta de Escarro para Exame Bacteriológico ou Cultura	46
POP Enfermagem 21 - Coleta de Swab para Identificação de SARS-CoV2 (COVID-19) OU H1N1	48
POP Enfermagem 22 - Colocação e Retirada de Luvas Estéreis	50
POP Enfermagem 23 - Contenção Mecânica no Leito	53
POP Enfermagem 24 - Eletrocardiograma	55
POP Enfermagem 25 - Higiene do Estoma Traqueal/Cânula de Traqueostomia	59
POP Enfermagem 26 - Feridas e Curativos	61
POP Enfermagem 27 - Higienização das Mão(s)	63
POP Enfermagem 28 - Higienização da Região Íntima Feminina e Masculina	66
POP Enfermagem 29 - Higienização do Paciente no Leito	68
POP Enfermagem 30 - Lavagem Gástrica	71
POP Enfermagem 31 - Lavagem da Sonda Gástrica ou Enteral	73
POP Enfermagem 32 - Monitorização Cardíaca	74
POP Enfermagem 33 - Notificação Compulsória	78
POP Enfermagem 34 - Oxigenoterapia por Cateter Nasal (Tipo Óculos)	82
POP Enfermagem 35 - Oxigenoterapia por Máscara Não Reinalante	84
POP Enfermagem 36 - Oxigenoterapia com Máscara Venturi	86
POP Enfermagem 37 - Passagem de Sonda Gástrica ou Enteral	87
POP Enfermagem 38 - Punção Venosa Periférica	89
POP Enfermagem 39 - Precauções Padrão e Uso de EPIs	91
POP Enfermagem 40 - Prevenção de Lesão por Pressão	93
POP Enfermagem 41 - Realização de Tricotomia	96
POP Enfermagem 42 - Retirada de Pontos Cirúrgicos	98
POP Enfermagem 43 - Triagem de Pacientes	100
POP Enfermagem 44 - Verificação e Controle de Oximetria	102
POP Enfermagem 45 - Verificação e Controle de Glicemia (HGT)	103
POP Enfermagem 46 - Verificação de Frequência Respiratória	105
POP Enfermagem 47 - Verificação do Peso Corpóreo	107
POP Enfermagem 48 - Verificação da Pressão Arterial em Membros Superiores	108
POP Enfermagem 49 - Verificação de Pulso Apical	110
POP Enfermagem 50 - Verificação de Pulso Periférico	111
POP Enfermagem 51 - Verificação de Temperatura	112
REFERÊNCIAS	114

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 TEMOTEO 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 1 - 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 2 - Administração de Medicamentos via Endovenosa

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

OBJETIVO

Padronizar as condutas para a administração de medicamentos por via endovenosa, detalhar os procedimentos envolvidos nesse tipo de administração, promover maior segurança ao paciente por meio da redução de falhas no processo, e oferecer suporte para a implementação e o monitoramento da terapia medicamentosa.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada;
- Medicamento indicado para via endovenosa (ex.: antibióticos, analgésicos, antieméticos);
- Seringa de 10 ou 20 ml;
- Bandeja limpa e identificada;
- Luvas de procedimento;
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólica;
- Algodão ou gaze estéril;
- Equipo de infusão (se necessário);
- Frasco de diluente (ex.: SF 0,9%, SG 5%);
- Dispositivo de acesso venoso (cânula periférica ou cateter venoso central);
- Etiqueta de identificação, se aplicável;
- Biombo, se necessário;
- Recipiente para descarte de perfurocortantes;
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**Preparo Inicial**

1. Acesse a prescrição médica atualizada;
2. Confirmar os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa;
3. Verificar possíveis alergias e interações medicamentosas;
4. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27;
5. Desinfete a bandeja com álcool 70%;
6. Reunir os materiais e verificar validade e integridade dos materiais e medicamentos;
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 de forma confortável e com fácil acesso à região de aplicação.

Preparo da Medicação

1. Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70% ou clorexidina alcoólica. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção;
2. Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
3. Remova o protetor da agulha e coloque-o novamente dentro da embalagem original, deixando-o sobre a bancada de preparo ou dentro da bandeja apropriada.
4. Reconstituir medicação, quando necessário, respeitando os princípios de prevenção de infecção hospital, conforme prescrição médica, vide POP-ENF-XX
5. Para aspirar o medicamento, segure a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão menos dominante. Com essa mesma mão, segure a seringa usando os dedos polegar e anular. Já com a mão dominante, utilize os dedos indicador e médio para puxar o êmbolo, tomando cuidado para não tocar ou contaminar sua extensão durante a aspiração.

6. Identifique a seringa, se necessário, com nome do paciente, medicamento, dose e horário;
7. Eliminar bolhas de ar com cuidado, garantindo precisão no volume;

Administração

1. Calçar luvas de procedimento;
2. Escolher o local para administração do medicamento conforme as características do paciente;
3. Realizar antisepsia da pele no local escolhido com álcool 70% ou clorexidina alcoólica, fazer movimento em espiral com bola de algodão, iniciando pelo ponto onde será feita a aplicação, aguardar secagem;
4. Se necessário, realizar punção com o dispositivo de acesso venoso, vide POP ENFERMAGEM XX;
5. Conectar a seringa ou equipo (salinizado) ao dispositivo venoso com técnica asséptica;
6. Injetar lentamente o medicamento, observando sinais clínicos do paciente;
7. Se em infusão, ajustar o gotejamento conforme prescrição;
8. Após administração, lavar o acesso com solução fisiológica, se indicado;
9. Desconectar o sistema e proteger o acesso com tampa estéril

Finalização

1. Deixe o paciente confortável e em posição adequada;
2. Descartar imediatamente os materiais perfurocortantes em recipiente específico;
3. Higienizar as mãos novamente;
4. Registrar no prontuário: nome do medicamento, dose, via, horário, local, profissional responsável e qualquer intercorrência;
5. Observar o paciente por alguns minutos e monitorar sinais clínicos.

PERÍODO / LOCAL

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

OBSERVAÇÕES

- A escolha do tipo de acesso depende do tempo de tratamento, tipo de medicamento, condição clínica e vascular do paciente;
- Verificar compatibilidade medicamentosa e estabilidade da solução antes da administração;
- Realizar lavagem do acesso antes e após a administração, conforme protocolo;
- Em caso de reação adversa, interromper imediatamente a infusão e comunicar à equipe médica;
- Monitorar sinais de flebite, infiltração, dor ou edema no local de punção

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas para imunização. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Guia de boas práticas para administração de medicamentos. Brasília, DF: ANVISA, 2020.

CRAVEN, Ruth F.; HIRNLE, Constance J. Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

POP Enfermagem 3 - 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-ENF-27.
- 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.

3. Introduzir o aplicador na narina e disparar o jato conforme prescrição.
4. 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 4 - 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

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-ENF-27.
- 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 Fowler ou semi-Fowler.
- Garantir boa ventilação e privacidade.

Preparo da Medicação

- Calçar luvas de procedimento.
- Aspirar o medicamento prescrito com seringa e transferir para o copinho do nebulizador.
- Adicionar soro fisiológico conforme prescrição (geralmente 3–5 mL).
- Identificar o copinho com etiqueta (nome, dose, horário).
- Montagem do Sistema
- Conectar o copinho à máscara ou bucal.
- Acoplar o chicote à máscara e à fonte de oxigênio ou ar comprimido via fluxômetro.
- Ajustar o fluxo entre 4 a 6 L/min (adultos) ou conforme prescrição.
- Verificar formação da névoa.
- Adaptar a máscara ao rosto do paciente, cobrindo boca e nariz.
- Orientar o paciente a respirar lenta e profundamente.
- 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 5 - 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-27.
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. Ispecionar 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 6 - 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-ENF-27.
- 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 7 - Administração de Medicamentos via Intradérmica

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

OBJETIVO

Padronizar as condutas para a administração de medicamentos por via intradérmica, detalhar os procedimentos envolvidos nesse tipo de administração, promover maior segurança ao paciente por meio da redução de falhas no processo, e oferecer suporte para a implementação e o monitoramento da terapia medicamentosa.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada;
- Bandeja limpa e identificada
- Medicamento indicado para via intradérmica (vacinas, tuberculina, etc.);
- Seringa de 1 mL com agulha fina e curta (25G ou 27G);
- Luvas de procedimento;
- Algodão ou gaze estéril;
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólica;
- Recipiente para descarte de perfurocortantes;
- Etiqueta de identificação, se aplicável.
- Registro/documento de controle clínico do paciente

 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**Preparo Inicial**

- Acessar a prescrição atualizada;
- Confirmar 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 POP-ENF-27;
- Desinfetar bandeja com álcool 70%;
- Conferir validade e integridade dos materiais e medicamentos;
- Explicar ao paciente o procedimento, respeitando autonomia e consentimento;
- Posicionar o paciente de forma confortável e com fácil acesso à região de aplicação, que poderão ser as seguintes regiões: parte ventral do antebraço, parte superior do tórax, superior do braço e da região escapular;

Preparo da Medicação

- Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70% ou clorexidina alcoólica. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção;
- Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- Remova o protetor da agulha e coloque-o novamente dentro da embalagem original, deixando-o sobre a bancada de preparo ou dentro da bandeja apropriada.
- Para aspirar o medicamento, segure a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão menos dominante. Com essa mesma mão, segure a seringa usando os dedos polegar e anular. Já com a mão dominante, utilize os dedos polegar, indicador e médio para puxar o êmbolo, tomando cuidado para não tocar ou contaminar sua extensão durante a aspiração.
- Reencaixe a tampa da agulha de forma passiva, guiando a ponta até que esteja completamente coberta, evitando contato direto.
- Identifique a seringa, se necessário, com nome do paciente, medicamento, dose e horário
- Eliminar bolhas de ar com cuidado, garantindo precisão no volume;

Administração

1. Calçar luvas de procedimento;
2. Realizar antisepsia da pele no local escolhido com álcool 70% ou clorexidina alcoólica, fazer movimento em espiral com bola de algodão, iniciando pelo ponto onde será feita a aplicação, aguardar secagem;
3. Esticar suavemente a pele com os dedos;
4. Inserir a agulha com o bisel voltado para cima, em ângulo de 5 a 15°, quase paralelo a superfície cutânea, sem profundidade excessiva. Não é necessário realizar a aspiração após a inserção;
5. Injetar o medicamento lentamente, até formar uma pápula (elevada, esbranquiçada);
6. Retirar a agulha com cuidado, sem realizar compressão local;
7. Orientar o paciente a não coçar ou manipular o local.

Finalização

1. Deixe o paciente confortável e em posição adequada.
2. Descartar imediatamente os materiais perfurocortantes em recipiente específico;
3. Higienizar as mãos novamente;
4. Registrar no prontuário: nome do medicamento, dose, via, horário, local, profissional responsável e qualquer intercorrência;
5. Monitorar o paciente por 15–30 minutos, especialmente em testes de hipersensibilidade.

PERÍODO / LOCAL

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

OBSERVAÇÕES

- Não realizar massagem no local após aplicação;
- Caso não se forme a pápula, considerar falha técnica e repetir em outro local com nova seringa;
- Evitar aplicar em regiões com inflamação, tatuagem ou lesões cutâneas;
- Em caso de reação adversa imediata (dispneia, urticária), acionar suporte clínico de emergência

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas para imunização. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Guia de boas práticas para administração de medicamentos. Brasília, DF: ANVISA, 2020.

CRAVEN, Ruth F.; HIRNLE, Constance J. Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

POP Enfermagem 8 - Administração de Medicamentos via Intramuscular

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

OBJETIVO

Padronizar as condutas para a administração de medicamentos por via intramuscular, detalhar os procedimentos envolvidos nesse tipo de administração, promover maior segurança ao paciente por meio da redução de falhas no processo, e oferecer suporte para a implementação e o monitoramento da terapia medicamentosa.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada;
- Medicamento indicado para via intramuscular (ex.: vacinas, benzilpenicilina, vitamina B12.);
- Bandeja limpa e identificada;
- Seringa de 3 a 5 mL com agulha de calibre adequado (21G a 23G), comprimento de 1" a 1½";
- Luvas de procedimento;
- Algodão ou gaze estéril;
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólica;
- Recipiente para descarte de perfurocortantes;
- Etiqueta de identificação, se aplicável.
- Biombo, se necessário;
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO**Preparo Inicial**

- Acesse a prescrição médica atualizada;
- Confirmar os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa;
- Verificar possíveis alergias e interações medicamentosas;
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27;
- Desinfete a bandeja com álcool 70%;
- Reunir os materiais e verificar validade e integridade dos materiais e medicamentos;
- Identificar e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado, e sanar possíveis dúvidas antes de executar o procedimento;
- Posicionar o paciente de forma confortável e com fácil acesso à região de aplicação;
- Selecionar o local de aplicação:
 - Vasto lateral da coxa (músculo vasto lateral): seguro e ideal para crianças e adultos;
 - Dorsoglúteo (músculo glúteo máximo): requer cuidado com o nervo ciático;
 - Ventroglúteo (músculo glúteo médio): mais seguro, com menor risco de complicações;
 - Deltoide (braço): usado para pequenos volumes (≤ 1 mL).

Preparo da Medicação

- Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70% ou clorexidina alcoólica. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção;
- Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- Remova o protetor da agulha e coloque-o novamente dentro da embalagem original, deixando-o sobre a bancada de preparo ou dentro da bandeja apropriada.
- Para aspirar o medicamento, segure a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão menos dominante. Com essa mesma mão, segure a seringa usando os dedos polegar e anular. Já com a mão dominante, utilize os dedos polegar,

indicador e médio para puxar o êmbolo, tomando cuidado para não tocar ou contaminar sua extensão durante a aspiração.

- Reencaixe a tampa da agulha de forma passiva, guiando a ponta até que esteja completamente coberta, evitando contato direto.
- Identifique a seringa, se necessário, com nome do paciente, medicamento, dose e horário
- Eliminar bolhas de ar com cuidado, garantindo precisão no volume;

Administração

- Calçar luvas de procedimento;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Escolher o local para administração do medicamento conforme as características do paciente;
- Realizar antisepsia da pele no local escolhido com álcool 70% ou clorexidina alcoólica, fazer movimento em espiral com bola de algodão, iniciando pelo ponto onde será feita a aplicação, aguardar secagem;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90°, perpendicular à pele;
- Realizar aspiração para verificar presença de sangue (exceto vacinas), caso houver, retirar a seringa com agulha e reiniciar o procedimento;
- Injetar lentamente o medicamento;
- Retirar a agulha com cuidado e aplicar leve compressão com algodão ou gaze estéril;
- Evitar massagem no local, exceto se indicado.

Finalização

- Deixe o paciente confortável e em posição adequada;
- Descartar imediatamente os materiais perfurocortantes em recipiente específico;
- Higienizar as mãos novamente;
- Registrar no prontuário: nome do medicamento, dose, via, horário, local, profissional responsável e qualquer intercorrência;
- Observar o paciente por alguns minutos e monitorar sinais clínicos.

PERÍODO / LOCAL

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

OBSERVAÇÕES

- A escolha do local depende da idade, condição física e volume do medicamento;
- Evitar locais com lesões, edemas, inflamações ou tatuagens extensas;
- Rotacionar os locais de aplicação em terapias prolongadas;
- Locais de aplicação e volumes máximo a ser administrado

Idade	Deltóide	Ventroglútea	Dorsoglútea	Vasto lateral
Prematuros	-----	-----	-----	0,5 mL
Neonatos	-----	-----	-----	0,5 mL
Lactantes	-----	-----	-----	1,0 mL
Crianças de 3 a 6 anos	-----	-1,5 mL	1,0 mL	1,5 mL
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 mL	1,5 - 2,0 mL	1,5 - 2,0 mL	1,5 mL
Adolescentes	1,0 mL	2,0 - 2,5 mL	2,0 - 2,5 mL	1,5 a 2,0 mL
Adultos	1,0 mL	4,0 mL	4,0 mL	4,0 mL

Fontes: Malkin B. **Are techniques used for intramuscular injection based on research evidence.** Nursing times 2008. 105 (50/51): 48-51. Bork AMT. **Enfermagem baseada em evidência.** Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2005.

- Uso da técnica Z-track, se necessário, para medicamentos irritantes:

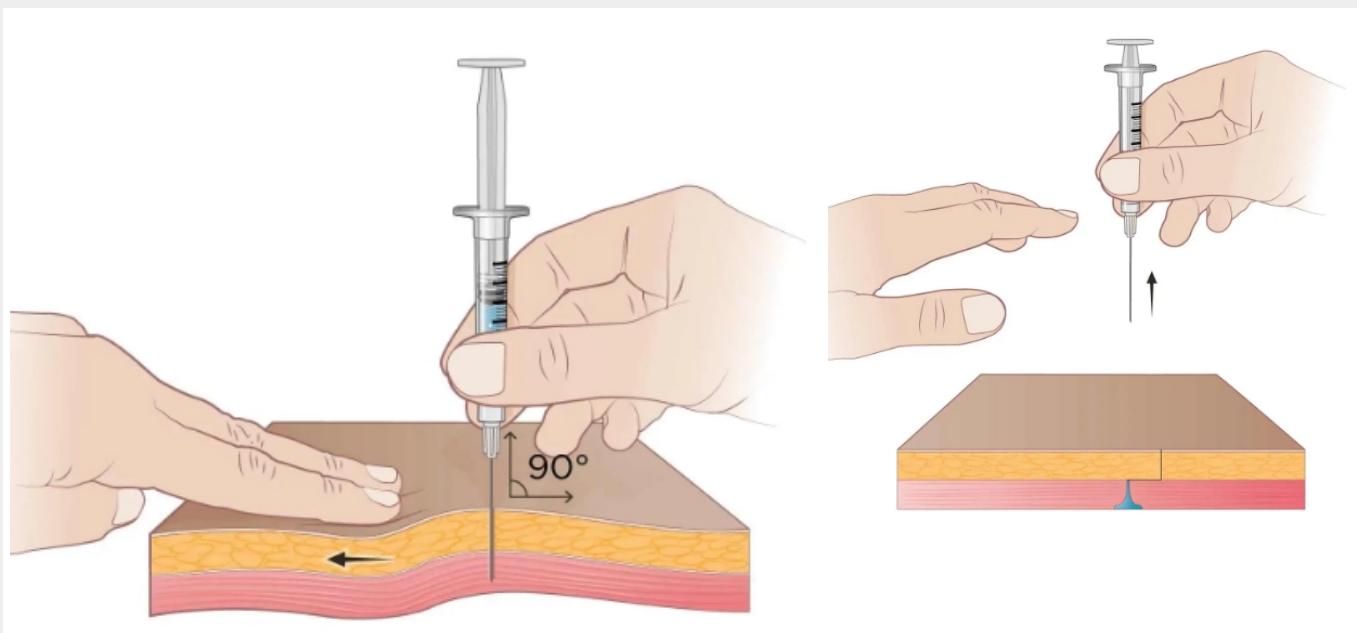
Técnica Z-track

A técnica Z-track (ou técnica em Z) é um método utilizado na administração de medicamentos por via intramuscular, especialmente para substâncias irritantes ou oleosas, como o ferro dextrano. Ela tem como objetivo: . Evitar o refluxo do medicamento para o

tecido subcutâneo; . Reduzir dor e irritação local; . Promover absorção mais eficaz e segura.

Passo a Passo da Técnica Z-track

1. Higienize as mãos e prepare o material conforme protocolo.
2. Escolha o local de aplicação (preferencialmente ventroglúteo ou dorsoglúteo).
3. Calce luvas de procedimento.
4. Com a mão não dominante, tracione a pele lateralmente cerca de 2–3 cm.
5. Introduza a agulha em ângulo de 90° com a pele ainda tracionada.
6. Aspire para verificar se há refluxo sanguíneo (exceto em vacinas).
7. Injete o medicamento lentamente.
8. Retire a agulha e libere a pele imediatamente, criando um “ziguezague” que sela o trajeto da agulha.
9. Não massageie o local.
10. Descarte os materiais e registre o procedimento



11. Comunicar imediatamente qualquer reação adversa à equipe assistencial

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas para imunização. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Guia de boas práticas para administração de medicamentos. Brasília, DF: ANVISA, 2020.
- POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

POP Enfermagem 9 - Administração de Medicamentos via Nasogástrica

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

OBJETIVO

Padronizar a administração de medicamentos por via enteral, minimizar os riscos de obstrução da sonda, reduzir as chances de interações entre fármacos e nutrientes, além de prevenir efeitos adversos decorrentes da administração inadequada dos medicamentos.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Medicação Prescrita
- Bandeja limpa e identificada
- Triturador de comprimidos (se necessário)
- Copo descartável com água potável
- Luvas de procedimento
- Etiqueta de identificação (nome, dose, horário, via)
- Seringas próprias para uso oral/enteral (sem agulha)
- Papel toalha
- Registro/documento de controle clínico do paciente

 DESCRIÇÃO 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-ENF-27.
- 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

- Agite suavemente o frasco, se indicado pelo fabricante.
- Aspire o volume prescrito com seringa própria para uso enteral.
- Se necessário, dilua em até 15 mL de água potável para minimizar irritações gástricas.
- Para comprimidos, triture individualmente até obter pó fino e dilua cada medicamento separadamente em 15–30 mL de água potável.
- Identifique cada seringa com nome do paciente, medicamento, dose e horário.

Administração

- Calce as luvas de procedimento.
- Interrompa a dieta enteral antes da administração.
- Lave a sonda com 15–30 mL de água potável.
- Administre cada medicamento separadamente, seguido de lavagem da sonda com água.
 - Após o último medicamento, lave novamente com 15–30 mL de água.
 - Retome a dieta enteral, se indicado

Finalização

- a. Deixe o paciente confortável e em posição adequada
- b. Retire as luvas e higienize as mãos.
- c. Organize o ambiente e descarte os materiais utilizados.
- d. Registre 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 administrar medicamentos incompatíveis com a via enteral.
- Lavar a sonda entre medicamentos para evitar obstruções e interações.
- Não administrar medicamentos com revestimento entérico ou liberação prolongada sem orientação farmacêutica.
- Em caso de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro ou médico.
- Medicamentos devem ser preparados e administrados separadamente.

REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH. POP DENF 007: preparo e administração de medicação via sonda nasogástrica e nasoenteral no adulto. HU-UFGD, v.3, 2022. Disponível em: POP EBSERH. Acesso em: 01 ago. 2025.

CRAVEN, Ruth F.; HIRNLE, Constance J. Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POP Enfermagem 10 - Administração de Medicamentos via Retal

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

OBJETIVO

Padronizar a administração de medicamentos por via retal, minimizar riscos de lesões locais, garantir eficácia terapêutica e reduzir efeitos adversos decorrentes da administração inadequada dos medicamentos.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Medicação prescrita (supositório, pomada, creme ou solução)
- Bandeja limpa e identificada
- Luvas de procedimento
- Lubrificante hidrossolúvel (se necessário)
- Aplicador retal (se aplicável)
- Gaze não estéril
- Fralda ou comadre
- Forro impermeável ou saco plástico
- Etiqueta de identificação (nome, dose, horário, via)
- Biombo
- 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.
- Higienize as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27;
- Desinfete a bandeja com álcool 70%.
- Reúna os materiais e verifique validade e integridade.
- Identifique e explique ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado e esclareça dúvidas;
- Isolar o ambiente com biombo ou encaminhar o paciente para a sala de procedimento, de modo a preservar a sua intimidade.
- Orientar ao paciente ou acompanhante abaixar ou retirar a roupa íntima (não realizar o procedimento sozinho);
- Posicione o paciente em Sims (decúbito lateral esquerdo com a perna direita fletida) ou na posição genupeitoral e cubra-o com um lençol;

Preparo da Medicação

- Agite suavemente o frasco, se indicado pelo fabricante.
- Aspire o volume prescrito com seringa (se for solução).
- Identifique o medicamento com etiqueta contendo nome do paciente, dose, horário e via.
- Se for supositório, verifique integridade e validade.
- Se necessário, aplique lubrificante hidrossolúvel na extremidade do supositório ou aplicador

Administração

- Calce as luvas de procedimento.
- Com uma das mãos, realize a separação das nádegas para expor a região anal. Com a outra, insira cuidadosamente a extremidade do supositório até que este ultrapasse o esfíncter anal interno (cerca de 3–4 cm em crianças e 5–10 cm em adultos) em lactentes e crianças pequenas, recomenda-se que a introdução seja feita utilizando o dedo mínimo, respeitando a delicadeza e a anatomia da faixa etária.

3. Mantenha o paciente na posição por 5 a 10 minutos para evitar expulsão precoce.

Na aplicação de cremes e pomadas

Aplicação externa

Usar uma espátula e espalhar o medicamento sobre a região anal.

Aplicação Interna

Preencher o aplicador com a pomada prescrita

1. Posicionar o paciente em Sims (decúbito lateral esquerdo) ou genupeitoral.
2. Cobrir o paciente com um lençol para preservar sua privacidade.
3. Lubrificar a ponta do aplicador com gaze embebida em lubrificante.
4. Afastar as nádegas com uma mão e, com a outra, introduzir o aplicador lentamente no ânus (5 a 7 cm), direcionando para o umbigo.
5. Administrar a pomada de forma lenta e cuidadosa.
6. Retirar o aplicador.
7. Colocar uma gaze dobrada entre as nádegas para conter o excesso de pomada.
8. Em caso de aplicação em crianças, manter as nádegas pressionadas por alguns minutos para evitar que a medicação retorne.
9. Solicitar que o paciente permaneça deitado para favorecer a absorção do medicamento.

Finalização

1. Deixe o paciente confortável e em posição adequada.
2. Retire as luvas e higienize as mãos.
3. Organize o ambiente e descarte os materiais utilizados.
4. Registre 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 pacientes com lesões ou inflamações na região anal.
- Não administrar medicamentos por via retal em casos de diarreia intensa ou sangramento retal.
- Em caso de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro ou médico.

REFERÊNCIAS

PEDIATRIA E PUERICULTURA MARTAGÃO GESTEIRA – IPPMG. POP nº 10: Administração de medicamentos por via retal. 2023. Disponível em: POP IPPMG. Acesso em: 05 ago. 2025.

HOSPITAL DIA SANTO AMARO – HDSA. Procedimento Operacional: Preparo e administração de medicação por via retal. 2024. Disponível em: POP HDSA. Acesso em: 05 ago. 2025.

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

POP Enfermagem 11 - Administração de Medicamentos via Cutânea

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

OBJETIVO

Padronizar as condutas para a administração de medicamentos por via subcutânea, detalhar os procedimentos envolvidos nesse tipo de administração, promover maior segurança ao paciente por meio da redução de falhas no processo, e oferecer suporte para a implementação e o monitoramento da terapia medicamentosa.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prescrição médica atualizada;
- Medicamento indicado para via subcutânea (ex.: insulina, heparina.);
- Bandeja limpa e identificada;
- Seringa de 1 mL ou 3 mL com agulha curta e fina (25G ou 27G). Algumas medicações já vêm em seu próprio recipiente para administração;
- Luvas de procedimento;
- Algodão ou gaze estéril;
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólica;
- Recipiente para descarte de perfurocortantes;
- Etiqueta de identificação, se aplicável;
- Registro/documento de controle clínico do paciente.

 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO**Preparo Inicial**

- Acesse a prescrição médica atualizada;
- Confirmar os 9 certos: paciente, medicamento, dose, via, horário, forma farmacêutica, registro, resposta esperada e direito à recusa;
- Verificar possíveis alergias e interações medicamentosas;
- Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27;
- Desinfete a bandeja com álcool 70%;
- Reunir os materiais e verificar validade e integridade dos materiais e medicamentos;
- Identificar e explicar ao paciente/acompanhante o procedimento a ser executado, e sanar possíveis dúvidas antes de executar o procedimento;
- Posicionar o paciente de forma confortável e com fácil acesso à região de aplicação, que poderão ser as seguintes regiões: face superior externa do braço, região anterior da coxa, face externa da coxa, região abdominal (entre os rebordos costais e as cristas ilíacas) e região superior do dorso.

Preparo da Medicação

- Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool 70% ou clorexidina alcoólica. Nos casos de frasco-ampola retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção;
- Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão ou gaze, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante;
- Remova o protetor da agulha e coloque-o novamente dentro da embalagem original, deixando-o sobre a bancada de preparo ou dentro da bandeja apropriada.
- Para aspirar o medicamento, segure a ampola ou frasco-ampola com os dedos indicador e médio da mão menos dominante. Com essa mesma mão, segure a seringa usando os dedos polegar e anular. Já com a mão dominante, utilize os dedos polegar, indicador e médio para puxar o êmbolo, tomando cuidado para não tocar ou contaminar sua extensão durante a aspiração.
- Reencaixe a tampa da agulha de forma passiva, guiando a ponta até que esteja completamente coberta, evitando contato direto.
- Identifique a seringa, se necessário, com nome do paciente, medicamento, dose e horário
- Eliminar bolhas de ar com cuidado, garantindo precisão no volume;

Administração

1. Calçar luvas de procedimento;
2. Escolher o local para administração do medicamento conforme as características do paciente e o rodízio realizado;
3. Realizar antisepsia da pele no local escolhido com álcool 70% ou clorexidina alcoólica, fazer movimento em espiral com bola de algodão, iniciando pelo ponto onde será feita a aplicação, aguardar secagem;
4. Pressionar a pele segurando-a e mantendo-a suspensa entre os dedos indicador e polegar, formando uma prega (Coxim). Em indivíduos caquéticos além de fazer a prega com a pele deve-se introduzir a agulha em posição paralela à pele;
5. Introduzir a agulha rapidamente na área escolhida, com ângulo indicado para a espessura da tela subcutânea, que pode ser: indivíduos magros – ângulo de 30°, indivíduos com pesos normais – ângulo de 45°, indivíduos obesos – ângulo de 90°, se a agulha for 10mm x 5mm ou menor - ângulo de 90°, independente da espessura da tela subcutânea;
6. Soltar a prega e injetar lentamente a medicação. não é indicado realizar aspiração antes da administração de medicamentos por via subcutânea

Finalização

1. Deixe o paciente confortável e em posição adequada.
2. Descartar imediatamente os materiais perfurocortantes em recipiente específico;
3. Higienizar as mãos novamente;
4. Registrar no prontuário: nome do medicamento, dose, via, horário, local, profissional responsável e qualquer intercorrência;
5. Observar o paciente por alguns minutos e monitorar sinais clínicos.

PERÍODO / LOCAL

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

OBSERVAÇÕES

- Fazer rodízio dos locais de aplicação para evitar lipodistrofia;
- O volume máximo dessa via é de 1,5 ml
- Verificar presença de inflamações, hematomas, tatuagens ou lesões no local de aplicação;
- Em caso de reação adversa, comunicar imediatamente ao enfermeiro responsável ou médico assistente

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas para imunização. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Guia de boas práticas para administração de medicamentos. Brasília, DF: ANVISA, 2020.

CRAVEN, Ruth F.; HIRNLE, Constance J. Fundamentos de enfermagem: saúde e função humanas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

POP Enfermagem 12 - 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-ENF-27.
- 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 13 - 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-ENF-27.
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 14 - Aplicação da Escala de Coma de Glasgow

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

OBJETIVO

Aplicar a técnica de mensuração do nível de consciência em pacientes vítimas de uma lesão cerebral aguda.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiro

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Equipamento de Proteção Individual (EPI)

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Utilizar os equipamentos de proteção individual;

Abertura Ocular

1. Observar se o paciente apresenta abertura ocular espontânea: 4 pontos;
2. Caso o paciente não abra espontaneamente os olhos, usar um comando verbal “abra os olhos” e observar sua reação, se o paciente atender ao estímulo verbal: 3 pontos;
3. Se o paciente não responde ao estímulo verbal, aplicar um estímulo físico: aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária e observar a reação, se o paciente abrir os olhos após o estímulo: 2 pontos;
4. Na ausência de abertura ocular: 1 ponto.
5. Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.
 1. Avaliar a Resposta Verbal e pontuar de acordo com a melhor resposta obtida. Formular questões simples, como “qual é o seu nome” ou “o que aconteceu com você?”, e avaliar a qualidade da resposta;
6. Considerar “orientado” o paciente que responde coerentemente às perguntas: 5 pontos;
7. Considerar “confuso” o paciente que embora responda às perguntas, demonstra desorientação no tempo e no espaço e/ou incompreensão da situação atual e/ou incoerência com a realidade: 4 pontos;
8. Considerar o uso de palavras inapropriadas: não consegue falar em frases, mas interage através de palavras isoladas: 3 pontos;
9. Considerar o uso de sons incompreensíveis, somente produz gemidos: 2 pontos;
10. Na ausência de resposta verbal: 1 ponto.
11. Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.

Resposta Motora

Avaliar a **Resposta Motora**, utilizar a comunicação verbal, dando ordens simples ao paciente, como “levante a mão”, e observar a reação.

1. Se o paciente obedece ao comando, cumpre ordens de atividade motora (duas ações) como apertar a mão do profissional e colocar a língua para fora: 6 pontos;
2. Na ausência de resposta ao comando, utilizar um estímulo físico para avaliação da resposta. Utilizar como estímulos: aplicar pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supraorbitária. Considerar resposta de “localização” se o paciente eleva a mão acima da clavícula em uma tentativa de interromper o estímulo: 5 pontos;
3. Considerar resposta de “flexão normal”: a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão rápida do braço ao nível do cotovelo e na direção externa ao corpo: 4 pontos;
4. Considerar resposta de “flexão anormal” se a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão lenta do braço na direção interna do corpo: 3 pontos;
5. Considerar resposta de “extensão” quando há uma extensão do braço ao nível do cotovelo: 2 pontos;
6. Considerar “resposta ausente” se o paciente não apresenta nenhuma resposta, mesmo mediante estímulo físico: 1 ponto.
7. Caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação, marcar “NT” (não testável) na pontuação.
8. Pontuar e somar: Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. Se algum fator impede a vítima de realizar a tarefa, marcar NT (Não Testável) e nenhuma pontuação numérica será dada àquela região. As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, a situação do paciente (Ex: O4, V2 e M1 significando respectivamente a nota para ocular, verbal e motora, com resultado geral igual a 7).

Análise da Reatividade Pupilar

Este item foi adicionado como uma etapa posterior à contagem tradicional e que deve ser subtraída da conta geral, resultando em um panorama mais preciso da situação do paciente e permitindo ações mais rápidas para evitar consequências drásticas, denominada escala de coma de Glasgow com resposta pupilar (ECG-P). Assim, Ocular + Verbal + Motora – Pupilar = Total: 1 a 15.

Análise da Reatividade Pupilar (atualização 2018)

Inexistente nenhuma pupila reage ao estímulo de luz

Parcial apenas uma pupila reage ao estímulo de luz.

Completa as duas pupilas reagem ao estímulo de luz.

1. Pontuar e somar os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente. Se algum fator impede a vítima de realizar a tarefa, marcar NT (Não Testável). As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, a situação do paciente (Ex: O4, V2 e M1 significando respectivamente a nota para ocular, verbal e motora, com resultado geral igual a 7).
2. Analisar a reatividade pupilar conforme o POP Avaliação da Reatividade Registrar a nota correspondente à reação ao estímulo. Esse valor será subtraído da nota obtida anteriormente, gerando um resultado final mais preciso. (Ex.: um paciente classificado como O1V2M3 pela escala de coma de Glasgow, dando uma pontuação total de 6, nenhuma das pupilas reage à luz, gerando uma pontuação de reatividade pupilar igual a 2. Neste caso, a escala de coma de Glasgow com reação pupilar será de 6 menos 2, ou seja, 4 pontos).

PERÍODO / LOCAL

Diariamente / Todos os setores

OBSERVAÇÕES

Tabela 1. Escala de coma de Glasgow (Fonte: Institute of Neurological Sciences, 2015.)

PARÂMETRO	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR	Olhos abertos previamente à estimulação	4
	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo físico	2
	Ausência de resposta	1
	Olhos fechados devido a fator que interfere na pontuação	NT
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	5
	Resposta não orientada, mas comunicação coerente	4
	Palavras isoladas inteligíveis	3
	Apenas gemidos	2
	Ausência de resposta	1
	Fator que interfere com a comunicação	NT
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Cumprimento de ordens com 2 ações	6
	Localiza estímulo	5
	Flexão normal a estímulo físico	4
	Flexão anormal dos braços ao estímulo físico	3
	Extensão anormal dos braços ao estímulo físico	2
	Ausência de resposta	1
	Fator que interfere com a resposta	NT

Tabela 2. Escala de coma de Glasgow modificada para Pediatria (Fonte: BRASIL, 2016; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017.)

PARÂMETRO	LACTENTES (< 1 ANO)	PONTUAÇÃO
ABERTURA OCULAR	Espontânea	4
	Ao estímulo verbal	3
	Ao estímulo físico	2
	Ausência de resposta	1
MELHOR RESPOSTA VERBAL	Murmura ou balbucia	5
	Inquieta, irritada, chorosa	4
	Chora em resposta à estímulo	3
	Geme em resposta à estímulo	2
	Ausência de resposta	1
MELHOR RESPOSTA MOTORA	Move-se espontânea intencionalmente	6
	Retira o membro ao toque	5
	Flexão normal a estímulo físico	4
	Flexão anormal dos braços ao estímulo físico	3
	Extensão anormal dos braços ao estímulo físico	2
	Ausência de resposta	1
	Fator que limita resposta motora	NT

REFERÊNCIAS

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Terapia Intensiva. Guia Prático de Atualização. Trauma Cranioencefálico. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/documentos_cientificos/19492c-GP-Trauma-Cranioencefalico.pdf. Acesso em: 03 jul 2025.

GLASGOW Coma Scale. Glasgow: Institute of Neurological Sciences, 2015. Disponível em: <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2025.

POP Enfermagem 15 - 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-ENF-27;
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 16 - Auxílio da Enfermagem na Intubação Orotraqueal

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

OBJETIVO

Padronizar a atuação da equipe de enfermagem no auxílio seguro e eficaz durante o procedimento de intubação orotraqueal, garantindo suporte ao médico, segurança do paciente e organização dos materiais.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiro(a)

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPI completo: luvas, máscara, avental, óculos ou face shield.
- Monitor multiparamétrico (ECG, SpO₂, PA).
- Bolsa-válvula-máscara conectada à rede de O₂.
- Tubos endotraqueais de tamanhos variados.
- Laringoscópio com lâminas testadas.
- Seringa de 10 ml para insuflar o cuff.
- Cânula de Guedel, aspirador com sondas.
- Fita ou dispositivo para fixação do tubo.
- Medicações prescritas para sedação e bloqueio neuromuscular.
- Prontuário do Paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO**Higienização e Paramentação**

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27.
2. Paramentar-se com EPI completo: avental, luvas, máscara N95 ou PFF2, óculos ou face Shield. Preparação do Ambiente e dos materiais
3. Posicionar a cama em altura confortável para o profissional, elevar a cabeceira em aproximadamente 30° para facilitar a pré-oxigenação e garantir espaço livre dos dois lados do leito para movimentação da equipe.
4. Certificar-se de que há luz suficiente para visualização da cavidade oral. Testar o aspirador (verificar pressão e funcionamento), confirmar fluxo contínuo na rede de oxigênio e ligar o monitor multiparamétrico para leitura dos sinais vitais.
5. Conectar a lâmina ao cabo do laringoscópio e verificar se a luz acende corretamente. Testar diferentes tamanhos de lâminas, conforme o biotipo do paciente.
6. Escolher o número do tubo conforme idade, sexo e peso do paciente. Exemplo: adulto médio: tubo nº 7.5 a 8.0; criança: conforme tabela pediátrica.
7. Conectar a seringa ao balonete do tubo e insuflar com ar para verificar se há vazamento. Desinsuflar completamente antes do uso.
8. Cortar fita adesiva ou preparar fixador específico para estabilizar o tubo após a intubação, evitando deslocamentos.
9. Conectar a bolsa à rede de oxigênio com fluxo entre 10–15 L/min. Verificar funcionamento da válvula unidirecional e presença de reservatório.
10. Ligar o aspirador e testar a sucção. Separar sondas de aspiração de calibres adequados (ex: nº 12 ou 14), estéreis e prontas para uso.
11. Dispor os materiais em ordem lógica e de fácil alcance, sobre superfície limpa, para agilizar o procedimento e evitar contaminações.

Monitorização e Pré-Oxigenação

1. Posicionar eletrodos para ECG, sensor de oximetria no dedo ou lóbulo da orelha e manguito de pressão arterial no braço. Verificar leitura dos parâmetros.
2. Observar frequência cardíaca, saturação de oxigênio, pressão arterial e frequência respiratória. Informar imediatamente qualquer alteração significativa à equipe médica.
3. Aplicar máscara facial conectada à bolsa-válvula-máscara com oxigênio a 100%, garantindo boa vedação e ventilação eficaz por pelo menos 3 minutos antes da intubação.
4. Confirmar permeabilidade do acesso venoso periférico ou central. Separar e identificar medicações como sedativos, bloqueadores neuromusculares e analgésicos conforme prescrição médica. Assistência Durante a Intubação

5. Alinhar o eixo oral, faríngeo e laríngeo para facilitar visualização da glote. Em pacientes com suspeita de trauma cervical, manter estabilização manual sem movimentar a cabeça.
6. Antecipar as necessidades do médico, entregando laringoscópio, tubo, seringa, aspirador, entre outros, de forma rápida e segura.
7. Utilizar sonda conectada ao aspirador para remover secreções que possam dificultar a visualização ou causar aspiração pulmonar.
8. Monitorar o tempo com cronômetro ou relógio. Se a tentativa exceder 30 segundos, interromper e reoxigenar o paciente antes de nova tentativa.
9. Monitorar saturação de oxigênio, coloração da pele, frequência cardíaca e nível de consciência. Informar imediatamente ao médico em caso de queda de SpO₂ ou sinais clínicos de hipoxia.

Pós-Intubação Imediato

1. Estabilizar o tubo endotraqueal utilizando fita adesiva ou fixador comercial, posicionando-o de forma segura para evitar deslocamentos accidentais e garantir a eficácia da ventilação.
2. Acoplar o tubo ao circuito do ventilador mecânico, ajustando os parâmetros conforme prescrição médica, ou conectar à bolsa-válvula-máscara para ventilação manual até que o ventilador esteja disponível.
3. Utilizar seringa para insuflar o balonete do tubo com ar. Se houver manômetro, verificar se a pressão está entre 20–30 cmH₂O, evitando vazamentos e lesões traqueais por hiperinsuflação.
4. Auscultar ambos os hemitórax para confirmar entrada de ar simétrica nos pulmões e auscultar a região epigástrica para excluir intubação esofágica. A presença de ruídos gástricos indica posicionamento incorreto do tubo.
5. Solicitar e acompanhar a radiografia de tórax para confirmar o posicionamento adequado do tubo (idealmente 2–3 cm acima da carina traqueal) e avaliar expansão pulmonar e possíveis complicações? Cuidados Pós-Procedimento
6. Descartar materiais contaminados em local apropriado, realizar limpeza e desinfecção das superfícies, repor os itens utilizados e deixar o ambiente pronto para continuidade do cuidado.
7. Manter o paciente com a cabeceira elevada em aproximadamente 30° para reduzir o risco de aspiração de secreções e favorecer a mecânica respiratória.
8. Realizar limpeza da cavidade oral com solução antisséptica ou água, utilizando gaze ou escova apropriada, em intervalos regulares para prevenir infecções e acúmulo de secreções.
9. Avaliar continuamente a saturação de oxigênio, verificar a pressão do cuff com manômetro, observar sinais de desconforto, tosse, agitação ou ruídos respiratórios que possam indicar deslocamento ou obstrução do tubo.
10. Registrar detalhadamente no prontuário da paciente, todas as informações do procedimento, incluindo número e tipo do tubo, horário da intubação, medicações administradas, intercorrências observadas e sinais vitais antes e após a intubação.

PERÍODO / LOCAL

Conforme solicitação médica. / Em todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- A intubação orotraqueal é um ato médico, e a equipe de enfermagem atua exclusivamente no suporte técnico, organizacional e assistencial.
- O tempo de cada tentativa de intubação não deve ultrapassar 30 segundos, para evitar hipoxemia.
- Em pacientes com suspeita de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) ou COVID-19, recomenda-se pinçar o tubo orotraqueal antes da conexão ao circuito, para evitar dispersão de aerossóis.
- A pressão do cuff deve ser monitorada regularmente para evitar lesões traqueais (ideal: 20–30 cmH₂O).

REFERÊNCIAS

COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM. Protocolo de Intubação Orotraqueal para Caso Suspeito ou Confirmado de COVID-19. São Paulo: CBR, 2020. Disponível em: https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Protocolo_de_Intubacao_Orotraqueal.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaque das Diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE. EUA, 2010.

POP Enfermagem 17 - Auxílio da Enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar

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

OBJETIVO

Padronizar a atuação da equipe de enfermagem durante a reanimação neuro cardiopulmonar. Garantir resposta rápida, segura e eficaz em casos de parada cardiorrespiratória, bem como promover assistência integrada com foco na preservação da função neurológica e hemodinâmica.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Carro de emergência completo.
- Desfibrilador externo automático (DEA) ou manual.
- Monitor multiparâmetro (ECG, oximetria, pressão não invasiva).
- Reanimador manual com reservatório de oxigênio (Ambu®).
- Fonte de oxigênio com fluxômetro.
- Tábua rígida para compressões torácicas.
- Material para acesso venoso periférico e central.
- Material para intubação orotraqueal.
- Equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, óculos, avental).
- Medicamentos de emergência conforme protocolo institucional.
- Biombo, se necessário
- Prontuário do paciente.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Verificar responsividade do paciente chamando-o duas vezes com estímulo verbal e tátil. Avaliar respiração e pulso carotídeo simultaneamente por no máximo 10 segundos.
2. Confirmado os sinais de parada cardiorrespiratória (inconsciência, apneia, ausência de pulso), acionar imediatamente o protocolo de emergência, e solicitar que chame o restante da equipe e o carro de parada.
3. Paramentar-se com EPI adequado
4. Pedir que providenciem biombo para privacidade do paciente;
5. Posicionar o paciente em superfície rígida e com as mãos entrelaçadas sobre o esterno iniciar compressões torácicas com profundidade de 5 a 6 cm, frequência de 100 a 120/minuto, permitindo o retorno completo do tórax.
6. Abrir as vias respiratórias do paciente com a técnica de hiperextensão da cabeça (dois dedos no queixo e a outra mão na testa) para ver, ouvir e sentir se o paciente respira;
7. Realizar a respiração de resgate conforme descrito acima
8. Realizar a primeira sequência de 30 compressões seguidas de 2 ventilações com bolsa-válvula-máscara, se não houver via aérea avançada.
9. Se houver via aérea avançada, realizar ventilação contínua a cada 6 segundos (10/minuto), sem interromper compressões.
10. Conectar o desfibrilador, um eletrodo na região infraclavicular à direita e o outro no ápice do coração (região média do hemitórax à esquerda); e seguir as orientações do equipamento para análise do ritmo e aplicação de choque, se indicado.
11. Um segundo profissional deve preparar e administrar medicamentos conforme prescrição médica (ex: adrenalina, amiodarona).
12. Afastar-se do paciente para que o equipamento possa analisar o ritmo sem intercorrência.
13. Quando o médico der o comando: "Afastem-se todos, vou aplicar o choque!", afastar-se;
14. Caso não haja retorno do pulso, reiniciar RCP.
15. Caso haja pulso, não retirar as pás, e manter equipamento ligado.
16. Após início da RCP, preparar desfibrilador; 4.21. Após estabilização do paciente, realizar demais procedimentos necessários ou preparar materiais para procedimentos médicos
17. Monitorar sinais vitais e traçado cardíaco do paciente.
18. Registrar todas as ações e horários no prontuário do paciente.
19. Após retorno da circulação espontânea (RCE), manter monitorização contínua e suporte avançado.

20. Descartar materiais utilizados em local apropriado e realizar higienização das mãos.
21. Higienizar as mãos;
22. Repor insumos do carro de emergência e comunicar à farmácia ou setor responsável.
23. Registrar procedimento realizado no prontuário do paciente

PERÍODO / LOCAL

Ao identificar parada cardiopulmonar. / Todos os lacais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- A equipe deve estar treinada e atualizada nas diretrizes da American Heart Association (AHA).
- A cada 2 minutos, reavaliar pulso e ritmo cardíaco.
- Priorizar a qualidade das compressões e minimizar interrupções.
- Avaliação de pulso central:

Adulto Carotídeo

Crianças Carotídeo

Lactentes Braquial ou femoral

- Trocar o profissional responsável pelas compressões a cada 2 minutos para evitar fadiga.
- Se, no momento do evento, o paciente encontrar-se no banheiro ou em outra área de piso frio, e se o piso estiver molhado, retirar a vítima da poça de água, secar o tórax e iniciar o procedimento.
- Se possível, deve-se designar: 1 pessoa para chamar o serviço de urgência e levar o carrinho de urgência ao leito; 1 pessoa para iniciar compressões torácicas; 1 pessoa para pegar o ambú, conectar ao oxigênio e fazer ventilações; e 1 pessoa para ligar o desfibrilador

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaque das Diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE. EUA, 2010

FUNDAÇÃO CENTRO DE CONTROLE DE ONCOLOGIA DO AMAZONAS. POP GE-ARCP/026 – Auxílio de Enfermagem na Reanimação Cardiopulmonar. Manaus: FCECON, 2023. Disponível em: fcecon.am.gov.br. Acesso em: 19 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Suporte Avançado de Vida. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: gov.br/saude. Acesso em: 19 ago. 2025.

POP Enfermagem 18 - 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-ENF-27;
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 19 - 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-ENF-27.
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 20 - Coleta de Escarro para Exame Bacterioscópico ou Cultura

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

OBJETIVO

Realizar coleta adequada de material para exame de TMR, para detecção de BK, citologia, cultura para fungos e aeróbios.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Recipiente estéril com tampa de rosca;
- Etiqueta de identificação;
- Luvas de procedimento;
- Máscara N95 (se necessário);
- Papel-toalha.
- Solicitação de exame

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Reunir material necessário;
2. Identificar o recipiente com os dados do paciente (nome completo, nº do leito, idade e data da coleta);
3. Higienizar as mãos;
4. Levar o material ao quarto do paciente;
5. Identificar o copo coletor com etiqueta de identificação (nome do paciente, data);
6. Explicar o procedimento ao paciente;
7. Calce as luvas de procedimento e coloque a máscara N95;
8. Orientar o paciente para enxaguar a boca (evitar líquidos para limpeza bucal);
9. Solicite ao paciente para tossir e expectorar profundamente por três vezes para alcançar o volume de escarro ideal (5 a 10 ml);
10. Recolha o material e ofereça o papel toalha ao paciente;
11. Identifique o frasco da amostra com a etiqueta e encaminhe o material para o laboratório juntamente com a solicitação do exame;
12. Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel-toalha e passe álcool 70%;
13. Retire as luvas de procedimento;
14. Higienize as mãos;
15. Cheque e anote o procedimento realizado na folha de anotação de enfermagem do prontuário do paciente.

PERÍODO / LOCAL

Diariamente / Todos os setores

OBSERVAÇÕES

- A coleta de escarro deve ser realizada pela manhã, logo ao acordar e antes do consumo de bebidas e alimentos.
- É importante não realizar a higiene oral prévia e orientar o paciente a não coletar secreção da nasofaringe.
- A coleta de materiais deverá ser feita em pote descartável de plástico transparente com capacidade de 35-50 ml, com boca larga e tampa de rosca, com volume de escarro de 5 a 10 ml.
- A amostra do escarro deverá ser encaminhada rapidamente ao laboratório de análise clínicas e armazenada sob refrigeração, em geladeira comum, até o seu encaminhamento, preferencialmente no mesmo dia.
- A coleta de escarro é realizada para detecção de BK, citologia, cultura para fungos e aeróbios.
- Para detecção de micobactérias, deverão ser coletadas 2 a 3 amostras.
- É de fundamental importância que as requisições dos exames sejam corretamente preenchidas. As informações permitirão aos profissionais do laboratório a tomada de decisões sobre a necessidade de realização de exames adicionais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Guia de Orientações para Coleta de Escarro. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2014. Disponível em: Acesso em 15 ago 2025.

CARMANGNANI, M.I.S. et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

POP Enfermagem 21 - Coleta de Swab para Identificação de SARS-COV2 (COVID-19) OU H1N1

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

OBJETIVO

Realizar coleta de swab naso-orofaríngeo para identificação de SARS-CoV 2 ou H1N.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 2 unidades de Swabs estéreis, com haste de plástico, do tipo Rayon (1 para nasofaringe direita e esquerda e 1 para orofaringe), se necessário.
- 1 Tubo Falcon
- Solução Diluente (1 mL ou 3mL, a depender do laboratório)
- Equipamentos de Proteção Individual (avental, máscara N95, óculos ou protetor facial, gorro, luvas de procedimentos)
- Etiqueta para identificação do tubo
- Tesoura, se necessário

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
2. Reunir o material;
3. Realizar identificação do tubo Falcon;
4. Realizar paramentação na seguinte sequência: avental, máscara N95, óculos ou protetor facial, gorro, luvas de procedimentos;
5. Identificar o usuário, perguntando seu nome completo;
6. Confirmar se o usuário atende aos critérios para coleta de material para identificação de SARS CoV-2 ou H1N1;
7. Explicar o procedimento ao usuário;
8. Posicionar o usuário (deitado ou sentado com a cabeça levemente inclinada para trás);
9. Introduzir o swab de Rayon na narina (cerca de 5 cm), direcionando para cima (direção dos olhos), com uma angulação de 30 a 45°em relação ao lábio superior). A coleta deve ser realizada com a fricção do swab na região posterior do meato nasal tentando obter um pouco das células da mucosa;
10. Remover o swab do nariz do usuário, repetir o procedimento com o mesmo swab na outra narina
11. Introduzir o swab imediatamente no tubo Falcon;
12. Utilizar o segundo swab para coleta na área posterior da faringe e tonsilas, evitando tocar na língua;
13. Remover o swab da cavidade oral do usuário e introduzi-lo imediatamente no tubo Falcon;



A - Swab nasal.



B - Swab oral.

14. Se necessário, utilize a tesoura para aparar as hastes dos swabs;
15. Lacrar o tubo Falcon;
16. Realizar desparamentação na seguinte sequência: luvas, avental, higienizar as mãos, gorro, óculos ou protetor facial, higienizar as mãos, máscara, higienizar as mãos.
17. Para o laboratório, preencher o GAL e no Notifica Covid;
18. Enviar para laboratório o material coletado e identificado junto com a ficha de requisição e ficha de notificação.
19. Higienizar as mãos conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos ou higienização simples das mãos;
20. Registrar o procedimento.

PERÍODO / LOCAL

Diariamente / Todos os setores

OBSERVAÇÕES

- A coleta deve ser realizada do 3º ao 7º dia de início dos sintomas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia para a Rede Laboratorial de Vigilância de Influenza no Brasil [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação-Geral de Saúde Bucal. Nota técnica nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS. Assunto - covid-19 e atendimento odontológico no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, .

POP Enfermagem 22 - Colocação e Retirada de Luvas Estéreis

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

OBJETIVO

Garantir a técnica asséptica na colocação e retirada de luvas estéreis, prevenindo a contaminação do profissional, do paciente e do ambiente durante procedimentos invasivos ou que exigem esterilidade.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem, médicos(as), cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas e demais profissionais que realizam procedimentos estéreis.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- 1 par de luvas estéreis (tamanho adequado)
- Superfície limpa e seca para abertura da embalagem
- Álcool 70% ou água e sabão para higienização das mãos

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Remover adornos das mãos e punhos (anéis, pulseiras, relógios, que possam romper a luva ou comprometer a assepsia;
2. Verificar o tamanho adequado da luva estéril para garantir conforto e segurança durante o procedimento.
3. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-
4. Posicionar o pacote de luvas estéreis sobre uma superfície limpa, seca e plana, preferencialmente próxima ao campo estéril;
5. Abrir o invólucro externo da embalagem tocando apenas nas bordas, sem contato com o conteúdo interno.
6. Abrir a embalagem interna cuidadosamente, expondo as luvas com os punhos voltados para o profissional, mantendo a esterilidade;
7. Com a mão não dominante, segurar a luva pela parte interna do punho, evitando contato com a parte externa da luva;
8. Introduzir os dedos da mão dominante na luva, mantendo os dedos unidos e a palma voltada para cima;
9. Ajustar a luva cuidadosamente, tocando apenas na parte interna do punho;
10. Com a mão já enluvada, deslizar os dedos sob o punho da segunda luva, tocando apenas na parte externa da luva (já considerada estéril);
11. Introduzir os dedos da mão não dominante na luva, mantendo os dedos unidos e evitando contato com a pele;
12. Ajustar a luva tocando luva com luva, sem contato com superfícies externas ou pele exposta;
13. Verificar se as luvas estão bem ajustadas, sem dobras excessivas, rasgos ou perfurações;
14. Manter as mãos acima da cintura e dentro do campo estéril durante todo o procedimento;



Figura 1. Colocação das luvas estéreis

Retirada das Luvas Estéreis

1. Pinçar a parte externa da luva de uma das mãos com os dedos da outra mão (enluvada), evitando contato com a pele;
2. Retirar a primeira luva puxando-a para fora e invertendo-a, mantendo-a na mão enluvada;
3. Inserir os dedos da mão não enluvada sob o punho da segunda luva (parte interna), evitando contato com a parte externa;
4. Retirar a segunda luva invertendo-a sobre a primeira, formando um pacote com ambas;
5. Descartar as luvas em recipiente apropriado para resíduos infectantes.
6. Realizar novamente a higienização das mãos, com água e sabão ou álcool 70%, conforme protocolo.



Figura 2. Retirada das luvas estéreis

PERÍODO / LOCAL

Durante procedimentos invasivos, cirurgias e intervenções estéreis, exames e coletas com risco de contaminação, manipulação de dispositivos estéreis / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- A luva estéril deve ser utilizada apenas uma vez;
- O tamanho da luva deve ser adequado à mão do profissional;
- Em caso de contaminação durante a colocação e durante o procedimento, descartar e reiniciar o procedimento;
- Luvas estéreis não substituem a higienização das mãos e devem ser utilizadas somente quando necessário, pois o uso inadequado pode gerar desperdício e falsa sensação de segurança.

REFERÊNCIAS

BORTOLOZO, N.; GORAYB, S. B. S. Técnicas em enfermagem passo-a-passo. São Paulo, 2007.

PREFEITURA DE LONDRINA. Procedimento Operacional Padrão: Colocação e Retirada de Luvas Estéreis. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. Disponível em: https://saude.londrina.pr.gov.br/images/protocolos-clinicos-saude/42_COLOCA%C3%87%C3%83O_E_RETIRADA_LUVAS_EST%C3%89REIS.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

POP Enfermagem 23 - 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-ENF-27
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-](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 24 - 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.

 DESCRIÇÃO 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-ENF-27
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](#).

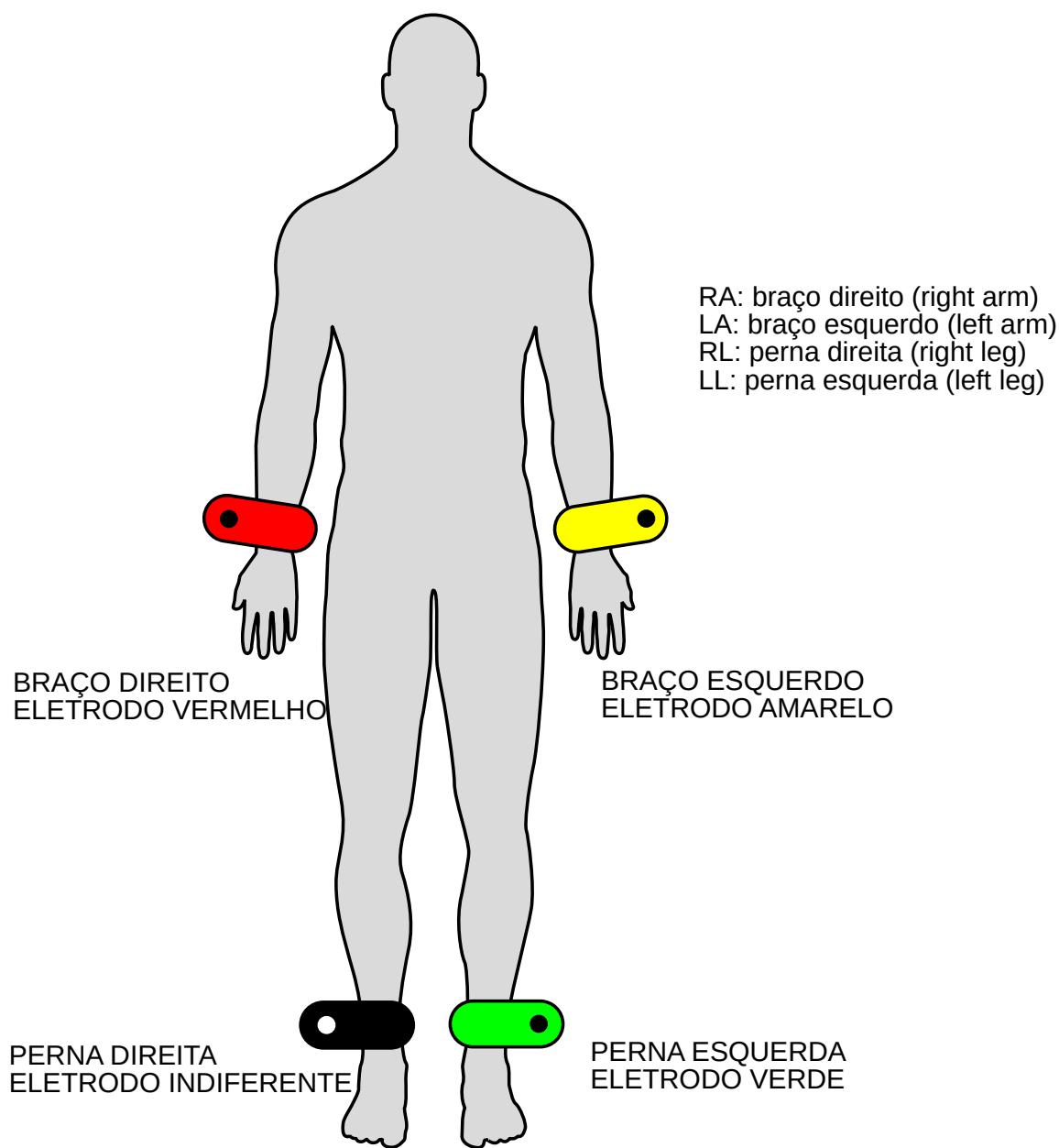


Figura 3. Posicionamento dos cabos para registro das derivações periféricas (monopolares e bipolares). Fonte: EBSSRH, 2021.

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

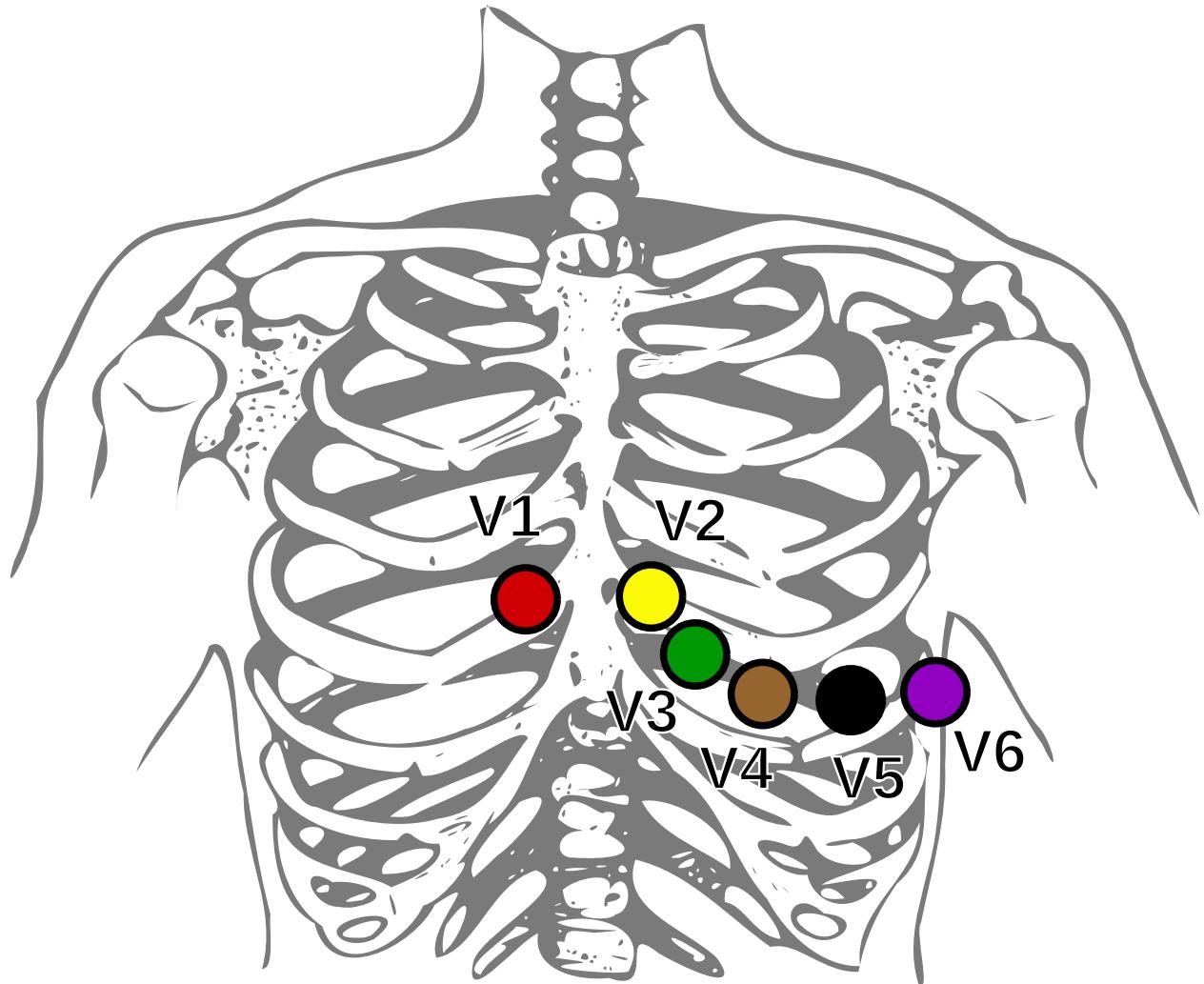


Figura 4. Posicionamento dos cabos para registro das derivações precordiais (as cores podem variar de acordo com marca/fabricante do aparelho).

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 médico-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 25 - 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-ENF-27
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 cânula externa, a cânula interna não deverá ser removida por mais de 5 minutos e se o paciente estiver em uso de oxigenoterapia.
- A limpeza do estoma/cânula 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 26 - Feridas e Curativos

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

OBJETIVO

Realizar conduta padronizada e sequencial na execução de curativos em pacientes portadores de feridas de acordo com sua indicação.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Kit para curativo estéril, composto pinças e abaixador de língua para auxílio na aplicação da cobertura;
- Frasco de solução fisiológica 0,9% em temperatura ambiente;
- Agulha 40 x 12 mm;
- Pacotes de gaze estéril;
- Atadura de crepe de 10, 15 ou 20 cm;
- Esparadrapo, fita microporosa e/ou fita crepe;
- Luvas de procedimentos e estéreis;
- Lâmina de bisturi, se necessário;
- Tesoura;
- Seringa de 20ml, se necessário;
- Equipamento de Proteção Individual - EPI: máscara cirúrgica, óculos de proteção, luvas de procedimento e avental descartável;
- Saco plástico ou forro impermeável, se necessário;
- Lixeira para resíduo infectante;
- Biombo, se necessário.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Ler a prescrição do paciente;
2. Realizar higienização das mãos;
3. Separar uma bandeja para o procedimento;
4. Fazer desinfecção da bandeja e/ou carrinho de curativo e/ou mesa auxiliar com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardar secagem espontânea;
5. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja e/ou carrinho de curativo ou mesa auxiliar;
6. Apresentar-se ao paciente e acompanhante;
7. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento, pedir sua autorização;
8. Se for necessário realizar o registro fotográfico da lesão, solicitar a autorização do paciente;
9. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
10. Promover privacidade, utilizando biombo, se necessário;
11. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; expor apenas a área a ser tratada
12. Proteger a roupa de cama com um forro impermeável ou saco plástico sob a região do curativo, caso necessário. Em caso de lesão de MMII, utilizar a bacia sob a região a ser tratada;
13. Organizar o material de modo a otimizar o procedimento, utilizando técnica asséptica;
14. Colocar EPI padrão descrito anteriormente;
15. Remover o curativo cuidadosamente, umedecendo a gaze ou cobertura primária com soro fisiológico a 0,9 % aquecido para facilitar a remoção;
16. Desprezar a luva de procedimento;
17. Remover a tampa protetora de soro fisiológico 0,9% e perfurar a borracha conectora com agulha 40x12, mantendo a agulha conectada;
18. Calçar luva de procedimento e/ou estéril se necessário;

19. Realizar a limpeza de pele perilesional e bordas, utilizando uma gaze úmida em soro fisiológico, com movimento de fricção suave;
20. Realizar a limpeza da ferida, utilizando o jato de soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente pré-aquecido (37º C), mantendo uma distância de aproximadamente de 10 cm da ferida;
21. Avaliar a necessidade de desbridamento instrumental;
22. Se necessário, utilizar a técnica de fricção com uma gaze umedecida em soro fisiológico para remoção de exsudato, esfacelando e/ou corpos estranhos do leito da ferida, com o cuidado de realizar movimentos suaves para não traumatizar o tecido novo formado;
23. Na presença de tunelizações ou descolamentos, se necessário, utilizar a sonda de aspiração, acoplada a seringa, para facilitar a irrigação de soro fisiológico, bem como realizar mensuração da lesão;
24. Secar somente a pele ao redor da ferida e bordas com gaze, mantendo o leito úmido;
25. Realizar mensuração da ferida e realizar registro fotográfico, se necessário;
26. Aplicar a cobertura prescrita com base nas características da ferida, considerando a manutenção das condições ideais para a cicatrização;
27. Aplicar cobertura secundária, se necessário, podendo ser utilizada gaze seca, compressas de algodão;
28. Fixar com adesivo hipoalergênico, esparadrapo, ou atadura, ocluindo totalmente a cobertura secundária, considerando as condições da pele e a região anatômica da ferida;
29. Retirar as luvas;
30. Identificar o curativo com a data da realização e o profissional responsável pela execução;
31. Desprezar o material utilizado nos locais apropriados;
32. Realizar higienização das mãos com água e sabão;
33. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do paciente.

PERÍODO / LOCAL

Diariamente / Todos os setores

OBSERVAÇÕES

AVALIAÇÃO DA FERIDA: O exame da ferida e da região perilesional inclui: localização, mensuração, identificação e mensuração de túneis/solapamentos, grau de lesão tecidual, exsudato, odor, dor, observação do leito da ferida, área perilesional e presença de infecção.

REFERÊNCIAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BATATAIS/SP. Procedimento Operacional Padrão 26: Curativo. Abril, . Disponível em: <https://saude.batatais.sp.gov.br/wp-content/uploads/2024/04/POP-Curativo-FINAL.doc>. Acesso em: 15 agosto.

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de enfermagem: cuidado à pessoa com ferida, v. 6, Florianópolis, .

POP Enfermagem 27 - 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

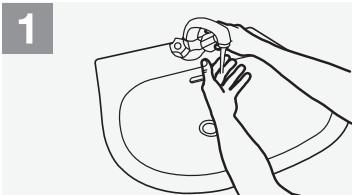
Todos os profissionais de saúde.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

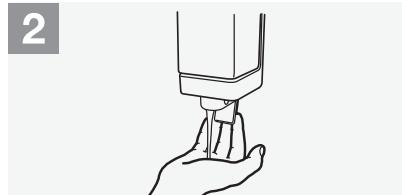
- Pia apropriada, identificada como: destinada à higienização das mãos;
- Sabão líquido / clorexidina degermante;
- Papel toalha

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

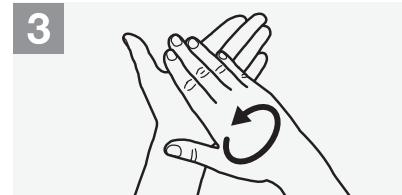
1. Retirar adornos (pulseiras, relógios e anéis);
2. Abrir a torneira e ajustar a água para um volume adequado;
3. Manter as mãos numa altura mais baixa que os cotovelos, molhar com cuidado as mãos;
4. Aplicar o sabonete líquido ou clorexidina degermante uma quantidade suficiente para cobrir as superfícies 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.



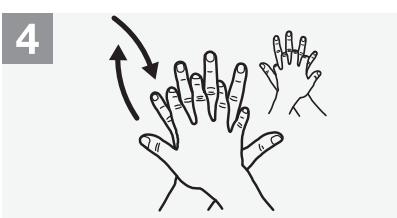
Molhe as mãos com água;



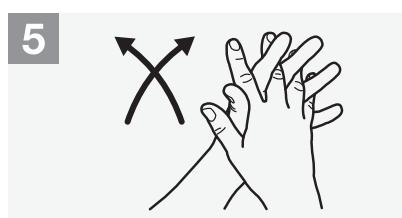
Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete (líquido ou espuma) para cobrir todas as superfícies das mãos;



Friccione as palmas das mãos entre si;



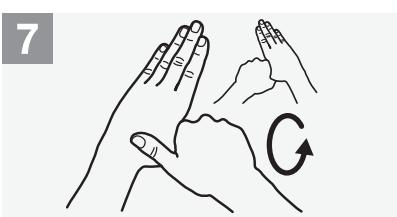
Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice versa;



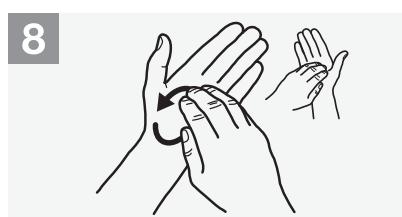
Friccione as palmas entre si com os dedos entrelaçados;



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



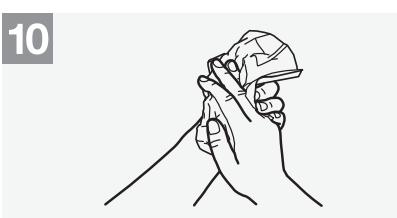
Friccione em movimento circular o polegar esquerdo com auxílio da palma da mão direita e vice-versa;



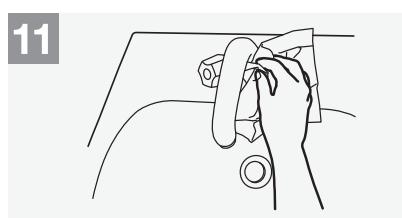
Friccione em movimento circular as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma esquerda, e vice versa;



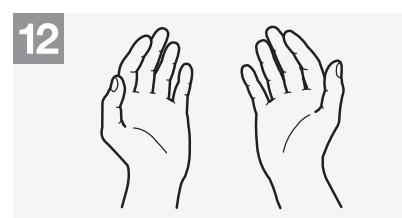
Enxague bem as mãos com água;



Seque rigorosamente as mãos com papel toalha descartável;



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



Agora, suas mãos estão seguras.

Figura 5. 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.

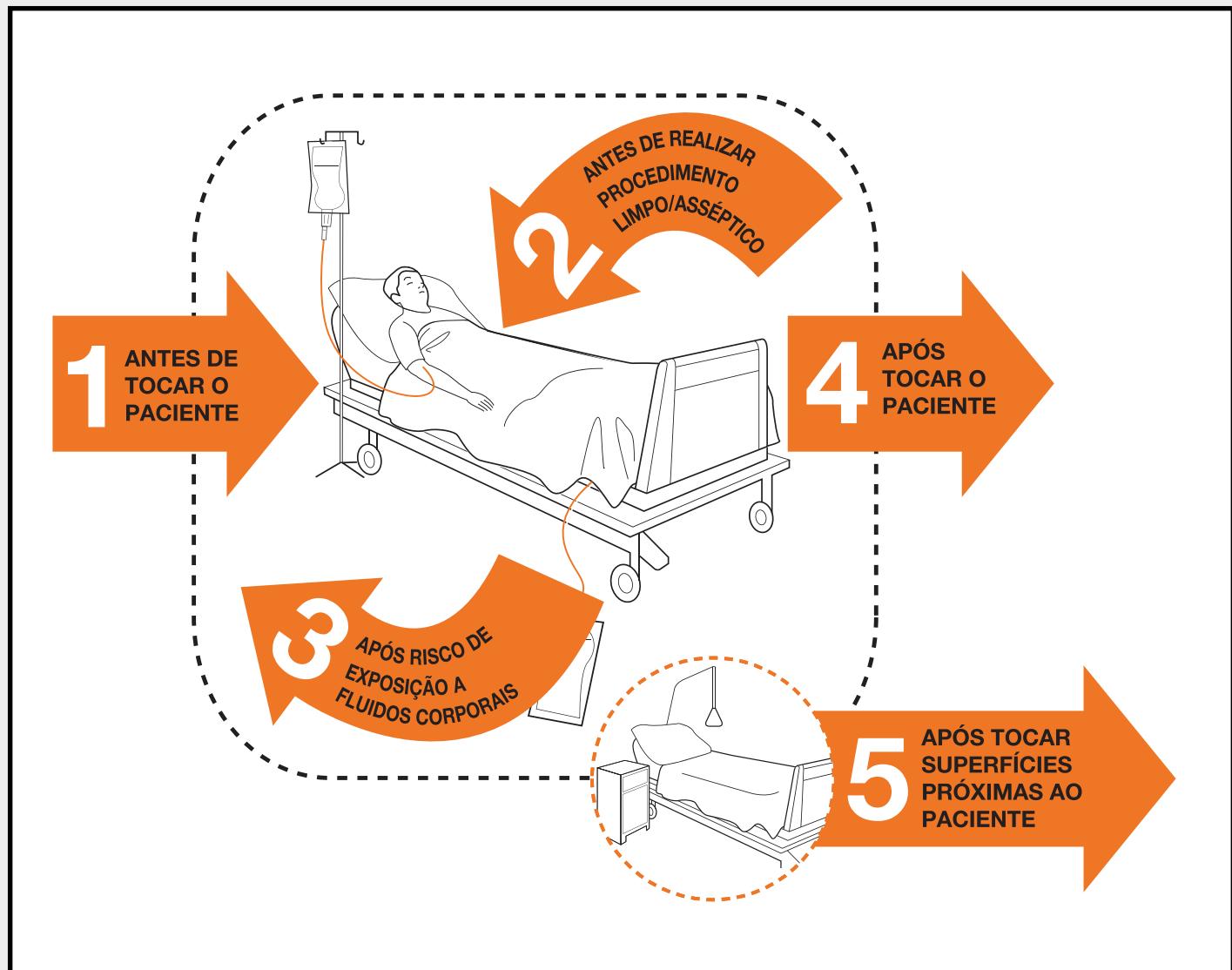


Figura 6. FONTE: BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de referência técnica para a higiene das mãos. Brasília: Anvisa, 2020.

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 28 - 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-ENF-27
3. Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade ao paciente e/ou ao familiar, obter o seu consentimento para realizar o procedimento
4. Preservar a privacidade do paciente, 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 paciente 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 paciente masculino ou feminino, conforme os passos a seguir:

Paciente 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.

Paciente Feminino

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 29 - 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-ENF-27
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 ensaboadas, 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 30 - 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-ENF-27
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 Enfermagem 31 - Lavagem da Sonda Gástrica ou Enteral

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

OBJETIVO

Manter permeável a sonda gástrica ou enteral, após administração de dieta e medicamentos

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Água filtrada ou destilada;
- Seringa de 20 ml;
- Luvas de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos
2. Separar e organizar o material a ser utilizado;
3. Apresentar-se ao paciente;
4. Orientar o paciente sobre o procedimento a ser realizado;
5. Posicionar o paciente em posição de fowler;
6. Calçar luvas de procedimento;
7. Aspirar 20 ml de água destilada e ou/filtrada em seringa;
8. Administrar 20 ml de água destilada e ou/filtrada diretamente na sonda em flushing (repetir se necessário);
9. Observar: resistência, permeabilidade;
10. Fechar a sonda com oclusor adequado;
11. Higienizar as mãos
12. Deixar o paciente em posição confortável;
13. Organizar o ambiente;
14. Anotar o procedimento realizado, no prontuário do paciente;
15. Comunicar o médico e/ou enfermeiro em caso de alterações.
16. Observação
17. Em caso de infusão de dieta, o equipo deve ser trocado a cada 24 horas.

PERÍODO / LOCAL

Diariamente/ Todos os setores

REFERÊNCIAS

HCFAMEMA. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. Procedimento Operacional Padrão: Passagem de Sonda Nasoenteral, . Disponível em: <https://hcfamema.sp.gov.br/wp-content/uploads/2025/06/PASSAGEM-DE-SONDA-NASOENTERAL.pdf>. Acesso em: 18 agosto .

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 619/. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019/>. Acesso em: 18 agosto .

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8ª ed., .

POP Enfermagem 32 - Monitorização Cardíaca

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

OBJETIVO

Padronizar a aplicação correta da monitorização cardíaca contínua em pacientes que demandam observação constante do ritmo e frequência cardíaca, bem como permitir a detecção precoce de alterações cardíacas e facilitar intervenções imediatas.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas descartáveis
- Bandeja de apoio
- Aparelho de tricotomia (se necessário)
- Sabonete líquido
- Gazes comuns
- Compressas secas
- Eletrodos com gel (mínimo 5 unidades)
- Álcool 70%
- Monitor multiparamétrico
- Cabos e derivações compatíveis

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27
2. Organizar todos os materiais em bandeja limpa.
3. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
4. Posicionar o paciente em decúbito dorsal (ou conforme condição clínica).
5. Verificar voltagem da tomada e funcionamento do monitor.
6. Expor o tórax do paciente e se necessário, realizar tricotomia, com gaze umedecida em sabão.
7. Se a pele do paciente estiver oleosa, realizar antisepsia no local de adesão dos eletrodos com álcool 70% e secar com compressa.
8. Abrir os eletrodos e posicionar conforme tipo de cabo:

Cabo de 3 vias

1. RA (braço direito): região infraclavicular direita.
2. LA (braço esquerdo): região infraclavicular esquerda.
3. LL (perna esquerda): região infra-diafragmática esquerda.

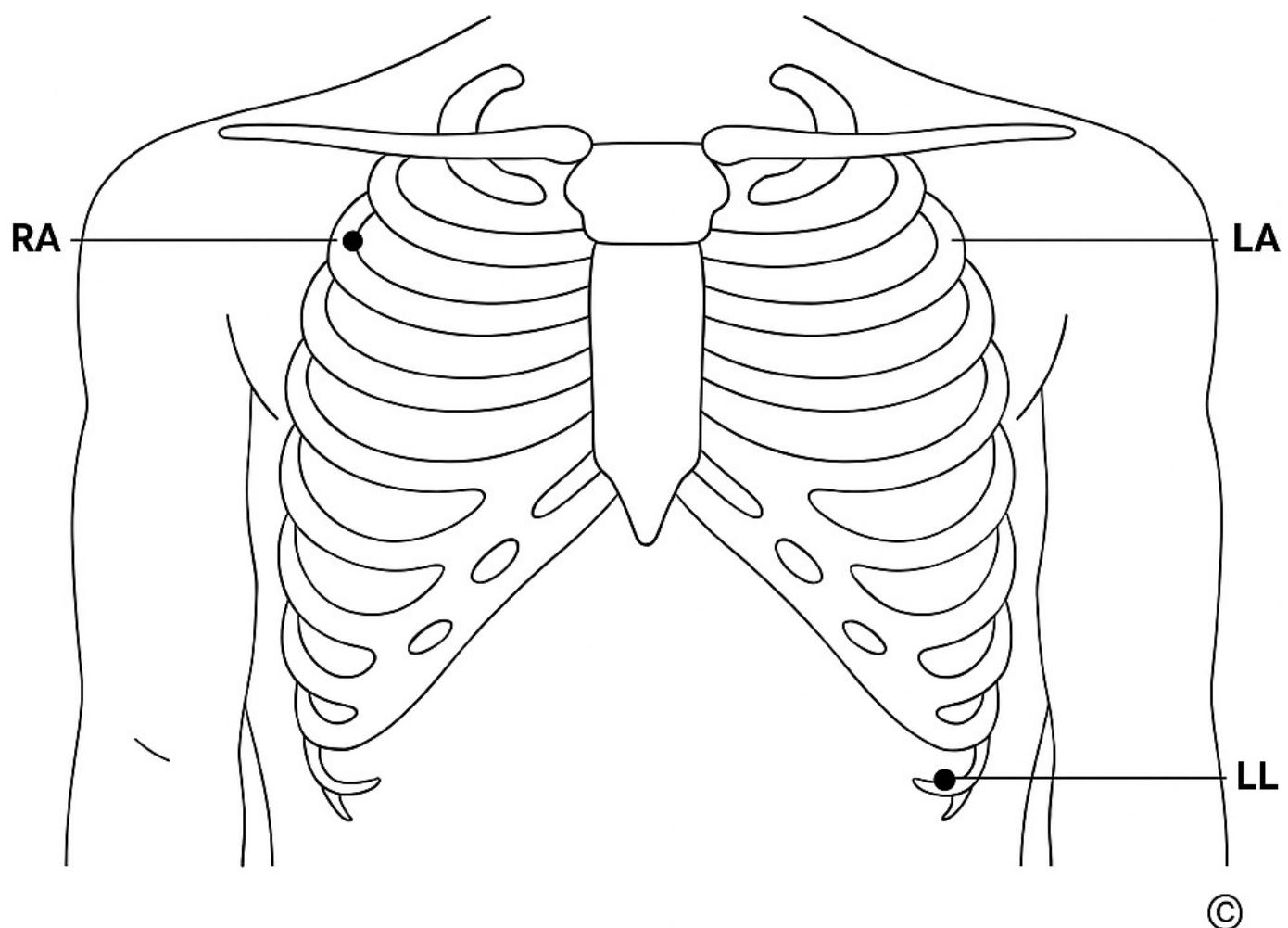


Figura 7. Posicionamento dos 3 eletrodos.

Fonte: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_63_monitorizacao_cardiaca_adulto.pdf

Cabo de 5 vias

1. RA: hemitórax superior direito.
2. LA: hemitórax superior esquerdo.
3. RL: hemitórax inferior direito.
4. LL: hemitórax inferior esquerdo.
5. V (precordial): geralmente no 4º espaço intercostal, borda direita do esterno.

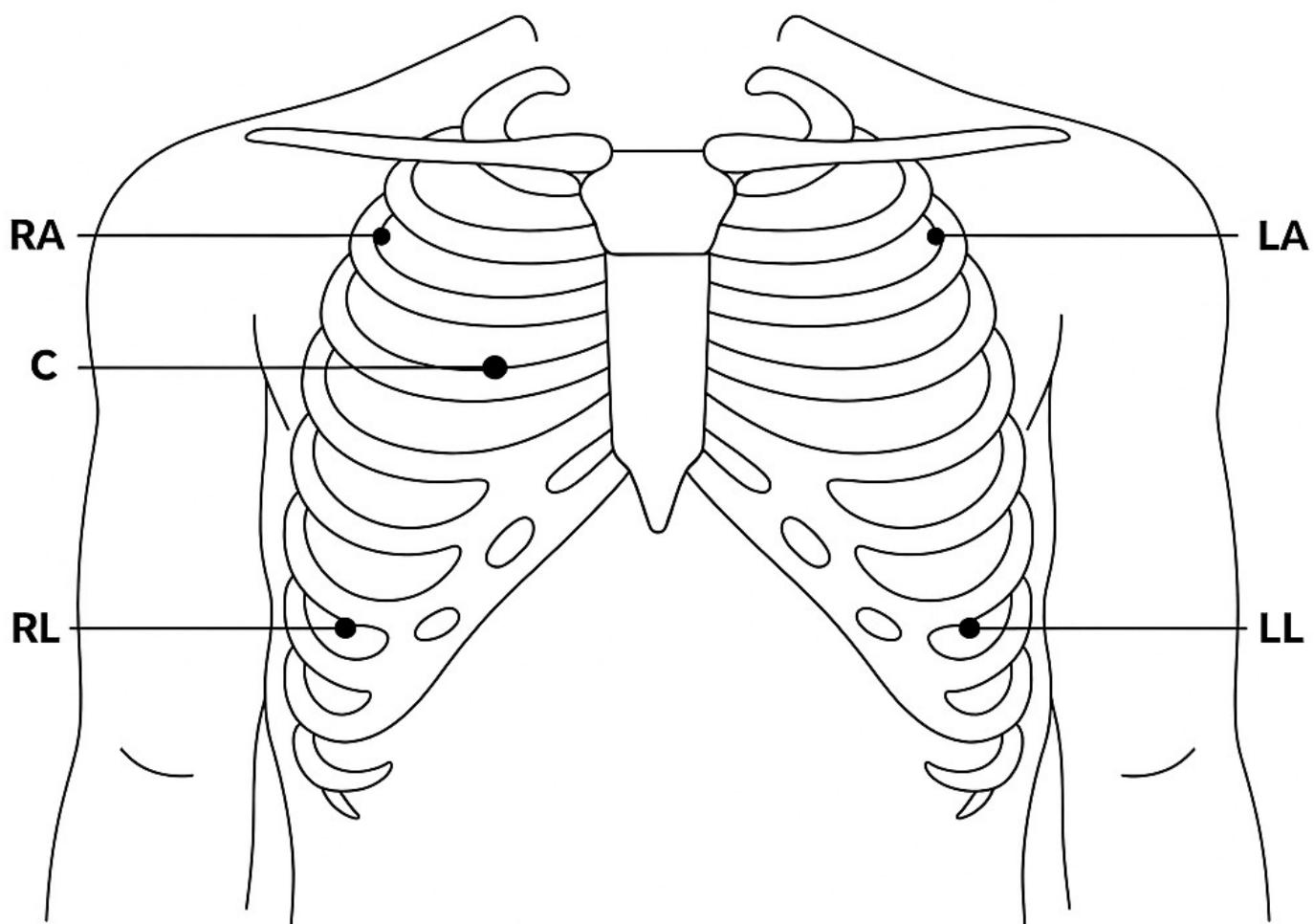


Figura 8. Posicionamento dos 5 eletrodos

Fonte: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_63_monitorizacao_cardiaca_adulto.pdf

1. Verificar se os eletrodos estão corretamente posicionados e se os cabos estão conectados corretamente ao monitor; selecionar no monitor o tipo de cabo (3 ou 5 vias).
2. Pressione o botão ou selecione a função ECG no equipamento e observe se o traçado está nítido, contínuo e sem interferências (artefatos). Confirme se os eletrodos estão bem conectados.
3. Normalmente se usa DII como padrão, mas outras derivações podem ser selecionadas conforme necessidade clínica.
4. No monitor, vá até a configuração de alarmes e defina os limites de frequência cardíaca: Por exemplo, FC mínima de 50 bpm e máxima de 120 bpm, conforme prescrição médica.
5. Escolher se o alarme será audível, com intensidade ajustável, e se haverá alerta visual. Confirme que os ajustes foram salvos e estão ativos.
6. Registrar o procedimento e observações clínicas no prontuário do paciente.

PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Pele mal preparada, cabos danificados, eletrodos de marcas diferentes ou com pouca aderência, pouco gel condutor e problemas técnicos no monitor, podem causar interferências na monitorização.
- Ao posicionar os eletrodos, evitar áreas com presença de curativos ou lesões, saliências ósseas, locais com presença de pelos, área de aplicação das placas do desfibrilador ou áreas para compressão torácica.
- Fazer a troca dos eletrodos a cada 24h ou conforme necessidade.

REFERÊNCIAS

INTS. Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde. PO.ENF.034. MONITORIZAÇÃO CARDÍACA CONTÍNUA. São Paulo, 2022. Disponível em: https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/02/PO.ENF._034-00-Monitorizacao-Cardiaca-Continua.pdf. Acesso em: 11 de junho de 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Protocolos de Suporte Avançado de Vida. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/samu-192/publicacoes/protocolo-de-suporte-avancado-de-vida-1.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola. Divisão de Enfermagem. POP nº 63 – Monitorização Cardíaca em Adulto. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020. Disponível em: https://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/2025/pops/63_pop_monitorizacao_cardiaca_em_adulto.pdf. Acesso em: 11 jun. 2025.

POP Enfermagem 33 - Notificação Compulsória

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

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

DESCRÍÇÃO 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).
- Em Anexo, Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, conforme Portaria GM/MS N° 5.201, de 15 de agosto de 2024.

Nº	DOENÇA OU AGRAVO	PERIODICIDADE			
		Imediata (até 24h)	Semanal		
			MS	SES	SMS
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho			X	

Nº	DOENÇA OU AGRADO	PERIODICIDADE		
2	Acidente por animal peçonhento			X
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X
4	Botulismo	X	X	X
5	Câncer relacionado ao trabalho			X
6	Cólica	X	X	X
7	Coqueluche		X	X
8	Covid-19	X	X	X
9	a. Dengue - Casos			X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X
10	Dermatose ocupacionais			X
11	Difteria		X	X
12	Distúrbio de voz relacionado ao trabalho			X
13	a. Doença de Chagas Aguda		X	X
	b. Doença de Chagas Crônica			X
14	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)			X
15	Doença Falciforme			X
16	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X
17	Doenças com suspeita de disseminação intencional:a. Antraz pneumônico. Tularemia. Varíola	X	X	X
18	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:a. Arenavírusb. Ebolac. Marburgd. Lassae. Febre purpúrica brasileira	X	X	X
19	a. Doença aguda pelo vírus Zika			X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika			X
20	Esquistossomose			X
21	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X
22	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X
23	Febre Amarela	X	X	X
24	a. Febre de Chikungunya			X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X
25	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X
26	Febre Maculosa e outras Ricketisioses	X	X	X
27	Febre Tifoide		X	X
28	Hanseníase			X
29	Hantavirose	X	X	X
30	Hepatites virais			X

Nº	DOENÇA OU AGRADO	PERIODICIDADE		
31	Infecção pelo vírus da hepatite B em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical da hepatite B			X
32	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida			X
33	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV			X
34	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)			X
35	Infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV)			X
36	Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV			X
37	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X
38	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)			X
39	Leishmaniose Tegumentar Americana			X
40	Leishmaniose Visceral			X
41	Leptospirose			X
42	Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)			X
43	a. Malária na região amazônica			X
	b. Malária na região extra-Amazônica	X	X	X
44	Monkeypox (varíola dos macacos)	X	X	X
45	a. Óbito Infantil			X
	b. Óbito Materno			X
46	Perda Auditiva relacionada ao trabalho			X
47	Pneumoconioses relacionadas ao trabalho			X
48	Peste	X	X	X
49	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X
50	Raiva Humana	X	X	X
51	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X
52	a. Doenças Exantemáticas: Sarampo	X	X	X
	b. Doenças Exantemáticas: Rubéola	X	X	X
53	Sífilis:a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante			X
54	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X
55	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19	X	X	X
56	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19	X	X	X
57	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a Coronavírusa. SARSCoVb. MERS-CoVc. SARS-CoV-2	X	X	X
58	Síndrome Gripal suspeita de covid-19	X	X	X
59	Tétano:a. Acidentalb. Neonatal			X
60	Toxoplasmose gestacional e congênita			X

Nº	DOENÇA OU AGRAVO	PERIODICIDADE		
61	Transtornos mentais relacionados ao trabalho			X
62	Tuberculose			X
63	Varicela - caso grave internado ou óbito	X	X	
64	a. Violência doméstica e/ou outras violências			X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio		X	

POP Enfermagem 34 - 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

1. Orientar o paciente quanto ao procedimento, chamando-o pelo nome
2. Higienize as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27
3. Reunir o material necessário na bandeja
4. Manter a privacidade do paciente
5. Manter precaução padrão
6. Colocar as luvas de procedimento e higienizar narinas com gaze estéril e álcool a 70%
7. Colocar água destilada até o nível indicado no recipiente, se necessário
8. Instalar o fluxômetro na fonte de oxigênio e o frasco umidificador ao fluxômetro
9. Testar o funcionamento do sistema
10. Posicionar o cliente em posição de semi-fowler
11. Instalar o catéter nasal
12. 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.
13. Confirmar se o posicionamento está confortável ao paciente
14. Ajustar a velocidade de fluxo de O₂, conforme prescrição médica
15. 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
16. Confirmar se há permeabilidade no fluxo de O₂ e conforto ao cliente
17. Manter a umidificação no sistema nos níveis indicados no frasco
18. Realizar a troca a cada 7 dias ou antes, se houver:
 - a. Sujidade
 - b. Umidade
 - c. Descolamento
 - d. Reações alérgicas
19. 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 35 - 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-27;
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 36 - 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-ENF-27
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 37 - Passagem de Sonda Gástrica ou Enteral

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

OBJETIVO

Realizar inserção de sonda enteral com fio guia por via nasal para alimentação, hidratação e administração de medicamentos.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiro

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Sonda de Levine ou Doblhoff (avaliar calibre, de acordo narina do paciente);



Sonda Levine



Sonda Dobbhoff

- Frasco para drenagem, caso seja indicado;
- Seringa de 20 ml;
- Luva de procedimento;
- Compressas de gaze estéreis;
- Gel lubrificante;
- Estetoscópio;
- Cuba rim;
- Esparadrapo ou micropore;
- EPIs.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Verificar a prescrição médica referente à inserção da sonda nasoentérica (SNE);
2. Realizar a identificação segura do paciente, conforme protocolo institucional;
3. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento e sua finalidade, assegurando compreensão e colaboração;
4. Avaliar a cavidade nasal para escolher a narina mais adequada e o calibre da sonda, considerando também a sua finalidade e a indicação clínica;
5. Higienizar as mãos;
6. Medir a extensão da sonda a ser introduzida: Para a sondagem Nasogástrica: Mensurar a sonda do ápice do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide, acrescentar a metade da medida entre o apêndice xifoide e a cicatriz umbilical, marcar com micropore (ver figura 06). Quando a for Nasoenteral deve-se acrescentar mais 10 cm, pois a extremidade da sonda necessita ir para a primeira parte do duodeno. Se for orogástrica, colocar a sonda junto ao canto da boca para efetuar a medição;
7. Marcar a medida com caneta, fita adesiva ou esparadrapo hipoalergênico;
8. Lubrificar aproximadamente 8 cm da extremidade anterior (distal) da sonda com lubrificante hidrossolúvel estéril;
9. Introduzir a sonda na narina com o paciente em posição sentada ou semi-Fowler, mantendo o cateter perpendicular ao rosto (ângulo de 90°);

10. Pedir ao paciente que flexione a cabeça em direção ao tórax e incentive a deglutição (com água, se permitido) para facilitar a progressão da sonda;
11. Interromper imediatamente o procedimento se o paciente apresentar tosse, engasgo, dispneia ou sinais de desconforto respiratório; nesse caso, recuar levemente a sonda e reavaliar;
12. Após a estabilização, continuar cuidadosamente a introdução da sonda até a marcação previamente definida;
13. Retirar o fio guia, segurando firmemente a sonda próximo à narina para evitar deslocamento;
14. Verificar o posicionamento da sonda: conectar uma seringa de 20 mL à extremidade da SNE, injetar 15 a 20 mL de ar e auscultar o hipocôndrio esquerdo com estetoscópio para identificar o som característico (sinal de localização gástrica);
15. Injetar 15 a 20 cm³ de ar, enquanto auscultar o abdome do paciente; quando a sonda estiver corretamente posicionada, você ausculta som gástrico;
16. Se a sonda for para drenagem gástrica, conectar a extremidade a uma bolsa coletora estéril com tubo de látex;
17. Higienizar a pele na região nasal com álcool 70% antes da fixação;
18. Fixar a sonda com fita hipoalergênica ou esparadrapo, garantindo boa aderência e conforto;
19. Após finalização do procedimento, manter paciente em decúbito lateral à direita;
20. Realização de radiografia (RX) de controle pode ser solicitada entre 3 e 6 horas após a introdução da sonda, especialmente em casos de sondas nasoduodenais ou jejuna, para confirmar o posicionamento adequado.
21. Registrar o procedimento realizado, número da sonda, por qual narina a sonda foi introduzida, os testes de posicionamento da sonda, medida externa do comprimento da sonda desde o nariz até sua extremidade; se ocorreram intercorrências durante o procedimento, realização do Raio-X, data e horário do procedimento, carimbo e assinatura de quem realizou a técnica em pronto-árvore.

PERÍODO / LOCAL

O período para a troca dependerá do material utilizado: - Sonda de Levine: Máximo 60 Dias. - Sonda de Dobbhoff ou Nasoenteral: Não tem tempo definido na literatura, sendo indicado apenas a critérios da equipe de saúde tendo em vista peculiaridades individuais do paciente ou em situações adversas como: Ruptura; Oclusão da sonda; Perda accidental; Deterioração.

OBSERVAÇÕES

Indicações

Nutrição enteral, remoção de secreções gástricas; lavagem gástrica em casos de intoxicação exógena (ingestão acidental ou intencional de medicamentos ou substâncias tóxicas); esvaziamento gástrico pré-operatório; administração de medicações, quando a via oral estiver contraindicada.

Contraindicação

A passagem da sonda nasoenteral é contraindicada em pacientes com suspeita de fratura de base de crânio e/ou trauma facial, devido ao risco de introdução da sonda na cavidade intracraniana.

Verificação da posição da sonda

Deve ser realizada antes da administração de dietas e medicamentos, bem como após episódios de vômito, tosse intensa ou tração acidental da sonda, a fim de garantir o posicionamento correto e prevenir complicações como broncoaspiração.

REFERÊNCIAS

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 619/. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019/>. Acesso em: 18 agosto de 2025.

HCFAMEMA. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. Procedimento Operacional Padrão: Passagem de Sonda Nasoenteral. Disponível em: <https://hcfamema.sp.gov.br/wp-content/uploads/2025/06/PASSAGEM-DE-SONDA-NASOENTERAL.pdf>. Acesso em: 18 agosto de 2025.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G.; STOCKERT, P.A.; HALL, M.A. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 8^a ed., 2025.

POP Enfermagem 38 - Punção Venosa Periférica

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

OBJETIVO

Padronizar a técnica de punção venosa periférica para garantir segurança ao paciente, definir periodicidades, prevenir complicações e assegurar a qualidade na administração de terapias intravenosas.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Cateter periférico (jelco ou agulha tipo scalp) de calibre adequado;
- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Garrote;
- Álcool 70% ou clorexidina alcoólica;
- Algodão ou gaze estéril;
- Dispositivo de conexão (extensor, equipo, válvula, tampa estéril);
- Esparadrapo, micropore ou curativo estéril;
- Etiqueta de identificação (data, hora, profissional);
- Soro fisiológico 0,9% (se necessário para teste de permeabilidade)
- Recipiente para descarte de perfurocortantes;
- Biombo, se necessário;
- Registro/documento de controle clínico do paciente

 DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27;
2. Higienizar bandeja com álcool 70%;
3. Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar;
4. Separar e organizar todos os materiais na bandeja e levar próximo ao paciente;
5. Verificar prescrição médica e necessidade clínica do acesso venoso;
6. Identificar o paciente corretamente, utilizando pelo menos dois identificadores (ex.: nome completo e data de nascimento);
7. Explicar o procedimento ao paciente, esclarecendo dúvidas e obtendo consentimento verbal;
8. Garantir privacidade e conforto, utilizando biombo se necessário;
9. Posicionar o paciente de forma adequada, com o membro a ser punctionado estendido e apoiado;
10. Ispencionar visualmente e palpar as veias periféricas disponíveis (ex.: dorso da mão, antebraço, fossa cubital);
11. Escolher veia com bom turgor, visível e palpável, evitando áreas com sinais de flebite, hematomas, edema, infecção, articulações ou membros com fístula arteriovenosa;
12. Selecionar o calibre do cateter conforme tipo de terapia (ex.: 22G para hidratação, 18G para transfusão sanguínea), ou especificidades do paciente;
13. Calçar luvas de procedimento;
14. Aplicar o garrote cerca de 5 a 10 cm acima do local escolhido, observando enchimento venoso;
15. Solicitar ao paciente que abra e feche a mão para facilitar a visualização da veia;
16. Realizar antisepsia com álcool 70% ou clorexidina alcoólica 2%, em movimento único e circular, do centro para a periferia, e aguardar secagem completa (mínimo de 30 segundos);
17. Retirar a proteção do cateter mantendo técnica asséptica;
18. Estabilizar a veia com a mão não dominante, tracionando levemente a pele;
19. Introduzir o cateter com bisel voltado para cima, em ângulo de 15° a 30°, com movimento firme e contínuo;

Punção com cateter intravenoso flexível

1. Observar o refluxo sanguíneo, segurar o mandril e deslizar o todo o cateter para dentro da luz do vaso suavemente;
2. Retirar o garrote imediatamente após a punção bem-sucedida;
3. Pressione com os dedos 2 cm acima do local punctionado a fim de reter o fluxo sanguíneo do vaso;
4. Retirar a agulha metálica com cuidado, deixando apenas o cateter plástico na veia;
5. Conectar o dispositivo de conexão já salinizado, conforme necessidade clínica;
6. Realizar teste de permeabilidade com soro fisiológico 0,9%, se indicado;
7. Observar sinais de infiltração, dor ou resistência;
8. Fixar o cateter com curativo estéril, esparadrapo ou micropore, evitando compressão excessiva;
9. Identificar o acesso com etiqueta contendo: data, hora, calibre do cateter, nome do profissional;
10. Descartar imediatamente o material perfurocortante em recipiente apropriado, sem reencapar agulhas;
11. Descartar demais materiais conforme protocolo de resíduos hospitalares;
12. Retirar as luvas e realizar nova higienização das mãos;
13. Registrar no prontuário: local anatômico da punção, tipo e calibre do cateter; data e hora da inserção, nome e registro do profissional, Intercorrências durante o procedimento (ex.: dificuldade técnica, dor, sangramento);
14. Monitorar o acesso venoso regularmente quanto a sinais de flebite, infiltração, obstrução ou infecção;
15. Realizar troca do acesso conforme protocolo institucional (geralmente entre 72 e 96 horas ou conforme avaliação clínica).

PERÍODO / LOCAL

Conforme prescrição médica e/ou de enfermagem, a cada 72-96 horas ou quando necessário / Todos os locais de assistência.

OBSERVAÇÕES

- Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;
- Recomenda-se a troca do cateter periférico em adultos em 72 horas quando confeccionado com teflon e 96 horas quando confeccionado com poliuretano;
- Em crianças: trocar o cateter apenas se ocorrer complicações (ex: flebite).
- A escolha do tipo de acesso depende do tempo de tratamento, tipo de medicamento, condição clínica e vascular do paciente;
- Evitar punções em membros com fistula arteriovenosa, linfedema, infecção ativa, lesões cutâneas, queimaduras ou histórico de mastectomia;
- É recomendado no máximo duas tentativas por profissional e, no máximo, quatro tentativas no total. Se não houver sucesso após essas tentativas, o procedimento deve ser interrompido e comunicado ao enfermeiro para avaliação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Técnicas Básicas de Enfermagem. Brasília, DF: MS, 2012.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Guia de Boas Práticas para Administração de Medicamentos. Brasília, DF: ANVISA, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 564/2017. Dispõe sobre a atuação da equipe de enfermagem na terapia intravenosa.

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. Fundamentos de Enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>. Acesso em: 01 ago. 2025.

POP Enfermagem 39 - Precauções Padrão e Uso de EPIs

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

OBJETIVO

Garantir a segurança dos profissionais de saúde e pacientes por meio da correta utilização dos EPIs, prevenindo a transmissão de agentes infecciosos e acidentes de trabalho.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Enfermeiros, Técnicos de enfermagem e/ou qualquer profissional de saúde envolvido no atendimento direto ao paciente.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Luvas de procedimento
- Máscara cirúrgica ou PFF2/N95
- Óculos de proteção ou protetor facial
- Touca descartável
- Avental (descartável ou lavável)
- Jaleco
- Calçado fechado e impermeável
- Recipientes rígidos para descarte de perfurocortantes
- Álcool 70% para desinfecção de superfícies e equipamentos

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO**Higienização das Mão**

1. Realizar antes e após qualquer contato com o paciente, superfícies ou equipamentos.
2. Utilizar água e sabão quando houver sujidade visível ou álcool 70% para higienização rápida.
3. Técnica deve incluir palma, dorso, entre os dedos, unhas e punhos, por pelo menos 20 segundos, vide POP-ENF-27;

Avaliação do Tipo de Procedimento

1. Identificar o risco biológico envolvido (gotículas, aerossóis, sangue, secreções).
2. Selecionar os EPIs adequados conforme o tipo de exposição prevista.

Paramentação (Colocação dos EPIs)

A ordem recomendada é:

1. Touca: cobre todo o cabelo, evitando queda de fios durante procedimentos assépticos.
2. Máscara:
 - Cirúrgica: para proteção contra gotículas.
 - PFF2/N95: para procedimentos com risco de aerossóis (ex: intubação, aspiração traqueal).
3. Óculos de proteção ou protetor facial: protege mucosa ocular contra respingos.
4. Avental: deve cobrir o tronco e membros superiores, sendo descartável ou lavável.
5. Luvas:
 - De procedimento: para contato direto com paciente ou fluidos corporais.
 - Estéreis: em procedimentos invasivos ou cirúrgicos.

Durante o Atendimento

1. Evitar tocar superfícies desnecessárias com luvas contaminadas.
2. Trocar luvas entre diferentes áreas do corpo ou entre pacientes.
3. Manter técnica asséptica em procedimentos invasivos.
4. Evitar reencapar agulhas; descartar imediatamente em recipiente rígido.

Desparamentação (Remoção dos EPIs)

A ordem recomendada é:

1. Retirar luvas (consideradas o item mais contaminado).
2. Retirar avental, evitando contato com a parte externa.
3. Retirar óculos ou protetor facial, segurando pelas hastes.
4. Retirar máscara, segurando pelos elásticos.
5. Retirar touca.
6. Realizar higienização das mãos imediatamente após, vide POP ENFERMAGEM 17

Desinfecção de Equipamentos

1. Termômetros, estetoscópios, oxímetros e outros artigos de uso comum devem ser desinfetados com álcool 70% após cada uso.
2. Superfícies de trabalho devem ser limpas regularmente com desinfetantes hospitalares. Descarte de EPIs
3. EPIs descartáveis devem ser eliminados em recipientes apropriados conforme o Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).
4. Perfurocortantes devem ser descartados em caixas rígidas (Descarpack), sem reencapte.

PERÍODO / LOCAL

Deve ser seguido durante todo o período de contato com pacientes ou materiais potencialmente contaminados. / Aplicável em todos os ambientes assistenciais: enfermarias, ambulatórios, pronto atendimento, clínicas e unidades de internação.

OBSERVAÇÕES

- Jalecos não devem ser utilizados fora do ambiente de trabalho.
- Nunca reencapar agulhas; descarte imediato em recipiente apropriado.
- EPIs devem ser fornecidos pelo serviço de saúde e estar disponíveis em quantidade adequada

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: ANVISA, . Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual-de-limpeza-e-desinfeccao-de-superficies.pdf>. Acesso em: 12 ago 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de . Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 nov. . Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/assuntos/inspecao-do-trabalho/seguranca-e-saude-no-trabalho/sst-portarias/2005/portaria_485_aprova_nr_.pdf. Acesso em: 12 ago. 2025.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Procedimento Operacional Padrão: uso de EPIs. Porto Alegre: HCPA, . Disponível em: <http://www.fmsc.rs.gov.br/wp-content/uploads/2020/11/POP-02-Precau%C3%A7%C3%A7%C3%B5es-Padr%C3%A3o-e-uso-dos-EPIs.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2025.

POP Enfermagem 40 - Prevenção de Lesão por Pressão

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

OBJETIVO

Orientar sobre as medidas de prevenção de lesão por pressão.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir materiais e levar o material até o cliente;
3. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação e verbalmente;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. Avaliar através da inspeção e palpação, a pele do paciente no momento da admissão, quanto ao risco de desenvolver LP ou presença de LP ou lesões de pele já existentes através das escalas de Braden ou Braden-Q e classificar o escore de risco para LP;
7. Realizar inspeção da pele o mais rápido possível na admissão do cliente e diariamente, da cabeça aos pés com foco particular na pele sobre as proeminências ósseas, incluindo o sacro, calcanhares, quadril, púbis, coxas e tronco (Inclua o occipital em uma avaliação da pele, em especial, da cabeça aos pés para neonatos e crianças);
8. Avaliar a pele quanto a sinais de maceração, prestando atenção as dobras cutâneas, especialmente em indivíduos obesos, se identificar, gerenciar fatores causais, aplicar proteção cutânea com creme de barreira;
9. Inspecionar a pele quanto a eritema antes do reposicionamento, através do método de pressão digital (um dedo é pressionado no eritema por três segundos e o branqueamento é avaliado após a remoção do dedo). Evite posicionar o indivíduo em uma área de eritema sempre que possível;
10. Para clientes com risco moderado, alto risco e muito alto risco de LP ou lesão de estágio 1, além de realizar alívio de pressão local através de mudança de decúbito, uso de colchão pneumático, creme barreira (aplicar camada fina e uniforme, e aplicar cobertura secundária após completa absorção do agente hidratante), utilizar proteção da pele com espumas protetoras, coberturas siliconadas, avaliando periodicamente a lesão sob proteção para gerenciar evolução;
11. Utilizar proteção da pele sob dispositivos médicos e avaliar a pele e os tecidos moles sob esses dispositivos como parte da avaliação de rotina (ex: proteção com espuma específica para drenos, traqueostomia, estomias de alimentação);
12. Quando for remover esses produtos de proteção da pele, atentar-se a remoção cuidadosa, evitando lesão por adesivos;
13. Aumentar a frequência das avaliações da pele em resposta a deterioração da condição geral do indivíduo;
14. Avaliar a dor antes (mudança de decúbito, troca do curativo) e após os procedimentos e a cada avaliação da pele, utilizando escala de avaliação da dor (numérica, de faces e comportamental), atentando-se para relato de dor em pontos de pressão, pois é um fator de risco para lesões por pressão, atentar-se para sinais clínicos de dor em pacientes que não podem verbalizar, ou no público neonatal e pediátrico;
15. Avalie a necessidade de analgesia antes do reposicionamento programado. Quando necessário, medique o indivíduo de 20 a 30 minutos antes de auxiliar no reposicionamento;
16. Realizar higiene da pele (ao menos 1 vez ao dia-banho), com um regime de cuidados que inclua: manter a pele limpa e adequadamente hidratada;
17. Limpar a pele imediatamente após episódios de incontinência;
18. Evitar o uso de sabonetes e produtos de limpeza alcalinos;
19. Gerenciar os fatores que causam umidade excessiva na pele: sudorese intensa, exsudato de lesões ou drenos, incontinência;
20. Gerenciar os lençóis da cama, de modo que estejam bem esticados, evitando que haja dobras;
21. Evite posicionar o indivíduo diretamente sobre dispositivos médicos, como tubos, sistemas de drenagem ou outros objetos, a fim de evitar o surgimento de lesões por pressão causadas por dispositivos médicos;
22. Evite arrastar ao reposicionar o indivíduo, pois isso pode resultar em atrito e cisalhamento, se disponível, use equipamentos de movimentação e manuseio para reposicionar o indivíduo, que auxiliam na elevação do indivíduo e reduzem o arrasto não intencional;
23. Considere utilizar colchão de fluxo de ar alternado (pneumático) para os clientes com mobilidade reduzida, com risco para desenvolvimento de LP, observando periodicamente se está em funcionamento adequado;
24. Explicar e mostrar como realizar a mudança de decúbito, utilizando medidas de suporte (ex: coxins) em áreas com risco para o desenvolvimento de LP, e a importância desse cuidado para o cliente;
25. Promover uma posição confortável ao cliente;

26. Deixar o ambiente organizado/em ordem;
27. Higienizar as mãos;
28. Registrar condutas de enfermagem no prontuário do paciente;
29. Prescrever os cuidados de enfermagem para o paciente conforme classificação de risco;
30. Discutir com a equipe multiprofissional o plano terapêutico do cliente, para tomada de decisão que contribua para prevenção de LP;
31. Reavaliar o cliente a cada 24h ou a cada 6 horas e/ou sempre que necessário, em caso de piora do quadro clínico.

PERÍODO / LOCAL

Diariamente/ Todos os setores

OBSERVAÇÕES

Tabela 3. Escala de Braden para fatores de risco para lesão por pressão

Fatores de Risco	Pontuação			
	1	2	3	4
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Ligeiramente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
Mobilidade	Totalmente limitado	Bastante limitado	Ligeiramente limitado	Não apresenta limitações
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

De acordo com o protocolo oficial do Ministério da Saúde, atualizado em 2022, essas são as medidas preventivas que devem ser tomadas conforme a classificação de risco exposto no Quadro 01:

Risco baixo (15 a 18 pontos)

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcâncar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

Moderado (13 a 14 pontos)

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

Risco alto (10 a 12 pontos)

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.

Muito alto (≤ 9 pontos)

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

Segundo o NPIAP (National Pressure Injury Advisory Panel), as lesões por pressão devem ser classificadas da seguinte forma:

Tabela 4. Lesão por pressão - Estadiamento e definições

Lesão por pressão	Definição
Estágio 1	Pele íntegra com eritema que não embranquece.
Estágio 2	Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.
Estágio 3	Perda da pele em sua espessura total.
Estágio 4	Perda da pele em sua espessura total e perda tecidual.
Não Classificável	Perda da pele em sua espessura total e perda tecidual não visível.
Tissular Profunda	Coloração vermelho escura, amarronzada ou púrpura, persistente e que não embranquece.

Tabela 5. Definições adicionais

Categoria	Definição
Relacionadas a dispositivos médicos	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
Em membranas mucosas	Encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.
Relacionadas a utensílios domésticos	Resulta do contato prolongado com utensílios usualmente encontrados no domicílio de pacientes cadeirantes ou restritos ao leito.

Fonte: Adaptado de NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (2016).

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023. Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-no-05-2023-praticas-de-seguranca-do-paciente-em-servicos-de-saude-prevencao-de-lesao-por-pressao>. Acesso em: 18 agosto 2025.

HUAC. EBSERH. Hospital Universitário Alcides Carneiro. Procedimento Operacional Padrão: Prevenção de lesão por pressão, versão 04, 2025. Disponível em: https://intranet.ebsrh.gov.br/sites/default/files/produtos-de-conhecimento/2025-05/POP.CSP_005%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20les%C3%A3o%20por%20press%C3%A3o%20v.4.pdf. Acesso em: 18 agosto 2025.

POP Enfermagem 41 - Realização de Tricotomia

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

OBJETIVO

Padronizar a atuação da equipe de enfermagem na realização segura e eficaz da tricotomia, visando a prevenção de infecções, conforto do paciente e preparo adequado para procedimentos cirúrgicos ou invasivos.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- EPI completo: luvas de procedimento, máscara, avental, óculos ou face shield
- Aparelho de tricotomia elétrico
- Creme ou gel lubrificante (se necessário)
- Antisséptico tópico (ex: clorexidina ou PVPI)
- Gaze estéril ou compressas
- Toalha ou lençol para proteção da área
- Biombo
- Recipiente para descarte de materiais contaminados
- Prontuário do paciente

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional, vide POP-ENF-27.
2. Paramentar-se com os equipamentos de Proteção Individual (EPI) completos: coloque o avental, ajuste a máscara sobre o nariz e boca, calce as luvas de procedimento e utilize óculos de proteção ou face shield para evitar contato com pelos ou fluidos.
3. Prepare o ambiente garantindo privacidade ao paciente, iluminação adequada e superfície limpa.
4. Posicione o paciente de forma confortável, expondo apenas a área a ser tricotomizada, protegendo o restante do corpo com lençol ou toalha.
5. Verifique o funcionamento do aparelho de tricotomia elétrico, certificando-se de que está limpo, carregado e com lâmina em bom estado. Se for utilizar lâmina descartável.
6. Proteja a área ao redor da pele com toalha ou lençol limpo para evitar que os pelos removidos se espalhem ou contaminem outras superfícies. Isso também ajuda a manter o paciente seco e confortável durante o procedimento.
7. Aplique antisséptico tópico na área a ser tricotomizada, utilizando gaze ou compressa estéril, com movimentos circulares do centro para a periferia. Aguarde a secagem completa do produto antes de iniciar a remoção dos pelos.
8. Inicie a tricotomia com movimentos suaves e contínuos, no sentido do crescimento dos pelos, para reduzir o risco de microlesões na pele. Mantenha a lâmina ou aparelho em ângulo adequado, sem aplicar força excessiva, e evite passar repetidamente no mesmo local.
9. Caso a pele esteja muito seca ou os pelos sejam espessos, aplique uma pequena quantidade de gel ou creme lubrificante para facilitar o deslizamento da lâmina e minimizar atrito. Certifique-se de que o produto é compatível com o procedimento e não causa irritação.
10. Após a remoção completa dos pelos, limpe a área com gaze embebida em antisséptico, removendo resíduos de pelos e lubrificante. Observe a pele quanto a cortes, irritações ou sinais de reação alérgica.
11. Se houver qualquer lesão, sangramento ou desconforto relatado pelo paciente, interrompa o procedimento e comunique imediatamente o enfermeiro responsável para avaliação e conduta adequada.
12. Descarte todos os materiais utilizados como lâminas, gazes e luvas em recipientes apropriados para resíduos contaminados, conforme protocolo de biossegurança.
13. Realize nova higienização das mãos após o descarte dos materiais, utilizando técnica correta para garantir a segurança do profissional e do paciente.
14. Reorganize o ambiente, removendo toalhas, limpando superfícies e garantindo o conforto do paciente.
15. Certifique-se de que ele está vestido e acomodado adequadamente.
16. Registre no prontuário todas as informações relevantes: área tricotomizada, tipo de material utilizado (aparelho ou lâmina), presença de intercorrências, cuidados realizados e resposta do paciente ao procedimento.

PERÍODO / LOCAL

Conforme solicitação médica ou protocolo cirúrgico. / Em unidades de internação, centro cirúrgico ou pronto atendimento.

OBSERVAÇÕES

- Não deve ser feita de rotina, se os pelos tiverem que ser removidos, deve-se fazê-lo imediatamente antes da cirurgia, utilizando tricotomizadores elétricos, e fora da sala de cirurgia. O uso de lâmina está contraindicado.
- Evitar tricotomia em áreas com lesões cutâneas, alergias ou infecções.
- Em pacientes pediátricos ou com comprometimento cognitivo, considerar medidas adicionais de contenção e conforto.

REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A.; PERRY, Anne G. Guia completo de procedimentos e competências de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Operacional Padrão nº 17 – Tricotomia. Natal: Portal Saúde da Família, 2024. Disponível em: http://portal.saudefamilia.org/ASF/Documentos/Site/QualidadeSeguranca/79_23765_1_4_2024_10_1_20_989_POP%2017-%20Tricotomia.docx.pdf. Acesso em: 19 ago. 2025.

POP Enfermagem 42 - Retirada de Pontos Cirúrgicos

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

OBJETIVO

Realizar a remoção das suturas de maneira segura, preservando a integridade do tecido recém-formado, avaliando a cicatrização da ferida e prevenindo complicações como infecções, deiscência ou outras lesões.

RESPONSÁVEIS PELA EXECUÇÃO

Equipe de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja ou cuba rim;
- Luva de Procedimentos;
- Lâmina de bisturi ou tesoura tesoura Iris;
- Pinça Adson
- Gazes (estéril);
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Lixeira comum para descarte de papel toalha e material não infectante;
- Lixeira com saco branco para descarte de gaze e pontos cirúrgicos.

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO

1. Explicar o procedimento ao paciente;
2. Confirmar se prescrição possui data de retirada da sutura;
3. Higienizar as mãos;
4. Organizar material a ser utilizado na bandeja (abrir as pinças usando técnica asséptica e colocar o cabo das pinças voltadas para a borda proximal do campo);
5. Colocar luvas de procedimento;
6. Expor a área de sutura;
7. Limpar a incisão suavemente com gaze embebida em SF 0,9%, utilizando movimentos unidirecionais do centro para a periferia;
8. Tracionar o nó com a pinça Adson, aplicando força mínima para expor o fio acima da pele sem causar tração excessiva no tecido, cortar o fio utilizando lâmina de bisturi ou tesoura logo abaixo do nó cirúrgico próximo a pele;
9. Puxar o ponto no sentido da incisão, retirando-o;
10. Realizar leve compressão com gaze seca estéril na área de cada ponto removido, avaliando a presença de exsudato, sangramento ou sinais flogísticos;
11. Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los na bandeja auxiliar ou saco de lixo branco leitoso;
12. Desprezar o material utilizado em local apropriado;
13. Higienizar as mãos;
14. Registrar o procedimento no prontuário ou ficha de atendimento do paciente.

PERÍODO / LOCAL

Diariamente / Todos os setores

OBSERVAÇÕES

- Se necessário, solicitar avaliação do enfermeiro antes do procedimento, caso observe sinais flogísticos ou afastamento de bordas. .Retirada de Pontos (Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis)

Local	Tempo médio para retirada de pontos
Face	3 a 5 dias
Articulações	8 a 12 dias
Pescoço e couro cabeludo	8 a 15 dias

Local	Tempo médio para retirada de pontos
Demais locais	7 a 10 dias

- O usuário deverá apresentar prescrição de retirada de pontos ou o registro da data que realizou a sutura. Caso não apresente, é necessária a avaliação do enfermeiro e/ou médico antes da retirada.
- Registrar no prontuário do paciente as seguintes informações: Local do procedimento, local da remoção dos pontos (ex.: face, articulações, couro cabeludo), condições do leito da ferida antes da retirada, incluindo presença de sinais flogísticos, secreção, hiperemia ou deiscência, quantidade total de pontos removidos.
- Fornecer orientações ao paciente para os cuidados posteriores à retirada, como higienização e acompanhamento em caso de alterações.
- Em caso de deiscência, solicitar a avaliação do enfermeiro e/ou médico para avaliação;

REFERÊNCIAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO ENFERMAGEM 057: Retirada de pontos cirúrgicos, 2025. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/02_01_2025_13.07.30.f986e4d71a38da6a3e5d3a6ca13aef0d.pdf. Acesso em: 15 agosto de 2025.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2025. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025. Vol. I e II.

POP Enfermagem 43 - Triagem de Pacientes

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

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

OBSERVAÇÕES

- A Escala de Manchester é um avanço significativo na gestão de emergências médicas, proporcionando uma abordagem padronizada e eficiente para a triagem e classificação dos pacientes. Ao simplificar esse procedimento e assegurar uma distribuição adequada dos recursos, a escala ajuda a oferecer cuidados mais rápidos, seguros e focados nas necessidades do paciente.

Nível de Risco	Cor	Descrição	Prioridade de Atendimento
Emergência	Vermelho	Risco de vida	Imediato
Muita urgência	Laranja	Risco potencial à vida	Até 10 minutos
Urgência	Amarelo	Condição instável, mas que pode piorar	Até 60 minutos
Pouca Urgência	Verde	Condição estável	Até 120 minutos
Sem urgência	Azul	Condição muito estável	Até 240 minutos

Fonte: Classificação de Risco de Manchester.

- Apesar de sua implementação poder apresentar alguns desafios, os benefícios que ela traz superam facilmente as dificuldades, tornando-se uma ferramenta essencial para os serviços de emergência.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN N° 661/2021. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021/>. Acesso em: 26 jul 2025.

SACOMAN, Thiago Marchi; BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro; ANDREZZA, Rosemarie; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. Implantação do Sistema de Classificação de Risco Manchester em uma rede municipal de urgência. Saúde em Debate, [S.L.], v. 43, n. 121, p. 354-367, abr. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912105>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.663, de 06 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Diário Oficial da União. 7 Ago 2012.

POP Enfermagem 44 - 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 45 - 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 46 - 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 DISPNÉIA 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 47 - 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-ENF-27.
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 48 - 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 49 - 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-ENF-27.
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

REFERÊNCIAS

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

POP Enfermagem 50 - 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-ENF-27.
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 51 - 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.

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.