

**GOVERNO DE CRICIÚMA  
PODER EXECUTIVO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE**



# **Procedimento Operacional Padrão POP**

**Assistência de Enfermagem**

**CRICIÚMA/SC  
SETEMBRO – 2021**

**GOVERNO DE CRICIÚMA**  
**PODER EXECUTIVO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**EM PARCERIA COM**

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCol**

# **Procedimento Operacional Padrão POP**

**Assistência de Enfermagem**



Prefeitura Municipal de Criciúma, 2021. Todos os direitos reservados a Prefeitura Municipal de Criciúma. [www.criciuma.sc.gov.br](http://www.criciuma.sc.gov.br). Material produzido pela Equipe Técnica/Criciúma em parceria com Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional], da Universidade do Extremo Sul Catarinense. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

## **PODER EXECUTIVO**

Prefeito Clésio Salvaro  
Vice-prefeito Ricardo Fabris

### **Secretário Municipal de Saúde**

Acélio Casagrande

### **Diretor Executivo**

Deivid de Freitas Floriano

### **Gerência da Atenção Básica**

Criciane Moreira Hansen  
Eliane Santos Salib

### **Gerência da Saúde Mental**

Ana Regina da Silva Losso

### **Gerência da Atenção Especializada**

Cristiane Inácio Botelho

### **Gerência da Vigilância em Saúde**

Samuel Bucco

### **Gerência de Educação Permanente - Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização**

Alexsandro Ferreira Caetano

## **UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

### **Reitora**

Profa. Dra. Luciane Bisognin Ceretta

### **Pró-reitora Acadêmica**

Profa. Dra. Indianara Reynaud Toreti

### **Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação**

Prof. Dr. Oscar Montedo

### **Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional]**

Profa. Dra. Cristiane Damiani Tomasi

## FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

C928n Criciúma (SC). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde.  
    Procedimento Operacional Padrão POP :  
    assistência de enfermagem / Prefeitura Municipal  
    de Criciúma, Secretaria Municipal de Saúde ;  
    Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa  
    de Pós-graduação em Saúde Coletiva. - Criciúma, SC  
    : Secretaria Municipal de Saúde : Unesc, 2021.  
    404 p. : il. ; 30 cm.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Enfermagem  
de atenção primária. 3. Cuidados de enfermagem. 4.  
Fluxo de trabalho. 5. Instrução para enfermeiros.  
6. Padrões de prática em enfermagem. I. Título.

CDD - 22. ed. 610.734

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

## **ELABORAÇÃO/AUTORIA:**

### **Equipe Técnica**

#### **Enfermeira. Coordenadora Geral do grupo responsável pela formulação dos POPs**

Francielle Lazzarin de Freitas Gava

#### **Enfermeira. Orientadora Geral do grupo responsável pela formulação dos POPs**

Fabiane Ferraz

#### **Enfermeira. Responsável Técnica pela Atenção Básica**

Eliane Santos Salib

#### **Enfermeiras colaboradoras Atenção Básica**

Gabriele de Carvalho

Daiane Mendes de Assis Réus

Cecília Rios dos Reis Freitas

Patrícia Araújo Burato Miguel

Marília Lodetti

#### **Enfermeira. Responsável Técnica pela Atenção Especializada**

Tamires Regina dos Santos

#### **Enfermeiras colaboradoras Atenção Especializada**

Cristini da Luz Moretti Borba

Jerusa Manoel Angelica

Mikaelle Lanos Gomes Coelho

Tamires Regina dos Santos

Paulo Rogério Hansen

#### **Enfermeira. Responsável Técnica pela Saúde Mental**

Ana Regina da Silva Losso

#### **Enfermeiras colaboradoras Saúde Mental**

Camila Rossi

Patricia Bez Birolo

Patricia Dias Gualtieri da Silva

Sinara Ribeiro Moraes

Grasiela Deboita Gregório

#### **Enfermeira. Responsável Técnica pela Urgência e Emergência**

Rosimere de Carvalho Noronha

### **Colaboradores**

#### **Diego Floriano de Souza**

Enfermeiro. Especialista em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional da UNESC.

#### **Joana Carlos Becker**

#### **Maria Eduarda Oliveira Leal**

Acadêmicas de Enfermagem da UNESC

Design Gráfico

### **Revisão Final**

#### **Luciane Bisognin Ceretta**

Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

#### **Fabiane Ferraz**

Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] UNESC.

# APRESENTAÇÃO

A organização do processo de trabalho de Enfermagem deve utilizar ferramentas adequadas para o desenvolvimento do Cuidado de Enfermagem, além de auxiliar na tomada de decisão, na definição do seu espaço de atuação, do seu desempenho na gestão em saúde e em Enfermagem (SOARES., *et al* 2015) (COFEN, 2009).

A sistematização e organização do processo de trabalho da Enfermagem, implicam diretamente também na segurança do paciente, o que constitui, atualmente, um dos grandes desafios dos cuidados de saúde. O reconhecimento da ocorrência de erros ou acidentes adversos com consequências graves aos usuários. O que sinaliza para os profissionais de saúde, que estes devem estar sempre em alerta às medidas pertinentes à segurança do paciente (PEREIRA; SOUZA; FERRAZ, 2014).

Assim, a assistência prestada nos espaços e serviços de saúde deve ser integral, segura e de qualidade. Logo, se faz necessária a padronização da assistência à saúde, por meio da implantação de Procedimento Operacional Padrão (POP) (CARVALHO., *et al* 2017).

Frente a ausência de POPs de Enfermagem no município de Criciúma e a exigência legal de tais documentos, em 2020, o NEPSHU-Criciúma visando cumprir a importante prerrogativa de integração ensino-serviço estabeleceu um grupo de trabalho integrando ensino, pesquisa, gestão e assistência, com a participação de enfermeiros atuantes nas unidades, nos programas de saúde e da Universidade, a fim de elaborar o presente Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Assistência de Enfermagem para a rede de serviços da Atenção Básica, Especializada e de Saúde Mental articulado a um trabalho de conclusão de mestrado profissional; tendo em vista a atualização do pessoal de Enfermagem, bem como a produção e difusão de procedimentos operacionais que visem padronizar e qualificar o processo de trabalho de enfermagem. Apesar do presente manual ser voltado aos profissionais de enfermagem, o mesmo não exime responsabilidade técnica das demais categorias profissionais que fazem parte da rede de serviços de saúde do município de Criciúma frente procedimentos que são comuns a equipe multiprofissional.

Dessa forma, é com grande alegria e comprometimento que apresentamos o Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Assistência de Enfermagem do município de Criciúma. O presente manual, por estar ligado a um trabalho de dissertação de Mestrado Profissional, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNESC, num primeiro momento passou por consulta pública entre os pares de 12 de maio a 12 de junho de 2021, a fim de atender o construto teórico da cogestão. Os profissionais de Enfermagem fizeram apontamentos sobre aspectos que ainda perceberam necessário fazer melhorias.

A partir da consulta pública, o material foi revisado pelo grupo responsável, sendo analisado e incorporado as sugestões. Após a finalização, em setembro de 2021, foi protocolado no órgão de classe (COREN/SC) e publicizado para os serviços da SMS de Criciúma. Ficando aos responsáveis técnicos e a gestão da AB estabelecer cronograma de revisão e atualização periódica deste material. Para tanto, ficou definido a constituição de uma Comissão Permanente, composta pelo grupo de trabalho do quadro efetivo de servidores que elaborou a atual versão. A primeira revisão deverá ocorrer em um ano da publicação do material, ou seja, em setembro de 2022, sendo que após a primeira revisão, as subsequentes ocorrerão a cada dois anos.

Aproveito a oportunidade para expressar minha admiração, meu respeito e minha gratidão ao coletivo que fez esse material ser estruturado.

**Francielle Lazzarin de Freitas Gava**

# SUMÁRIO

<b>Parte 1: CUIDADOS COM A PELE.....</b>	<b>p. 12</b>
1.1 HIGIENIZAÇÃO.....	p. 12
POP 01: Banho de aspersão com auxílio.....	p. 13
POP 02: Banho de aspersão sem auxílio.....	p. 17
POP 03: Banho no leito.....	p. 20
POP 04: Higiene bucal do paciente acamado.....	p. 28
POP 05: Higiene do coto umbilical.....	p. 31
POP 06: Higienização das mãos por lavagem.....	p. 33
POP 07: Higienização das mãos por fricção com solução alcoólica 70%.....	p. 36
POP 08: Tricotomia facial.....	p. 38
1.2 CURATIVO .....	p. 40
POP 09: Aplicação de bota de UNNA .....	p. 41
POP 10: Curativo.....	p. 45
POP 11: Curativo em inserção de cateter venoso central.....	p. 50
POP 12: Curativo ortopédico com fixadores externos, tração trans esquelética, talas.....	p. 53
POP 13: Desbridamento instrumental conservador.....	p. 57
POP 14: Retirada de pontos.....	p. 60
1.3 TRICOTOMIA CIRÚRGICA .....	p. 64
POP 15: Tricotomia cirúrgica.....	p. 65
<b>Parte 2: CUIDADOS NUTRICIONAIS.....</b>	<b>p. 67</b>
2.1 ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO E SONDAGEM.....	p. 67
POP 16: Cuidados com a pele ao redor da gastrostomia.....	p. 68
POP 17: Preparo e administração de dietas enterais através de sondas nasoentéricas, de gastrostomia ou jejunostomia.....	p. 70
POP 18: Sondagem nasoentérica.....	p. 75
POP 19: Sondagem nasogástrica.....	p. 78

<b>Parte 3: CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES.....</b>	<b>p. 81</b>
3.1 ELIMINAÇÕES GASTROINTESTINAIS.....	p. 81
POP 20: Aspiração nasogástrica (lavagem gástrica).....	p. 82
POP 21: Enema / lavagem intestinal.....	p. 85
POP 22: Troca de bolsa de estomia.....	p. 88
3.2 ELIMINAÇÕES URINÁRIA.....	p. 91
POP 23: Colocação de dispositivo para incontinência urinária masculina.....	p. 92
POP 24: Sondagem vesical de alívio.....	p. 94
POP 25: Sondagem vesical de demora.....	p. 98
POP 26: Troca de sonda vesical de demora em cistostomia.....	p. 102
3.3 DRENOS.....	p. 105
POP 27: Cuidados com drenos cirúrgicos.....	p. 106
POP 28: Retirada de dreno.....	p. 111
<b>Parte 4: CUIDADOS RESPIRATÓRIOS.....</b>	<b>p. 113</b>
4.1 ASPIRAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS.....	p. 113
POP 29: Aspiração de cânula de traqueostomia (respiração espontânea).....	p. 114
POP 30: Aspiração de orofaringe e nasofaringe.....	p. 118
POP 31: Aspiração de tubo orotraqueal (TOT) ou cânula endotraqueal.....	p. 122
POP 32: Aspiração nasotraqueal.....	p. 126
4.2 TRAQUEOSTOMIA.....	p. 130
POP 33: Fixação da cânula de traqueostomia / troca cadarço.....	p. 131
POP 34: Higienização do intermediário da cânula de traqueostomia (subcânula).....	p. 135
4.3 OXIGENIOTERAPIA.....	p. 137
POP 35: Administração de oxigênio.....	p. 138



**PARTE 5: CUIDADOS COM PARÂMETROS CLÍNICOS.....p. 142**

POP 36: Aferição de altura.....	p. 143
POP 37: Aferição de comprimento.....	p. 146
POP 38: Aferição de frequência cardíaca (sinais vitais).....	p. 148
POP 39: Aferição de frequência respiratória (sinais vitais).....	p. 153
POP 40: Aferição de glicemia capilar.....	p. 156
POP 41: Aferição de peso.....	p. 159
POP 42: Aferição de pressão arterial (sinais vitais).....	p. 162
POP 43: Aferição de perímetro abdominal.....	p. 167
POP 44: Aferição de perímetro cefálico.....	p.170
POP 45: Aferição de perímetro quadril.....	p.173
POP 46: Aferição de perímetro torácico.....	p.175
POP 47: Aferição de saturação de oxigênio.....	p. 177
POP 48: Aferição de temperatura (sinais vitais).....	p.180

**PARTE 6: CUIDADOS COM PROCEDIMENTOS INTRAVASCULARES.....p. 184**

POP 49: Punção venosa periférica.....	p. 185
---------------------------------------	--------

**PARTE 7: CUIDADOS COM ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....p. 187**

POP 50: Administração de medicamentos via enteral.....	p. 188
POP 51: Administração de medicamentos via inalatória.....	p. 191
POP 52: Administração de medicamentos via intradérmica.....	p. 194
POP 53: Administração de medicamento via intramuscular.....	p. 198
POP 54: Administração de medicamento via intravenosa.....	p. 203
POP 55: Administração de medicamentos via nasal.....	p. 207
POP 56: Administração de medicamentos via oftálmica.....	p. 210
POP 57: Administração de medicamentos via oral.....	p. 213
POP 58: Administração de medicamentos via otológica.....	p. 216
POP 59: Administração de medicamentos via retal.....	p. 219
POP 60: Administração de medicamento via subcutânea.....	p. 222
POP 61: Administração de medicamentos via tópica.....	p. 225
POP 62: Administração de medicamentos via vaginal.....	p. 227
POP 63: Administração e mistura de insulinas.....	p. 230

POP 64: Administração de soroterapia via subcutânea – Hipodermóclise.....	p. 234
POP 65: Administração de terapia de reidratação oral.....	p. 238
POP 66: Cauterização química das lesões condilomatosas .....	p. 240
POP 67: Nebulização.....	p. 242

**PARTE 8: CUIDADOS COM EXAMES .....p. 245**

**8.1 COLETA DE EXAMES.....p. 245**

POP 68: Coleta de amostra de ferida.....	p. 246
POP 69: Coleta de amostra de fezes.....	p. 248
POP 70: Coleta de amostra de sangue arterial.....	p. 250
POP 71: Coleta de amostra de sangue venoso.....	p. 253
POP 72: Coleta de amostra de urina.....	p. 255
POP 73: Coleta de escarro para baciloscopia.....	p. 257
POP 74: Raspado intradérmico para pesquisa de BAAR/ Hanseníase.....	p. 259
POP 75: Prova tuberculina / teste de Mantoux/ PPD.....	p. 261
POP 76: Leitura da prova tuberculina/ teste de Mantoux/ PPD.....	p. 263
POP 77: Coleta de exame citológico cervico-vaginal (Papanicolau).....	p. 265
POP 78: Coleta de secreção nasofaríngea.....	p. 269
POP 79: Teste da mãe catarinense.....	p. 271
POP 80: Teste do pezinho (PKU) .....	p. 273

**8.2 TESTAGEM RÁPIDA.....p. 276**

POP 81: Teste rápido COVID 19 – Anticorpo.....	p. 277
POP 82: Teste rápido COVID 19 – Antígeno.....	p. 281
POP 83: Teste rápido para detecção de gestação.....	p. 283
POP 84: Teste rápido para hepatite B.....	p. 286
POP 85: Teste rápido para hepatite C.....	p. 290
POP 86: Teste rápido para sífilis.....	p. 293
POP 87: Teste rápido para HIV 1/2.....	p. 296

**8.3 OUTROS EXAMES.....p. 300**

POP 88: Auxiliar biopsia de mama guiado por ultrassom.....	p. 301
POP 89: Eletrocardiograma (ECG).....	p. 304
POP 90: Exame clínico das mamas .....	p. 308

**Parte 9: CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA E PROTEÇÃO INDIVIDUAL..... p. 311**

POP 91: Utilização de avental descartável manga longa.....p. 312  
POP 92: Utilização de gorro e/ou touca..... p. 314  
POP 93: Utilização de luvas de procedimento.....p. 315  
POP 94: Utilização de luvas estéreis.....p. 317  
POP 95: Utilização de máscara cirúrgica.....p. 319  
POP 96: Utilização de máscara PFF2/N95.....p. 320  
POP 97: Utilização de óculos de proteção ou protetor facial.....p. 322  
POP 98: Utilização de sapatos e botas.....p. 323

**Parte 10: CUIDADOS COM IMUNOBIOLOGICOS.....p. 324**

POP 99: Procedimento com imunobiológicos..... p. 325  
POP 100: Remoção e reconstituição de imunobiológicos..... p. 329

**Parte 11: CUIDADOS COM POSICIONAMENTOS.....p. 332**

POP 101: Auxiliar usuário a elevar quadril.....p. 333  
POP 102: Contenção/restrição mecânica..... p. 335  
POP 103: Movimentação do paciente em decúbito dorsal no leito para os lados/ rolagem.....p. 337  
POP 104: Movimentação do paciente para cima ou para baixo no leito ou maca..... p. 339  
POP 105: Posicionamento do paciente em decúbito dorsal ou posição supina.....p. 342  
POP 106: Posicionamento do paciente em decúbito lateral.....p. 345  
POP 107: Posicionamento do paciente em Fowler com apoios.....p. 347  
POP 108: Posicionamento do paciente em posição genupeitoral.....p. 349  
POP 109: Posicionamento do paciente em posição litotômica.....p. 351  
POP 110: Posicionamento do paciente em posição de sims (semi pronada).....p. 353

**Parte 12: CUIDADOS COM TRANSPORTE DO USUÁRIO..... p. 355**

POP 111: Transferência de paciente entre leito e maca de transporte..... p. 356  
POP 112: Transporte seguro na cadeira de rodas..... p. 359

**Parte 13: CUIDADOS COM PROCESSOS DE ESTERILIZAÇÃO.....p. 362**

POP 113: Manejo de artigos sujos na sala de resíduos temporários.....p. 363

POP 114: Técnica de limpeza de equipamentos e desinfecção esterilização de instrumentais superfícies.....p. 365

POP 115: Técnica de limpeza e desinfecção da autoclave..... p. 373

POP 116: Teste de esterilização na autoclave - indicador biológico.....p. 375

POP 117: Uso da cuba de ultrassom Cristófoli.....p. 377

POP 118: Uso da seladora.....p. 382

**Parte 14: CUIDADOS COM OUTROS PROCEDIMENTOS..... p. 384**

14.1 AUXÍLIO NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA..... p. 384

POP 119: Reanimação cardiopulmonar adulto.....p. 385

POP 120: Reanimação cardiopulmonar pediátrica..... p. 389

14.2 PREPARO DO LEITO..... p. 394

POP 121: Preparo do leito..... p. 395

POP 122: Troca de roupa de cama com o paciente no leito..... p. 397

# **Parte 1**

## **CUIDADOS COM A PELE**

### **1.1 HIGIENIZAÇÃO**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 01

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: BANHO DE ASPERSÃO COM AUXÍLIO

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

O usuário apresentar dificuldade de locomoção ou déficit no autocuidado, sem restrição ao leito; conforme prescrição/indicação de profissional de saúde. O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Manter integridade cutânea do usuário;
- Promover higiene e conforto ao usuário de maneira segura.

#### Material:

- Aparelho de barbear, se necessário;
- Avental impermeável;
- Avental, camisola ou roupas limpas do usuário;
- Cadeira de banho;
- Compressas de banho (se necessário);
- Desodorante pessoal;
- Escova de dentes, pasta de dente e/ou enxaguante bucal;
- Esparrapado impermeável, se necessário;
- Hamper com saco plástico para roupas sujas e molhadas;
- Hidratante corporal ou AGE;
- Luva de procedimento;
- Pente ou escova de cabelo pessoal;
- Sabonete;
- Saco plástico transparente, se necessário;
- Shampoo/condicionador, se necessário;

- Toalha de banho.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Organizar o banheiro antes de retirar o usuário do leito, verificando se o local se encontra limpo. Colocar um tapete ou toalha na saída do chuveiro e verificar a necessidade de tapete antiderrapante no assoalho do chuveiro ou uso de chinelos de borracha durante o banho, para não escorregar;
6. Verificar junto ao leito do usuário quais os dispositivos ou curativos estão presentes e realizar os cuidados com os mesmos para o banho, fechando sondas, protegendo com sacola plástica quando necessário ou retirando curativos de lesões que podem ser molhadas no banho, por exemplo;
7. Verificar se a cadeira de banho foi adequadamente limpa e posicione-a ao lado do leito, com as rodas travadas;
8. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimentos e avental impermeável;
9. Oferecer privacidade ao usuário;
10. Abaixar a grade da cama;
11. Auxiliar o usuário na retirada de sua roupa, atentando para os membros com lesões, restrições de movimento e uso de dispositivos médicos. Colocar a roupa suja no hamper;
12. Auxiliar ou colocar o usuário na cadeira de banho, conforme sua condição e necessidade;
13. Cobrir o usuário com lençol e levá-lo ao banheiro;
14. Questionar ao usuário sobre sua necessidade de utilizar o vaso sanitário e o auxilie ou ofereça privacidade, conforme necessário;
15. Ligar o chuveiro e ajustar a temperatura da água antes do usuário entrar no chuveiro;
16. Colocar o usuário próximo ao chuveiro e ir molhando-o delicadamente;
17. Antes de cada passo, estimular o usuário a realizar o cuidado sozinho, estando à disposição para auxiliá-lo ou realizar o cuidado por ele, quando necessário;
18. Verificar a necessidade e possibilidade de higiene dos cabelos e couro cabeludo. Colocar uma quantidade pequena de shampoo na mão, fazer espuma friccionando as mãos e aplicar no couro cabeludo e cabelo, massageando em movimento circulares com a palma da mão e a

ponta dos dedos; enxaguar. Aplicar condicionador, conforme necessidade de cada tipo de cabelo;

19. Se o usuário for homem, verificar a indicação e desejo de realizar a tricotomia facial. Auxiliar, se for necessário;
20. Lavar o rosto do usuário com movimentos leves, limpando os olhos do ângulo interno para a região externa;
21. Sugerir a higiene oral neste momento, realizando-a, caso o usuário não seja capaz;
22. Lavar/auxiliar o usuário durante a higiene de todo o corpo, com compressa e sabonete, identificando suas limitações e suas capacidades, utilizando a direção céfalo-caudal, sendo a higiene íntima a última parte a ser realizada;
23. Ao finalizar o banho, auxiliar/realizar a secagem do usuário, dando atenção especial às áreas de dobras e cobrindo o usuário com uma toalha ou lençol para que não fique exposto durante o processo;
24. Encaminhar o usuário de volta ao quarto, coberto com um lençol ou toalha, posicionando a cadeira de banho ao lado do leito, com as rodas travadas;
25. Auxiliar o usuário a retornar ao leito, concluindo o processo de secagem ao sair da cadeira de banho;
26. Auxiliar o usuário a colocar a sua roupa limpa ou camisola hospitalar;
27. Posicionar o usuário no leito de forma confortável, coberto com lençol e aplicar hidratante corporal ou óleo de girassol/AGE no corpo do mesmo para hidratação;
28. Estimular o usuário ou pentear os cabelos do usuário;
29. Verificar e ajustar o funcionamento dos dispositivos e realizar a troca dos curativos, se necessário;
30. Deixar o usuário em posição segura e confortável no leito, respeitando o rodízio de posições, se existir;
31. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
32. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
33. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, registrando o horário. Proceder as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do usuário, presença de lesões e dispositivos, cuidados prestados, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

**Observações:**



Enquanto o usuário toma banho auxiliado por profissional da enfermagem, um colega ou responsável pelo usuário pode realizar a troca de roupa de cama, limpeza e arrumação do leito e dos mobiliários e equipamentos deste usuário. Caso não seja possível, o auxílio de um colega, o usuário deve aguardar em poltrona/cadeira após o banho, no quarto, sendo previamente concluídas as etapas de aplicação de hidratante, colocação de roupa e escovação dos cabelos. Após ser colocado ao leito novamente, deve ser priorizada a troca de curativos imediata e verificação dos dispositivos presentes.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 02

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: BANHO DE ASPERSÃO SEM AUXÍLIO

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

O usuário tiver condições físicas e/ou neurológicas para as atividades de vida diária; conforme prescrição/indicação de profissional de saúde. O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Manter integridade cutânea do usuário;
- Promover higiene e conforto ao usuário.

#### Material:

- Aparelho de barbear, se necessário;
- Avental impermeável;
- Avental, camisola ou roupas limpas do usuário;
- Compressas de banho, se necessário;
- Desodorante pessoal;
- Escova de dentes, pasta de dente e/ou enxaguante bucal;
- Esparadrapo, se necessário;
- Hamper com saco plástico para roupas sujas e molhadas;
- Hidratante corporal ou AGE;
- Luva de procedimento;
- Pente ou escova de cabelo pessoal;
- Sabonete;
- Saco plástico, se necessário;
- Shampoo/condicionador, se necessário;
- Toalha de banho,

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Organizar o banheiro antes de retirar o usuário do leito, verificando se o local se encontra limpo. Colocar um tapete ou toalha na saída do chuveiro e verificar a necessidade de tapete antiderrapante no assoalho do chuveiro ou uso de chinelos de borracha durante o banho, para não escorregar;
7. Verificar junto ao leito do usuário quais os dispositivos ou curativos estão presentes e realizar os cuidados com os mesmos para o banho, fechando sondas, protegendo com sacola plástica quando necessário ou retirando curativos de lesões que podem ser molhadas no banho, por exemplo;
8. Orientar sobre os cuidados durante o banho;
9. Auxiliar o usuário a chegar no banheiro, se necessário;
10. Ligar o chuveiro e ajustar a temperatura da água antes do usuário entrar no chuveiro;
11. Explicar ao usuário como controlar a temperatura da água;
12. Colocar-se à disposição para auxiliar, podendo o usuário chamar o profissional pelo nome (reforçar a identificação) a qualquer momento;
13. Manter-se próximo ao banheiro e verificar o usuário a cada 5 minutos, caso ele não chame antes, batendo sempre antes de entrar. Manter-se de luvas limpas para auxiliar quando necessário;
14. Caso o banheiro seja no quarto, aproveitar o momento para realizar a troca de roupa de cama;
15. Se o usuário solicitar auxílio durante o banho, vestir avental impermeável;
16. Ao finalizar o banho, que deve durar entre 10 e 15 minutos, verificar se o procedimento foi realizado adequadamente e auxiliar o usuário a sair do chuveiro e a se secar, se necessário;
17. Orientar a utilização de hidratante corporal ou AGE quando a pele estiver ressecada, auxiliando na aplicação, se necessário;
18. Auxiliar o usuário, se necessário, na colocação de roupas limpas e na escovação dos cabelos;
19. Orientar a realização da higiene oral, aproveitando o momento que já se encontra no banheiro;

20. Verificar se há indicação ou desejo do usuário para tricotomia facial e auxiliar na execução, se necessário;
21. Encaminhar o usuário ao leito, auxiliando quando necessário; verificar e ajustar o funcionamento dos dispositivos e realizar a troca dos curativos, se necessário;
22. Auxiliar o usuário em posição segura e confortável no leito, respeitando o rodízio de posições, se existir;
23. Recolher, guardar e dar destino adequado aos materiais e roupas sujas, deixando o ambiente organizado;
24. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
25. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, registrando o horário. Proceder as anotações de enfermagem, constando as condições gerais do usuário, presença de lesões e dispositivos, cuidados prestados, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 03

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

**Procedimento:** BANHO NO LEITO

**Responsável:**

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

**Quando:**

Na ausência de condições físicas ou neurológicas do usuário ser encaminhado para banho de aspersão; conforme prescrição/indicação de profissional de saúde. O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

**Objetivo:**

Manter integridade cutânea do usuário acamado ou sem condições de realizar banho de aspersão;  
Promover higiene ao usuário com restrição ao leito ou sem condições de realizar banho de aspersão.

**Material:**

- Álcool 70%;
- Aparelho de barbear, se necessário;
- Avental descartável impermeável;
- Avental, camisola ou roupas limpas do usuário;
- Bacias de inox;
- Balde para água suja;
- Compressas de banho;
- Desodorante pessoal;
- Escova de dentes, pasta de dente e/ou enxaguante bucal;
- Fita hipoalergênica microporosa, se necessário, fixação de sondas;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário;
- Fralda, se necessário;
- Hamper com saco plástico para roupas sujas e molhadas;
- Hidratante corporal ou AGE;

- Jarro de inox com água morna;
- Lençol de cama, fronha e lençol móvel limpos;
- Luva de procedimento;
- Máscara;
- Papel Toalha;
- Pente ou escova de cabelo pessoal;
- Sabonete;
- Shampoo/condicionador, se necessário;
- Toalhas de banho (6).

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Colocar as luvas de procedimento, o avental e a máscara;
7. Certificar-se que o usuário não esteja recebendo dieta no momento;
8. Avaliar a presença de demais dispositivos de sondagem e cateteres utilizados pelo usuário;
9. Posicionar o usuário em decúbito dorsal, caso o mesmo não esteja nesta posição;
10. Deixar o usuário na lateral da cama mais próxima ao profissional que irá auxiliá-lo no banho;
11. Abaixar a cabeceira da cama para posição mais baixa que o usuário tolerar;
12. Abaixar ou retirar as grades do leito;
13. Retirar a roupa de cama excedente sobre o usuário (lençol e cobertor) e almofadas ou travesseiros de suporte, deixando somente um lençol sobre o usuário. Desprezar os itens sujos no hamper;
14. Despejar a água do jarro na bacia e verificar a temperatura da água com face interna do antebraço;
15. Iniciar o banho respeitando a direção céfalo-caudal, fazendo primeiro a higiene da cabeça do usuário;
16. Retirar óculos de grau ou lentes de contato, caso haja;
17. Colocar uma toalha sob a cabeça do usuário;

18. Lavar os cabelos do usuário, se necessário, molhando os mesmos com uma compressa umedecida previamente na bacia com água;
19. Colocar shampoo equivalente a uma colher de chá na mão e, após fazer espuma, aplicar no cabelo do usuário com movimentos circulares no couro cabeludo;
20. Enxaguar os cabelos com compressa encharcada, deixando uma bacia abaixo da cabeça para a água escorrer;
21. Passar condicionador nos cabelos do usuário, se necessário;
22. Enxaguar os cabelos para retirada do condicionador, secar com uma toalha e pentear os cabelos;
23. Desprezar a toalha dos cabelos no hamper;
24. Se o usuário for do sexo masculino, pode ser necessário tricotomia facial;
25. Realizar a higiene oral;
26. Higienizar os olhos, com compressa úmida, sem sabonete, iniciando do ângulo interno para o externo;
27. Lavar o rosto, as orelhas e o pescoço do usuário com compressa umedecida com água e sabonete líquido;
28. Em caso de uso de O<sub>2</sub> por cateter nasal tipo óculos em usuário estável, retirar rapidamente para higiene local, ajustando novamente o dispositivo em seguida;  
Se necessário, fornecer período de recuperação ao usuário antes de prosseguir;
29. Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passá-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos da pele;
30. Secar a região com a toalha;
31. Caso o usuário tenha algum dispositivo em face (SNE, SNG, traqueostomia), realizar a troca da fixação dos mesmos;
32. Despejar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra, verificando se mantém temperatura adequada;
33. Trocar as luvas de procedimento;
34. Retirar a camisola/ pijama e fralda do usuário, protegendo-o com o lençol. Desprezar a roupa retirada no hamper. Desprezar a fralda usada no lixo;
35. Realizar a higiene corporal do usuário sempre da mesma maneira, em cada parte do corpo: utilizar compressa com água morna e sabonete, em seguida enxaguar e secar com toalha de banho;

36. Expor um braço por vez e iniciar a higiene deste, com uma toalha sob o mesmo para absorver a água utilizada;
37. Passar a compressa úmida e ensaboada com passadas longas e firmes, sem fricção, desde o pulso até a axila; após enxaguar e secar;
38. Elevar e apoiar o braço acima da cabeça (se possível) para lavar, enxaguar e secar bem a axila;
39. Apoiar a bacia ao lado do corpo do usuário para realizar a lavagem da mão no mesmo lado que o braço já está limpo;
40. Imergir a mão do usuário na água, lavar a mão e as unhas;
41. Retirar a bacia e secar bem as mãos, atentando para as áreas interdigitais;
42. Ir para o outro lado do leito (ou um colega) e repetir os passos para a higiene do outro braço e mão;
43. Após finalizar os membros superiores, enxaguar a compressa e realizar a troca de água da bacia, atentando para a temperatura da água;
44. Caso a pele do usuário esteja ressecada, passar creme hidratante pessoal ou óleo de girassol/AGE disponível na pele do usuário;
45. Remover o lençol que está cobrindo o tórax e o abdome, dobrando-o até a região supra púbica, proteger o usuário com a toalha de banho;
46. Expor primeiramente o tórax, dobrando a toalha sobre ela mesma na altura da região da cintura;
47. Higienizar o tórax iniciando pela região supra clavicular até a região epigástrica; Atentar para as dobras da pele sob os seios femininos. Muitas vezes é necessário levantar os seios para lavar sob eles. Importante secar bem, após o enxague;
48. Em seguida, cobrir o tórax, abrindo a toalha novamente e dobrando ao meio, de baixo para cima, atentando para que a toalha esteja limpa e seca;
49. Realizar limpeza, enxague e secagem do abdome, dando especial atenção ao umbigo e às dobras do abdome;
50. Utilizar lençol limpo para cobrir o tórax, o abdome e os membros superiores do usuário;
51. Realizar a troca da água da bacia novamente;
52. Iniciar a higienização dos membros inferiores. Dobrar o lençol e deixar apenas a perna mais próxima exposta e garantindo que a outra perna e o períneo estejam cobertos;
53. Colocar uma toalha de banho sob as pernas do usuário, erguendo-a com ajuda do usuário ou segurando pelo Joelho e tornozelo;



54. Passar a compressa úmida e ensaboada com passadas longas e firmes, sem fricção, desde o tornozelo até o joelho e do joelho à coxa; sempre enxaguando e secando em seguida; Se possível, forrar os pés da cama com uma toalha e colocar a bacia com água sobre ela.
55. Imergir o pé do usuário, lavar o pé e as unhas, enxaguar e secar bem com a toalha, atentando para as regiões interdigitais. Caso o usuário não sustente a perna flexionada para imergir o pé na bacia, realizar a limpeza com compressa, assim como as demais partes do corpo. Atentar para a secagem das dobras interdigitais; Caso o membro esteja com a pele ressecada, passar creme hidratante próprio ou óleo de girassol/AGE disponível na pele no usuário;
56. Estender a perna limpa sobre o leito e cobri-la com um lençol limpo dobrado, garantindo que a perna e o períneo estejam cobertos;
57. Repetir os passos para limpeza da outra perna e pé. Após a limpeza completa da outra perna, cobrir os membros inferiores com lençol;
58. Realizar a troca de água da bacia e trocar de luvas, colocando um par de luvas limpas;
59. Preparar para a higiene íntima, colocando uma toalha sob as nádegas do usuário, com auxílio do mesmo;
60. Cobrir o usuário com lençol em formato de losango, de forma que fique com uma ponta para cima e outra para baixo. Dobrar o lençol para cima, expondo o períneo do usuário; Lavar, enxaguar e secar a parte superior da coxa e a virilha do usuário, dando atenção especial para as dobras, tanto em coxa quanto em virilha;
61. Realizar a higiene íntima
- a. Se o usuário for do sexo feminino:
    - i. Lavar o monte de vênus e os grande lábios, limpando sempre na direção do púbis para o reto;
    - ii. Expor o meato urinário e o orifício vaginal, afastando delicadamente os lábios. Lavar com compressa limpa umedecida, com passada suave e única da área pubiana para o reto. Lavar primeiramente a região central e após ambos os lados do períneo, usando uma nova parte da compressa a cada passada única;
    - iii. Limpar cuidadosamente em torno dos pequenos lábios, clitóris e orifício vaginal, sempre atentando para as regiões de dobra;
    - iv. Se houver SVD, evitar o tensionamento da mesma e limpar minuciosamente em torno dela, podendo ser usada clorexidina degermante, assim como em todo o períneo;

- v. Após lavar todas as áreas, enxaguar a região abundantemente com água para realizar a remoção completa de microorganismos, sujidades e sabão. Pode-se utilizar comadre e despejar água morna sobre a região perineal;
  - vi. Desprezar a água da comadre;
  - vii. Secar bem a área na direção de frente para trás;
  - viii. Cobrir novamente a usuário com o lençol limpo e seco;
    - b. Se o usuário for do sexo masculino:
      - i. Levantar delicadamente o pênis e colocar uma toalha de banho sob ele;
      - ii. Segurar gentilmente a haste do pênis e retrair o prepúcio, lavando primeiramente o meato uretral com compressa úmida e ensaboada em movimentos circulares do meato para fora. Utilizar outros lados da compressa e repetir o movimento até que o pênis esteja limpo;
      - iii. Retornar o prepúcio à sua posição natural;
      - iv. Lavar delicadamente a haste do pênis e a bolsa escrotal, dando atenção especial às regiões de base e abaixo da bolsa escrotal, sendo necessário manusear o pênis e a bolsa para lavar bem toda a região, assim como as dobras presentes;
      - v. Realizar limpeza com compressa limpa e secar bem toda a região
      - vi. Caso o usuário esteja em uso de SVD, atentar para não tracionar a mesma, realizando a limpeza com gaze e clorexidina degermante a partir do meato urinário, em direção à extensão da sonda;
      - vii. Cobrir completamente o usuário com lençol limpo e seco;
62. Realizar troca de luvas e troca de água da bacia, em temperatura adequada. Se necessário deixar o leito, atentar para a necessidade de elevar a grade lateral da cama para proteção do usuário;
63. Preparar para a limpeza das costas, posicionando o usuário em decúbito lateral, com o dorso voltado para o lado do profissional que realizará a limpeza;
64. Estender a toalha sobre o lençol desde o ombro até a altura do quadril do usuário. A região ventral do usuário deve ser mantida coberta;
65. Utilizar compressa limpa, lavar a região posterior do pescoço e ombros, limpar e secar;
66. Higienizar as costas até a região glútea, com movimentos longos e firmes, limpando e secando bem;
67. Limpar as nádegas e região intraglútea. Caso haja presença de material fecal, utilizar papel toalha ou papel higiênico para retirada e desprezo;

68. Seguir com a compressa em movimentos únicos de frente para trás, primeiramente na região central e após os lados. Usar uma nova parte da compressa a cada passada;
69. Lavar, enxaguar e secar bem a área. Pode ser usado comadre para realizar o enxague com água abundante, garantindo maior eficácia na limpeza;
70. Desprezar a água suja e as compressas;
71. Realizar troca de luvas;
72. Avaliar a necessidade ou indicação de hidratante corporal ou óleo de girassol/AGE nas costas do usuário. Ao aplicar, realizar movimentos circulares para ativação da circulação sanguínea local;
73. Trocar a roupa de cama;
74. Retornar o usuário para o decúbito dorsal de forma confortável com a roupa de cama limpa;
75. Vestir o usuário com avental ou parte superior da roupa limpa, colocando primeiro o lado que estiver comprometido por lesão ou por cateter venoso;
76. Colocar fraldas (se necessário) e concluir a colocação de roupas limpas do usuário;
77. Aplicar desodorante na região das axilas e perfume leve, conforme desejo do usuário; Organizar o ambiente e deixar o usuário em posição segura e confortável, elevando as grades e realizando contenção, se necessário. Atentar para o rodízio de posição para os usuários acamados;
78. Verificar o funcionamento dos dispositivos do usuário (acesso venoso, sondas e cateteres);
79. Recolher, guardar e desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
80. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
81. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, constando as condições gerais do usuário, presença de lesões, ou de sinais sugestivos de úlcera por pressão, cuidados prestados, ocorrências adversas e as medidas tomadas;

**Observações:**

Sempre que a bacia apresentar sujeira após a retirada da água suja, lavar a mesma com água corrente no expurgo ou banheiro próximo.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara.  
**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO.** 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,  
2017



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 04

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: HIGIENE BUCAL DO USUÁRIO ACAMADO

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e, na ausência destes, o enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição/indicação de profissional de saúde, caso o usuário sob responsabilidade de um serviço de saúde do município não tiver condições físicas e/ou neurológicas para realizar sua higiene oral. O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

#### Monitoramento: Enfermeiro

#### Objetivo:

- Manter integridade da mucosa oral do usuário;
- Evitar proliferação de microrganismos na cavidade oral do usuário;
- Promover higiene e conforto ao usuário.

#### Material:

- Luva de procedimento;
- Cuba rim;
- Escova de dentes pessoal;
- Gaze;
- Pasta de dentes e/ou (clorexidina) 0,12%;
- Papel Toalha/ Toalha de rosto;
- Copo com água filtrada;
- Espátula de língua (se usuário inconsciente);
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário;

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Elevar a cabeceira da cama a 30º, exceto em casos que seja contraindicado (ex: trauma craniano, trauma cervical). Utilizar travesseiros para garantir que o usuário esteja confortável e seguro;
7. Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento;
8. Se o usuário estiver inconsciente, verificar a presença de reflexo laríngeo, colocando a espátula de língua na metade posterior da língua do usuário;
9. Utilizar lanterna para verificar a condição da cavidade oral do usuário;
10. Lateralizar a cabeça e colocar uma toalha de rosto sob a mesma e uma cuba rim sob o queixo;
11. Retirar a prótese dentária parcial, se houver;
12. Utilizar a escova de dentes com pasta de dente (quantidade de 1 grão de ervilha) ou gaze com clorexidina e iniciar a limpeza pelas superfícies de mastigação dos dentes, seguir pelas faces internas e posteriormente às faces externas dos dentes;
13. Utilizar gaze embebida em água e enxaguar os dentes limpos, auxiliando na remoção do excesso de espuma. Para usuários bem conscientes pode ser irrigada a cavidade oral com uma seringa e orientado cuspir em seguida;
14. Enrolar uma gaze no dedo e embeber sua ponta em (clorexidina), utilizando para limpeza do céu da boca, gengivas e parte interna das bochechas;
15. Por fim, limpar suavemente a língua do usuário, com a escova ou gaze, evitando estimular o reflexo laríngeo;
16. Utilizar gaze embebida em água para o enxágue do céu da boca, gengiva e parte interna das bochechas. Para usuários bem conscientes pode ser irrigada a cavidade oral com uma seringa e orientado cuspir em seguida;
17. Para usuário sem dentes, realize apenas o passo de limpeza do céu da boca, gengivas e parte interna das bochechas;
18. Após finalizar, desprezar o material utilizado e trocar de luvas;
19. Com luvas limpas, auxiliar o usuário a ficar em posição segura e confortável no leito, respeitando o rodízio de posições, se existir;
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

Atentar para a quantidade do agente de limpeza principalmente se o usuário estiver inconsciente;  
Na presença de secreções ou crostas que permanecem na mucosa oral, língua ou gengivas, assim como presença de inflamações locais: aumentar a frequência da higiene oral.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 05

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: HIGIENE DO COTO UMBILICAL

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Orientar pais na visita domiciliar ao recém-nascido e/ou na aplicação do teste do pezinho;  
A cada troca de fralda ou no momento da higiene corporal do recém-nascido.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

Prevenir a proliferação de microrganismos no coto umbilical dos recém-nascidos;  
Proporcionar um bom processo de mumificação do coto umbilical.

#### Material:

- Álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 5mg/dl ou clorexidina aquosa 10mg/ml;
- Gaze/ algodão/ haste flexível com algodão;
- Luva de procedimento.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o responsável pelo recém-nascido e certificar-se que o mesmo compreendeu e concordou com o procedimento;
4. Calçar as luvas de procedimento;
5. Expor o coto umbilical e avaliar sinais flogísticos;
6. Umedecer a gaze/algodão/haste flexível com álcool ou clorexidina;
7. Elevar suavemente o coto umbilical e proceder a limpeza da base do coto, com movimento circular único (360°);
8. Realizar a limpeza do coto umbilical em toda sua extensão, utilizando a direção da base para a extremidade, até o clamp;



9. Realizar a limpeza do clamp umbilical e, por último, a limpeza da extremidade distal do coto umbilical;
10. Desprezar o material utilizado na limpeza (gaze, algodão ou haste flexível) sempre que estiver sujo ou for mudar a área a ser limpa, preparando um novo material embebido em álcool ou clorexidine;
11. Repetir a limpeza quantas vezes forem necessárias até que o material fique limpo;
12. Vestir a fralda abaixo do coto umbilical;
13. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
15. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, constando as condições gerais do RN, presença de alterações (informando à enfermeira ou médico), cuidados prestados, ocorrências adversas e as medidas tomadas.

**Referências:**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Vol. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2 ed. volume 1. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASÍLIA. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde - GUIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, p. 72., 2020.  
Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Guia-de-Enfermagem-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-ao-Parto-e-Nascimento.pdf>  
Acesso em: 28 fev. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 06

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR LAVAGEM

#### Responsável:

Todos os profissionais de saúde. Instrua todos os cuidadores a usar a higiene adequada das mãos.

#### Quando:

Diariamente

Durante o expediente conforme as orientações (estudos indicam no mínimo 24 vezes em 4h)

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos.
- Prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.
- Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.

#### Materiais:

- Água corrente;
- Lixeira;
- Papel toalha;
- Sabonete;


#### Descrição do procedimento:

1. Retirar os adornos (anéis, aliança, pulseiras, relógio e outros);
2. Arregaçar as mangas até a altura do cotovelo;
3. Realizar a higienização simples das mãos, por 40 a 60 segundos, executando os seguintes passos:
4. Abrir a torneira sem encostar na pia e, mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhe-as por completo, sob a água corrente;
5. Aplicar o sabonete líquido em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (com cuidado para não tocar o orifício dosador);
6. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;

7. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda (e vice-versa), entrelaçando os dedos;
8. Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
9. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento de vai e vem (e vice-versa), segurando os dedos;
10. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
11. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa);
12. Friccionar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular (e vice-versa);
13. Enxaguar bem as mãos e os punhos, deixando a água correr das mãos para o antebraço (evite o contato direto das mãos ensaboadas com a torneira e, no caso de torneiras com fechamento manual, utilizar papel-toalha para fechá-la, desprezando-o após o fechamento);
14. Secar as mãos com papel-toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
15. Descartar o papel-toalha usado no lixo adequado (saco preto).

# Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!

 Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



Fonte: imagem da internet (2020)

## Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 07

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR FRICÇÃO COM SOLUÇÃO ALCOÓLICA 70%

#### Responsável:

Todos os profissionais de saúde

#### Quando:

Diariamente

Durante o expediente conforme as orientações (estudos indicam no mínimo 40x em 4h)

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Reduzir a carga microbiana das mãos, quando **não** houver sujidades.
- Prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

#### Material:

- Gel alcoólico a 70% ou solução alcoólica a 70% com 1 a 3% de glicerina.

#### Descrição do procedimento:

1. Retirar os adornos (anéis, aliança, pulseiras, relógio etc.)
2. Realizar a higienização das mãos com gel alcoólico, por 20 a 30 s, executando os seguintes passos:
3. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de produto para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante);
4. Friccionar as palmas das mãos entre si;
5. Friccionar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
6. Friccionar a palma das mãos entre si, com os dedos entrelaçados;
7. Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento de vai e vem (e vice-versa), segurando os dedos;
8. Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimento circular;
9. Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
10. Friccionar os punhos com movimentos circulares;

11. Friccionar as mãos até secar (não utilize papel-toalha).

## Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



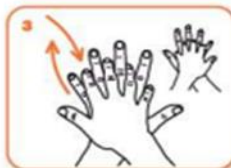
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



1a Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



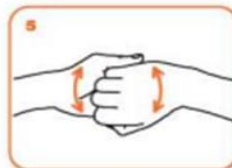
2 Friccione as palmas das mãos entre si.



3 Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



5 Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



7 Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



8 Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

Fonte: imagem da internet (2020).

### Observação:

- As mãos devem ser higienizadas pela técnica de lavagem simples sempre que estiverem visivelmente sujas, bem como após o profissional ter aplicado de cinco (5) a dez (10) vezes consecutivas do uso de solução alcoólica em gel 70%.

### Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2009. 105 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_servicos\\_saude\\_higienizacao\\_maos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf)

Acesso em: 23 abr. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 08

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TRICOTOMIA FACIAL

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e, na ausência destes, o enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição/indicação de profissional de saúde, na ausência de condições físicas ou neurológicas do usuário realizar a própria retirada de pelos da face. Profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento.

Avaliar situações em que a tricotomia pode ser contraindicada, como no caso de alguns traumas ou lesões em face.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Reduzir o crescimento de microrganismos sobre a face;
- Melhorar o conforto do usuário, removendo pelos que poderiam coçar e irritar a pele;
- Melhorar a aparência do usuário.

#### Material:

- Luva de procedimento;
- Máscara;
- Sabonete, shampoo ou espuma de barbear;
- Bacia de inox com água morna;
- Compressas não estéreis ou toalha de rosto;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário biombo, se necessário.
- Aparelho de barbear descartável;
- Pós-barba ou hidratante (se o usuário tiver).

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Colocar as luvas de procedimento;
7. Elevar a cabeceira do leito;
8. Umedecer uma compressa na bacia com água morna e passar no rosto do usuário;
9. Com o sabonete, shampoo ou espuma de barbear, fazer espuma e aplicar na face do usuário por onde se vai iniciar;
10. Com a mão livre, tracionar a pele e com a que segura o aparelho de barbear, realizar movimentos firmes e delicados, iniciando pelo arco zigomático até a altura do maxilar, acompanhando o sentido do crescimento dos pelos;
11. Após concluir esta faixa, embeber a compressa em água morna e limpar a área já tricotomizada, retirando o excesso de espuma e os pelos soltos;
12. Limpar o aparelho de barbear;
13. Repetir os passos de ensaboar a próxima área e aplicar o aparelho de barbear na pele, limpando com a compressa úmida ao final até concluir toda a área do rosto a ser tricotomizada. Deixar a área do queixo e do bigode por último por serem áreas que demoram mais para amolecer os pelos;
14. Avaliar se toda a área ficou livre de pelos, podendo ser necessário passar novamente o aparelho sobre algumas áreas do rosto, sempre no sentido do crescimento dos pelos;
15. Ao finalizar todo o processo, passar compressa limpa úmida, com temperatura mais fria na face do usuário, para fechar os poros;
16. Aplicar pós-barba ou hidratante conforme disponibilidade e hábito do usuário;
17. Recolher, guardar e desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### Referências

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



# **Parte 1**

## **CUIDADOS COM A PELE**

### **1.2 CURATIVO**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 09

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: APLICAÇÃO DE BOTA DE UNNA

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição médica ou do enfermeiro estomaterapeuta.

**Monitoramento:** Enfermeiro estomaterapeuta.

#### Objetivo:

- Realizar a contenção, auxiliando o retorno venoso, reduzir o edema e em consequência a cicatrização de lesões em membros inferiores.

#### Material:

- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Atadura de crepe;
- Atadura de rayon estéril (se necessário);
- Bacia/cuba, se necessário;
- Bota de Unna;
- Cabo e lâmina de bisturi (se necessário);
- EPI (óculos, avental e máscara).
- Esparadrapo;
- Espátula (se necessário);
- Gaze não-estéril;
- Luvas de procedimento;
- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly (se necessário);
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Sabão neutro;
- Seringa de 20 ml;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morno ou temperatura ambiente;

- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão;
- Tesoura.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Conferir a prescrição médica ou de enfermagem;
7. Repousar no mínimo 15 minutos, com MMII elevados, preferencialmente pela manhã, na primeira aplicação, ou quando necessário;
8. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
9. Retirar a bota anterior (se houver);
10. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
11. Mensurar com fita métrica a circunferência da panturrilha e tornozelo e registrar;
12. Se necessário proceder à limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele periférica com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze não estéril;
13. Trocar luvas de procedimento;
14. Acoplar seringa de 20 ml na agulha 25X12 ou 40X12;
15. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9% e se necessário utilizar de desbridamento instrumental conservador;
16. Utilizar o produto/cobertura adequado;
17. Peça ao usuário para manter o pé em um ângulo de 90 graus em relação à perna. Ele não deve manter o pé em posição de bailarina. O ângulo de 90 graus fará com que o curativo seja mais confortável durante o caminhar;
18. Iniciar aplicação Bota de Unna pelos artelhos, aplicando progressivamente até a tuberosidade tibial. Envolver com 75% de sobreposição em cada fileira. Realizar até 3 voltas próximas aos dedos dos pés;
19. Cruzar a faixa em sentido diagonal no dorso do pé;

20. Após realizar até três vezes o enfaixamento em oito no tornozelo, seguir cobrindo o calcânhar, podendo enfaixar até duas voltas na região do calcâneo, em posição de dorsiflexão;
21. Terminar o enfaixamento do pé e tornozelo, seguir sempre reto o enfaixamento quando estiver na região posterior e cruzado na região anterior formando visualmente um X;
22. Ao chegar à altura da panturrilha, manter o pé apoiado na maca, de modo que esta musculatura fique relaxada;
23. Realizar o enfaixamento em 8 (oito) até tuberosidade da tíbia, aproximadamente 2 dedos abaixo do joelho;
24. Enfaixar com atadura de crepe, colocar gazes/ chumaços por cima da atadura no local da lesão. Colocar atadura sobre a gaze;
25. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
26. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
27. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
28. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

- No caso de úlceras mistas a Bota de Unna poderá ser realizada desde que indicada pelo especialista que irá avaliar o IPTB (índice pressão tornozelo- braço) com auxílio do Doppler vascular para verificação do grau de comprometimento arterial;
- A indicação da Bota de Unna é realizada por médicos e enfermeiros capacitados;
- Em MMII de maior tamanho (largura e comprimento), reduzir número de voltas na região do pé e calcâneo;
- É possível realizar além do enfaixamento em 8, o enfaixamento circular. Avaliar a melhor técnica de acordo com o produto;
- Na presença de sujidade na atadura secundária e nas gazes as mesmas podem ser trocadas. Após a primeira colocação agendar retorno após 48 horas para reavaliação;
- Orientar e avaliar sinais de alerta como piora da dor, cianose de extremidades, formigamento, aumento da temperatura ao toque, aumento do odor e piora do edema;
- As demais trocas devem permanecer em até 7 dias ou antes de acordo com a necessidade, assim como o curativo secundário deve ser trocado diariamente ou conforme a quantidade de exsudato;

- Se a pessoa precisar remover a Bota em casa, ela deverá ser desenrolada. Se a perna for colocada na água (no banho de chuveiro ou bacia), A Bota amolecerá e a sua remoção será facilitada.

**Contraindicações:**

- Lesões arteriais e mistas; presença de infecção e mifase, sensibilidade conhecida a algum de seus componentes, usuários que não deambulam, cardiopatia descompensada.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
**POP 10**

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
**06/2021**

**DATA DA REVISÃO:**  
**06/2023**

### Procedimento: CURATIVO

#### Responsável:

Enfermeiro (alta complexidade - exclusivo);

Técnico ou auxiliar de enfermagem (média e baixa complexidade) somente sob prescrição e supervisão do enfermeiro conforme Resolução COFEN nº 0567/2018

#### Quando:

Lesão em ferida operatória;

Lesões de pele abertas, com exposição de tecidos (Ex: úlceras por pressão, deiscências de ferida operatória, feridas neoplásicas, lesões vasculogênicas, queimaduras, entre outras).

#### Monitoramento: Enfermeiro

#### Objetivo:

- Aliviar a dor;
- Promover ambiente adequado para a reparação tecidual, sem complicações;
- Usar coberturas adequadas para promover conforto ao usuário.

#### Material:

- Agulha 25x1.2 ou 40x1.2;
- Álcool 70%;
- Atadura (tamanho de acordo com a avaliação prévia do local);
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Espátula;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril na impossibilidade de pacote de curativo estéril;
- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Micropore (R)/Esparadrapo;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morna ou temperatura ambiente;

- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão e/ou prescrição;
- Tesoura.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Conferir a prescrição;
7. Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
8. Higienizar novamente as mãos;
9. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
10. Observar o curativo anterior (se houver) antes da remoção;
11. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada hipoalergênico microporoso e desprendimento da cobertura;
12. Descarte o curativo anterior e todo o material utilizado durante o procedimento em saco plástico descartável par posterior desprezo
13. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor, documentando a evolução para subsidiar a avaliação do produto prescrito;
14. Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele preferencialmente com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
15. Retirar luvas de procedimentos e higienizar as mãos;
16. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
17. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;( na ausência do pacote de pinças estéreis utilizar luva estéril)
18. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
19. Com o auxílio das pinças, limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%
20. Limpar a ferida, de acordo com a presença dos tecidos:

- a. **Tecido de granulação:** irrigue a lesão com solução fisiológica morna, em toda a sua extensão
- b. **Tecido desvitalizado:** irrigue a lesão ou limpe com gaze estéril embebida em solução fisiológica morna exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis
- c. **Se houver infecção:** irrigue a lesão ou limpe a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica (e antisséptico, se houver indicação). Posteriormente, remova todo o antisséptico com solução fisiológica

21. Na presença de tecido desvitalizado, solto ou não, solicitar a avaliação do enfermeiro para remoção/desbridamento.
22. Secar a pele peri-lesão com gaze;
23. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico sempre que possível, semanal/quinzenal;
24. Utilizar o produto e/ou cobertura primária prescrita pelo enfermeiro/médico, preenchendo a cavidade se houver;
25. Ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
26. Fixar o curativo com fita hipoalergênica microporosa/esparadrapo;
27. Datar e assinar o curativo, em um pedaço de esparadrapo e colar na parte externa do curativo;
28. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
29. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
30. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
31. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

1. Iniciar o curativo pela lesão menos contaminada, em caso de lesões múltiplas;
2. Limpar as feridas da área menos contaminada para a mais contaminada (feridas limpas: iniciar a limpeza pelo centro da lesão; feridas infectadas: iniciar a limpeza pela região perilesional, passando pelas bordas, até o centro);
3. Ao usar pinças estéreis, estas devem ficar com a superfície onde são tocadas fora do campo estéril ou do pacote de curativos, e suas pontas sobre o campo estéril, voltadas para baixo;
4. Secar apenas a pele perilesional, nunca o leito da ferida;
5. Todo curativo crônico deve passar por uma primeira avaliação do Enfermeiro, que realizará a sistematização da assistência de enfermagem que poderá delegar aos profissionais de nível



médio, a execução do procedimento, com a prescrição do cuidado e material a ser utilizado, mantendo a avaliação periódica e evolução da ferida.

6. Para a realização de curativos, há a possibilidade de escolher a técnica estéril ou limpa considerando características da ferida, riscos de contaminação da lesão, características do usuário e local da realização do curativo.
7. No domicílio recomenda-se a técnica limpa.
8. Na unidade de saúde a técnica limpa pode ser utilizada sempre criteriosamente e recomenda-se o uso de instrumentais estéreis (pinças) ou utilizar luvas estéreis na ausência dos mesmos.
9. A cobertura colocada diretamente sobre a lesão é denominada como primária e se houver outra cobertura, sobre o curativo primário, é chamado de secundário.
10. A realização de curativo de imobilização ortopédica deverá ser encaminhado ao local de referência no município que possui profissional treinado para tal procedimento.
11. Desbridamento só pode ser realizado por enfermeiros e médicos.
12. A indicação dos produtos/coberturas deve ser feita considerando o momento evolutivo da lesão, tipo de tecido, patologia, adesão ao tratamento, recursos disponíveis, materiais padronizados e protocolo de uso da Secretaria Municipal de Saúde.

**Materiais disponibilizados pelo município após avaliação do enfermeiro estomaterapeuta, conforme o pregão 112/2020.**

<b>Pregão 112/2 020</b>	<b>Ata de registro de materiais de curativos especiais utilizados no ambulatório de feridas</b>
1	Cobertura estéril, tamanho 10x10cm, não aderente
2	Bandagem de algodão e poliéster com pasta composta de no mínimo 23% de óxido
3	Curativo de Hidrogel Hidrocolóide e Alginato de Cálcio e Sódio
4	Compressa, de gaze, em rayon 7,5 x 7,5 cm
5	Compressa, de gaze, em rayon 7,5 x 15,00 cm
6	Solução para irrigação/limpeza de betaina e água purificada
7	Bandagem de Alta Compressão, elástica de algodão, viscose, nylon e poliuretano elastano
8	Curativo de Hidrogel
9	Curativo de espuma com hidrocélular 10 x 10cm
10	Curativo de espuma com hidrocélular 12,5 x 12,5cm

- |    |  |
|----|--|
| 11 | Solução para irrigação/limpeza de betaina e 99,8% de água purificada   |
| 12 | Sistema de pressão negativa portátil                                   |
| 13 | Curativo constituído de espuma em 100% poliuretano 10 x 8 x 3cm        |
| 14 | Curativo constituído de espuma em 100% poliuretano - Kit 20 x 13 x 3cm |
| 15 | Dispositivo coletor de exsudato 300ml                                  |
| 16 | Dispositivo coletor de exsudato 750ml                                  |
| 17 | Compressa não aderente 10x10cm   |
| 18 | Compressa não aderente Tamanho 20x10cm                                 |
| 19 | Curativo em forma de pomada  |
| 20 | Cobertura de ação antimicrobiana 10 x 10 cm                            |
| 21 | Cobertura de ação antimicrobiana 10 x 12,5 cm                          |
| 22 | Curativo antimicrobiano para transferência de exsudato 10x12,5cm       |
| 23 | Curativo antimicrobiano para transferência de exsudato 15x20cm         |
| 24 | Cobertura absorvente de viscose e poliéster                            |
| 25 | Adesivo cirúrgico Non-Woven Tamanho 10x5cm                             |
| 26 | Adesivo cirúrgico Non-Woven Tamanho 5x5cm                              |
| 27 | Filme de poliuretano transparente e impermeável 10cmx10m               |
| 28 | Filme de poliuretano transparente e impermeável 15cmx10m               |
| 29 | Curativo antimicrobiano composto de tecido acetato                     |
| 30 | Creme barreira que protege a pele dos fluídos                          |

#### Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual De Procedimentos Operacionais Padrão (Pop) Enfermagem**. SMS Campinas, 2016, versão nº2, 2016, Disponível em:

[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual\\_Procedimentos\\_Operacionais\\_Padrao\\_POP\\_E\\_enfermagem\\_2016.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_POP_E_enfermagem_2016.pdf)

Acesso em 11 abr. 2021.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)** - RESOLUÇÃO COFEN Nº 567/2018. Aprovar o Regulamento da atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas na conformidade do anexo a esta Resolução. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018\\_60340.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018_60340.html)

Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 11

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: CURATIVO EM INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

O usuário estiver com algum tipo de cateter venoso central.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Prevenir infecção na inserção do cateter venoso central e saída acidental do cateter

#### Material:

- 1 ampola de 10 mL de solução fisiológica
- Álcool gel 70%;
- Clorexidina alcoólica 5%;
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril na impossibilidade de pacote de curativo estéril;
- Mesa auxiliar ou bandeja
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
- Pacote de gaze esterilizada;
- Saco plástico;
- Tesoura.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário

6. Conferir a prescrição;
7. Posicione o usuário de acordo com o local de inserção do cateter venoso central;
8. Corte as tiras de adesivas;
9. Abra o pacote de curativo e a gaze na bandeja ou mesa auxiliar;
10. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
11. Observar o curativo anterior (se houver) antes da remoção;
12. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada da fita hipoalergênico microporoso
13. e desprendimento da cobertura;
14. Descarte o curativo anterior e todo o material utilizado durante o procedimento em saco plástico descartável par posterior desprezo
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente
16. Calce as luvas (de procedimento, se usar a pinça Kelly ou luvas estéreis)
17. Limpe o local de inserção do cateter com gaze embebida em solução fisiológica (se usar a pinça Kelly, use luvas de procedimento)
18. Seque o local com gaze estéril, observando o aspecto da inserção e da pele ao redor (luva estéril ou pinça Kelly) Passe a gaze embebida em clorexidina na inserção do cateter (luva estéril ou pinça Kelly)
19. Realize a oclusão com gaze e adesivo hipoalergênico microporoso
20. Datar e assinar o curativo;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

Proteja o curativo durante o banho com plástico impermeável. O uso de máscara e luvas estéreis está indicado quando o usuário for imunodeprimido

O curativo com gaze estéril e adesivo deve ser trocado a cada 24 h ou quando apresentar sujidade ou saída acidental.

Caso o usuário opte pelo uso do filme transparente: curativo com gaze estéril e filme transparente deve ser trocado a cada 48 h ou quando apresentar sujidade ou saída acidental. O curativo feito somente com filme transparente pode permanecer até 7 dias, considerando as recomendações do fabricante, as condições clínicas do usuários, o tipo do material do curativo, as taxas históricas de infecção e as condições ambientais. Para curativos com filme transparente, o local de inserção deve ser inspecionado diariamente.

Pediatria e neonatologia: As trocas de curativo em usuários pediátricos devem ser evitadas em razão da possibilidade de deslocamento do cateter. Elas devem ser efetuadas quando os curativos estiverem com sua integridade comprometida, sujos, úmidos ou de acordo com o quadro clínico do usuário. Dar preferência aos curativos transparentes.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual De Procedimentos Operacionais Padrão (Pop) Enfermagem** – SMS Campinas, versão nº2, 2016, Disponível em: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual\\_Procedimentos\\_Operacionais\\_Padrao\\_POP\\_Enfermagem\\_2016.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao_POP_Enfermagem_2016.pdf)  
Acesso em: 11 abr. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 12

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

**Procedimento: CURATIVO ORTOPÉDICO COM FIXADORES EXTERNOS, TRAÇÃO TRANS-ESQUELÉTICA, TALAS**

### Responsável:

A assistência de enfermagem em Ortopedia e os procedimentos relativos à imobilização ortopédica poderão ser executados por profissionais de Enfermagem devidamente capacitados, conforme Resolução COFEN nº 422/2012:

**Parágrafo único.** A capacitação a que se refere o caput deste artigo será comprovada mediante apresentação ou registro, no Conselho Regional de Enfermagem da jurisdição a que pertence o profissional de Enfermagem, de certificado emitido por Instituição de Ensino, especialmente credenciada pelo Ministério da Educação ou concedido por Sociedades, Associações ou Colégios de Especialistas, da Enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, atendido o disposto nas Resoluções Cofen nº 389/2011 e 418/2011.

### Quando:

Lesão em ferida operatória com presença de fixadores, tração, talas.

**Monitoramento:** Enfermeiro

### Objetivo:

- Aliviar a dor;
- Promover ambiente adequado para a reparação tecidual, sem complicações;

### Material:

- Agulha 25x1.2 ou 40x1.2;
- Álcool 70%;
- Clorexidina degermante;
- Atadura (tamanho de acordo com a avaliação prévia do local);
- EPI (óculos, avental e máscara), se necessário;
- Espátula;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril na impossibilidade de pacote de curativo estéril;

- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Fita adesiva hipoalergênica / Esparadrapo;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente-de-rato e uma pinça Kelly;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Solução fisiológica 0,9% preferencialmente morna ou temperatura ambiente;
- Soluções, medicamentos e/ou coberturas conforme característica da lesão e/ou prescrição;
- Tesoura.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Conferir a prescrição;
7. Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
8. Higienizar novamente as mãos;
9. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;
10. Se presença de tala retirar a mesma observando o posicionamento para posterior recolocação de forma adequada;
11. Observar o curativo anterior (se houver) antes da remoção;
12. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada hipoalergênico microporoso e desprendimento da cobertura;
13. Descarte o curativo anterior e todo o material utilizado durante o procedimento em saco plástico descartável par posterior desprezo
14. Em caso de tração e fixadores, observar o local de inserção do fixador, integridade da pele e do túnel, sinais de inflação ou infecção, sangramento ou exsudação, dor, eficácia da fixação.
15. Se necessário proceder a limpeza de membros, áreas próximas da ferida e pele preferencialmente com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze ou papel toalha;
16. Retirar luvas de procedimentos e higienizar as mãos;

17. Abrir o pacote de curativo utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
18. Calçar luvas de procedimento e outros EPIs necessários;( na ausência do pacote de pinças estéreis utilizar luva estéril) e proceder com o curativo
19. Em caso de fixadores, realizar a antisepsia do local de inserção do fixador e da pele ao redor (aproximadamente 2 cm), com clorexidina degermante, em movimentos circulares. Os movimentos devem ser sempre do local de inserção para a parte mais distal.
20. Repetir este procedimento quantas vezes forem necessário até remoção de sujidade.
21. Perfurar o frasco de SF 0,9% com agulha 25X12 ou 40X12 realizando desinfecção prévia do local com álcool 70%;
22. Remover a solução degermante com solução fisiológica 0,9%.
23. Com o auxílio das pinças, limpar a pele circundante da ferida com gaze umedecida em SF 0,9%
24. Secar a pele peri-lesão com gaze;
25. Ocluir o curativo conforme necessidade (gazes, rayon, cobertura secundária, atadura de crepe);
26. No caso de presença de tala proceder com seu reposicionamento;
27. Fixar o curativo com fita hipoalergênica microporosa/esparadrapo;
28. Datar e assinar o curativo, em um pedaço de esparadrapo e colar na parte externa do curativo;
29. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
30. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
31. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
32. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

1. Iniciar o curativo pela lesão menos contaminada, em caso de lesões múltiplas;
2. Realizar desinfecção do aro/estribo do fixador, com álcool 70%, após a higiene corporal.  
Caso haja a presença de sangue no dispositivo, removê-los previamente com água e sabão;
3. Em caso de fratura com múltiplos pinos, a fixação das coberturas poderá ser realizada com atadura de crepe;
4. A inserção do pino, fios e fixadores deve ser sempre coberta com compressas de gazes;
5. Os pinos, fios ou fixadores poderão ser limpos diariamente com água potável e sabonete neutro, secar e manter descobertos, se não houver exsudação.

**Referências:**



POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara.

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP. **Manual de Técnicas de Enfermagem**, 3.ed. Campinas – SP. 2014.

Disponível em: [https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/enfermagem\\_tecnicas.pdf](https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/enfermagem_tecnicas.pdf)

Acesso em: 10 jun. 2021.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN-SC)**. RESPOSTA TÉCNICA

COREN/SC Nº 080/CT/2019. Assunto: Reposicionamento e recolocação da imobilização gessada (tala),

Santa Catarina, 2019, 5 p. Disponível em: [http://transparencia.corensc.gov.br/wp-](http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/RT-080-2019-Curativo-em-tala-gessada-.pdf)

[content/uploads/2019/10/RT-080-2019-Curativo-em-tala-gessada-.pdf](http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/10/RT-080-2019-Curativo-em-tala-gessada-.pdf)

Acesso em: 10 jun. 2021.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)** - RESOLUÇÃO COFEN Nº 422/2012. Normatiza a atuação

dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica.

Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4222012\\_8955.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4222012_8955.html)

Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 13

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: DESBRIDAMENTO INSTRUMENTAL CONSERVADOR

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

Na necessidade de remoção do material estranho ou não viável da lesão traumática ou crônica, infectada ou não, até expor-se o tecido saudável; podendo ser utilizado para remoção de necrose de coagulação (escara seca), área de necrose extensas e de necrose de liquefação (esfacelo).

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Promover a limpeza da ferida, deixando-a em condições adequadas para cicatrizar.
- Reduzir o conteúdo bacteriano, impedindo a proliferação dos mesmos.
- Preparar a ferida para intervenção cirúrgica (ex. enxerto e cicatrização por terceira intenção)

#### Material:

- Agulha 25x12 ou 40x12;
- Bacia/cuba, se necessário;
- Cabo e lâmina de bisturi;
- EPI (luvas de procedimento, avental, óculos de proteção, máscara cirúrgica);
- Equipamento de proteção individual;
- Luvas estéril;
- Mesa auxiliar ou bandeja;
- Pacote de curativo contendo uma pinça anatômica, uma pinça dente de rato e uma pinça Kelly;
- Pacote de gazes esterilizadas;
- Produtos/ cobertura padronizados selecionados conforme tipo da lesão;
- Solução fisiológica 0,9% (morno ou temperatura ambiente);
- Tesoura curva (se necessário).

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Paramentar-se com os EPIs necessários
7. Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
8. Observar o curativo anterior antes da remoção;
9. Remover curativo anterior com cuidado, umedecer com SF 0,9% (s/n) para a retirada da fita adesiva hipoalergênica e desprendimento da cobertura;
10. Observar a ferida com relação ao aspecto da lesão, tamanho, exsudato, pele ao redor e presença de edema, hiperemia, calor ou dor local e odor;
11. Se necessário proceder à limpeza, nas áreas próximas da ferida e pele peri-ferida com sabonete neutro e água corrente tratada e secar com gaze;
12. Retirar luvas e higienizar as mãos;
13. Abrir o pacote utilizando técnica asséptica, arrumar as pinças no campo e abrir os pacotes de gazes e colocar junto às pinças;
14. Calçar luvas de procedimento ou estéreis;
15. Acoplar a seringa de 20 ml na agulha 25X12 ou 40X12;
16. Limpar o leito da ferida irrigando com jatos de SF 0,9%;
17. Secar a pele periférica com gaze;
18. Realizar a mensuração da ferida com régua de papel e/ou registro fotográfico (com autorização do usuário), semanal/quinzenal;
19. Tracionar com a pinça dente de rato o tecido não viável, próximo à borda, em seguida corta-se paralelamente ao leito, removendo o tecido como uma tampa. Outra opção é realizar a técnica de escarotomia que consiste na realização de incisões quadriculadas de aproximadamente 2 a 5 mm de profundidade, favorecendo a escarectomia;
20. Realizar o curativo utilizando produtos/coberturas indicadas;
21. Desprezar adequadamente o material
22. Inserir código do procedimento conforme tabela Sigtap
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara.

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria da Saúde. **POP Enfermagem**. 2020, SMS Campinas. Disponível em:

[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP\\_Enfermagem\\_2020.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 14

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: RETIRADA DE PONTOS

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Após cicatrização da sutura, sem lesionar o tecido recém-formado.

#### CONTRA INDICAÇÃO:

Remoção dos pontos com menos que 7 dias da sutura cirúrgica;

Presença de alterações de coagulação sanguínea (discrasia), que possam oferecer risco de sangramento ativo;

Remoção sem prescrição médica.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Retirar os pontos cirúrgicos, colocados para aproximar as bordas de uma lesão, após o período indicado para cicatrização.

#### Material:

- Bandeja não estéril;
- Carro de curativos ou mesa auxiliar ou superfície fixa;
- Pacote ou kit estéril contendo, preferencialmente:
- 01 pinça Kelly reta;
- 01 pinça anatômica de dissecação;
- 01 tesoura cirúrgica Spencer ou Íris - romba e curva.  
**Na ausência de tesoura:** 01 lâmina de bisturi: nº 21, 22, 23 ou 24, acoplada ao cabo;
- Gaze estéril;
- Frasco de Solução Fisiológica a 0,9%;
- Agente antisséptico de limpeza (clorexidina alcoólica a 0,5%);
- Agulha 40x12;
- Cobertura adesiva do tipo esparadrapo semipermeável ou fita hipoalergênica microporosa, se necessário

- Luva de procedimento;
- Luva estéril na impossibilidade do pacote de pinças.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Verificar a área a ser realizada a retirada de pontos;
7. Calçar as luvas;
8. Posicionar o usuário adequadamente, expondo apenas a área da ferida operatória;
9. Abrir o material a ser utilizado no carro de curativos ou superfície fixa com técnica asséptica;
10. Retirar o curativo anterior (se houver);
11. Observar a ferida operatória, identificando a presença de áreas com afastamento de bordas, exsudato, sinais flogísticos e pontos inclusos;
12. Realizar limpeza da ferida operatória com auxílio de uma pinça cirúrgica utilizando gaze estéril embebida com SF 0,9% ou clorexidina; ou calçar luva estéril e com a mão dominante fazer uma trouxa (torunda) com gaze estéril. Repetir este procedimento quantas vezes for necessário;
13. Desenvolver técnica para cada tipo de sutura conforme descrito abaixo
14. Após a remoção dos pontos da ferida operatória, realizar novamente limpeza local com gaze estéril embebida com solução fisiológica a 0,9% ou clorexidina;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Pontos Simples Interrompidos:**

1. Usando pinças estéreis, prenda o nó da primeira sutura e levante-o da pele. Isto irá expor uma pequena porção do fio de sutura que estava abaixo do nível da pele;
2. Coloque a ponta romba de uma tesoura de sutura curva contra a pele e corte na altura da porção exposta do fio de sutura;

3. Em seguida, ainda segurando o nó com a pinça, puxe o fio de sutura cortado para cima e para fora da pele com um movimento suave e contínuo para evitar causar dor ao usuário;
4. Descarte o fio de sutura;
5. Repita o processo para pontos alternados inicialmente, se a ferida não apresentar deiscência, você pode então remover os pontos remanescentes da maneira indicada.

**Pontos Simples Contínuos:**

1. Corte o primeiro ponto ao lado oposto do nó;
2. Em seguida, na outra extremidade da ferida operatória, corte o fio de sutura, logo após o nó do ponto cirúrgico;
3. Tracionar o fio de sutura em direção oposta à pele dos usuários, até a saída total do fio de sutura.

**Pontos Separados do Tipo Colchoeiro:**

1. Se possível, remova a pequena porção visível do fio de sutura oposto ao nó, cortando cada uma das extremidades visíveis e retirando a pequena porção para longe da pele para evitar puxá-la através da pele, e com isso, contaminar o tecido subcutâneo;
2. Remova então o restante do fio e fio de sutura puxando-o na direção do nó. Se a porção visível for muito pequena para ser cortada duas vezes, corte-a apenas uma vez e puxe o fio de sutura inteiro na direção oposta;
3. Repita estes passos para cada um dos fios de sutura remanescentes e monitore a incisão cuidadosamente.

**Pontos Contínuos do Tipo Colchoeiro:**

1. Siga o procedimento para a remoção dos pontos de colchoeiro separado, removendo primeiro a pequena porção visível do fio de sutura, se possível, para evitar puxá-lo através da pele e assim, contaminar o tecido subcutâneo;
2. Extraia então o resto do fio de sutura na direção do nó.

**Observações:**

Com relação aos tipos e tamanhos de lâminas cirúrgicas, observar o tipo de fio de sutura, a incisão e o local.

Deve-se compreender que as menores lâminas de bisturi apresentam ponta mais afiladas, recomendadas para pequenas feridas operatórias.

Em geral para uma ferida operatória suficientemente cicatrizada, os fios de suturas são removidos entre 7 a 10 dias de pós-operatório. Porém não é conveniente fixar prazos exatos, uma vez que o

processo de cicatrização tem influência de vários fatores como nutrição, obesidade, oxigenação, diabetes, infecção, uso de corticosteroides, quimioterápicos antineoplásicos e radiação.

Caso, durante a retirada de pontos ocorrer deiscência cirúrgica, recomenda-se interromper o procedimento, proteger a área com curativo compressivo embebido em solução fisiológica a 0,9%, fazer um curativo compressivo e contatar imediatamente o médico.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice L. HINKLE, KERRY H. CHEEVER; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.



# **Parte 1**

## **CUIDADOS COM A PELE**

### **1.3 TRICOTOMIA CIRÚRGICA**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 15

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

**Procedimento:** TRICOTOMIA CIRÚRGICA

**Responsável:**

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

**Quando:**

Sempre que necessário retirada dos pelos para realização de procedimento

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:**

- Remover pelos da região que irá receber a intervenção cirúrgica para facilitar a visualização da região pelo médico e evitar possíveis infecções após a cirurgia, e conseqüentemente, complicações para o paciente.

**Material:**

Aparelho de barbear descartável;  
Bandeja;  
Fita hipoalergênica microporosa;  
Luvas de procedimento;  
Pacote de gazes ou uma compressa cirúrgica não estéril;  
Tesoura reta cirúrgico sabão líquido ou clorexidina.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Verificar a área a ser tricotomizada;
7. Calçar as luvas;
8. Expor a área;
9. Cortar pelos mais longos com auxílio de tesoura se necessário;

10. Ensaboar a área;
11. Esticar com uma das mãos a pele com uma tração suave em direção oposta aos pelos e com a outra mão raspar os pelos no sentido da inserção com movimentos firmes e regulares;
12. Retire os pelos tricotomizados com uma compressa cirúrgica limpa e úmida. Utilize uma faixa de esparadrapo ou micropore para retirar os pelos que não saíram com a aplicação da compressa úmida;
13. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
15. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

OBS: Realizar tricotomia até no máximo 2 horas que antecedem o procedimento.

#### **Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice HINKLE, L; CHEEVER KERRY H. revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

## **Parte 2**

# **CUIDADOS NUTRICIONAIS**

### **2.1 ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO E SONDAGEM**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 16

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DA GASTROSTOMIA

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Substituição de sistema coletor quando a placa estiver saturada ou com extravasamento de efluente.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Manter a integridade da pele ao redor da gastrostomia e prevenir complicações.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Luva estéril;
- Pacote de gaze ou compressa estéril;
- Adesivo hipoalergênico;
- Máscara descartável;
- Soro fisiológico 0,9% ou água destilada;
- Bandeja;
- Saco plástico.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Coloque a máscara descartável;
7. Abrir material estéril;

8. Calçar a luva estéril;
9. Umedecer as gazes com a solução escolhida (soro fisiológico ou água destilada);
10. Limpar a pele ao redor da sonda e, posteriormente, a sonda próxima a sua inserção;
11. Secar o local com gaze estéril;
12. Realizar o curativo oclusivo com gaze estéril e fita adesiva hipoalergênica do 1 o ao 7 o dia após o procedimento;
13. Retirar o curativo oclusivo após o 8 o dia ou conforme o protocolo prescrito. Após a retirada do curativo limpar o estoma com água morna e sabão neutro utilizando uma gaze ou compressa;
14. Remover as crostas ao redor do estoma e do dispositivo de fixação, cuidadosamente;
15. Realizar a fixação do cateter no abdome com uma fita hipoalergênica;
16. Em sondas com disco ou placa de fixação externa, a placa deve ficar em contato com a parede abdominal, sem exercer pressão na pele;
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
20. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

Caso ocorra deslocamento do cateter, chame um médico ou enfermeiro devidamente capacitado para avaliar o reposicionamento ou a inserção de um novo. Se ocorrer dermatite, utilize um creme de barreira ou protetor cutâneo, sempre após a higiene do local. Nesse caso, solicite a avaliação de um enfermeiro especializado. Os cuidados com a jejunostomia são similares aos da gastrostomia; na saída do cateter, o reposicionamento deve ser realizado por um médico. Em caso de vazamento de líquido gástrico (gastrostomia)/jejunal (jejunostomia) ou de dieta, sinais de dermatite peri estoma ou de infecção (eritema, calor, dor, edema, secreção), solicite avaliação médica. Em caso de saída acidental da sonda, solicite avaliação médica e verifique a possibilidade de passagem de uma nova sonda com urgência.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 17

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS POR MEIO DE SONDAS NASOENTÉRICAS, DE GASTROSTOMIA OU JEJUNOSTOMIA

#### Responsável:

Enfermeiro – verificar o posicionamento da sonda e a permeabilidade, fórmula e líquido a serem administrados estejam corretos.

#### Quando:

Conforme prescrição nutricional ou médica de dieta enteral.

Nota: avaliar indicação e necessidade do usuário para as alimentações enterais: deglutição prejudicada, diminuição do nível de consciência, cirurgia de cabeça e pescoço, trauma facial, cirurgia de canal alimentar superior.

O profissional do serviço de saúde municipal procederá com orientação do familiar ou cuidador em como realizar este procedimento, respeitando a Resolução COFEN nº 619/2019 que normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

Orientar familiar/cuidador do preparo de forma adequada do alimento a ser administrado por via enteral aos usuários com incapacidade de deglutir ou desnutridos.

- Orientar familiar/cuidador sobre a administração de alimento em forma líquida e intermitente aos usuários incapazes de deglutir ou desnutridos, por meio de sonda enteral (pré ou pós-pilórica) ou de estomas de alimentação (gastrostomia ou jejunostomia).

#### Material:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 20 ml ou maior;
- Estetoscópio;
- Tira indicativa de pH;
- Frasco de alimentação ou bolsa de alimentação;
- Frasco para água;
- Equipo para dieta enteral (colorido, para diferenciação do utilizado no sistema venoso).

**Descrição do procedimento:**

1. Verificar a prescrição para a fórmula, via e a frequência;
2. Identificar o usuário utilizando dois identificadores (p ex. nome e data de nascimento);
3. Coletar dados do usuário para alergias ou intolerâncias alimentares;
4. Alimentações administradas através da parede abdominal: avaliar o local de inserção para ruptura, irritação, drenagem, desconforto ou presença de um disco externo que não é necessariamente confortável. Monitorar se o comprimento da sonda externa continua a ser o mesmo de quando colocada originalmente;
5. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
6. Separar o material necessário;
  - a. Preparar o recipiente e a fórmula de alimentação, identificar o frasco;
  - b. Verificar a data de validade da fórmula e a integridade, inspecione o frasco quanto à presença de partículas e separação de fases;
  - c. Manter a alimentação por sonda à temperatura ambiente (fórmula fria provoca cólicas e desconforto);
7. Retirar o equipo de alimentação da embalagem e a tampa do frasco de dieta e conecte o equipo ao frasco;
8. Preencher a câmara de gotejamento e retire o ar do equipo, mantendo sua extremidade protegida com a tampa;
9. Reunir o material em uma bandeja, encaminhe-se ao usuário e coloque a bandeja sobre a cabeceira do usuário;
10. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
11. Conferir nome completo com o usuário ou acompanhante (identificar usando dois identificadores), compare com os dados da etiqueta da dieta, frasco ou prescrição;
12. Colocar o frasco da dieta no suporte;
13. Colocar o usuário na posição de Fowler alta ou elevar a cabeceira da cama pelo menos 30 (preferencialmente 45) graus. Para os usuários forçados a permanecer na posição supina, colocar na posição de Trendelenburg inversa;
14. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
15. Verificar o posicionamento da sonda;
  - a. Sonda nasogástrica: conectar a seringa e aspirar 5ml de conteúdo gástrico. Observar a aparência do aspirado e anotar o pH;



- b. Sonda de gastrostomia: conectar a seringa e aspirar 5ml de conteúdo gástrico. Observar a aparência do aspirado e anotar o pH;
  - c. Sonda de jejunostomia: aspirar as secreções intestinais, observar sua aparência e verificar o pH;
16. Caso não haja retorno ao aspirar, lavar a sonda com 30 ml de ar e aspirar. Se não houver retorno, reposicione o usuário no leito, lave novamente a sonda com 30ml de ar e aspire. O suco gástrico é turvo, esverdeado ou de cor bronze-esbranquiçado, enquanto o intestinal é amarelo dourado. O pH do suco gástrico do usuário em jejum é inferior a 6 (ácido), enquanto o do suco enteral é maior que 7 (básico). É importante lembrar que medicamentos e a própria dieta alteram o valor do pH, portanto ele deve ser medido com pelo menos 1 hora de intervalo entre as dietas e das medicações oral ou por sonda;
17. Verificar se há volume residual gástrico (VRG) antes de cada alimentação por bolus e alimentações intermitentes, a cada 4 horas em usuários criticamente doentes e a cada 4 a 6 horas em usuários não criticamente doentes para a alimentação contínua;
- a. Colocar 10 a 30 ml de ar na seringa. Conectar com o fim da sonda de alimentação. Irrigar a sonda com ar. Puxar de volta lentamente para aspirar a quantidade total do conteúdo gástrico e medir;
  - b. Retornar o conteúdo aspirado para o estômago a menos que o volume exceda 250ml;
  - c. Não administrar a alimentação quando um único VRG exceder 500ml ou quando duas medições consecutivas (tomadas com 1 hora de intervalo cada) exceder 250 ml;
  - d. VRG na faixa de 250 a 500 ml deve causar preocupação e levar à implementação de medidas para reduzir o risco de aspiração;
  - e. Lavar a sonda com 30ml de água, antes de conectar a alimentação;
18. Conectar o equipo da dieta ao cateter de via gástrica. Observe se está utilizando a via correta;
19. Iniciar a infusão lentamente, observando o usuário (respiração, atividade e coloração). Na presença de quaisquer alterações, interromper a dieta e solicitar avaliação médica;
20. Estabelecer a velocidade de infusão da dieta conforme a prescrição. A dieta deve ser oferecida no prazo máximo de 120 minutos;
21. Deixe o usuário confortável, sentado ou com a cabeceira elevada, mantenha-o em observação quanto a sinais de intolerância, como vômito, diarreia, náuseas e distensão abdominal;
22. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário (fixação de sonda, teste de refluxo e pH do líquido aspirado);
25. Imediatamente ao término da dieta, higienizar as mãos, calçar as luvas de procedimento, desconectar o equipo do frasco de dieta, e conectar ao frasco com água filtrada, oferecendo volume conforme prescrição;
26. Desconectar o equipo protegendo-o com a tampa. Fechar a sonda;
27. Manter o frasco de alimentação o mais limpo possível e mudá-lo a cada 24 horas;
28. Deixar o usuário confortável, mantendo-o no mesmo decúbito por mais 30 minutos, sob observação quanto aos sinais de intolerância a dieta.
29. Retirar as luvas de procedimento e descartar os resíduos no local apropriado;
30. Observar o local de inserção da sonda nasoenteral para a integridade da pele prejudicada;
31. Para sondas de alimentação colocadas abdominalmente, limpar o local de inserção diariamente e conforme necessário. Inspeccionar o local de inserção para os sinais de integridade da pele prejudicada e sinais de infecção, lesão ou aperto da sonda;
32. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
33. Evoluir procedimento no prontuário do usuário; informando horário, volume infundido, resposta do usuário a alimentação por sonda, permeabilidade da sonda, condições das narinas ou pele no local da sonda colocada abdominalmente e qualquer intercorrência;

#### **Resultados inesperados e intervenções relacionadas**

1. A sonda de alimentação está entupida;
  - a. Tentar lavar a sonda com água morna.
  - b. Suspender a alimentação e notificar o profissional de saúde (enfermeiro, nutricionista e médico);
  - c. Manter o usuário em posição de Semi-Fowler;
2. O VRG excede 250 ml para cada uma das duas avaliações consecutivas;
  - a. Suspender a alimentação e notificar o profissional de saúde;
  - b. Manter o usuário em posição ereta na cadeira/cama ou elevar a cabeceira da cama pelo menos 30 (preferencialmente 45) graus;
  - c. Verificar novamente o residual em 1 hora;
3. O usuário desenvolve diarreia 3 vezes ou mais em 24 horas;
  - a. Notificar o profissional de saúde;
  - b. Conferir com a nutricionista;
  - c. Instituir medidas de cuidados da pele;

- d. Considerar a mudança em antibióticos, apenas em usuários que estão recebendo antibióticos;
4. O usuário desenvolve náuseas, vômitos, aspira a fórmula quando o esvaziamento gástrico é retardado ou a fórmula é administrada muito rapidamente e produz vômitos;
- a. Posicionar o usuário na posição deitado de lado;
  - b. Sucionar as vias aéreas;
  - c. Notificar o profissional de saúde;
  - d. Obter radiografia de tórax;
  - e. Verificar a permeabilidade da sonda;
  - f. Aspirar para VRG.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) – RESOLUÇÃO COFEN Nº 619/2019**. Normatiza a atuação da Equipe de Enfermagem na Sondagem Oro/nasogástrica e Nasoentérica. Disponível em:

[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019\\_75874.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-619-2019_75874.html)

Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 18

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: SONDAGEM NASOENTÉRICA

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

Possibilitar ao usuário que não pode ou não quer comer de receber nutrientes  
Obter uma via de acesso para administrar dieta e medicação em usuários que não podem se alimentar adequadamente VO e melhorar o estado nutricional do usuário

#### Material:

- Bandeja.
- Sonda Enteral (comumente de 10 a 12 fr com fio guia);
- Seringa de 20 ml;
- Copo com água;
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Cuba rim;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;
- Gaze;
- Espadrado ou fita hipoalergênica microporosa;
- Toalha ou lenço de papel;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimentos, máscara e óculos de proteção;
- Saco de lixo.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Realizar exame físico dirigido (nível de consciência, seios paranasais, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen, extremidades e pele);
7. Cortar fita esparadrapo ou fita hipoalergênica microporosa para usar como dispositivo de fixação da sonda nasoentérica;
8. Posicionar o usuário na posição Fowler elevada com travesseiros atrás da cabeça e ombros;
9. Calçar as luvas de procedimento, máscara e óculos;
10. Proteger o tórax do usuário com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o usuário use);
11. Oferecer a cuba rim ao usuário e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo do vômito;
12. Medir a distância para inserir da sonda: a partir do nariz ao lóbulo da orelha para o processo xifoide, e daí até a crista ilíaca anterossuperior, e faça uma marca com adesivo ou caneta. Marcar com esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;
13. Lubrificar 7,5 a 10 cm da extremidade da sonda com pomada anestésica hidrossolúvel;
14. Avisar ao usuário que o procedimento irá começar;
15. Orientar o usuário a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida;
16. Após passar pela nasofaringe posterior, pedir para o usuário abrir a boca e com o auxílio do abaixador e da lanterna verificar se a sonda não enrolou na boca e está descendo pela orofaringe corretamente;
17. Pedir para o usuário fletir a cabeça em direção ao tórax, caso sinta resistência, solicitar ao usuário que degluta;
18. Interromper a introdução da sonda se o usuário começar a tossir, engasgar ou asfixiar-se (observar cianose, angústia respiratória e dispneia). Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo;

19. Após o usuário relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda até que a fita esparadrapo ou a marca sejam alcançadas na narina. Fixar temporariamente a sonda na bochecha do usuário com um pedaço de fita adesiva até que seja verificada a colocação da sonda;
20. Verificar a colocação da sonda, testes: pedir para o usuário falar, HUMM nos casos em que o mesmo tenha condições; examinar a parede posterior da faringe com a lanterna; conectar a seringa a sonda e aspirar verificando se flui conteúdo gástrico. Se não for obtido o conteúdo gástrico, coloque o usuário em decúbito lateral esquerdo e aspire novamente; conectar a seringa á extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre região epigástrica. Injetar 10ml de ar e, auscultar simultaneamente o ruído produzido pela entrada de ar;
21. Retirar o fio guia delicadamente, tracionando-o com firmeza e segurando a sonda para evitar que se desloque;
22. Inspeccionar o nariz e a orofaringe a fim de identificar irritação depois da introdução;
23. Perguntar ao usuário se ele está confortável;
24. Observar para dificuldade respiratória ou vômito;
25. Fixar a sonda;
26. Abaixar a cabeceira da cama e posicione o usuário em decúbito lateral direito;
27. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material
28. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
29. Encaminhar o usuário para controle radiológico a fim de verificar o posicionamento da ponta da sonda. Orientar aguardar confirmação para após iniciar a dieta;
30. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
31. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

### Referências

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 19

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: SONDAGEM NASOGÁSTRICA

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Possibilitar ao usuário que não pode ou não quer comer de receber nutrientes.
- Obter uma via de acesso para administrar dieta e medicação em usuários que não podem se alimentar adequadamente VO e melhorar o estado nutricional do usuário

#### Material:

- Bandeja;
- Sonda nasogástrica (comumente de 14 ou 16 fr);
- Seringa de 20 ml;
- Copo com água;
- Abaixador de língua;
- Lanterna;
- Cuba rim;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;
- Gaze;
- Espardrapo ou fita hipoalergênica microporosa;
- Toalha ou lenço de papel;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimentos, máscara e óculos de proteção;
- Saco de lixo.

#### Descrição do procedimento para colocação:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Realizar exame físico dirigido (nível de consciência, seios paranasais, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen, extremidades e pele);
7. Cortar fita esparadrapo ou fita hipoalergênica microporosa para usar como dispositivo de fixação da sonda nasogástrica;
8. Posicionar o usuário na posição Fowler elevada com travesseiros atrás da cabeça e ombros;
9. Calçar as luvas de procedimento, máscara e óculos;
10. Proteger o tórax do usuário com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o usuário use);
11. Oferecer a cuba rim ao usuário e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo do vômito;
12. Medir a distância para inserir da sonda: a partir do nariz ao lóbulo da orelha, seguindo para o processo xifoide. Marcar com esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;
13. Lubrificar 7,5 a 10 cm da extremidade da sonda com o lubrificante hidrossolúvel;
14. Avisar ao usuário que o procedimento irá começar;
15. Orientar o usuário a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida;
16. Após passar pela nasofaringe posterior, pedir para o usuário abrir a boca e com o auxílio do abaixador e da lanterna verificar se a sonda não enrolou na boca e está descendo pela orofaringe corretamente;
17. Pedir para o usuário fletir a cabeça em direção ao tórax, caso sinta resistência, solicitar ao usuário que degluta;
18. Interromper a introdução da sonda se o usuário começar a tossir, engasgar ou asfixiar-se (observar cianose, angústia respiratória e dispneia). Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo;
19. Após o usuário relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda até que a fita esparadrapo ou a marca sejam alcançadas na narina. Fixar temporariamente a sonda na bochecha do usuário com um pedaço de fita adesiva até que seja verificada a colocação da sonda;



20. Verificar a colocação da sonda, testes: pedir para o usuário falar-HUMM nos casos em que o mesmo tenha condições; examinar a parede posterior da faringe com a lanterna; conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se flui conteúdo gástrico. Se não for obtido o conteúdo gástrico, coloque o usuário em decúbito lateral esquerdo e aspire novamente; conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre região epigástrica. Injetar 10ml de ar e, auscultar simultaneamente o ruído produzido pela entrada de ar;
21. Retirar o fio guia delicadamente, tracionando-o com firmeza e segurando a sonda para evitar que se desloque;
22. Inspeccionar o nariz e a orofaringe a fim de identificar irritação depois da introdução;
23. Perguntar ao usuário se ele está confortável;
24. Observar dificuldade respiratória ou vômito;
25. Fixar a sonda;
26. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material
27. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
28. Encaminhar o usuário para controle radiológico a fim de verificar o posicionamento da ponta da sonda. Orientar aguardar confirmação para após iniciar a dieta;
29. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
30. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

# **Parte 3**

## **CUIDADOS COM ELIMINAÇÕES**

### **3.1 ELIMINAÇÕES GASTRINTESTINAIS**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 20

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ASPIRAÇÃO NASOGÁSTRICA (LAVAGEM GÁSTRICA)

#### Responsável:

Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição para:

Esvaziamento gástrico pré-operatório;

Intoxicação exógena (medicamentos ou venenos);

Usuário com necessidade de esvaziamento do conteúdo gástrico.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Esvaziar o conteúdo gástrico a fim de proporcionar conforto e redução de riscos para o usuário.

#### Material:

- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Cuba grande;
- Esparadrapo;
- Fita hipoalergênica microporosa;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário;
- Gaze estéril;
- Lixo pequeno ou saco de lixo pequeno;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;
- Protetor facial e/ou óculos;
- Seringa de 20ml;
- Solução fisiológica;
- Sonda nasogástrica (14 – adultos/ 6,8 ou 10 – crianças);
- Tesoura;

- Toalha individual ou lenços de papel.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Auxiliar o usuário a assumir uma posição confortável, preferencialmente Semi-Fowler;
7. Colocar as luvas e os demais equipamentos de proteção individual;
8. Verificar com o usuário se há alguma alteração nas narinas ou de deglutição, determinando qual a melhor narina para a sondagem – se necessário fazer inspeção com auxílio de lanterna.
9. Medir a sonda da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, seguindo até o apêndice xifoide, adicionar 3 cm e marcar com esparadrapo;
10. Lubrificar a ponta da sonda com pomada anestésica ou vaselina líquida;
11. Solicite ao usuário para fletir a cabeça até encostar o queixo no tórax;
12. Ofereça-lhe pequenos goles de água e peça para deglutir; introduza a sonda suavemente até passar a região da epiglote
13. Retorne a cabeça para a posição ereta, continue introduzindo a sonda delicadamente até a marca do adesivo;
14. Observar sinais de desconforto e deixar o usuário descansar por um tempo, caso apresente náuseas e vômitos;
15. Verificar se a sonda está bem posicionada no estômago: aspirando o conteúdo gástrico com a seringa de 20ml conectada na extremidade externa da sonda ou, em caso de ausência deste sinal, injetar 20 ml de ar através da sonda e com o estetoscópio sobre o epigástrico, auscultar a presença de som estridente;
16. Adaptar a sonda no frasco coletor;
17. Ajustar a sonda na posição correta e fixá-la com fita hipoalergênica microporosa sobre a pele do usuário na região nasal;
18. Identificar o horário da sondagem no frasco coletor com um pequeno pedaço de esparadrapo;

19. Verificar se há prescrição para infusão de algum líquido/medicamento (carvão ativado, soro fisiológico);
20. Deixar o frasco em nível mais baixo que o usuário, sem encostar no chão;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário e a característica da secreção drenada no momento do procedimento e o volume, se o mesmo for expressivo. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

**Observações:**

Sempre que o frasco atingir 2/3 do seu volume, esvaziar e registrar em prontuário o volume, a característica do líquido drenado e o tempo decorrido desde o último esvaziamento. Marcar no frasco, com esparadrapo o horário do esvaziamento;

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 21

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ENEMA / LAVAGEM INTESTINAL

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem somente após avaliação do enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Estimular o peristaltismo e promover o esvaziamento intestinal para a realização de procedimento diagnóstico ou com finalidade terapêutica

#### Material:

Bandeja;

Solução prescrita;

Biombo;

Impermeável/plástico;

Papel higiênico;

Luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção;

Sonda retal (Adulto nº 20 a 30 fr / criança nº 12 a 18 fr);

Recipiente de enema com tubo e sistema de fixação;

Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína em gel a 2%);

Comadre;

Bacia, compressas, toalha e sabão.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Colocar luvas de procedimentos e EPIs adequados;
7. Auxiliar o usuário na posição de decúbito genupeitoral;
8. Cobrir o usuário com lençol, expor apenas a área retal; Separar as nádegas e examinar a região perianal para detectar anormalidades, incluindo hemorroidas, fissura anal e prolapso retal;
9. Colocar comadre em posição facilmente acessível;
10. Preparar a solução prescrita para o enema/ lavagem e aquecer até a temperatura de 37°C;
11. Administrar o enema:

**Bolsa de Enema:**

- I. Adaptar o equipo de soro ao frasco com a solução preparada para a lavagem.
- II. Preencher a câmara de gotejamento e retirar o ar da extensão do equipo.
- III. Preparar o material necessário para o procedimento em uma bandeja.
- IV. Pendurar o frasco da solução em suporte de soro com altura não superior a 70 cm em relação ao leito.
- V. Forrar o leito com material impermeável ou plástico.
- VI. Lubrificar a sonda retal com vaselina líquida ou lidocaína em gel a 2% 6 a 8 cm da ponta da sonda retal.
- VII. Introduzir suavemente a sonda retal (adulto e adolescente: 7,5 a 10 cm; criança: 5 a 7,5 cm).
- VIII. Abrir a pinça do equipo e infundir a solução lentamente; orientar o usuário a respirar pausadamente.
- IX. Quando terminar a infusão, fechar a pinça do equipo e retirar a sonda retal.

**Recipiente descartável pré-embalado:**

- I. Remover a tampa de plástico da ponta retal, aplicar gel lubrificante. Separar as nádegas cuidadosamente e localizar o reto.
- II. Expelir o ar do recipiente do enema.
- III. Inserir a ponta do frasco no reto em direção ao umbigo.
- IV. Apertar o frasco até a solução completa entrar no reto e cólon;

12. Solicitar ao usuário que respire profundamente, procurando reter a solução pelo tempo que conseguir, contraindo o esfíncter anal;
13. Ajudar o usuário a ir ao banheiro ou oferecer-lhe a comadre, elevando a cabeceira do leito (se não houver contra-indicação);
14. Orientar o usuário a utilizar o vaso sanitário e chamá-lo para observar o aspecto da eliminação, assim que terminar;
15. Auxiliar o usuário a fazer a higiene íntima e vestir o pijama;
16. Deixar o usuário em uma posição confortável;
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
20. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 22

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Substituição de sistema coletor quando a placa estiver saturada ou com extravasamento de efluente.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Sistema de bolsa coletora indicada ao cliente;
- Placa;
- Pacote de gaze ou compressa não estéril;
- Soro fisiológico 0,9% ou solução de limpeza de bolsa.
- Comadre ou cuba rim
- Saco plástico

#### Objetivos

- Higienização do estoma e sistema coletor;
- Prevenção de lesões na pele peri-estoma;
- Avaliação do estoma.

#### Material:

- Comadre ou cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Pacote de gaze ou compressa não estéril;
- Placa;
- Pó para proteção da pele, se necessário
- Saco plástico.

- Sistema de bolsa coletora indicada ao cliente;
- Soro fisiológico 0,9% ou solução de limpeza de bolsa;
- Tesoura.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Verificar a área a ser realizada a troca da bolsa;
6. Promover a privacidade do usuário colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto. Se o usuário tiver condições, pode ser levado ao banheiro. Proteger a roupa do usuário sob a colostomia com papel-toalha ou compressa;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Colocar a comadre sobre a cama direcionando a abertura da bolsa coletora para a comadre, ou posicione o usuário no vaso sanitário;
9. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa;
10. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico, guardar o clamp para reutilização;
11. Limpar a pele, utilizando a compressa de gaze para remover as fezes;
12. Lavar com soro fisiológico ou outro produto indicado e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem;
13. Se necessário aplicar pó de proteção para a pele e melhor adesão da placa
14. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma;
15. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma);
16. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal;
17. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante;
18. Pressione a bolsa suavemente contra a parede abdominal para expulsar o ar;
19. Feche a abertura da bolsa coletora com o clamp, fazendo uma dobra na extremidade da bolsa sobre sua haste interna;
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

1. Orientar o usuário para eliminar o gás através da abertura do clamp;
2. A bolsa drenável pode ser lavada com água e reutilizada várias vezes. Neste caso proceder da seguinte forma:
3. Abra a bolsa coletora e deixe a presilha disponível para ser utilizada novamente;
4. Esvazie a bolsa fazendo movimentos para baixo, com as mãos sobre a bolsa, para facilitar a saída das fezes;
5. Afaste a abertura da bolsa com uma das mãos e, com a outra, coloque água dentro da bolsa até a metade;
6. Feche a abertura da bolsa com uma das mãos, faça movimentos com a outra mão sobre a bolsa para remoção dos resíduos de fezes que tenham aderido à bolsa e drene-os para a comadre ou vaso sanitário;
7. Repita a última ação até que a bolsa esteja totalmente livre de resíduos;
8. Seque a abertura da bolsa com papel-toalha e passe vaselina líquida nas paredes internas.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**Parte 3**  
**CUIDADOS COM**  
**ELIMINAÇÕES**

**3.2 ELIMINAÇÕES**  
**URINÁRIAS**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 23

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

#### Responsável:

Enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem

#### Quando:

- Conforme prescrição
- Usuário masculino apresenta incontinência urinária, por alteração física, neurológica ou de alteração da consciência.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

Fazer controle de diurese em usuários com incontinência urinária ou com alteração do nível de consciência

#### Material:

- Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- Água, sabão;
- Gaze;
- Toalha;
- Dispositivo para incontinência urinária masculino;
- Adesivo hipoalergênica microporosa;
- Bolsa coletora.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;

6. Colocar luvas de procedimentos e EPIs adequados;
7. Posicionar o usuário em decúbito dorsal;
8. Fazer a higiene íntima do usuário, secar bem o local e, se necessário, retire o excesso de pelos próximos ao local de fixação do dispositivo;
9. Retirar o material utilizado durante a higiene e trocar as luvas de procedimento;
10. Retirar o dispositivo para continência da embalagem
11. Posicionar a abertura do látex na parte superior do pênis
12. Desenrolar o látex ao longo do pênis;
13. Fixar a porção proximal do dispositivo com adesivo hipoalergênica microporosa próximo à base do pênis;
14. Adaptar a extensão do dispositivo para continência na extensão da bolsa coletora, fixando-o na coxa do usuário ou no leito/cadeira;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 24

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: **SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO**

#### **Responsável:**

Enfermeiro

#### **Quando:**

Sempre que necessário e/ou conforme prescrição

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### **Objetivo:**

- Realizar a técnica de cateterismo vesical de alívio de forma segura para o usuário, prevenindo infecção do trato urinário.

#### **Material:**

- Bandeja;
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, gazes, pinça, e campo fenestrado, torundas de algodão ou gaze);
- Cateter uretral estéril de calibre compatível (uma via/ comumente 12-14 fr);
- Solução antisséptica (clorexidina aquosa 0,2%);
- Luvas estéreis;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;
- Saco plástico para lixo;
- Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido ou agente de limpeza perineal, jarro/bacia com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho;

#### **Descrição do procedimento para colocação:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Posicionar o usuário e cobri-lo com campos, expondo apenas os genitais:
  - a. **Usuário do sexo Feminino:** ajudar a assumir a posição de decúbito dorsal recumbente (supina com joelhos flexionados). Pedir à usuário para relaxar as coxas para efetuar a rotação externa das articulações do quadril;
  - b. **Usuário do sexo Masculino:** Colocar em posição dorsal com as pernas estendidas e as coxas em ligeira abdução;
7. Fornecer a higiene perineal caso necessário (colocar luvas de procedimentos, completar a limpeza, descartar as luvas e efetuar a higiene das mãos);
8. Colocar o pacote de cateterismo aberto numa mesa de cabeceira limpa ou, se possível, entre as pernas abertas do usuário;
9. Abrir o pacote de cateterismo mantendo os princípios assépticos;
10. Dispor os suprimentos sobre o campo estéril: abrir a embalagem do cateter vesical colocando-a no campo estéril;
11. Despejar a solução antisséptica na cuba redonda;
12. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica, cobrir com campos o períneo, mantendo estéreis as luvas e a superfície de operação do campo;
13. Fazer 7 (sete) trouxinhas/ torundas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las;
14. Limpar o meato uretral:

**Asepsia realizada no Sexo Feminino:**

- a. Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distantes de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris-ânus). Desprezar o algodão. Usar uma nova torunda de gaze ou algodão para cada vez que você limpar;
- b. Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- c. Afastar os grandes lábios com a mão não dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios;
- d. Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido anteroposterior;



- e. E por último, fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que se deve usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.

**Assepsia realizada no Sexo Masculino:**

- a. Retrair o prepúcio (caso não circuncidado) com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise/ eixo, exatamente abaixo da glândula. Manter o eixo do pênis em ângulo reto com o corpo. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento;
- b. Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes.
- c. Colocar a pinça sobre o campo;
- d. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- e. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado, em frente à janela do campo;
- f. Inserir o Cateter

**Manuseio do Cateter ao Introduzir no Órgão Genital Feminino:**

- a. Com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril, afastar os grandes lábios e expor o meato uretral; em seguida, com a mão dominante introduzir o cateter, com pomada anestésica hidrossolúvel 2% na sua extremidade;
- b. Avançar o cateter por um total de 5 a 7,5 cm no adulto na usuária adulta ou até que a urina flua para fora da extremidade do cateter. Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim;
- c. Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese.

**Manuseio do Cateter ao Introduzir no Órgão Genital Masculino:**

- a. Aplicar cuidadosamente uma tração ascendente ao pênis enquanto ele é mantido num ângulo de 90º em relação ao corpo;
- b. Introduzir no meato urinário 10 ml de pomada anestésica hidrossolúvel 2% com auxílio da seringa ou colocar a pomada anestésica hidrossolúvel na extremidade do cateter (em torno de 15 a 20 centímetros) que está sobre o campo estéril. Com a mão não dominante posicionar o pênis a 90º em relação ao corpo do usuário e com a mão dominante introduzir o cateter no meato uretral do usuário;
- c. Avançar o cateter por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade do cateter;
- d. Verificar a saída de diurese pelo cateter, deixando-a cair na cuba rim.

- e. Realizar movimento de compressão da bexiga para auxiliar na saída da diurese. Deixar a bexiga se esvaziar totalmente;
15. Quando o fluxo de urina cessar, retraindo o cateter lentamente até sua retirada total;
  16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
  17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
  18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
  19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, a quantidade de diurese eliminada e observações.

### **Referências**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 25

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: **SONDAGEM VESICAL DE DEMORA**

**Responsável:**

Enfermeiro

**Quando:**

Sempre que necessário. e/ou conforme prescrição

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:**

Realizar a técnica de cateterismo vesical de alívio de forma segura para o cliente, prevenindo infecção do trato urinário.

**Material:**

Bandeja;

Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinça, e campo fenestrado, torundas de algodão ou gaze;

Cateter vesical foley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias);

Bolsa de drenagem;

Solução antisséptica (clorexidina aquosa 0,2%);

Seringa 20 ml;

Ampola de água destilada (20 ml);

Luvas estéreis;

Fita hipoalergênica microporosa;

Pomada anestésica hidrossolúvel;

Saco plástico para lixo;

Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido ou agente de limpeza perineal, jarro/bacia com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.

**Descrição do procedimento:**

Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

Reunir o material indicado para o procedimento;

Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares. Descrever as sensações que o usuário terá (por exemplo: limpeza do períneo por líquido, ardência durante a inserção do cateter);

Oferecer privacidade ao usuário;

Posicionar o usuário e cobri-lo com campos, expondo apenas os genitais

- a. **Usuário do sexo Feminino:** ajudar a assumir a posição de decúbito dorsal recumbente (supina com joelhos flexionados). Pedir à usuário para relaxar as coxas para efetuar a rotação externa das articulações do quadril.
- b. **Usuário do sexo Masculino:** Colocar em posição dorsal com as pernas estendidas e as coxas em ligeira abdução.

Fornecer a higiene perineal caso necessário (colocar luvas de procedimentos, completar a limpeza, descartar as luvas e efetuar a higiene das mãos);

Colocar o pacote de cateterismo aberto numa mesa de cabeceira limpa ou, se possível, entre as pernas abertas do usuário;

Abrir o pacote de cateterismo mantendo os princípios assépticos;

Dispor os suprimentos sobre o campo estéril: abrir a embalagem do cateter vesical colocando-a no campo estéril;

Despejar a solução antisséptica na cuba redonda;

Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica, cobrir com campos o períneo, mantendo estéreis as luvas e a superfície de operação do campo;

Fazer 7 (sete) trouxinhas/ torundas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las. Testar o balonete do cateter e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;

Limpar o meato uretral:

**Assepsia realizada no Sexo Feminino:**

- a. Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distantes de cima para baixo, no sentido anteroposterior (clitóris-ânus). Desprezar o algodão. Usar uma nova torunda de gaze ou algodão para cada vez que você limpar;
- b. Fazer o mesmo procedimento com o outro lado;
- c. Afastar os grandes lábios com a mão não dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios;

- d. Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido anteroposterior;
- e. E por último fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que se deve usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.

**Assepsia realizada no Sexo Masculino:**

- a. Retrair o prepúcio (caso não circuncidado) com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise/ eixo, exatamente abaixo da glândula. Manter o eixo do pênis em ângulo reto com o corpo. Manter a mão não dominante nessa posição durante todo o procedimento;
- b. Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes.
- c. Colocar a pinça sobre o campo;
- d. Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- e. Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado, em frente à fenestra do campo;

Inserir o Cateter

**Manuseio do Cateter ao Introduzir no Órgão Genital Feminino:**

- a. Com a mão não dominante e auxílio de gaze estéril, afastar os grandes lábios e expor o meato uretral; em seguida, com a mão dominante introduzir o cateter, com a pomada anestésica hidrossolúvel 2% na sua extremidade;
- b. Avançar o cateter por um total de 5 a 7,5 cm na usuária adulta ou até que a urina flua para fora da extremidade do cateter. Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro;
- c. Assim que a urina aparecer avançar mais 2,5 a 5 cm.

**Manuseio do Cateter ao Introduzir no Órgão Genital Masculino:**

- a. Aplicar cuidadosamente uma tração ascendente ao pênis enquanto ele é mantido num ângulo de 90º em relação ao corpo;
- b. Introduzir no meato urinário 10 ml de pomada anestésica hidrossolúvel 2% com auxílio da seringa ou colocar a pomada anestésica hidrossolúvel na extremidade do cateter (em torno de 15 a 20 centímetros) que está sobre o campo estéril. Com a mão não dominante posicionar o pênis a 90º em relação ao corpo do usuário e com a mão dominante introduzir o cateter no meato uretral do usuário;
- c. Avançar o cateter por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade do cateter;

- d. Avançar o cateter até a bifurcação da escotilha de drenagem e de insuflação do balão;
- e. Abaixar o pênis e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante.

Inflar o balão do cateter com a água destilada;

Retrair cuidadosamente o cateter até sentir resistência;

Usuário do sexo masculino: recolocar o prepúcio sobre a glândula peniana;

Conectar o tubo de drenagem ao cateter se ele não tiver sido previamente conectado;

Fixar o cateter, deixar uma folga suficiente para permitir o movimento da perna e evitar qualquer tração sobre o cateter;

Posicionar a bolsa de drenagem abaixo da altura da bexiga;

Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

Evoluir procedimento no prontuário do usuário, a quantidade de diurese eliminada e observações.

#### **Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 26

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TROCA DE SONDA VESICAL DE DEMORA EM CISTOSTOMIA

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição;

Conforme aspectos da urina;

Conforme quadro clínico do paciente, como na identificação de infecção urinária;

Quando houver dano em qualquer parte do sistema fechado, como rompimento da bolsa ou do cateter;

Ausência de drenagem por obstrução do cateter;

Deslocamento do cateter interno, normalmente em virtude do esvaziamento do balão de proteção.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Manter a drenagem de urina do interior da bexiga do usuário para um sistema coletor fechado continuamente, de forma segura, evitando lesões de pele por contato excessivo com a urina e prevenindo infecção do trato urinário, através da técnica adequada.

#### Material:

- Bandeja;
- Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, pinça, e campo fenestrado, torundas de algodão ou gaze;
- Cateter vesical foley (duas vias);
- Bolsa de drenagem;
- Solução antisséptica (clorexidina aquosa 0,2%);
- Seringa 20 ml;
- Ampola de água destilada (20 ml);
- Luvas estéreis;
- Fita hipoalergênica microporosa;
- Pomada anestésica hidrossolúvel;

- Saco plástico para lixo;

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares; assim como descrever as sensações que o usuário terá durante o procedimento;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Posicionar o usuário em decúbito dorsal com os membros inferiores estendidos, com a região suprapúbica exposta;
7. Calçar luvas de procedimento;
8. Remover o curativo antigo;
9. Limpar com gaze embebida em soro fisiológico 0,9%, ao redor da sonda e da ostomia;
10. Clampear a mangueira da bolsa de drenagem e esvaziar a mesma, registrando o valor do volume contido;
11. Trocar de luvas de procedimento;
12. Desinflar o balão da sonda, conectando uma seringa de 20ml na via do balão;
13. Com a mão não dominante, apoiar a pele próxima a ostomia e utilizando a mão dominante, realizar movimento circular para verificar a aderência da sonda e após, tracionar suavemente a sonda, retirando totalmente a mesma da cistostomia;
14. Desprezar corretamente o material;
15. Trocar de luva de procedimento, higienizando as mãos por lavagem ou fricção de solução alcoólica, conforme o material disponível no ambiente;
16. Realizar limpeza da região suprapúbica com compressa úmida morna e clorexidina degermante. Após fricção da área, enxaguar com compressa embebida em água morna. Secar com toalha de banho/rosto ou com compressa limpa e seca.
17. Colocar o pacote de cateterismo aberto numa mesa de apoio limpa ou, se possível, entre as pernas abertas do usuário;
18. Abrir o pacote de cateterismo, mantendo os princípios assépticos;
19. Dispor os suprimentos sobre o campo estéril: abrir a embalagem do cateter vesical colocando-a no campo estéril, assim como a bolsa de drenagem.
20. Despejar pomada anestésica hidrossolúvel sobre a extremidade do cateter vesical;
21. Despejar a solução antisséptica na cuba redonda;
22. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica, cobrir com campos a região peri cistostomia, mantendo estéreis as luvas e a superfície de operação do campo;



23. Fazer 7 trouxinhas/ torundas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão dominante para pinçá-las. Testar o balonete do cateter e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml;
24. Conectar a sonda à bolsa de drenagem e mantê-las cuidadosamente sobre o campo estéril;
25. Limpar as bordas da cistostomia: embeber a torunda de gaze ou algodão em solução asséptica e aplicar na área realizando movimento circular firme, de direção única, do centro à periferia. Repetir o movimento 3 vezes, desprezando o algodão/gaze a cada movimento.
26. Apoiar a mão não dominante sobre o campo, firmando a região da cistostomia;
27. Com a mão dominante segurar o cateter e o inserir cuidadosamente na cistostomia até que a urina flua para dentro do sistema fechado, avançando mais 2 a 5 cm;
28. Manter a mão dominante segurando firmemente o cateter;
29. Inflar o balão do cateter com a água destilada;
30. Retrair cuidadosamente o cateter até sentir resistência;
31. Fixar o cateter, deixando uma folga suficiente para evitar qualquer tração sobre o cateter;
32. Posicionar a bolsa de drenagem abaixo da altura da bexiga;
33. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
34. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
35. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
36. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, a quantidade imediata de diurese eliminada e observações.

**Referências:**

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Protocolo de assistência de enfermagem.** Serviço de Atendimento Domiciliar de Campinas. SMS Campinas, São Paulo, 2015. Disponível em:

<https://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO1236.pdf>

Acesso em: 21 jul. 2021.

**Parte 3**  
**CUIDADOS COM**  
**ELIMINAÇÕES**

**3.3 DRENOS**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 27

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: CUIDADOS COM DRENOS CIRÚRGICOS

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem somente com orientação do enfermeiro de acordo com o Parecer Coren/SC Nº 007/CT/2015

#### Quando:

A todo usuário que possua algum tipo de dreno;

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Evitar infecção do sítio cirúrgico;
- Evitar o acúmulo de líquidos em cavidade;
- Avaliar e mensurar a drenagem nas 24 horas.

#### Material:

- Álcool 70%;
- Bandeja;
- Bolsa coletora adesiva; Medidor graduado;
- Carro de curativo;
- EPI (óculos, avental, gorro e máscara); ou capote)
- Fita microporosa;
- Gaze estéril;
- Luva estéril;
- Seringa de 20ml;
- Solução fisiológica 0,9%.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;

4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Colocar o EPI conforme recomendação;
7. Calçar luva estéril
8. Inspecionar área do curativo, pele ao redor do óstio, fixação do dreno e aspecto da drenagem.

**Quanto aos tipos mais comuns de dreno:**

**DRENO TORÁCICO (SELO D'ÁGUA)**

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área perióstio e tubular do dreno;
2. Proteger o perióstio com gaze estéril e fixar com fita microporosa. A fixação pode ser do tipo meso (lateral), com distância de 2 cm entre o dreno e a pele;
3. Manter a cabeceira do leito elevada a 30º, para facilitar a drenagem;
4. Verificar a oscilação na coluna líquida: deve subir na inspiração e descer na expiração;
5. Ordene suavemente o tubo na direção do frasco coletor, quando necessário;
6. Atentar para a presença de vazamentos e/ou risco de desconexão.

**Para esvaziamento e mensuração**

1. Mensurar o débito do dreno a cada 6 horas, ou a critério médico, caso haja drenagem superior a 100 ml/hora;
2. Utilize um recipiente graduado;
3. Pince o tubo coletor;
4. Abra o rasco coletor e esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar; anote o volume desprezado;
5. Lave o frasco com 500ml de água destilada e preencha o frasco para manter o selo d'água com 300-500 ml de água destilada (aprox. 2,5 cm de altura);
6. Feche o frasco e desclampeie o tubo;
7. Coloque uma fita adesiva ao lado da graduação do frasco, indicando o ponto zero (nível de água), colocando data e horário, na lateral da graduação do frasco coletor. Troque a cada 12 horas, ou a critério médico;
8. Verificar o aspecto do líquido (Ex: seroso, sero-hemático, hemático, purulento);
9. Posicioná-lo no piso, com suporte próprio, ou sustentado em local adequado. Nunca elevá-lo acima do tórax sem que esteja clampeado (fechado);

**DRENO PORTOVAC OU HEMOVAC (SANFONA)**

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área ao redor do óstio de inserção e tubular do dreno;
2. Atentar para a presença de vazamentos e se a sanfona está comprimida;
3. Ocluir com gaze estéril e fita microporosa;
4. O frasco coletor deve ser posicionado abaixo do nível da cabeceira do usuário;
5. Ordenhe suavemente o tubo na direção do frasco coletor, quando necessário;
6. Cuidado com trações e desconexões.

**Para esvaziamento e mensuração:**

1. Mensurar a cada 12h; ou a critério médico, caso o débito esteja alto;
2. Utilizar um recipiente graduado;
3. Clampear o tubo coletor;
4. Abrir o recipiente sanfonado;
5. Esvaziar todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar; caso necessite, utilize uma seringa de bico para aspirar;
6. - Comprimir o recipiente sanfonado sobre uma superfície rígida e feche-o, desclampeie o tubo coletor;

**DRENO DE PENROSE**

1. - Atentar para fixação do dreno e permeabilidade;
2. - Ocluir com compressa estéril e fita microporosa inicialmente, e, em caso de pouca drenagem;
3. - Acoplar uma bolsa coletora adesiva caso a drenagem esteja aumentada e para mensuração do débito;

**Para esvaziamento e mensuração:**

1. Proteja o lençol com um impermeável ou papel toalha;
2. Esvaziar sempre que a capacidade da bolsa coletora atingir 50% do espaço;
3. Utilize o recipiente graduado;
4. Esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar;
5. Limpe a saída da bolsa coletora com uma gaze não estéril e feche-a;

**DRENO COM RESERVATÓRIO DE JACKSON-PRATT, BLAKE (FORMATO DE PÊRA)**

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área perióstio e tubular do dreno;
2. Atentar para a presença de vazamentos e se o vácuo está mantido;
3. Ocluir com gaze estéril e fita microporosa;

4. Ordene suavemente o tubo na direção da pêra, se necessário;
5. Cuidado com trações e desconexões.
6. Para esvaziamento e mensuração:
7. Mensurar a cada 12h; ou a critério médico, caso o débito esteja alto;
8. Utilize um recipiente graduado;
9. Clampeie o tubo coletor;
10. Abrir a pêra;
11. Esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar;
12. Mantenha o vácuo e feche a pêra;
13. Desclampeie o tubo coletor;

#### **DRENO DE KEHR, PIG TAIL:**

1. Realizar antissepsia com álcool 70% em toda área periósteo e tubular do dreno;
2. Atentar fixação do dreno e a presença de vazamentos;
3. Observar permeabilidade do sistema de drenagem;
4. Ocluir o periósteo com gaze estéril e fita microporosa;
5. O sistema coletor deve ser mantido abaixo do nível da cabeceira do usuário;
6. Cuidado com trações e desconexões.
7. Para esvaziamento e mensuração:
8. Mensurar a cada 12h; ou a critério médico, caso o débito esteja alto;
9. Utilize um recipiente graduado;
10. Clampeie o tubo coletor;
11. Abrir o coletor;
12. Esvazie todo conteúdo no recipiente graduado, tendo o cuidado para não derramar;
13. Feche o coletor;
14. Desclampeie o tubo coletor;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia M ara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC)** - Parecer Coren/SC Nº 007/CT/2015. Assunto: Realização da retirada ou o tracionamento dos drenos portovack e penrose. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-007-2015-retirada-ou-tracionamento-dos-drenos-portovack-e-penrose-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-Complexidade.pdf>  
Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 28

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: RETIRADA DE DRENO

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Conforme prescrição médica, de acordo com o Parecer Coren/SC Nº 007/CT/2015 que trata da realização da retirada ou o tracionamento dos drenos.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Retirar dreno que não tem mais função proporcionando alívio e conforto ao usuário.

#### Material:

- EPI (máscara, gorro, avental, óculos);
- Esparadrapo ou fita hipoalergênica microporosa;
- Gaze estéril;
- Lâmina de bisturi;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Soro fisiológico 0,9%.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Verificar prescrição médica;
4. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
5. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
6. Oferecer privacidade ao usuário
7. Calçar as luvas;
8. Retirar o ponto que mantém o dreno fixado;
9. Retirar o dreno tracionando levemente;



10. Realizar limpeza local com soro fisiológico;
11. Realizar curativo fechado com gaze e fita hipoalergênica microporosa;
12. Orientar o usuário sobre a presença de hiperemia, edema ou exsudato purulento em torno do local onde estava inserido o dreno, nesse caso deve-se retornar ao médico;
13. Orientar o usuário que o curativo não deve ficar molhado;
14. Informar que se houver alguma alteração procurar o médico assistente.
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice HINKLE, L; CHEEVER KERRY H.; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC)** - Parecer Coren/SC Nº 007/CT/2015. Assunto: Realização da retirada ou o tracionamento dos drenos portovack e penrose. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/Parecer-007-2015-retirada-ou-tracionamento-dos-drenos-portovack-e-penrose-CT-Alta-e-M%C3%A9dia-Complexidade.pdf>  
Acesso em: 18 out. 2021.

## **Parte 4**

# **CUIDADOS RESPIRATÓRIOS**

### **4.1 ASPIRAÇÃO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 29

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ASPIRAÇÃO DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA (RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA)

#### Responsável

Técnico de enfermagem (se usuário estável após avaliação do enfermeiro);

Enfermeiro (na avaliação de nova via aérea ou em usuário com instabilidade ventilatória).

Conforme Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas.

#### Quando:

Usuário em uso de cânula de traqueostomia que apresente sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas superiores, como frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca, tosse sem liberação de secreções das vias aéreas.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Manter as vias aéreas desobstruídas;
- Proporcionar conforto ventilatório.

#### Material:

- 1 par de luvas para aspiração (estéril: plástica ou cirúrgica);
- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Compressas, toalha individual ou lenços de papel;
- Cuba;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Extensão de borracha estéril;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;  
Biombo, se necessário fornecer privacidade ao usuário;
- Frasco coletor;
- Frasco de água destilada;
- Gaze estéril;

- Lua de procedimento;
- Máscara descartável;
- Oxímetro;
- Protetor facial e/ou óculos ou Protetor Facial;
- Solução fisiológica;
- Sonda de aspiração nº 12 ou 14 (circunferência não deve ser maior que 50% do tubo).

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Certificar-se de que o usuário não está recebendo dieta enteral;
7. Explicar a importância e incentivar a tossir quando o cateter for introduzido;
8. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
9. Verificar a pressão arterial;
10. Posicionar o oxímetro no dedo do usuário e garantir que a leitura fique visível durante o procedimento;
11. Posicionar o usuário em posição semi-fowler ou sentado;
12. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;
13. Colocar uma toalha/ papel toalha sobre o peito do usuário;
14. Preparar o material a ser utilizado sobre a mesa de apoio;
15. Despejar a água destilada na cuba e abrir o frasco de solução fisiológica;
16. Escolher a sonda de número adequado e abrir seu invólucro, encaixando a extremidade com pino conector à extensão do sistema coletor de aspiração, já conectado ao vácuo. Manter a extremidade com orifícios protegida no invólucro;
17. Ajustar a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;
18. Calçar luva estéril na mão dominante;
19. Colocar a ponta da sonda na cuba estéril e aspirar uma pequena quantidade de soro fisiológico para testar a aspiração;

20. Solicite que o usuário faça uma inspiração profunda (quando possível), e realize uma hiperoxigenação de acordo com o suporte ventilatório prescrito pelo médico;
21. Quando o usuário não está em ventilação mecânica, é possível realizar uma inalação com solução fisiológica a 0,9% antes de aspirar, para fluidificar as secreções;
22. Introduzir a sonda, clampeando a extensão para não aplicar sucção, por cerca de 12 a 14 cm (2 a 3 cm além do comprimento da cânula);
23. Abrir o vácuo reduzindo a dobra do látex extensor e retirar a sonda em movimentos rotatórios por no máximo 10 a 15 segundos;
24. Deixar o usuário descansar 20 a 30 segundos antes de repetir o procedimento, quantas vezes for necessário. Observar sinais de desconforto do usuário;
25. Lavar a sonda e a extensão com soro fisiológico até ficar livre de secreção;
26. Realizar aspiração de orofaringe e nasofaringe, se necessário. Neste caso, lavar novamente o sistema de sucção;
27. Desligar o aspirador;
28. Verificar a saturação do oxigênio, a frequência respiratória e a pressão arterial. Realizar a ausculta pulmonar;
29. Desconectar a sonda da extensão enrolando-a ao redor dos dedos da mão dominante; retirar a luva, invertendo-a de modo que a sonda fique dentro da luva. Retire a outra luva da mesma maneira, desprezando-as no saco de lixo infectado;
30. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
31. Calçar as luvas de procedimento;
32. Realizar higiene com gazes e soro fisiológico ao redor da traqueostomia e trocar as gazes embaixo das abas da cânula e o cadarço, se estiver sujo;
33. Para o usuário domiciliar, com traqueostomia definitiva, retirar a cânula de metal, higienizar com água corrente e recolocar;
34. Recolher todo o material, dando o destino correto aos mesmos;
35. Deixar o ambiente organizado e o usuário confortável, erguendo a grade da cama;
36. O frasco coletor de secreção de vias respiratórias deve ser substituído quando atingir cerca de 2/3 de sua capacidade;
37. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
38. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

39. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
40. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a quantidade (estimada) de secreção aspirada e seu aspecto. Anotar informações sobre a ausculta pulmonar, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)** - RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017. Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em:

[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017\\_54939.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html)

Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 30

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE E NASOFARINGE

#### Responsável:

Técnico de enfermagem (se usuário estável após avaliação do enfermeiro);  
Enfermeiro (na avaliação de nova via aérea ou em usuário com instabilidade ventilatória).  
Conforme Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas.

#### Quando:

Usuário com dificuldade na função das vias aéreas proveniente de situação pós-operatória, pós-trauma, neurológica ou pela presença de tumor;

Usuário que apresente sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas superiores, como frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca, tosse sem liberação de secreções das vias aéreas.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Complementar a aspiração das vias respiratórias inferiores;
- Manter as vias respiratórias superiores sem secreções;
- Provocar tosse para mobilizar secreções das vias respiratórias inferiores e superiores.

#### Material:

- 1 par de luvas para aspiração (estéril: plástica ou cirúrgica);
- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Compressas, toalha individual ou lenços de papel;
- Cuba;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Extensão de borracha estéril;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
- Biombo se necessário fornecer privacidade ao usuário;

- Frasco coletor;
- Frasco de água destilada;
- Gaze estéril;
- Lixo pequeno ou saco de lixo pequeno;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável;
- Oxímetro;
- Protetor facial e/ou óculos;
- Solução fisiológica;
- Sonda de aspiração nº 12 ou 14.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Verificar a pressão arterial;
7. Desligar a fonte de O<sub>2</sub>, se estiver em uso, caso a aspiração for nasofaríngea;
8. Se indicado, aumente a oxigenioterapia suplementar durante o procedimento (Brunner) – Se o usuário estiver em uso de cateter nasal, podendo permanecer com ele na aspiração orofaríngea;
9. Explicar a importância e incentivar a tossir quando o cateter for introduzido;
10. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
11. Posicionar o oxímetro no dedo do usuário e garantir que a leitura fique visível durante o procedimento;
12. Auxiliar o usuário a assumir uma posição confortável, preferencialmente Semi-Fowler, com a cabeça em hiperextensão, caso não haja contra-indicação;
13. Colocar a toalha sobre o peito do usuário;
14. Dispor os materiais que serão utilizados sobre a mesa de apoio;
15. Despejar a água destilada na cuba e abrir o frasco de solução fisiológica;
16. Escolher a sonda de número adequado e deixá-la sobre a bandeja;
17. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;



18. Adaptar o vacuômetro ou aspirador ao frasco coletor;
19. Ajustar a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;
20. Abrir o invólucro da sonda de aspiração sem retirá-la da embalagem;
21. Conectar a sonda de aspiração na extensão do aspirador, através do pino conector;
22. Remover o oxigênio, se o usuário estiver utilizando;
23. Calçar luva estéril na mão dominante;
24. Segurar a sonda estéril com a mão dominante e utilizar a outra mão para clampar a borracha do intermediário;
25. Colocar a ponta da sonda na cuba estéril e aspirar uma pequena quantidade de soro fisiológico;
26. a) Aspiração de orofaringe:
  - i. Introduzir a sonda na boca do usuário ao longo da linha da gengiva, até a faringe (cerca de 12cm);
  - ii. Retirar a sonda, aplicando pressão, fazendo movimentos rotatórios até que a secreção seja removida (atenção para que a ponta da sonda não aspire a mucosa oral);
  - iii. Dar intervalos de pelo menos 1 minuto para o usuário tossir; oferecer-lhe lenços de papel para limpar as secreções;
  - iv. Se o usuário apresentar náuseas, suspender o procedimento momentaneamente;
  - v. Estimular o usuário a tossir e aplicar nova aspiração, se necessário;
  - vi. Manter a máscara de O2 próximo ao usuário e reaplicar rapidamente; caso o usuário apresentar baixa na saturação ou desconforto respiratório durante ou ao fim da aspiração;
  - vii. Lavar a sonda com água destilada e limpar a ponta com gaze estéril;
  - viii. Aspirar a boca com movimentos suaves, retirando a secreção;
  - ix. Lavar a sonda e a extensão do aspirador até que estejam limpos;
  - x. Higienizar as mãos;
  - xi. Limpar o rosto do usuário;
  - xii. Reposicionar a fonte de oxigênio, conforme a prescrição;
  - xiii. Verificar sinais de desconforto respiratório e aferir pressão arterial;
- b) Aspiração nasofaríngea
  - xiv. Verificar previamente se há contra-indicações para esta via de aspiração: passagens nasais obstruídas, hemorragia nasal, epiglotite, lesão aguda, cirurgia na cabeça, face

ou pescoço, coagulopatia ou distúrbio hemorrágico, via aérea irritável, desvio de septo (contraindicando uma das narinas);

- xv. Introduzir a sonda por uma das narinas delicadamente durante a inspiração, retirando a sonda com movimentos rotatórios entre o dedo indicador e polegar;
- xvi. Dar intervalos de pelo menos 1 minuto para o usuário tossir, oferecendo-lhe lenços de papel e o lixo para descarte;
- xvii. Repetir o procedimento até reduzir a quantidade de secreção.
- xviii. Se o usuário sentir náuseas ou mal-estar, retire a sonda e ligue o oxigênio;

27. Desconectar a sonda da extensão enrolando-a ao redor dos dedos da mão dominante; retirar a luva, invertendo-a de modo que a sonda fique dentro da luva. Retire a outra luva da mesma maneira, colocando as no saco de lixo infectado;

28. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente

29. Desligar o aspirador, limpar o rosto do usuário com lenços de papel ou toalha de rosto;

30. Ligar o oxigênio conforme a prescrição (manter a cabeceira elevada);

31. O frasco coletor de secreção de vias respiratórias deve ser substituído quando atingir cerca de 2/3 de sua capacidade;

32. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

33. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

34. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a quantidade {estimada} de secreção aspirada e seu aspecto. Anotar a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

#### Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017**. Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017\\_54939.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html)

Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 31

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ASPIRAÇÃO DE TUBO OROTRAQUEAL (TOT) OU CÂNULA ENDOTRAQUEAL

#### Responsável:

Técnico de enfermagem (se usuário estável após avaliação do enfermeiro);

Enfermeiro (na avaliação de nova via aérea ou em usuário com instabilidade ventilatória).

Conforme Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas.).

#### Quando:

Usuário em uso de cânula endotraqueal que apresente sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas superiores, como frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca, tosse sem liberação de secreções das vias aéreas.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Diminuir riscos de infecções;
- Manter as vias aéreas desobstruídas;
- Proporcionar conforto ventilatório.

#### Material:

1 par de luvas para aspiração (estéril: plástica ou cirúrgica);  
Avental de manga longa;  
Bandeja;  
Compressas; Toalha individual ou lenços de papel;  
Cuba;  
Esfigmomanômetro;  
Estetoscópio;  
Extensão de borracha estéril;  
Fonte de vácuo ou aspirador portátil;  
Biombo, se necessário fornecer privacidade ao usuário;  
Frasco coletor;  
Frasco de água destilada;

Gaze estéril;  
Lixo pequeno ou saco de lixo pequeno;  
Luva de procedimento;  
Máscara descartável;  
Oxímetro;  
Protetor facial e/ou óculos;  
Solução fisiológica;  
Sonda de aspiração nº 12 ou 14 (circunferência não deve ser maior que 50% do tubo).

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Certificar-se de que o usuário não está recebendo dieta enteral;
7. Explicar a importância e incentivar a tossir quando o cateter for introduzido;
8. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
9. Verificar a pressão arterial;
10. Realizar ausculta da traqueia e dos pulmões;
11. Posicionar o oxímetro no dedo do usuário e garantir que a leitura fique visível durante o procedimento;
12. Posicionar o usuário em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira em 30 a 40°;
13. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;
14. Colocar a toalha/ papel toalha sobre o peito do usuário;
15. Preparar o material a ser utilizado sobre a mesa de apoio, com técnica estéril;
16. Despejar a água destilada na cuba e abrir o frasco de solução fisiológica;
17. Escolher a sonda de número adequado e abrir seu invólucro, encaixando a extremidade com pino conector à extensão do sistema coletor de aspiração, já conectado ao vácuo. Manter a extremidade com orifícios protegida no invólucro;
18. Realizar hiperoxigenação durante 30 a 60 segundos antes da aspiração, de acordo com o suporte ventilatório a que o usuário estiver submetido;
19. Ajustar a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;

20. Calçar luva estéril na mão dominante;
21. Colocar a ponta da sonda na cuba estéril e aspirar uma pequena quantidade de soro fisiológico para testar a aspiração;
22. Segurar o tubo firmemente, para que não exteriorize, e desconectá-lo do circuito ventilatório (se o usuário estiver em ventilação mecânica);
23. Fechar o vácuo da sonda, dobrando o látex extensor e introduzir a sonda através do tubo até sua extensão completa somada a seu adaptador ou até encontrar resistência ou o usuário tossir, em seguida, recue 1cm e aplique a pressão de aspiração;
24. Abrir o vácuo reduzindo a dobra do látex extensor e retirar a sonda em movimentos circulares, pelo tempo máximo de 10 a 15 segundos;
25. Oferecer o máximo aporte de oxigênio (se usuário em ventilação mecânica, conecte ao ventilador);
26. Deixar o usuário descansar 20 a 30 segundos antes de fazer outra aspiração;
27. Repetir o procedimento de aspiração quantas vezes forem necessárias para a higiene brônquica;
28. Lavar o cateter e a extensão com soro fisiológico até ficar livre de secreção;
29. Desligar o aspirador;
30. Reajustar o tubo e a fração de oferta de oxigênio ao nível estabelecido antes do procedimento;
31. Verificar a saturação do oxigênio, a frequência respiratória e a pressão arterial. Realizar a ausculta pulmonar;
32. Realizar aspiração orofaríngea e nasofaríngea, se necessário;
33. Desconectar a sonda da extensão enrolando-a ao redor dos dedos da mão dominante; retirar a luva, invertendo-a de modo que a sonda fique dentro da luva. Retire a outra luva da mesma maneira, colocando-as no saco de lixo infectado;
34. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
35. Calçar as luvas de procedimento e desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
36. Deixar o ambiente organizado e o usuário confortável, erguendo a grade da cama;
37. O frasco coletor de secreção de vias respiratórias deve ser substituído quando atingir cerca de 2/3 de sua capacidade;
38. Retirar as luvas e descartá-las;

39. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
40. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
41. Evoluir procedimento no prontuário do usuário; informando o horário, a quantidade (estimada) de secreção aspirada e seu aspecto. Anotar informações sobre a ausculta pulmonar, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)** - RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017. Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em:

[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017\\_54939.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html)

Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 32

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL

#### Responsável:

Técnico de enfermagem (se usuário estável após avaliação do enfermeiro);  
Enfermeiro (na avaliação de nova via aérea ou em usuário com instabilidade ventilatória).  
Conforme Resolução COFEN nº 557/2017 que aprova no âmbito da equipe de enfermagem, o procedimento de aspiração de vias aéreas.

#### Quando:

Conforme prescrição;

Usuário que apresente sinais e sintomas de obstrução das vias aéreas superiores e inferiores, como frequência respiratória anormal, sons adventícios na inspiração ou expiração, secreções nasais, inquietação, secreções gástricas ou vômito na boca, tosse sem liberação de secreções das vias aéreas;

Usuário com dificuldade na função das vias aéreas proveniente de situação pós-operatória, pós-trauma, neurológica ou pela presença de tumor.

Verificar previamente se há contraindicações para esta via de aspiração: passagens nasais obstruídas, hemorragia nasal, epiglote, lesão aguda, cirurgia na cabeça, face ou pescoço, coagulopatia ou distúrbio hemorrágico, via aérea irritável, desvio de septo (contraindicando uma das narinas)

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

Melhorar a ventilação pulmonar;  
Provocar tosse para mobilizar secreções das vias respiratórias inferiores e superiores.  
Remover as secreções traqueobrônquicas.

#### Material:

- 1 par de luvas para aspiração (estéril: plástica ou cirúrgica);
- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Cuba;

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Extensão de borracha estéril;
- Fonte de vácuo ou aspirador portátil;
- Biombo se necessário fornecer privacidade ao usuário;
- Frasco coletor;
- Frasco de água destilada;
- Gaze estéril;
- Lixo pequeno ou saco de lixo pequeno;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável;
- Oxímetro;
- Protetor facial e/ou óculos;
- Solução fisiológica;
- Sonda de aspiração nº 12 ou 14;
- Toalha individual ou lenços de papel.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Realizar a ausculta dos pulmões e da traqueia;
7. Verificar a pressão arterial;
8. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
9. Posicionar o oxímetro no dedo do usuário e garantir que a leitura fique visível durante o procedimento;
10. Auxiliar o usuário a assumir uma posição confortável, preferencialmente Semi-Fowler, com a cabeça em hiperextensão, caso não haja contra-indicação;
11. Colocar a toalha sobre o peito do usuário;



12. Dispor os materiais que serão utilizados sobre a mesa de apoio, deixando o lubrificante aberto;
13. Despejar a água destilada na cuba e abrir o frasco de solução fisiológica;
14. Escolher a sonda de número adequado e mantê-la na embalagem para não contaminar;
15. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;
16. Adaptar o vacuômetro ou aspirador ao frasco coletor;
17. Promover hiperoxigenação durante 30 a 60 segundos antes da aspiração e nos intervalos (utilize o suporte ventilatório prescrito ou a bolsa inflável conectada em oxigênio);
18. Ajustar a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;
19. Abrir o invólucro da sonda de aspiração sem retirá-la da embalagem;
20. Conectar a sonda de aspiração na extensão do aspirador, através do pino conector;
21. Remover o oxigênio, se o usuário estiver utilizando;
22. Calçar luva estéril na mão dominante;
23. Segurar a sonda estéril com a mão dominante e utilizar a outra mão para clampar a borracha do intermediário;
24. Colocar a ponta da sonda na cuba estéril e aspirar uma pequena quantidade de soro fisiológico;
25. Cobrir a ponta da sonda com o lubrificante hidrossolúvel (6 a 8 cm);
26. Introduzir delicadamente a sonda em uma das narinas; solicitando que o usuário inspire profundamente (não aplicar pressão no vacuômetro enquanto está introduzindo a sonda).  
Obs: se houver resistência, remova um pouco a sonda e torne a introduzi-la quando o usuário inspirar;
27. Aguardar reflexo da tosse para definir o limite da introdução (cerca de 15 a 20cm). Recuar 1 a 2 cm antes de aplicar a aspiração;
28. Aplicar pressão enquanto retira a sonda em movimentos circulares, não ultrapassando 10 segundos;
29. Estimular o usuário a tossir e a expelir as secreções após cada aspiração (oferecer lenços de papel se ele estiver expectorando);
30. Repetir a aspiração por duas ou três vezes, com intervalos de 30 segundos. Fornecer oxigênio nesses períodos;
31. Lavar a sonda e a extensão de látex com água estéril nos intervalos de cada aspiração e ao final, até que fique livre de secreções;

32. Verificar a saturação de oxigênio e observar sinais de ansiedade, aflição ou asfixia no usuário. Na presença desses sinais, retire a sonda, forneça oxigênio, verifique a pressão arterial e solicite a presença do médico;
33. Se o usuário sentir náuseas ou mal-estar, retire a sonda e ligue o oxigênio;
34. Aspirar as secreções da boca do usuário somente ao final, fazendo sucção suave;
35. Desconectar a sonda da extensão enrolando-a ao redor dos dedos da mão dominante; retirar a luva, invertendo-a de modo que a sonda fique dentro da luva. Retire a outra luva da mesma maneira, colocando as no saco de lixo infectado;
36. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
37. Colocar novas luvas de procedimento;
38. Desligar o aspirador, limpar o rosto do usuário com lenços de papel ou toalha de rosto;
39. Ligar o oxigênio conforme a prescrição (manter a cabeceira elevada);
40. Realizar a ausculta da traqueia e dos pulmões e verificar a pressão arterial;
41. O frasco coletor de secreção de vias respiratórias deve ser substituído quando atingir 2/3 de sua capacidade;
42. Retirar as luvas e descartá-las;
43. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material
44. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
45. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a quantidade (estimada) de secreção aspirada e seu aspecto. Anotar dados das ausculta, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial. Informar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

#### **Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 557/2017**. Aprovar, no âmbito da Equipe de Enfermagem, o procedimento de Aspiração de Vias Aéreas. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017\\_54939.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html)

Acesso em: 18 out. 2021.

# **Parte 4**

## **CUIDADOS RESPIRATÓRIOS**

### **4.2 TRAQUEOSTOMIA**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 33

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: FIXAÇÃO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA / TROCA DE CADARÇO

#### Responsável:

Enfermeiro de acordo com PARECER COREN/SC Nº 014/CT/2019, Troca da cânula de traqueostomia

#### Quando:

Aos usuários portadores de cânula de traqueostomia, em ventilação mecânica ou não.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Prevenir o deslocamento ou saída acidental cânula de traqueostomia ou do tubo traqueal.
- Proporcionar higiene e conforto ao usuário

#### Material:

- Água morna;
- Avental de manga longa;
- Bandeja;
- Cadarço para cânula endotraqueal (traqueostomia);
- Cuba;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário;
- Gaze estéril;
- Luva de procedimento;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção ou Protetor Facial;
- Oxímetro;
- Pinças estéreis;
- Sabonete líquido;
- Solução fisiológica;
- Tesoura;
- Toalha individual ou lenços de papel.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Explicar a importância da sua participação e de evitar tossir quando a fixação for retirada para troca;
7. Calçar as luvas de procedimento e os demais equipamentos de proteção individual;
8. Posicionar o usuário em posição semi-fowler ou sentado;
9. Abaixar a grade da cama do lado em que ficará posicionado;
10. Colocar uma toalha/ papel toalha sobre o peito do usuário;
11. Preparar o material a ser utilizado sobre a mesa de apoio e realizar a aspiração necessária;
12. Preparar os materiais de fixação (cadarço deve ter o comprimento para 2 voltas no pescoço do usuário – 60-75cm, para o adulto);
13. Calçar luvas de procedimento;
14. Solicitar que o usuário faça uma inspiração profunda (quando possível), e realizar uma hiperoxigenação de acordo com o suporte ventilatório prescrito pelo médico;
15. Retirar as gazes antigas e colocar em saco de lixo contaminado; manter o cadarço até colocar o outro;
16. Limpar a área ao redor da traqueostomia com água morna, gaze e sabonete líquido;
17. Secar com gaze e retirar as luvas;
18. Higienizar as mãos e colocar luvas de procedimento;
19. Secar com gaze e pegar o cadarço já cortado;
20. Passar o cadarço na parte posterior do pescoço e mantê-lo centralizado;
21. Passar uma ponta do cadarço na abertura lateral da cânula em ambos os lados (entrando pela abertura posterior e saindo pela anterior);
22. Ajustar o cadarço suavemente deixando cerca de 1 cm de folga;
23. Juntar as duas pontas e fazer um laço na região posterior do pescoço ou na região lateral;
24. Colocar gaze embaixo da parte lateral direita e esquerda da cânula para proteção da pele;
25. Verificar a saturação do oxigênio e a frequência respiratória;
26. Para o usuário domiciliar, com traqueostomia definitiva, retirar a cânula de metal, higienizar com água corrente e recolocar;

27. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
28. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
29. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
30. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio. Registrar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

### **Tubo endotraqueal**

1. Cortar o cadarço do tamanho adequado;
2. Segurar o tubo para evitar seu deslocamento, posicionando-o na altura da arcada dentária;
3. Dobrar o cadarço ao meio formando uma alça, passe essa alça em volta do tubo na altura da arcada dentária e faça três nós sem ocluir a sua luz, passe uma das tiras ao redor da cabeça do usuário e amarre as duas pontas. Verifique se a fixação está adequada e retire a anterior, desprezando-a no saco de lixo;
4. Colocar gaze ao redor do cadarço e em cima das orelhas para não machucar a pele;
5. Deixar o usuário em posição confortável;
6. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
7. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
8. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando o horário, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio. Registrar se houve intercorrências e as medidas tomadas.

### **Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) - RESOLUÇÃO COFEN Nº 639/2020**. Dispõe sobre as competências do Enfermeiro no cuidado aos pacientes em ventilação mecânica no ambiente extra e intra-hospitalar. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-639-2020\\_79633.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-639-2020_79633.html)

Acesso em: 18 out. 2021.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COFEN – SC)**. PARECER COREN/SC Nº 014/CT/2019. Assunto: Troca da cânula de traqueostomia (metal x metal - ex.: exteriorização acidental) e

decanulação após avaliação equipe multiprofissional. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/PT-014-2019.pdf>

Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 34

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: HIGIENIZAÇÃO DO INTERMEDIÁRIO DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA (SUBCÂNULA)

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Sempre que necessário;  
Diariamente no banho do usuário.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Promover a limpeza do intermediário da cânula de traqueostomia (subcânula), a fim de proporcionar conforto ventilatório ao usuário, manter a perviabilidade da cânula e evitar processos infecciosos.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Protetor facial e/ou óculos de proteção;
- 1 pacote de gazes;
- Escova para limpeza do intermediário (subcânula) ou haste rígida o suficiente para auxiliar a introdução da gaze na subcânula;
- Álcool em gel;
- Local a ser realizado o procedimento;
- Pia com água corrente no expurgo.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;



5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Posicionar o usuário em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 30°;
7. Colocar o EPI recomendado (luvas, máscara e óculos);
8. Destruir o intermediário (subcânula) da cânula e retire-o;
9. Lavar em água corrente com auxílio de uma escova ou introduzindo gaze em seu interior. Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias até que fique completamente limpo. Secar o intermediário. Reintroduzir a subcânula na cânula e travar em encaixe apropriado;
10. Deixar o usuário confortável em decúbito a 30°, se possível;
11. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
12. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
13. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRUNNER & SUDDARTH: **tratado de enfermagem médico-cirúrgica** / Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever; revisão técnica Sônia Regina de Souza – 14.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

# **Parte 4**

## **CUIDADOS RESPIRATÓRIOS**

### **4.3 OXIGENIOTERAPIA**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 35

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: **ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO**

#### **Responsável:**

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### **Quando:**

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

**Objetivo:** Fornecer aporte de oxigênio umidificado para usuário com dificuldade de realizar oxigenação espontânea/de forma natural

#### **Material:**

- Almotolia com álcool a 70%;
- Bandeja e/ou cuba rim;
- Cateter nasal ou máscara de oxigênio compatível com o usuário;
- Conexão de látex;
- 1. Espardrapo e/ou hipoalergênico microporoso;
- Fluxômetro de O<sub>2</sub>;
- Fonte de oxigênio (unidade fixa na parede e/ou cilindro);
- Frasco com água destilada ou SF 0,9%;
- Gaze;
- Luvas de procedimento;
- Umidificador.

#### **Descrição do procedimento:**

2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Reunir o material indicado para o procedimento;
4. Conferir a prescrição;
5. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
6. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;

7. Oferecer privacidade ao usuário;
8. Preparar o umidificador, colocando água destilada entre os níveis mínimo e máximo;
9. Faça a etiqueta contendo as informações (nome dos usuários, data e hora da instalação do dispositivo, fluxo de oxigênio em l/min). Cole no frasco;
10. Levar a bandeja até o ambiente do usuário e colocá-la próximo ao usuário;
11. Apresentar-se ao usuário e/ou acompanhante;
12. Checar os dados de identificação do usuário;
13. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento.
14. Promover privacidade do usuário;
15. Posicionar adequadamente o usuário para procedimento elevando a cabeceira do leito entre 30 e 45º;
16. Calçar as luvas de procedimento;
17. Instalar o fluxometro na fonte de O<sub>2</sub>;
18. Conectar o umidificador ao fluxometro;
19. Limpar as narinas do usuário com gaze umedecida em Solução fisiológica;
20. Colocar o cateter nasal ou máscara de oxigênio.

**Cateter nasal:**

- a. Se cateter nasal simples:
  - I. Introduza a ponta do cateter (4 a 5 cm) em uma das narinas;
  - II. Fixe o cateter no nariz ou na face com fita adesiva hipoalergênica
- b. Se cateter tipo óculos:
  - I. - Introduza os “pinos” do cateter nas narinas
  - II. - Ajuste o cateter ao redor das orelhas e sob o mento

**Máscara de oxigênio:**

- I. Colocar a máscara sob o nariz, a boca e o queixo;
  - II. Puxar a faixa elástica para trás da cabeça e do pescoço e ajustá-la na lateral da face, até o ajuste confortável ao rosto e boca do usuário;
    - III. Conectar o cateter ou máscara na extensão do umidificador;
  - III. Ajustar o volume de litros de O<sub>2</sub> conforme prescrição ;
21. Deixar o usuário confortável;
  22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

23. Inserir código do procedimento conforme tabela Sigtap;

24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observação:**

A oxigenioterapia pode ser classificada em:

1. Sistema de baixo fluxo: cânula nasal duplo, cateter nasofaringe e máscara para nebulização;
2. Sistema de alto fluxo: máscara com sistema reservatório, máscara de Venturi, tenda facial e máscara/colar para traqueostomia.

**Modos de liberação de oxigênio:**

Método de liberação	Porcentagem de O <sub>2</sub> liberado	Fluxo em litro
Cânula nasal	Oxigênio 21% mais 3% por litro	0,5 a 6 l/min.
Cateter nasofaringe	FIO <sub>2</sub> varia com o fluxo inspiratório	<3 l/min.
Máscara de ventura	FIO <sub>2</sub> 24 a 50%	3 a 15 l/min.
Máscara de facial simples	FIO <sub>2</sub> 35 a 50%	4 a 8 l/min.
Máscara facial com bolsa reservatória	FIO <sub>2</sub> 50 a 75%	>6 l/min.

**Recomendações:**

1. O uso de oxigênio deve ser feito sob prescrição
2. A equipe de enfermagem deve observar e anotar: nível de consciência, frequência e padrão respiratório, perfusão periférica, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, pressão arterial
3. Orientar usuário quanto importância da respiração nasal
4. A fixação do cateter nasal simples deve ser trocada diariamente
5. Deve-se fazer revezamento das narinas em caso de cateter nasal simples
6. O cateter de oxigênio é de uso individual e não demanda troca programada, devendo ser mantido protegido em embalagem plástica, realizando desinfecção com álcool a 70% a cada reuso e descartá-lo na alta do usuário
7. Caso seja necessário repor solução no frasco, desprezar o líquido e realizar novo preenchimento após higienização do frasco
8. O frasco/extensão do umidificador, quando utilizado com água, deve ser trocado a cada 24 horas; quando utilizado sem água, deve ser trocado se apresentar sujidade ou, no máximo, a cada 7 dias

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**Parte 5**  
**CUIDADOS COM**  
**PARÂMETROS**  
**CLÍNICOS**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 36

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE ALTURA

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Obter o valor preciso da altura dos indivíduos maiores de 02 anos para avaliação antropométrica.
- Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional, condições de saúde, crescimento e desenvolvimento dos usuários, cálculo de dosagem de medicamento.

#### Materiais:

- Régua antropométrica ou balança antropométrica ou antropômetro de parede.
- Papel toalha
- Álcool 70%

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Orientar o usuário a retirar os sapatos, assim como adereços de cabelo que possam interferir na tomada da medida.
6. Posicionar o usuário no centro do equipamento, de costas para a régua medidora



7. Orientá-lo a manter-se ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos e os pés em angulo reto com as pernas.
8. Verificar se os cinco pontos: parte posterior da cabeça, ombros, nádegas, panturrilhas e calcanhares estão encostados no estadiômetro ou parede. Caso não seja possível, verificar se ao menos três pontos estejam encostados.
9. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-o contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
10. Solicitar o usuário a retirar-se do equipamento quando tiver certeza que o mesmo não se moveu.
11. Realizar a leitura da altura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
12. Registrar a altura no caso de crianças, na Caderneta de Saúde da Criança.
13. Realizar a desinfecção do equipamento com solução alcoólica 70%.
14. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **OBSERVAÇÃO**

1. A avaliação da estatura pode ser dividida em dois conceitos distintos: comprimento e altura. Utiliza-se o termo comprimento para mensuração do crescimento linear em crianças menores de 2 anos de idade. Já o termo altura é empregado para medidas destinadas às crianças, ou mesmo adultos, em posição ereta (LYRA, 2011)
2. Atentar para cuidados na aferição da altura em usuários com dificuldades de locomoção

#### **Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; SILVA, Carlos Roberto Lyra da; SANTIAGO, Luiz Carlos. **Semiologia em enfermagem**. São Paulo: Rocca, 2011.

BOWDEN, Vicky R., Greenberg, Cindy Smith. **Procedimentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.: il.**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 37

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE COMPRIMENTO

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Obter o comprimento exato da criança menor de 2 anos.
- Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional, condições de saúde, crescimento e desenvolvimento do usuário, cálculo de dosagem de medicamento

#### Materiais:

- Infantômetro,
- Álcool 70%,
- Papel toalha,
- Luvas de procedimento.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar a criança e o responsável perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a criança e familiares;
5. Reunir o material e calçar luvas de procedimento, se necessário
6. Realizar a desinfecção do infantômetro com solução alcoólica 70%
7. Orientar responsável a retirar os sapatos da criança, assim como adereços de cabelo que possam interferir na tomada da medida

8. Deitar a criança no centro do infantômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços
9. Manter com a ajuda do responsável a cabeça apoiada contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito. Os ombros, nádegas e calcanhares totalmente em contato com a superfície do infantômetro.
10. Pressionar cuidadosamente, os joelhos da criança de modo que eles fiquem estendidos.
11. Juntar os pés e levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés;
12. Realizar a leitura do comprimento;
13. Solicitar ao responsável a retirar a criança do infantômetro;
14. Anotar o comprimento na Caderneta de Saúde da Criança
15. Realizar a desinfecção do infantômetro com solução alcoólica 70%
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

1. A avaliação da estatura pode ser dividida em dois conceitos distintos: comprimento e altura. Utiliza-se o termo comprimento para mensuração do crescimento linear em crianças menores de 2 anos de idade. Já o termo altura é empregado para medidas destinadas à crianças, ou mesmo adultos, em posição ereta (LYRA, 2011);

**Referências:**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviço de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN/Brasília: Ministério da Saúde, 2011.**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 38

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA (sinais vitais)

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior;  
Antes e após procedimentos invasivos;  
Antes e após administração de medicamentos que possam acelerar ou diminuir a FC.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Verificar o estado geral da saúde cardiovascular e a resposta ao organismo a outros desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;
- Avaliar estado geral do usuário;
- Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;
- Avaliar reações medicamentosas.

#### Materiais:

- Relógio com marcador de segundos;
- Estetoscópio se necessário;
- Caneta e papel se necessário.

#### Descrição do procedimento:

- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Reunir o material indicado para o procedimento;
- Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
- Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
- Manter o usuário em posição confortável;

### **Aferição de Pulso Apical:**

- Expor a região torácica;
- Posicionar o estetoscópio devidamente higienizado com álcool a 70% na região torácica (5º espaço intercostal esquerdo da linha hemiclavicular);
- Auscultar as bulhas cardíacas por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto à fonética, ritmo e frequência);

### **Aferição de Pulso Arterial:**

- Posicionar os dedos indicador e médio sobre a artéria escolhida, pressionando levemente contra saliência óssea;
- Enumerar as pulsações por 60 segundos ininterruptos (avaliar quanto a volume, ritmo e frequência);
- Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

### **Recomendações**

- O usuário deve estar tranquilo, sem a influência de fatores de estresse e ruídos que interfiram na contagem.
- Os valores de referência para a frequência cardíaca em adultos são: 60 a 100 bpm (normocardia), < 60 bpm (bradicardia), > 100 bpm (taquicardia); sendo bpm: batimentos por minuto
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada usuário.
- Para usuário sem precaução de contato, é recomendado manter um estetoscópio exclusivo.
- Além da frequência, verifique o ritmo e a amplitude do pulso (cheio ou filiforme)

### **Valores de referência**

Os valores de referência para a frequência do pulso periférico são, em batimentos por minuto (bpm):

Menores de 7 anos: 80 a 120 bpm (normocardia)

Maiores de 7 anos: 70 a 90 bpm (normosfigmia)

Adolescentes: 80 a 95 bpm (normosfigmia)

Adultos:

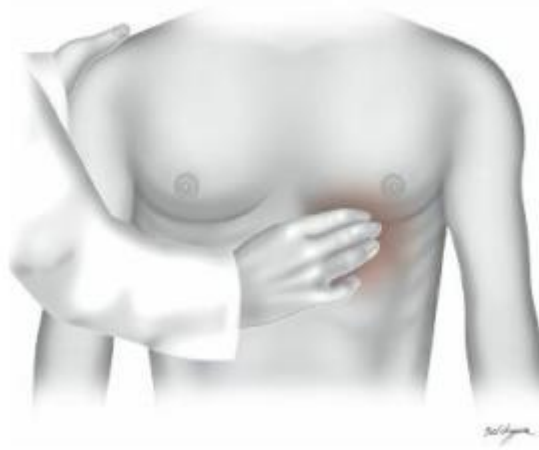
60 a 100 bpm (normosfigmia)

< 60 bpm (bradisfigmia)

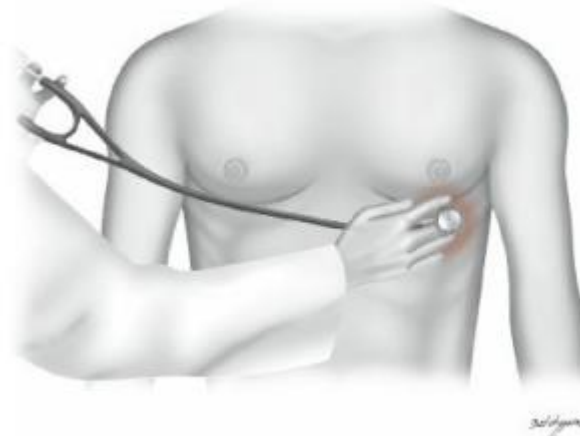
> 100 bpm (taquisfigmia).

**Observações:**

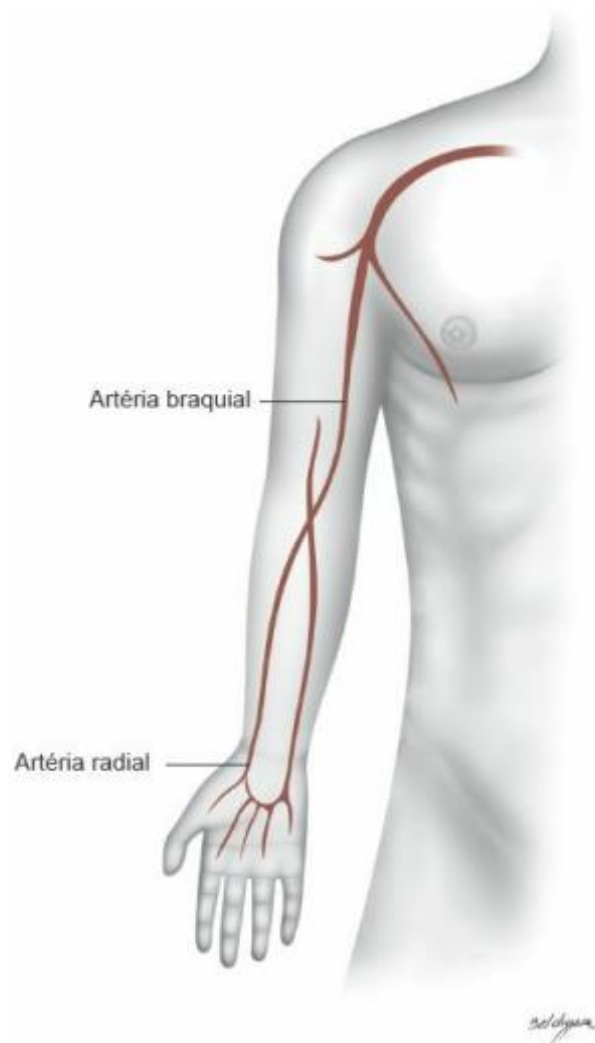
1. Comunicar o enfermeiro e médico qualquer alteração;
2. Considerar se o usuário realiza atividade física regular, neste caso, a frequência padrão pode ser inferior ao padrão.



**Figura 3: Palpação de pulso apical.**



**Figura 4: Detalhe do posicionamento do estetoscópio no 5º espaço intercostal.**



**Figura 5: Posição anatômica das artérias de eleição, radial e braquial, no membro superior.**



**Figura 6: Palpação de pulso radial.**





**Figura 7: Palpação de pulso braquial.**

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual De Procedimentos Operacionais Padrão (Pop) Enfermagem** – SMS Campinas, versão n°2, 2016, disponível em:

[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP\\_Enfermagem\\_2020.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf)

Acesso em 10 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 39

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (SINAIS VITAIS)

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior;

Antes e após procedimentos invasivos;

Antes e após administração de medicamentos que possam acelerar ou diminuir a FR.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas.
- Avaliar estado geral do paciente, auxiliando no diagnóstico e tratamento de alterações.
- Acompanhar a evolução da doença.

#### Materiais:

- Relógio com marcador de segundos;
- Estetoscópio se necessário;
- Caneta e papel se necessário.

#### Descrição do procedimento:

- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Reunir o material indicado para o procedimento;
- Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
- Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
- Manter o usuário em posição confortável;
- Colocar a mão no pulso do cliente simulando a verificação do pulso;

- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax – os dois movimentos (inspiratório e expiratório) somam um movimento respiratório;
- Contar os movimentos respiratórios por 60 segundos;
- Comunicar ao enfermeiro e médico se alterações.
- Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70%;
- Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

### Recomendações

- Para que a verificação da frequência respiratória seja feita de maneira correta, é necessário que o paciente esteja tranquilo e em silêncio;
- Se as respirações forem superficiais e de difícil detecção, observe o apêndice xifoide, local em que a respiração é mais aparente;
- Em bebês ou crianças, deve-se avaliar a respiração sem que estejam chorando, pois isso pode alterar a condição respiratória
- Os equipamentos de proteção individual (EPI) devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente;

### Valores de referência

Para frequência respiratória, os valores são:

Adultos:
12 a 22 rpm (eupneia)
> 22 rpm (taquipneia)
< 12 rpm (bradipneia)
Crianças:
20 a 25 rpm (eupneia)
RN: 30 a 60 rpm (eupneia).

### Nomenclatura

rpm: respirações por minuto

Dispneia: refere-se à sensação subjetiva de falta de ar relatada pelo paciente. Pode ou não estar associada à taquipneia.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual De Procedimentos Operacionais Padrão (Pop) Enfermagem** – SMS Campinas, versão nº2, 2016. Disponível em:

[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP\\_Enfermagem\\_2020.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP_Enfermagem_2020.pdf)

Acesso em: 10 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 40

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário ou conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Monitorar o nível de glicose sanguínea;
- Fornecer parâmetros para a prescrição de insulina;
- Analisar e acompanhar a eficácia do plano alimentar, do uso de medicamentos e de outras práticas intervencionistas.

#### Materiais:

- Cuba com algodão para limpeza e álcool a 70%, ou swab com álcool.
- Lanceta descartável com proteção ou Agulha 13 x 4,5, em caso de absoluta inexistência da lanceta;
- Luvas para procedimento;
- Algodão;
- Glicosímetro portátil;
- Caixa para descarte de material perfurocortante.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Calçar luvas de procedimento;

6. Localizar superfície na face lateral, da falange distal (extremidade) dos dedos médios ou anular em crianças maiores de um ano e em adultos;
7. Fazer assepsia do local da punção e permitir secagem natural (álcool a 70%), ou solicitar para o usuário a lavagem das mãos com água e sabão;
8. Preparar a lanceta de punção, ou preparar o lancetador ou caneta de punção (seguir a orientação do fabricante);
9. Deixar o braço do usuário pendente ao longo do corpo por 30 segundos;
10. Ordenhar o dedo da base para a ponta;
11. Puncionar a face lateral da falange distal com lanceta;
12. Caneta para punção – lancetador: a agulha só sai quando o dispositivo é acionado pelo o profissional na pele do usuário. Neste caso uma vez retraído a agulha não existe possibilidade de reutilização.
13. Quando punção mecânica - descartar a lanceta em caixa para pérfuro cortante (cuidar para não ocasionar acidente perfurocortante);
14. Com o dedo puncionado voltado para baixo preencher com a gota de sangue toda a área da fita reagente;
15. Limpar o local com algodão seco;
16. Pressionar o local da punção com algodão ou gaze e elevar ligeiramente a extremidade puncionada acima do nível do coração para interromper a saída de sangue;
17. Acompanhar a avaliação realizada pelo monitor portátil ou acompanhar o resultado das tiras de leitura;
18. Ler o resultado;
19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.



**Figura 9:** Aferição de glicemia capilar.

### **Recomendações**

1. Verificar validade das tiras reagentes para determinação de glicose no sangue;
2. Verificar jejum ou pós-prandial;

Calibragem do aparelho, verificar se o lote é correspondente às fitas;

### **Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2014.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 41

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE PESO

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Avaliar a evolução pondero-estatural do indivíduo, peso atualizado
- Interpretação das aferições antropométrica para estabelecimento de diagnóstico nutricional e cálculo de dosagem de medicamento.

#### Materiais:

- Álcool 70%,
- Papel toalha,
- Balança eletrônica digital e balança eletrônica pediátrica (digital),
- Luvas de procedimento não estéril se necessário,

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Conduzir a cliente até a balança.
6. Certificar-se de que a balança está afastada da parede.
7. Verificar se a balança está calibrada.
8. Forrar a balança com papel toalha.



9. Orientar a cliente para retirar chapéu, boné, bolsas, casacos e sapatos.
10. Auxiliar a cliente a subir na balança.
11. Posicionar o usuário com a cabeça alinhada ao corpo, os braços estendidos ao longo do corpo e os pés juntos. Orientar que não se mexa.
12. Observar o valor indicado do peso indicado no visor da balança.
13. Solicitar ou auxiliar o cliente a descer da balança e a calçar os sapatos.
14. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Em balança pediátrica eletrônica (digital):**

1. Ligar a balança e certificar-se de que a mesma encontra-se zerada;
- ~~2.~~ Crianças menores de dois anos: com ajuda do responsável despír a criança
3. Forrar o prato da balança com papel ou lençol;
4. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato;
5. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na balança na criança e no equipamento;
6. Realizar a leitura quando o valor do peso estiver fixo no visor;
7. Retirar a criança;
8. Com ajuda do responsável vestir a criança;
9. Registrar o peso no cartão da criança, incluindo o gráfico de crescimento e desenvolvimento;
10. Proceder à assepsia do prato da balança com álcool 70%;
11. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
12. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
13. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

1. Registrar caso o usuário esteja usando, gesso, calha gessada, órteses ou próteses que possam alterar os valores de peso mesurados.

2. Usuário cadeirante pode ser pesado no colo do acompanhante, descontando o peso do acompanhante.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SILVA, Carlos Roberto Lyra; SANTIAGO, Luiz Carlos. **Semiologia em Enfermagem**. São Paulo: Rocca, 2011.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 42

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL (SINAIS VITAIS)

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Verificar a pressão arterial através de uma monitorização não invasiva, obtendo valores fidedignos para avaliar a capacidade e eficácia do sistema cardiovascular, embasando as ações de enfermagem e condutas médicas.

#### Materiais:

- Esfigmomanômetro e estetoscópio previamente higienizados;
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Suporte para braço ou apoio na altura do coração;
- Bandeja;
- Caneta e papel se necessário.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
4. Questionar sobre uso da medicação, horário e queixas;
5. Limpar as olivas do estetoscópio com álcool 70%;
6. Certificar-se de que o usuário não esteja com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;

7. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do cliente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço;
8. Manter o braço do usuário na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;
9. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneroide;
10. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente;
11. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva;
12. Inflar rapidamente, de 10 em 10mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com a velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o cliente;
13. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/diastólica;
14. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com aposição dos usuários, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores e pressão arterial para dígitos terminado em zero ou cinco;
15. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas;
16. O usuário deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento;
17. Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinado e carimbado;
18. Comunicar médico/enfermeiro casos de alteração da PA;
19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

1. Orientar para que o usuário descanse por 5 a 10 minutos em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.
2. Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.
3. Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.
4. Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos, conforme tabela 1
5. Em usuários obesos deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado a circunferência do braço.
6. Na primeira avaliação fazer a medida da PA com o usuário sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos ou em uso de medicação anti-hipertensiva.
7. Em mulheres mastectomizadas evitar aferir pressão arterial no membro do lado lesionado para não dificultar a passagem da linfa.
8. Pacientes em hemodiálise, evitar aferir pressão arterial no membro com presença de fístula ou "shunt", a fim de não ter complicação de obstrução do mesmo pela interrupção da passagem de sangue no local.

**Tabela 1 - Tamanho da bolsa de borracha:**

<b>Circunferência do braço (cm)</b>	<b>Denominação do manguito</b>	<b>Largura do manguito (cm)</b>	<b>Comprimento da bolsa (cm)</b>
<=6	Recém-nascido	3	6
06 á 15	Criança	5	15

16 á 21	Infantil	8	21
22 á 26	Adulto pequeno	10	24
27 á 34	Adulto	13	30
35 á 44	Adulto Grande	16	38
45 á52	Coxa	20	42

**Fonte:** Associação Brasileira de Cardiologia, 2016

**Valores da Pressão arterial:**

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Normal	<120	<80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão Estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2	>160-179	>100-109
Hipertensão Estágio 3	> ou = 180	> ou = 110

**Fonte:** Associação Brasileira de Cardiologia, 2016

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão-DBH VI- Diagnóstico e Classificação**. Ver. Bras. Hipertensão, 2016.

TAYLOR, C; LILLIS, C; LEMONE, P. **Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5 ed. Artmed. Porto Alegre, 2007.

SILVA, Marizete Pereira. CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS PORTADORES DE SHUNT E FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 1976, v. 29, n. 2 [Acessado 29 Abril 2021], pp. 81-86. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-716719760002000011>>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-716719760002000011>.

PANOBIANCO, Marislei Sanches et al. Estudo da adesão às estratégias de prevenção e controle do linfedema em mastectomizadas. **Escola Anna Nery** [online]. 2009, v. 13, n. 1 [Acessado 29 Abril 2021] , pp. 161-168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100022>>. Epub 11 Jun 2010. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100022>.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 43

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO PERÍMETRO ABDOMINAL

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Avaliar a distribuição de gordura nos indivíduos, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.
- Mensurar e controlar o perímetro abdominal especialmente em usuários com doenças gastrointestinais, hepáticas, renais e pós-operatório de cirurgias abdominais.
- Avaliação do desenvolvimento e do estado nutricional do usuário.

#### Materiais:

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Fita métrica (não extensível/inelástica)
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;



5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Solicitar ao cliente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
7. O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;
8. Localizar a última costela e solicitar para a pessoa inspirar e segurar a respiração por alguns segundos;
9. Localizar a crista ilíaca e apalpar o ilíaco até encontrar a região mais elevada;
10. Colocar a fita horizontalmente ao redor do abdome sobre o ponto médio definido entre a última costela e a região mais elevada da crista ilíaca (se necessário fazer uma pequena marcação com caneta, pedindo autorização ao usuário);
11. Segurar a parte inicial da fita com a mão esquerda e posicionar abaixo da parte final da fita que estará segura pela mão direita;
12. Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura alinhada em um plano horizontal, paralelo ao chão;
13. Ajustar a fita firmemente em torno do abdome, sem enrugar a pele, nem comprimir os tecidos subcutâneos;
14. Pedir ao cliente que inspire e, em seguida, que expire totalmente, realizando a leitura ao final da expiração;
15. Realizar a desinfecção da fita com álcool 70% e guardá-la em local adequado;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **OBSERVAÇÃO**

Circunferência abdominal	Homem	Mulher
Risco cardiovascular	≥94	≥80
Alto risco cardiovascular	≥102	≥88

#### **Referências:**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para Coleta e Análise de Dados Antropométricos em serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 44

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO PERÍMETRO CEFÁLICO

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário acompanhar o crescimento e desenvolvimento do usuário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Identificar anormalidades relacionadas ao crescimento e desenvolvimento.

#### Materiais:

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Fita métrica (não extensível/inelástica)

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar a criança e o responsável perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a criança e familiares;
5. Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;
6. Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada;

7. Posicionar a fita métrica sobre as proeminências occipital, parietal e frontal, para determinar a circunferência máxima, mantendo a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes da cabeça. Os pontos de referência são a glabella e a protuberância occipital externa (Figura 1, passando a fita métrica ao longo da sutura sagital (Figura 2); os pontos de referência são a inserção das orelhas, passando a fita métrica ao longo da sutura coronal (Figura 3).
8. Não incluir pavilhão auricular;
9. Podem ser necessárias várias medidas, selecionando-se a maior;
10. Registrar os valores no prontuário da criança e na Caderneta de Saúde da Criança
11. Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;
12. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
15. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Figura 10 -Medida do Perímetro Craniano.**



Fonte: imagem da internet

**Figura 11 - Medida Ântero-Posterior.**



Fonte: imagem da internet

**Figura 12 - Medida Bi-Auricular.**



Fonte: imagem da internet.

**Referências:**

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs**, Ribeirão Preto, 2020, versão 1.

UNICAMP. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Neuropediatria. **Medidas do Crânio**. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/medidas-do-cranio>

Acesso em: 18 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 45

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO PERÍMETRO DO QUADRIL

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Indicar indiretamente a quantidade de gordura visceral no corpo quando relacionada a circunferência abdominal do indivíduo.

#### Materiais:

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Fita métrica (não extensível/inelástica)
- Biombo, se necessário
- Caneta e papel, se necessário

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário

6. Solicitar ao cliente que fique em pé, ereto, abdômen relaxado, braços afastados do corpo e as pernas paralelas;
7. O profissional deve se posicionar lateralmente à pessoa para fazer a leitura;
8. Colocar a fita métrica ao redor do quadril, ao nível das espinhas ilíacas anteriores, sem comprimir a pele, levando em consideração a porção mais volumosa do glúteo;
9. Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes;
10. Realizar a leitura;
11. Realizar a desinfecção da fita com álcool 70% e guardá-la em local adequado;
12. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 46

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO PERÍMETRO TORÁCICO

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário acompanhar o crescimento e desenvolvimento do usuário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Acompanhar o desenvolvimento da criança.

#### Materiais:

- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Algodão
- Álcool 70%
- Fita métrica (não extensível/inelástica)
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar a criança e o responsável perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a criança e familiares;
5. Colocar as luvas de procedimento, se indicado
6. Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em álcool 70% em movimento único;



7. Posicionar a criança em decúbito dorsal ou sentada e expor o tórax;
8. Em recém-nascido, levantar o tórax suavemente e passar a fita por trás do mesmo e trazê-la a frente
9. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando pelo dorso, na altura dos mamilos.
10. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax.
11. Realizar a leitura do resultado obtido no ponto de encontro da fita métrica
12. Realizar a desinfecção da fita métrica com algodão embebido em solução alcoólica 70%.
13. Registrar o valor obtido no prontuário eletrônico e na Caderneta de Saúde da Criança;
14. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **OBSERVAÇÃO**

1. Em caso de erro de leitura e/ou obtenção de valores fora do padrão de normalidade repetir o procedimento e comunicar o enfermeiro e/ou médico.
2. Para realizar o procedimento em RN após o nascimento é necessário o uso de luvas de procedimentos para evitar possível contaminação do profissional e usuário.
3. Aproveitar o momento para investigar possíveis anormalidades como assimetria de mamilos, traumatismos, abaulamento uni ou bilateral (sugestivo de pneumotórax).

#### **Referências:**

BAHIA. **PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO PARA AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO SALVADOR. DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE COORDENADORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.** 2019. Disponível em <MicrosoftWord1.POPVersãoPreliminarúltimarevisão(2)(salvador.ba.gov.br)> Acesso em 18 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 47

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Verificar a saturação parcial de oxigênio nos tecidos através de uma monitorização não invasiva, obtendo valores fidedignos para embasamento das ações de enfermagem e condutas médicas.

#### Materiais:

- Bandeja ou carrinho de apoio;
- Oxímetro de pulso.
- Gaze;
- Álcool 70ºGEL;
- Luvas de procedimento;
- Removedor de esmalte se necessário;
- Algodão.

#### Descrição do procedimento:

1. Iniciar o processo de paramentação se atendimento a COVID-19.
2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Reunir o material indicado para o procedimento;
4. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
5. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
6. Observar condições de circulação periférica;

7. Remover esmaltes, corantes, unhas postiças ou excesso de sujidade no local escolhido para aferição;
8. Realizar a escolha do sensor de acordo com o indicado pelo fabricante;
9. Posicionar o sensor no local escolhido, com a incidência do infravermelho. A escolha do dedo indicador é preferencial (insira o dedo do usuário no fim do sensor);
10. Aguardar leitura com curva satisfatória e estável para realizar a verificação do valor apresentado no monitor;
11. Comunicar alterações nos sinais aferidos e condutas tomadas ao enfermeiro e médico;
12. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

### **Recomendações**

1. A oximetria de pulso é utilizada para avaliar a saturação de oxigênio no sangue de usuários submetidos à sedação, diagnosticar hipoxemia, fazer ajustes de oxigênio suplementar e para avaliar a tolerância às atividades;
2. A saturação funcional de oxigênio (SpO<sub>2</sub>) é a relação entre a quantidade de hemoglobina oxigenada e a quantidade de hemoglobina disponível para realizar a ligação com o oxigênio no sangue;
3. Uma sonda ou sensor é colocado na ponta do dedo, lóbulo da orelha ou crista nasal. Ela detecta os valores da saturação do oxigênio monitorando os sinais luminosos gerados pelo oxímetro no sangue pulsátil, do tecido para o sensor;
4. Os valores normais da SpO<sub>2</sub> são de 95% a 100%. Os valores inferiores a 85% indicam que os tecidos não estão recebendo oxigênio suficiente e que o usuário precisa de avaliação médica.
5. Algumas situações clínicas, como baixa perfusão e alterações da hemoglobina (carboxihemoglobina e meta-hemoglobina) e presença de elementos como iluminação ambiente, esmalte nas unhas e outros, podem alterar a medição da SpO<sub>2</sub>;
6. Coloque o sensor do oxímetro de pulso preferencialmente no braço onde não esteja sendo medida a pressão arterial, para não haver interferência quando o esfigmomanômetro for inflado. A movimentação do braço do usuário é a maior causa de desestabilização do sensor;

7. O sensor reutilizável deve ser mudado de local a cada 4 h em usuários com monitoramento contínuo;
8. Para a limpeza do sensor reutilizável e do cabo, utilize um pano limpo e úmido em uma solução desinfetante de baixa concentração em todas as superfícies expostas; depois, repita a operação com um pano limpo umedecido somente com água. O sensor não pode ser lavado em água corrente.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2014.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 48

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AFERIÇÃO DE TEMPERATURA (SINAIS VITAIS)

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Sempre que necessário e principalmente no acolhimento para consultas de profissional de nível superior.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Avaliar resposta do organismo a desequilíbrios, instrumentalizando a equipe de saúde para intervenções específicas;
- Avaliar estado geral do usuário;
- Auxiliar no diagnóstico e tratamento de alterações;
- Acompanhar a evolução da doença.

#### Materiais:

- Equipamentos de proteção individual se necessário (atendimentos COVID-19);
- Termômetro digital ou por infravermelho;
- Álcool a 70%;
- Algodão;
- Papel para anotação;
- Caneta;
- Papel toalha;

#### Descrição do procedimento:

Iniciar o processo de paramentação se atendimento a COVID-19.

#### Termômetro digital

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Manter o usuário em posição confortável;
6. Realizar desinfecção do termômetro zerando a temperatura armazenada anteriormente;
7. Selecionar local apropriado, livre de lesões (preferencialmente região axilar);
8. Aguardar a emissão de sinal sonoro (termômetro digital);
9. Realizar desinfecção dos materiais utilizados com álcool a 70% e zerar a temperatura armazenada;
10. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
11. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
12. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
13. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **Termômetro por infravermelho**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Manter o usuário em posição confortável;
6. Ligue o termômetro pressionando o botão Liga/Desliga;
7. Um sinal sonoro será emitido
8. Verificar no visor se o ícone está piscando. Se sim, o termômetro estará pronto para mensuração;
9. Posicione o sensor na testa e mantenha o botão START pressionado. A luz de rastreamento é ativada e consegue-se medir a temperatura a uma distância de até 5 cm;
10. Mova gradativamente o termômetro em direção à têmpora para detectar a temperatura corporal. Quando concluída, um sinal sonoro será emitido;
11. Registre a temperatura que aparece no visor e informe o resultado ao usuário;
12. Aguarde por pelo menos dois minutos para nova mensuração (obrigatoriamente o termômetro deve ser desligado e ligado novamente entre medições consecutivas);
13. Realize a desinfecção com gaze embebida com álcool a 70%;

14. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **Observações:**

1. Comunicar ao enfermeiro e médico qualquer alteração;
2. Observar se vestimenta adequada à estação do ano ou temperatura ambiente ou fatores externos que possam alterar a temperatura.

#### **Recomendações**

1. Evitar utilizar os termômetros de mercúrio, pelo risco de exposição dos profissionais ou do ambiente à substância em caso de quebra. Utilize somente o termômetro digital;
2. A temperatura oral e a retal são alternativas para a verificação da temperatura corporal, quando as opções anteriores não estão disponíveis;
3. Verificação da temperatura oral: colocar o termômetro sob a língua do usuário, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada até o sinal sonoro que indica o término da aferição. O termômetro deve ser de uso individual. Não utilize essa técnica em usuários com delírio, inconscientes, com lesões na boca, problemas nas vias respiratórias, em crianças, após ingestão de alimentos gelados e quentes ou em usuários taquipneicos;
4. Verificação da temperatura retal: calçar as luvas de procedimento e colocar o usuário em decúbito lateral esquerdo com a perna direita flexionada (posição de SIMS). Lubrificar a ponta do termômetro (utilizando vaselina ou lidocaína) e introduza-o no ânus na direção do umbigo (cerca de 1,5 cm no lactente, 2 cm na criança e 4 cm no adulto). O termômetro deve ser de uso individual. Essa técnica é mais utilizada na pediatria e na maternidade, e é contraindicada em casos de inflamação, obstrução e cirurgia do reto e em usuários pós-infarto agudo do miocárdio;

As médias das temperaturas encontradas na literatura são, em graus Celsius (°C):

Oral: 33,2 a 38,2

Retal: 34,4 a 37,8

Timpânica: 35,4 a  
37,8

Axilar: 35,5 a 37

Alguns fatores intrínsecos influenciam a temperatura, como ovulação, ritmo circadiano, idade, exercício físico, hormônios tireoidianos.

**Interpretações das temperaturas:**

**Hipotermia:** temperatura central < 35°C

**Febre:** é um aumento na temperatura de > 38°C e uma resposta normal para infecções, inflamações ou terapias com drogas.

**Hipertermia:** temperatura central > 40°C. Está associada a danos que resultam em falência do hipotálamo

Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada usuário.

Para usuários em isolamento de contato, é recomendado manter um termômetro exclusivo.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde, ANVISA. **AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**, de 31 de março de 2020  
Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMSGGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>

Acesso em: 10 dez. 2020.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

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



**Parte 6**  
**CUIDADOS COM**  
**PROCEDIMENTOS**  
**INTRAVASCULARES**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 49

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Aos usuários com prescrição de soluções ou medicamentos intravenosos.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Instalar cateter em trajeto venoso para manutenção de uma via de acesso para infusão de soluções ou administração de medicamentos (contínua ou intermitente).

#### Material:

- Bandeja;
- Garrote;
- Cateter intravenoso periférico sobre agulha apropriado para o procedimento;
- Fita hipoalergênica microporosa;
- Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso – de acordo com o objetivo da punção;
- Luvas de procedimento;
- Material para permeabilização do cateter;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Confirmar prescrição;
5. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
6. Escolher o local de acesso venoso, verifique as condições das veias.
7. Calçar luvas de procedimento;

8. Manter o algodão embebido em álcool a 70% ao alcance das mãos;
9. Garrotear o local a ser puncionado para propiciar a visualização da veia;
10. Solicitar ao usuário que mantenha o braço imóvel;
11. Localizar o acesso venoso;
12. Fazer a antissepsia da pele, no local da punção, utilizando álcool a 70%;
13. Tracionar a pele para baixo, com o polegar abaixo do local a ser puncionado;
14. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado pra cima, em um ângulo aproximado de 30 a 45º e, após o refluxo de sangue no canhão, mantenha o mandril imóvel, introduza o cateter na veia e, em seguida, remova o mandril;
15. Conectar o dispositivo selecionado previamente preenchido com solução fisiológica;
16. Retirar o garrote;
17. Injetar a solução fisiológica lentamente (permeabilize o acesso venoso);
18. Observar se há sinais de infiltração no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto do usuário, se houver, retire o cateter imediatamente;
19. Fixar o dispositivo com fita microporosa;
20. Colocar a data e o horário da punção;
21. Orientar o usuário sobre os cuidados para a manutenção do cateter;
22. Deixar o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
23. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
24. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
25. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando a local da punção, dispositivo e qualquer intercorrência.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

**Parte 7**  
**CUIDADOS COM**  
**ADMINISTRAÇÃO DE**  
**MEDICAMENTOS**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 50

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENTERAL

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por sonda enteral – SNG ou SNE, pré ou pós-pilórica – ou de gastrostomia, em usuário com impossibilidade, dificuldade ou contra-indicação de deglutição.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Estetoscópio;
- Seringa de 10 ou 20 ml (uma para cada medicamento e uma para teste e lavagem da sonda);
- Triturador de comprimidos;
- Água filtrada ou mineral;
- Luvas de procedimento;
- Gazes.

#### Descrição do procedimento:

1. Verificar a prescrição medicamentosa, e os medicamentos que devem ser administrados via enteral;
2. Aplicar os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
3. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

5. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
6. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
7. Reunir todo o material em uma bandeja;
8. Preparar o medicamento:
  - a. Solução: aspire a dose prescrita com uma seringa de 10 ou 20 ml e complete o volume restante da seringa com água;
  - b. Comprimido: retire da embalagem, coloque-o no triturador, triture-o até tornar-se pó, dilua-o em 10ml de água e aspire-o com uma seringa de 10 ou 20ml. Antes de triturar os comprimidos, confirme com o farmacêutico se eles podem ser triturados;
9. Proteger a seringa com a própria embalagem e coloque-a em uma bandeja;
10. Colocar o medicamento preparado na bandeja;
11. Dirigir aos usuários, confira o nome com dupla checagem;
12. Informar ao usuário sobre o procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Calçar as luvas de procedimento;
15. Testar posicionamento e permeabilidade:
  - a. Sonda enteral: abra a sonda, conecte a seringa vazia, aspire e observe se há retorno de resíduo gástrico (em sondas enterais pós-pilóricas, não ocorre ao aspirar). Não havendo retorno, injete 10 ml de ar, auscultando o quadrante superior esquerdo do abdome (confirmando o posicionamento da sonda);
  - b. Gastrostomia: Abra o cateter, conecte a seringa vazia, aspire e observe se há retorno de resíduo gástrico. Em caso de dúvida, interrompa o procedimento e consulte o enfermeiro ou o médico;
16. Adaptar a seringa que contém o medicamento à sonda;
17. Injetar lentamente toda a medicação (durante aproximadamente 1 minuto);
18. Lavar a sonda administrando 20 a 30 ml de água (utilize a própria seringa que continha o medicamento e aplique pressão moderada, a fim de remover resíduos de medicamento do interior da sonda). Esse procedimento deve ser repetido entre cada medicamento a ser administrado;

19. Deixar a sonda fechada (em caso de SNG em drenagem, mantenha-a fechada por 30 minutos);
20. Deixar o usuário em uma posição confortável;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

**Referências:**

POTTER, Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles...et Al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et. al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

SECRETARIA DA SAÚDE. ANVISA, **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 51

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por vias respiratórias superiores (inalação) utilizando inalador.
- Auxiliar no tratamento do trato respiratório, produzindo efeitos locais ou sistêmicos ou para fluidificar secreções.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Inalador;
- Máscara de inalação;
- Lenço de papel;

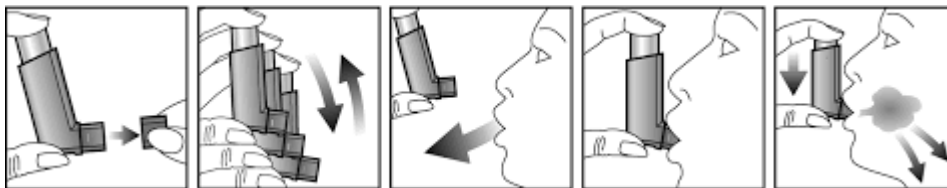
#### Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;



4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Colocar o medicamento, na dose prescrita, no reservatório do inalador;
6. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
7. Reunir todo o material em uma bandeja;
8. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
9. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
10. Realizar as avaliações pré administração necessárias (avalie a capacidade do usuário de usar o inalador, segurar, manipular, pressionar o frasco, força da inalação);
11. Enfermeiro: avalie o padrão respiratório do usuário e ausculte o murmúrio vesicular (comparação durante e após o tratamento);
12. Auxiliar o usuário a posicionar-se na posição sentada, ou Fowler;
13. Dar a oportunidade para o usuário manipular o inalador, frasco e espaçador, explique e demonstre;
14. Inalador de dose metrificada:
  - a. Quando o inalador é novo ou não foi usado por vários dias, faça um “teste de spray” ao ar livre.
  - b. Explique os passos para administrar ao usuário
  - c. Retire a tampa do bocal do inalador
  - d. Agite vigorosamente o inalador por 5 a 6 vezes
  - e. Segure o inalador na posição ereta na mão dominante
  - f. Oriente o usuário que realize uma inspiração profunda e expire.
  - g. Instrua o usuário a posicionar o inalador: fechar a boca ao redor do bocal com a abertura virada para a parte posterior da garganta e com os lábios cerrados firmemente ao seu redor ou a técnica alternativa, posicione o bocal a 2 a 4 cm na frente da boca.
  - h. Com o inalador posicionado adequadamente, faça com que o usuário reajuste a pegada e coloque o polegar no bocal e os dedos indicador e médio no ápice (figura).
  - i. Instruir o usuário a inclinar a cabeça levemente para trás e inspirar de forma lenta e profunda através da boca por 3 a 5 segundos, enquanto abaixa totalmente o frasco.
  - j. Faça com que o usuário prenda a respiração por aproximadamente 10 segundos.
  - k. Remover o inalador da boca e expire com os lábios semicerrados.
15. Inalador de pó seco:

- a. Remover a tampa do bocal
  - b. Não agite o inalador
  - c. Preparar o medicamento conforme orientado pelo fabricante (ex: carregar a cápsula, ou girara a roda para direita ou esquerda até ouvir o estalido).
  - d. Orientar o paciente a Expirar longe do inalador antes da inalação
  - e. Posicionar o bocal entre os lábios
  - f. Orientar o usuário a Inspirar de maneira profunda e vigorosa através da boca
  - g. Orientar o paciente a prender a respiração por 5 a 10 segundos.
16. Instruir o usuário a aguardar um mínimo de 20 a 30 segundos entre as inalações do mesmo medicamento e 2 a 5 minutos entre as de diferentes medicamentos ou conforme prescrito.
17. Aproximadamente 2 minutos depois da dose, faça com que o usuário enxágue a boca com água morna.
18. Enfermeiro: realizar ausculta pulmonar para avaliar melhora no padrão respiratório comparado com a ausculta antes do medicamento.
19. Deixe o usuário em uma posição confortável.
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada



#### Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et. al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

SECRETARIA DA SAÚDE, ANVISA. **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 52

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRADÉRMICA

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar por via intradérmica (ID) medicamentos que não podem ser absorvidos diretamente pela mucosa gástrica;
- Obter ação mais rápida do que VO.
- Realizar testes de hipersensibilidade e teste de PPD (prova da tuberculina).

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 1 mL;
- Agulha de 13 mm × 0,45 mm;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

#### Descrição do procedimento para colocação:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição) e o prazo de validade;
5. Reunir todo o material em uma bandeja;
6. Fazer a desinfecção do frasco/ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
7. Conecte a agulha (13 mm × 0,45 mm) na seringa de 1 mL ;
8. Aspirar o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à dose prescrita);
9. Retirar o ar da seringa;
10. Desconectar agulha (sem reencapá-la e com cuidado para não se ferir) e descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes;
11. Conectar outra agulha (13 mm × 0,45 mm) na seringa de 1 mL ;
12. Identificar a seringa com o nome do medicamento correspondente;
13. Colocar o medicamento preparado na bandeja;
14. Com a prescrição e a bandeja dirija-se ao usuário;
15. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
16. Conferir o nome do usuário (dupla checagem);
17. Orientar sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de administração);
18. Escolher a região da aplicação
19. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento;
20. Calçar as luvas de procedimento;
21. Exponha a área e delimite o local de aplicação;
22. Realizar a antisepsia do local com o algodão embebido em álcool a 70%, em um único sentido e direção, e espere secar;
23. Retirar a proteção da agulha (segurando a seringa com a mão que fará a punção);
24. Retirar o ar da agulha;
25. Estique a pele do local de aplicação usando os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa
26. Com o bisel da agulha voltado para cima e fazendo um ângulo de 15° em relação à superfície da pele, introduza a agulha por aproximadamente 3 mm (somente o bisel) abaixo da epiderme, com um movimento delicado, porém firme
27. Injete o medicamento, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa, e observe a formação de uma pápula

28. Retire a agulha com um único movimento, rápido e firme, e coloque-a na bandeja (não reencape a agulha)
29. Não friccione o local da pápula com algodão nem com outro material
30. Oriente o paciente a não coçar nem esfregar o local
31. Deixar o usuário confortável, de acordo com sua necessidade;
32. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
33. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
34. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
35. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

**OBSERVAÇÕES:**

- Administre um volume máximo de 0,5 mL.
- Os locais indicados para aplicação são a face anterior do antebraço e a região subescapular
- As seringas de aplicação têm capacidade para 1 mL e apresentam graduações em decimais ou centesimais
- Em situações específicas, nas quais a antissepsia possa interferir no tempo de absorção do medicamento e/ou na reação local, esta é contraindicada
- Em caso de PPD, é necessário demarcar a área de aplicação com régua, a fim de medir-se a reação local posteriormente.
- A injeção ID (0,1 mL) é feita na face ventral do antebraço
- É importante monitorar o paciente por cerca de 30 min após da aplicação ID, para constatar uma reação alérgica grave.

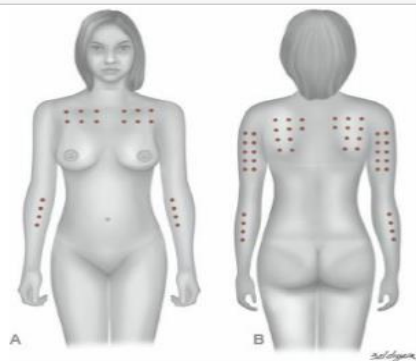


Figura 16.1 A e B. Locais de administração intradérmica.



Figura 16.2 Ângulo de inserção da agulha em relação à pele e formação de pápula na administração intradérmica.

### Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al, 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et. al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA) - **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-naprescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 53

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar por via intramuscular (IM) medicamentos que não podem ser absorvidos diretamente pela mucosa gástrica;
- Obter ação mais rápida do que VO.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Diluente para o medicamento (se necessário);
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 5 mL;
- Agulha de 40 mm x 1,2 mm;
- Agulha para aplicação IM adequada (Tabela);
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

#### Descrição do procedimento para colocação:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);

3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição) e o prazo de validade;
5. Reunir todo o material em uma bandeja;
6. Fazer a desinfecção do frasco/ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
7. Conectar a agulha (40 mm × 1,2 mm) na seringa;
8. Fazer a reconstituição do medicamento (se pó ou liofilizado), utilizando o diluente adequado;
9. Aspirar o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à dose prescrita);
10. Retirar o ar da seringa;
11. Desconectar agulha (sem reencapá-la e com cuidado para não ferir-se) e descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes;
12. Conectar a agulha específica para a via IM (Tabela 5) na seringa;
13. Identificar as seringas com o nome do medicamento correspondente;
14. Colocar o medicamento preparado na bandeja;
15. Com a prescrição e a bandeja dirija-se ao usuário;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Conferir o nome do usuário (dupla checagem);
18. Orientar sobre o medicamento que será administrado (nome do medicamento e via de administração);
19. Escolher a região da aplicação (alterne os locais apropriados para a administração intramuscular);
20. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento;
21. Calçar as luvas de procedimento;
22. Exponha a área e delimite o local de aplicação;
23. Realizar a antisepsia do local com o algodão embebido em álcool a 70%, em um único sentido e direção, e espere secar;
24. Retirar a proteção da agulha (segurando a seringa com a mão que fará a punção);
25. Retirar o ar da agulha;
26. Pince a pele e o músculo do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta à que segura a seringa;
27. Inserir a agulha a um ângulo de 90° em relação ao músculo (Figura 8);



28. Tracionar suavemente o êmbolo da seringa para certificar-se de que não há retorno sanguíneo (em caso positivo, retire a seringa e reinicie o procedimento);
29. Injetar lentamente o conteúdo da seringa, empurrando o êmbolo com a mão oposta à que segura a seringa;
30. Retirar a seringa/agulha com um único movimento e coloque-a sobre a bandeja (não reencepe a agulha);
31. Comprima levemente o local com algodão seco, sem massagear, até que se conclua a hemostasia;
32. Verificar o local da punção, observando a formação de hematoma ou qualquer tipo de reação (se necessário, faça um curativo local);
33. Perguntar ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);
34. Deixar o usuário confortável, de acordo com sua necessidade;
35. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
36. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
37. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
38. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

**OBSERVAÇÕES:**

Uma das formas de realizar a administração intramuscular é com a técnica em Z. O método em Z (Z-track) cria um ziguezague através dos tecidos, o que veda o trajeto da agulha, para evitar o retorno da medicação. É indicada para injeções profundas de medicamentos ou drogas irritantes, como o ferro. Dessa forma a técnica possibilita o não extravasamento de medicamento da localidade, gerando menor desconforto para o paciente, diminuindo lesões na região do local de aplicação. O procedimento ocorre da forma descrita acima, devendo ser observado dois pontos:

1. Posicionar a mão não dominante abaixo do local que será administrado o medicamento;
2. Puxar a pele para baixo ou para ou de forma lateral com o lado ulnar da mão, mantendo-o dessa forma até o que a agulha seja totalmente introduzida.

Tabela 5- Especificação de agulhas para a aplicação IM em adultos

Biotipo do usuário	Solução oleosa/suspensão	Solução aquosa
Magro	25 mm x 0,8 mm	25 mm x 0,7 mm

Normal	30 mm x 0,8 mm	30 mm x 0,7 mm
Obeso	40 mm x 0,8 mm	40 mm x 0,7 mm

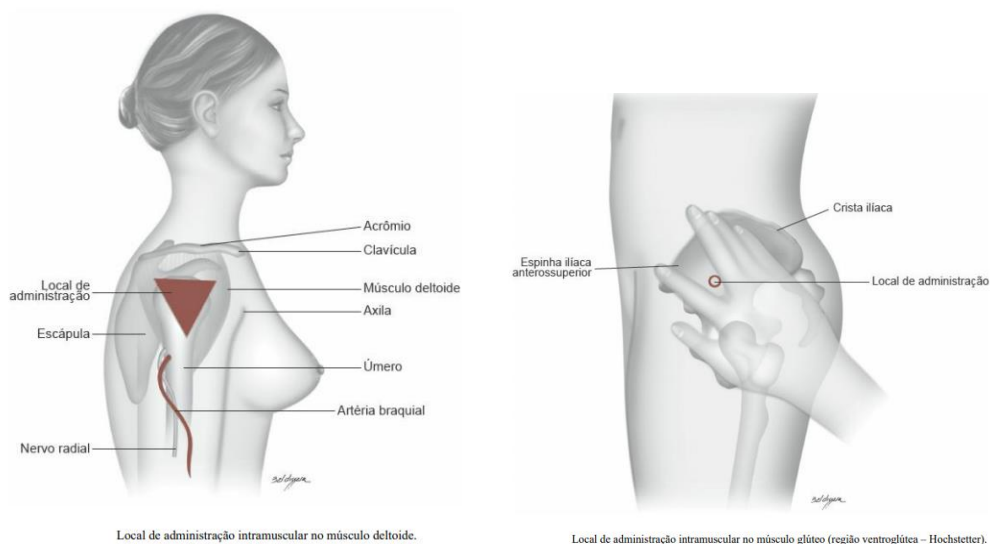
Tabela- Especificações para idade, local de aplicação e volume máximo a ser injetado em cada região.

Tabela – Faixa etária, local de aplicação e volume máximo a ser injetado.

Idade/Músculo	Deltoide	Ventro glúteo	Dorso glúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	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 – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

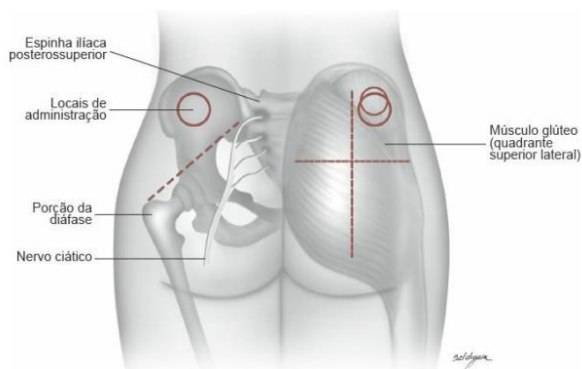
Fonte: Adaptado de SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. Administração de medicamentos. In: BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.166-190.

Figura 8: Posições para administração medicamento IM:

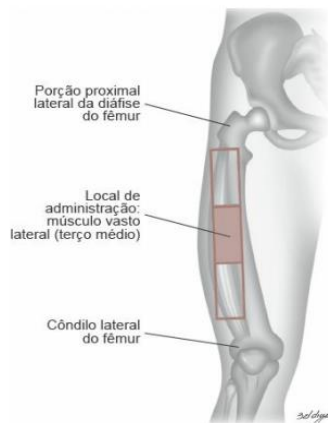


Local de administração intramuscular no músculo deltoide.

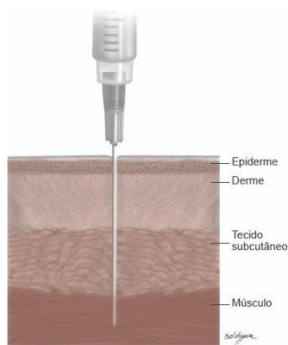
Local de administração intramuscular no músculo glúteo (região ventroglútea - Hochstetter).



Locais de administração intramuscular no músculo glúteo (região dorsoglútea).



Local de administração intramuscular no músculo vasto lateral.



Ângulo de inserção da agulha, em relação à pele, na administração intramuscular.

## Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles...et Al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et. al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuário/index.php/publicacoes/item/seguranca-naprescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

POLAKIEWICZ, Rafael. Como realizar administração intramuscular com técnica de aplicação em Z? **PEBMED**, [14 fevereiro 2020]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/como-realizar-administracao-intramuscular-com-tecnica-de-aplicacao-em-z/>

Acesso em: 29 abr. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 54

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via intravenosa (IV);
- Administrar grande volume de líquidos;
- Obter ação imediata do medicamento.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Diluente para o medicamento (se necessário);
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 10 mL;
- Agulha de 40 mm x 1,2 mm;
- Agulha de 25 mm x 0,8 mm;
- Agulha do tamanho desejado para acesso venoso;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

#### Descrição do procedimento para colocação:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);

3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, apresentação, a dose necessária (contida na prescrição ) e o prazo de validade;
5. Fazer a etiqueta de identificação contendo as informações do medicamento e do usuário;
6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Fazer a desinfecção do frasco, bolsa ou ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
8. Preparo:
  - a. Frasco ou bolsa – pronto para uso (dose certa):
    - i. Conecte um equipo de soro ao frasco/bolsa;
    - ii. Retire o ar do equipo, preenchendo-o com o medicamento;
    - iii. Mantenha a extremidade do equipo de soro protegida.
  - b. Frasco ou ampola com solução com necessidade de diluição:
    - i. Conecte a agulha 40 mm x 1,2 mm na seringa;
    - ii. Faça a diluição do medicamento, utilizando o diluente e o volume adequados (conforme prescrição e/ou indicação do fabricante);
    - iii. Aspire o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à dose certa prescrita);
    - iv. Retire o ar da seringa, desconecte a agulha (sem reencapá-la), descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes;
    - v. Conecte a agulha de 25 mm x 0,8 mm na seringa.
  - c. Pó ou liofilizado:
    - i. Conecte a agulha de 40 mm x 1,2 mm na seringa;
    - ii. Faça a reconstituição do medicamento, utilizando o diluente e o volume adequado (conforme prescrição e/ou indicação do fabricante);
    - iii. Aspire o conteúdo do frasco/ampola (volume correspondente a dose prescrita);
    - iv. Retire o ar da seringa, desconecte a agulha (sem reencapá-la), descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes;
    - v. Conecte a agulha de 25 mm x 0,8 mm na seringa;
9. Transferir a etiqueta de identificação para a seringa que contém o medicamento correspondente;
10. Reunir todo o material em uma bandeja;
11. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;

12. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação, possíveis efeitos adversos e a sensações a esperar;
13. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento e exponha a região de aplicação (com dispositivo venoso ou que será puncionada);
14. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
15. Administração do medicamento:
  - a. Dispositivo de acesso venoso ou central já instalado:
    - i. Limpe a conexão do dispositivo de acesso venoso com gaze estéril embebida em álcool a 70%;
    - ii. Remova a tampa da torneira de duas vias ou do cateter e descarte-a;
    - iii. Desconecte a agulha da seringa e conecte a seringa que contém o medicamento ao dispositivo de acesso venoso;
    - iv. Bloqueie a via de acesso de soro durante o período de administração do medicamento;
      1. Teste o dispositivo venoso: tracione o êmbolo da seringa até que uma pequena quantidade de sangue reflua (não é indicado aspirar cateteres venosos salinizados, cateteres plásticos ou cateteres de pequeno calibre).
    - v. Injete todo o medicamento, no tempo recomendado (na prescrição e/ou bula do medicamento);
    - vi. Observe sinais de infiltração no local da punção, além de queixas de dor, desconforto, reações ou alterações do usuário (se ocorrer durante a administração, interrompa-a) e comunique imediatamente ao médico;
    - vii. Após a administração, bloqueie a via de acesso da torneira de três vias, desconecte a seringa e coloque uma nova tampa estéril de proteção ou restabeleça a infusão de soro e controle o gotejamento.
  - b. Na administração por punção venosa
    - i. Realize a punção venosa;
    - ii. Solte o garrote;
    - iii. Conecte a seringa que contém o medicamento ao cateter venoso;
    - iv. Tracione o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue;
    - v. Injete todo o medicamento no tempo recomendado;
    - vi. Observe sinais de infiltração ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor, desconforto, reações ou alterações do usuário (se ocorrerem durante a

administração, interrompa-a) e comunique imediatamente ao enfermeiro ou médico;

vii. Após a administração retire o dispositivo de acesso venoso e comprima o local da punção com um algodão seco, por alguns minutos. Observe se há sangramento persistente no local e, nesse caso mantenha a compressão;

viii. Oriente o usuário sobre os cuidados com o local.

16. Perguntar ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);

17. Deixar o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;

18. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada

#### **Referências:**

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles...et Al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 55

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via nasal para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infeciosas das vias respiratórias superiores, para aliviar a congestão nasal ou para serem absorvidos sistemicamente.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Lenço de papel ou gaze;
- Solução fisiológica (10ml);
- Luvas de procedimento;
- Se necessário: travesseiro pequeno, toalha de rosto, lanterna.

#### Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;



5. Reunir todo o material em uma bandeja;
6. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
7. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação, possíveis efeitos adversos e as sensações a esperar, como sensação de ferroada ou queimação, ou sensação de sufocação à medida que o medicamento escoar para dentro da garganta;
8. Certificar-se de qual seio está afetado quando administrar gotas nasais;
9. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento se necessário (secreções nasais);
10. Inspecionar a condição do nariz e dos seios paranasais. Palpe os seios para a dor;
11. Examinar o conhecimento do usuário em relação ao uso da técnica para a instilação nasal, bem como a vontade de aprender a autoadministração;
12. Auxiliar o usuário a sentar-se ou elevar a cabeceira do leito;
13. Solicitar ao usuário que limpe as narinas com lenço de papel ou gaze embebida em solução fisiológica (auxilie-o se necessário), exceto quando contraindicado (risco para pressão intracraniana aumentada ou de epistaxe);

**Administrando as gotas nasais:**

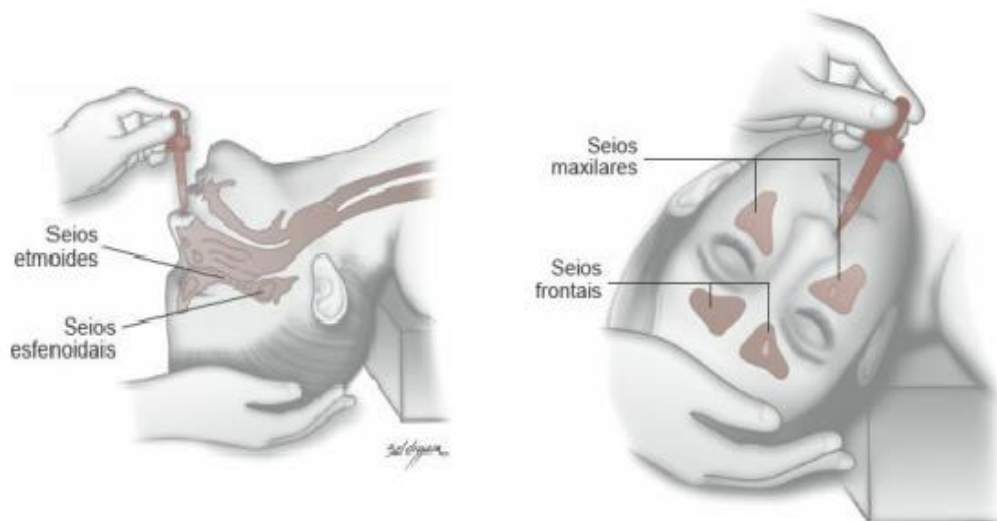
14. Ajude o usuário a ficar na posição supina e posicione adequadamente a cabeça conforme a necessidade de acesso do medicamento:
15. Faringe posterior: solicite ao usuário que incline a cabeça para trás;
16. Seio etmoide ou esenoide: coloque um travesseiro sobre os ombros e incline a cabeça do usuário para trás (figura 9);
17. Seios frontais e maxilares: solicite ao usuário que incline a cabeça para trás e para o lado que deve ser tratado (figura 9);
18. Sustente a cabeça do usuário com a mão não dominante;
19. Instrua o usuário a respirar pela boca;
20. Segure o conta gotas a 1cm acima das narinas e instile o número de gotas prescrito no sentido da linha média do osso etmoide;
21. Oriente o usuário a permanecer na mesma posição por 5 minutos e respirar pela boca;
22. Ofereça lenço de papel ou gaze e oriente-o a não assoar o nariz durante alguns minutos.

**Administrando o spray nasal**

23. Prepare o spray conforme indicado pelo fabricante;
24. Ajude o usuário a ficar na posição supina e a posicionar a cabeça ligeiramente inclinada para frente;

25. Ajude o usuário a colocar o bico do spray dentro das narinas apropriadas, apontando o bico para o lado e longe do centro do nariz. Feche gentilmente a narina oposta com um dedo;
26. Faça com que o usuário borrife o medicamento dentro do nariz enquanto inspira;
27. Ajude o usuário a tirar o bico do spray para fora do nariz e instruí-lo a prender a respiração por alguns segundos e em seguida expirar através da boca;
28. Ofereça lenço de papel ou gaze ao usuário, mas oriente-o a não assoar o nariz durante alguns minutos.
29. Ajude o usuário a ficar em uma posição confortável depois que o medicamento tiver sido absorvido;
30. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
31. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
32. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Figura 9: Posicionamento para Administração de medicamentos via nasal



#### Referências:

POTTER, Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuário/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 56

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OFTÁLMICA

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Administrar medicamentos por via oftálmica, para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infeciosas dos olhos, lubrificação e no exame oftalmológico.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito (solução ou pomada);
- Lenços de papel, gaze ou algodão;
- Luva de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Tampão ocular

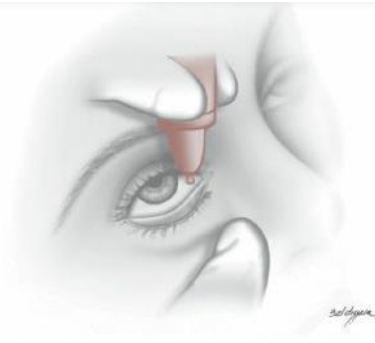
#### Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa e verifique os medicamentos que devem ser administrados via oftálmica;
2. Aplicar os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
3. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
5. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (quantidade de gotas, quando for líquido), o olho (direito, esquerdo ou ambos) e o prazo de validade;

6. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
7. Reunir todo o material em uma bandeja;
8. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
9. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
10. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
11. Examinar a condição das estruturas oculares externas. Atente-se para a lateralidade do olho;
12. Auxiliar o usuário a posicionar-se na posição sentada com a cabeça ligeiramente hiperestendida ou decúbito dorsal;
13. Na presença de secreção no olho, higienize-o com gaze embebida em solução fisiológica, delicadamente do canto interno para o externo do olho;
14. Com o lenço ou algodão repousando abaixo da pálpebra inferior, pressione gentilmente para baixo com o polegar ou indicador;
15. Peça ao usuário para olhar para cima;
16. Instile as gotas oftálmicas (figura 10):
  - a. Com a mão dominante repousando sobre a fronte do usuário, segure o conta-gotas cheio do medicamento ou solução oftálmica a aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival;
  - b. Goteje a quantidade prescrita de gotas do medicamento dentro do saco conjuntival;
  - c. Caso o usuário pisque ou feche os olhos e o medicamento caia fora da margem palpebral externa, repita a instilação;
  - d. Depois de instilar as gotas peça para o usuário fechar o olho suavemente;
  - e. Quando o usuário recebe mais de um medicamento ocular no mesmo olho ao mesmo tempo, espere pelo menos 5 minutos antes de administrar o próximo.
17. Aplique a pomada oftálmica (figura 10):
  - a. Segure o aplicador da pomada acima da margem palpebral inferior, aplique em filete fino de pomada de maneira uniforme ao longo da borda interna da borda interna da pálpebra inferior sobre a conjuntiva desde o canto interno até o canto externo;
  - b. Faça com que o usuário feche o olho e friccione a pálpebra suavemente em um movimento circular com a bola de algodão, quando não há contraindicação para o atrito;
18. Quando o medicamento em excesso está sobre o olho, limpe gentilmente, passando do canto interno para o externo;

19. Quando o usuário portava um tampão ocular, aplique um limpo sobre o olho afetado de tal modo que a totalidade do olho seja coberta. Fixe firmemente, sem aplicar pressão sobre o olho;
20. Deixe o usuário em uma posição confortável;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Figura 10: Administração de medicamentos via oftálmica



Posicionamento do paciente para a instilação de gotas oftálmicas.



Posicionamento do paciente para aplicação de pomada oftálmica.

### Referências:

POTTER. Patrícia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: Guia Prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuário/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 57

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via oral (VO), utilizando o trato gastrointestinal para absorção

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Copo descartável;
- Copo com água;
- Se necessário: Seringa, cálice graduado, conta-gotas, dosador, triturador de comprimidos.

#### Descrição do procedimento para colocação:

1. Certifica-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar).
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;

6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
8. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
9. Realizar as avaliações pré administração necessárias;
10. Auxiliar o usuário a posicionar-se na posição sentada ou Fowler. Caso a posição sentada esteja contra indicada, use o decúbito lateral;
11. Administrar o medicamento
  - a. Comprimidos: retire da embalagem e coloque no copo, sem tocá-lo. Conforme a necessidade do usuário, triture e dilua. Cápsulas não devem ser rompidas nem diluídas. Ofereça ao usuário e ofereça água para deglutição;
  - b. Formulações que se dissolvem via oral: Remova o medicamento da embalagem exatamente antes do uso. Coloque o medicamento em cima da língua do usuário e o advirta para não mastigar o medicamento;
  - c. Medicamentos sublinguais: Faça com que o usuário coloque o medicamento embaixo da língua e permita que ele se dissolva por completo. Advirta o usuário para não engolir o comprimido;
  - d. Medicamentos bucais: Faça com que o usuário coloque o medicamento na boca contra a mucosa das bochechas até que ele se dissolva. Evite administrar líquidos até que o medicamento bucal tenha se dissolvido;
  - e. Medicamentos em pó: misture-os com líquidos ao lado do usuário e dê para o usuário beber;
  - f. Medicamentos macerados misturados no alimento: forneça cada medicamento em separado em uma colher de chá de alimento;
  - g. Pastilhas: Advirta o usuário a não mastigar ou engolir as pastilhas;
  - h. Medicamentos efervescentes: Adicione o comprimido ou pó a um copo de líquido. Administre o medicamento imediatamente após a dissolução;
12. Caso o usuário seja incapaz de segurar os medicamentos, coloque o copo próximo aos lábios e introduza gentilmente cada medicamento na boca;
13. Aguardar e certifique-se de que o usuário deglutiu todos os medicamentos;
14. Deixar o usuário em uma posição confortável;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada

**Referências:**

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de Enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et. al. **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 58

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OTOLÓGICA

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via otológica para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infeciosas do ouvido.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Gaze;
- Solução fisiológica (10 ml);
- Luvas de procedimento;
- Bola de algodão;
- Cotonete, se necessário.

#### Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;

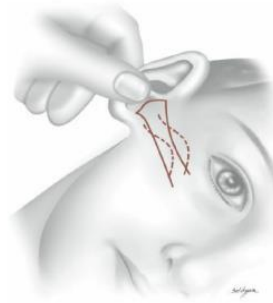
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
8. Certificar-se de qual ouvido para administração do medicamento;
9. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos. Explique as sensações que se devem esperar, como borbulhamento na audição e a sensação de água entrando no ouvido à medida que o medicamento escoar para dentro do ouvido;
10. Realizar as avaliações pré-administração necessárias (história de tontura, perda de audição);
11. Segurar o frasco nas mãos durante alguns minutos para fazer com que o medicamento fique na temperatura do corpo, quando as gotas otológicas estão em uma suspensão turva, agite-as durante aproximadamente 10 segundos;
12. Higienizar as mãos e calce luvas de procedimento (se presença de drenagem pelo conduto auditivo);
13. Auxiliar o usuário a posicionar-se na posição sentada ou decúbito lateral com a cabeça inclinada lateralmente, com o ouvido a ser tratado voltado para cima;
14. Na presença de sujidade ou secreção no ouvido, higienize-o com gaze embebida em solução fisiológica;
15. Retifique o canal auditivo:
16. Em crianças acima de 3 anos e adultos: segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para cima e para trás (figura 11);
17. Em crianças menores de 3 anos: segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para baixo e para trás (figura 11);
18. Instile as gotas prescritas segurando o conta-gotas a 1cm acima do canal;
19. Peça ao usuário para permanecer na posição de decúbito lateral por 2 a 3 minutos;
20. Se prescrito, oclua o canal auditivo com uma bola de algodão (inserindo-a sem comprimir o canal);
21. Repita o procedimento no lado oposto, se estiver prescrito;
22. Deixe o usuário em uma posição confortável;
23. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
24. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

25. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Figura 11: Administração de medicamentos via otológica



Posicionamento e manipulação do pavilhão auricular de pacientes adultos, para cima e para trás, para a instilação de gotas otológicas.



Posicionamento e manipulação do pavilhão auricular de crianças, para baixo e para trás, para a instilação de gotas otológicas.

### Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 59

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via retal para o auxílio no tratamento utilizando a via retal para absorção local do medicamento ou para provocar a evacuação do conteúdo intestinal.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito (supositório, creme, pomada ou solução);
- Gaze;
- Material para higiene íntima;
- Papel higiênico;
- Luvas de procedimento;
- Aplicador retal para cremes e pomadas;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário.
- No caso de soluções (enema), acrescentar: forro impermeável, lençol ou toalha de banho, comadre, gel hidrossolúvel ou vaselina líquida, máscara, óculos de proteção e avental.

#### Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);

3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
8. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos, explique em relação ao posicionamento, e as sensações a esperar, como a sensação de esperar defecar. Certifique-se de que o usuário compreende o procedimento caso ele vá autoadministrar o medicamento;
9. Realizar as avaliações pré administração necessárias (história de hemorroidas, fissuras anais, cirurgia retal ou sangramento);
10. Fechar a porta do quarto ou feche a cortina do biombo, fornecendo privacidade ao usuário;
11. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
12. Solicitar ao usuário que faça a higiene da região anal, ou realize-a caso ele estiver impossibilitado;
13. Ajudar o usuário a ficar na posição de decúbito lateral, mantenha o coberto, apenas com a região anal exposta;
14. Certificar-se de que a iluminação é adequada para visualizar ânus. Inspeção a condição do ânus externamente e palpe as paredes anais quando necessário;
15. Descartar as luvas no recipiente adequado quando sujas e calce um novo par de luvas de procedimento;
16. Na aplicação de supositórios:
  - a. Solicite ao usuário que respire lenta e profundamente e que realize o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
  - b. Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra mão introduza a extremidade afilada do supositório no ânus do usuário. Use o dedo indicador para direcionar o supositório até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
  - c. Oriente o usuário a permanecer deitado e a aguardar por, no mínimo, 5 min para que ocorra o efeito do medicamento antes de eliminar o conteúdo intestinal;
  - d. Ajude o usuário a ir ao banheiro ou posicione a comadre;
  - e. Observe o efeito do procedimento após a eliminação intestinal.

17. Na aplicação de cremes e pomadas:

- a. Solicite ao usuário que faça esvaziamento intestinal (se possível ou necessário) e que realize a higiene da região anal, ou realize-a quando ele estiver impossibilitado;
- b. Preencha o aplicador com a quantidade prescrita do medicamento;
- c. Solicite ao usuário que respire lenta e profundamente e que relaxe o esfíncter anal durante a aplicação do medicamento;
- d. Lubrifique a ponta do aplicador retal com gel hidrossolúvel ou vaselina líquida;
- e. Afaste as nádegas com uma das mãos e, com a outra, introduza o aplicador no ânus do usuário, até que ele ultrapasse o esfíncter anal interno;
- f. Oriente o usuário a permanecer deitado e a aguardar por, no mínimo, 5 min para que ocorra o efeito do medicamento; oriente-o a evitar evacuar na sequência;
- g. Mantenha os tubos e as bisnagas de cremes ou pomadas utilizadas, que serão reutilizados, identificados e guardados na gaveta do usuário.

18. Deixe o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;

19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada

**Referências:**

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de Enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de Enfermagem: Guia Prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 60

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO VIA SUBCUTÂNEA

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem  
Enfermeiro

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via subcutânea (SC).

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Seringa de 1 mL;
- Agulha de 13 mm × 0,45 mm;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

#### Descrição do procedimento para colocação:

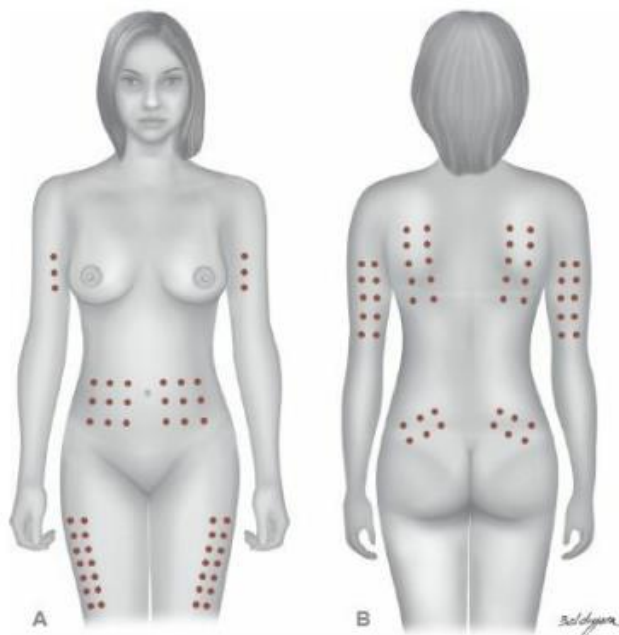
1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, apresentação, a dose necessária (contida na prescrição) e o prazo de validade;
5. Fazer a etiqueta de identificação contendo as informações do medicamento e do usuário;

6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Fazer a desinfecção do frasco, bolsa ou ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
8. Conectar a agulha (13 mm x 0,45 mm) na seringa de 1ml;
9. Aspirar o volume correspondente à dose prescrita, sem deixar ar no interior;
10. Desconectar a agulha (sem reencapá-la e descarte-a em recipiente adequado para perfurocortantes);
11. Conectar a outra agulha (13 mm x 0,45 mm) na seringa;
12. Transferir a etiqueta de identificação para a seringa que contém o medicamento correspondente;
13. Reunir todo o material em uma bandeja;
14. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
15. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação, possíveis efeitos adversos e as sensações a esperar;
16. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento e exponha a região de aplicação (alterne os locais apropriados à administração subcutânea);
17. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
18. Delimitar o local de aplicação;
19. Realizar antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70% em único sentido e direção, e espere secar;
20. Retirar a proteção da agulha (segurando a seringa com a mão que fará a punção);
21. Pinçar a pele do local selecionado com os dedos indicador e polegar à mão oposta que segura a seringa;
22. Introduza a agulha na pele, fazendo um ângulo de 90º (ou de 45º em crianças ou usuários adultos muito magros);
23. Não tracione o êmbolo da seringa;
24. Solte a pele e injete o medicamento, empurrando lentamente o êmbolo;
25. Retire a seringa/agulha com um movimento rápido e único e coloque-a na bandeja (não reencape a agulha);
26. Aplique pouca pressão no local da aplicação, com uma bola de algodão;
27. Verifique o local da punção, observando a formação de hematoma ou qualquer tipo de reação (se necessário, faça um curativo local);
28. Pergunte ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);



29. Deixe o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
30. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
31. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
32. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
33. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

Figura 12: Locais administração subcutânea



Locais de administração subcutânea.

#### Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:  
<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 61

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA TÓPICA

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por via tópica, para auxílio no tratamento por ação local ou sistêmica.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Gaze;
- Luva de procedimento;
- Espátula.

#### Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Identificar o medicamento;

6. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
7. Reunir todo o material em uma bandeja;
8. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem;
9. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos;
10. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
11. Auxilie o usuário a posicionar-se na posição mais adequada ao procedimento;
12. Expor a área de aplicação e faça a higiene local com gaze embebida em solução fisiológica, se necessário (para remoção de sujidade, secreção, resíduos de aplicações anteriores);
13. Abrir a tampa do frasco ou tubo;
14. Colocar o medicamento em uma gaze, sem tocar a ponta do tubo na gaze, na quantidade suficiente para cobrir a área indicada até a sua absorção (se necessário, utilize uma espátula);
15. Aplicar o medicamento na área indicada e espalhe-o delicadamente até a sua absorção (se necessário, enfaixe o local).
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

#### **Referências:**

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

Acesso em: 03 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 62

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL

**Responsável:**

Auxiliar e técnico de enfermagem.

Enfermeiro

**Quando:**

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:**

- Preparar e administrar medicamentos por via vaginal para o auxílio no tratamento de doenças ginecológicas utilizando a mucosa vaginal para absorção local do medicamento.

**Material:**

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Comadre;
- Material para higiene íntima;
- Papel higiênico;
- Luvas de procedimento;
- Aplicador vaginal;
- Absorvente higiênico;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário.

**Descrição do procedimento:**

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar);

3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade;
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito;
6. Reunir todo o material em uma bandeja;
7. Dirigir-se à usuários, confira o nome com dupla checagem;
8. Informar à usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos, explique em relação ao posicionamento, as sensações a esperar, como sensação de umidade na área vaginal. Certifique-se de que a usuário compreende o procedimento quando ela planeja autoadministrar o medicamento;
9. Realizar as avaliações pré-administração necessárias (história de secreção vaginal);
10. Fechar a porta do quarto ou feche a cortina do biombo;
11. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
12. Solicitar ao usuário que esvazie a bexiga e que faça a higiene íntima, ou realize-a, quando ela estiver impossibilitada;
13. Ajudar a usuário a ficar na posição ginecológica, eleve os quadris com um coxim e mantenha o abdome e membros inferiores cobertos com lençol;
14. Certificar-se de que a iluminação é adequada para visualizar a abertura vaginal. Inspecione a condição da genitália externa e do canal vaginal;
15. No caso de aplicação de creme, preencha o aplicador vaginal com a quantidade prescrita do medicamento;
16. Separar os grandes lábios com uma das mãos, de modo a visualizar o canal vaginal;
17. Com a outra mão, introduza o aplicador, ou outra forma de apresentação do medicamento (comprimido, supositório), na vagina da usuária. Empurre completamente o êmbulo do aplicador;
18. Retirar o aplicador e libere os grandes lábios;
19. Solicitar ao usuário que permaneça deitada por 15 min;
20. Fornecer ou coloque um absorvente higiênico e auxilie a usuário a se vestir;
21. Deixar a usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
22. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

**Referências:**

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

Acesso em: 03 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 63

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO E MISTURA DE INSULINAS

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Administrar insulinas via subcutânea;
- Alcançar o controle glicêmico basal;
- Alcançar o controle glicêmico após as refeições.

#### Material:

- Bandeja;
- Insulina prescrita (NPH ou regular);
- Luvas de procedimento;
- Seringa com agulha fixa de 13 mm x 0,45 mm;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.

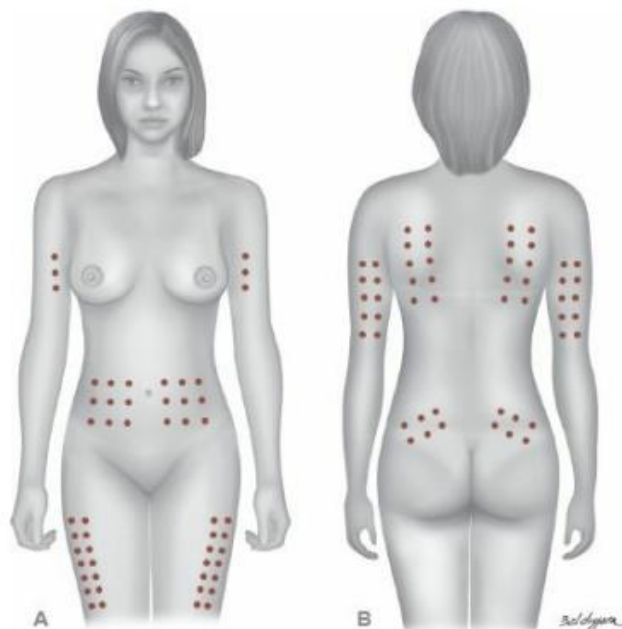
#### Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Separar todo o material necessário;
3. Ao abrir o frasco pela primeira vez, anotar a data especificando dia, mês e ano, para o controle adequado dos vencimentos. Seguir a indicação do fabricante quanto a validade em dias após a abertura do frasco;
4. Conferir o prazo de validade da insulina, se estiver vencido, descarte;
5. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

6. Calçar as luvas de procedimento;
7. Utilizar seringa de insulina, graduada em unidade, com agulha fixa no corpo da seringa, garantindo a precisão da dosagem. Nunca utilize seringa com agulha separada, nestas seringas existe um espaço extra, formado pelo pico da seringa e a base de fixação da agulha;
8. Certificar-se da padronização das seringas quanto as unidades, se 50UI ou 100UI;
9. Conferir o aspecto da insulina. Observe se muda de cor, apresenta partículas boiando ou aspectos de congelamento. Se um desses estiver presente, descarte-a;
10. Fazer movimentos circulares ou palmares suaves com o vidro para que haja uma homogeneização do seu conteúdo, não agite o frasco em hipótese alguma;
11. Realizar a desinfecção da borracha dos frascos de insulina com algodão embebido em álcool 70% e aguarde secar. Certifique-se que a borracha do frasco não esteja úmida com o álcool;
12. Quando houver necessidade de administrar duas insulinas simultaneamente, aspirar primeiro a insulina de ação rápida (R) ou ultrarrápida, que possuem aspecto límpido transparente e, em seguida, a insulina de ação intermediária (NPH) que possui aspecto turvo, leitoso (o objetivo é diminuir a possibilidade de entrada de insulina NPH no frasco de insulina R ou ultrarrápida, alterando a capacidade destas insulinas agirem rapidamente em uma outra aplicação);
13. Manter a agulha com protetor e aspire ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita;
14. Retirar o protetor da agulha, injete o ar no frasco de insulina NPH e retire a agulha SEM aspirar a insulina;
15. Com a mesma seringa puxe o êmbolo até a marca da escala que indica a quantidade de insulina R prescrita;
16. Injetar o ar no frasco de insulina R sem retirar a agulha, coloque o frasco na posição vertical de cabeça para baixo e puxe o êmbolo lentamente aspirando a quantidade de insulina R prescrita;
17. Retornar o frasco para a posição anterior e retire a agulha lentamente;
18. Colocar o frasco de insulina NPH na posição vertical de cabeça para baixo, introduza a agulha segurando no corpo da seringa com cuidado para não perder a insulina R que já está no interior da seringa;
19. Aspirar lentamente a quantidade de insulina NPH prescrita;
20. O total preparado deve corresponder à soma das doses das insulinas NPH e R prescritas;
21. Retornar o frasco para a posição anterior e retire a agulha lentamente e recoloca o protetor de agulha com cuidado para prevenir contaminação;
22. Não faça nenhum tipo de mistura sem prescrição;



23. No caso de dúvidas ou erros durante o preparo despreze tudo e comece novamente. Quando cometer erros, nunca devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas;
24. Informar ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação, possíveis efeitos adversos e as sensações a esperar;
25. Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento e exponha a região de aplicação (alterne os locais apropriados a administração subcutânea);
26. Higienizar as mãos e calce as luvas de procedimento;
27. Delimitar o local de aplicação;
28. Retire a proteção da agulha (segurando a seringa com a mão que fará a punção);
29. Pince a pele do local selecionado com os dedos indicador e polegar à mão oposta que segura a seringa;
30. Introduzir a agulha na pele, fazendo um ângulo de 90º (ou de 45º em crianças ou usuários adultos muito magros);
31. Não tracione o êmbolo da seringa;
32. Soltar a pele e injete a insulina, empurrando lentamente o êmbolo;
33. Retirar a seringa/agulha com um movimento rápido e único e coloque-a na bandeja (não reencape a agulha);
34. Aplicar pouca pressão no local da aplicação, com uma bola de algodão.
35. Perguntar ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);
36. Deixar o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
37. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
38. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
39. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada



Locais de administração subcutânea.

### Referências:

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC)**. PARECER COREN/SC Nº 003/CT/2016. Assunto: Esclarecimentos sobre a administração de dois tipos de Insulina NPH e Regular concomitantemente, em mesma seringa. Disponível em: <http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Parecer-T%C3%A9cnico-003-2016-CT-ABS-Mistura-de-Insulina.pdf>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 64

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

**Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE SOROTERAPIA VIA SUBCUTÂNEA – HIPODERMOCLISE**

### **Responsável:**

Auxiliar, técnico de enfermagem

Enfermeiro

### **Quando:**

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

### **Objetivo:**

- Administrar infusão contínua de soluções em volumes maiores quando impossibilidade de administração via oral, impossibilidade de acesso venoso e contra-indicação de procedimento invasivo;
- Permitir até 1500ml em 24h por sítio de punção, podendo ser realizado dois sítios distintos.

#### **Contraindicação absoluta:**

- Recusa do usuário;
- Anasarca;
- Trombocitopenia grave;
- Necessidade de reposição rápida de volume (desidratação grave, choque).

#### **Contraindicação relativa:**

- Caquexia;
- Síndrome da veia cava superior;
- Ascite;
- Áreas com circulação linfática comprometida (após cirurgia ou radioterapia);
- Áreas de infecção, inflamação ou ulceração cutânea;
- Proximidade de articulação;
- Proeminências ósseas.

### **Material:**

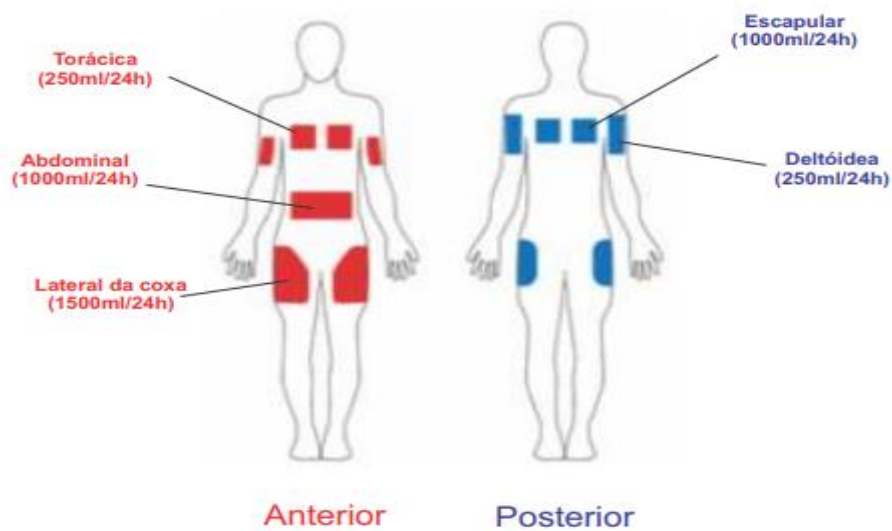
- Bandeja;

- Dispositivo de punção (agulhado ou não agulhado);
- Luvas de procedimento;
- Seringa preparada com 3ml de soro fisiológico 0,9%;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%;
- Curativo filme transparente.

**Descrição do procedimento para colocação:**

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa);
2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Dirigir-se ao usuário com os materiais na bandeja;
4. Explicar o procedimento e finalidade ao usuário;
5. Inspeccionar o local a ser puncionado;
6. Abrir o invólucro do dispositivo pela área demarcada;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Preencher o dispositivo com SF 0,9%;
9. Realizar antisepsia da pele com algodão embebido em álcool 70%;
10. Retirar o protetor do dispositivo;
11. Escolher o local da punção com maior tecido adiposo e que proporcione melhor mobilidade do usuário;
12. Fazer a prega subcutânea com a mão não dominante;
13. Introduzir o dispositivo na pele com a mão dominante em um ângulo de 30 a 45º com o bisel voltado pra cima;
14. Aspirar pra verificar a ausência de retorno sanguíneo;
15. Administrar 1ml de soro fisiológico e verificar se há presença de extravasamento;
16. Fixar o dispositivo com curativo filme transparente;
17. Conectar o equipo da solução ao dispositivo;
18. Identificar o acesso subcutâneo com data, nome, horário, calibre do cateter.
  - a. A recomendação de troca é de 5 a 7 dias, mas a ANVISA estabelece um padrão de troca a cada 72h.

19. Pergunte ao usuário se ele se sente bem (verificando sintomas e queixas de possíveis reações ao medicamento);
20. Deixe o usuário confortável de acordo com a sua necessidade;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada



#### Referências:

POTTER. Patricia A; PERRY, Ane Griffin. **Fundamentos de enfermagem** /tradução Adilson Dias Salles...et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio, et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático** -- 2. ed. -- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em:

<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>

Acesso em: 03 dez. 2020.

GODINHO, Natalia Cristina; SILVEIRA, Luciana Vaz de Arruda. **Manual de Hipodermóclise** [recurso eletrônico]. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu- HCFMB, 2017 Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/12/Manual-de-Hipoderm%C3%B3clise-HCFMB.pdf>

**Conselho Regional De Enfermagem Da Bahia (COREN – BA)**. PARECER Nº 004/2017. Competência técnica da equipe de enfermagem na realização da hipodermóclise. Disponível em:

[http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0042017\\_29418.html#:~:text=O%20uso%20da%20via%20subcut%C3%A2nea,e%20tenha%20conhecimento%20quanto%20%C3%A0](http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-n%E2%81%B0-0042017_29418.html#:~:text=O%20uso%20da%20via%20subcut%C3%A2nea,e%20tenha%20conhecimento%20quanto%20%C3%A0)

Acesso em: 11 abr. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 65

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Sempre que houver necessidade de administração de reposição de líquidos e eletrólitos, preferencialmente conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico pela reidratação oral, prevenindo a desidratação e os seus agravos.

#### Material:

- Água filtrada ou fervida (fria);
- Copo descartável;
- Envelope de Soro de Reidratação Oral – SRO;
- Jarra de 1 litro (vidro ou plástico com tampa).

#### 1. Descrição do procedimento:

2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Reunir o material indicado para o procedimento;
4. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
5. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
6. Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
7. Ofertar ao usuário em curtos intervalos ou toda vez que ele desejar;
8. Solicitar reavaliação do usuário após o término da terapia (médica ou do enfermeiro);
9. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
10. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
11. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

12. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 66

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DAS LESÕES CONDILOMATOSAS

**Responsável:**

Enfermeiro

**Quando:**

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:**

- Preparar o usuário para a realização do procedimento;
- Realizar a instrumentação para a realização da cauterização química das lesões condilomatosas com Ácido Tricloroacético 90%.

**Material:**

- Luva de procedimento;
- Compressa cirúrgica;
- Ácido tricloroacético à 90% (ATA);
- Swab ou cotonete;
- Pinça Cheron;
- Gaze;
- Lençol;
- Avental/camisola para mulher;
- Loção hidratante neutra ou vaselina líquida
- Bicarbonato de Sódio

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares, explicando que o procedimento a ser realizado, pode gerar dor e desconforto;
5. Solicitar que o usuário esvazie a bexiga;

6. Solicitar que o usuário troque de roupa, em local reservado, dando-lhe um avental para que se cubra proporcionando privacidade;
7. Colocar luvas de procedimento;
8. Posicionar a usuário em posição ginecológica, com a pelve coberta com lençol;
9. Posicionar a compressa cirúrgica abaixo das nádegas;
10. Realizar inspeção visual da vulva, vagina, região perianal, pênis e bolsa escrotal buscando identificar a localização da(s) lesão(ões);
11. Proteger com loção hidratante ou vaselina líquida as margens da lesão, para evitar que o ATA possa provocar queimaduras na pele sadia ao redor;
12. Aplicar cuidadosamente com auxílio de cotonete embebido (ATA) sobre as lesões;
13. Remover o excesso (se aplicada quantidade excessiva) polvilhando-se bicarbonato de sódio sobre o local;
14. Auxiliar o usuário na descida da mesa ginecológica;
15. Solicitar que ele troque de roupa, fornecendo privacidade para a mesmo;
16. Orientar para retorno semanal, para reaplicação do ATA até remissão da lesão, ou no caso de resistir ao tratamento, retornar à consulta médica para reavaliar indicação terapêutica (possibilidade da excisão com bisturi, cauterização, cirurgia de alta frequência – CAF – ou laser);
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
20. Evoluir procedimento no prontuário do usuário

#### Referências:

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP). POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POP**, SMS Ribeirão Preto, 2020, versão 1.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. Neuropediatria. Medidas do Crânio. Disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/medidas-do-cranio>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 67

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: NEBULIZAÇÃO

#### Responsável:

Auxiliar e técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Conforme prescrição.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Preparar e administrar medicamentos por vias respiratórias superiores (inalação) utilizando nebulizador. Para o auxílio no tratamento do trato respiratório, produzindo efeitos locais ou sistêmicos ou para fluidificar secreções.

#### Material:

- Bandeja;
- Medicamento prescrito;
- Luvas de procedimento;
- Solução fisiológica;
- Nebulizador;
- Kit de nebulização infantil ou adulto;
- Fluxômetro;
- Cadarço;
- Lenço de papel;

#### Descrição do procedimento:

1. Certificar-se da prescrição medicamentosa, aplique os nove certos da administração de medicamento em toda administração (usuário certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa).
2. Verificar se há informações sobre alergia do usuário aos medicamentos prescritos (na prescrição medicamentosa, na SAE, no prontuário do usuário, e com o próprio usuário ou familiar).
3. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

4. Separar o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (consta na prescrição) e o prazo de validade.
5. Identificar na prescrição o preparo da medicação, com um ponto de caneta ao lado do medicamento aprazado ou prescrito.
6. Reunir todo o material em uma bandeja.
7. Colocar o medicamento, na dose prescrita, no reservatório do nebulizador. Se prescrito adicione a solução fisiológica (no volume prescrito)
8. Dirigir-se ao usuário, confira o nome com dupla checagem.
9. Informe ao usuário do procedimento, explique a finalidade do medicamento, ação e possíveis efeitos adversos.
10. Realizar as avaliações pré administração necessárias
11. Enfermeiro: realizar ausculta pulmonar prévia;
12. Calce as luvas de procedimento.
13. Auxilie o usuário a posicionar-se na posição sentada ou Fowler.
14. Instale o fluxômetro na fonte de oxigênio.
15. Conecte uma extremidade do tubo extensor ao fluxômetro e a outra extremidade ao nebulizador.
16. Conecte a máscara ao reservatório do nebulizador
17. Abra o fluxômetro (entre 2 e 7 L/m) e verifique se há saída de névoa pelo inalador.
18. Entregue o inalador ao usuário e oriente-o a segurá-lo, mantendo a máscara junto à face (sobre o nariz e a boca), e a respirar tranquilamente. Caso não consiga segurá-lo corretamente, fixe a máscara, por meio do cadarço.
19. Deixe o usuário em uma posição confortável.
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
40. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Ao término da nebulização:
  - a. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
  - b. Calce as luvas de procedimento
  - c. Feche o fluxômetro e retire o inalador da face do usuário.
  - d. Coloque o inalador na bandeja
  - e. Ofereça lenços de papel pra que o usuário seque a face e o nariz.

f. Deixe o usuário confortável.

22. Enfermeiro: realizar ausculta pulmonar

23. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

24. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

25. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

26. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, informando horário, medicamento, dose, via, qualquer intercorrência e a conduta tomada.

#### **Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/publicacoes/item/seguranca-na-prescricao-uso-e-administracao-de-medicamentos>.

Acesso em: 03 dez. 2020.

# **Parte 8**

## **CUIDADOS COM EXAMES**

### **8.1 COLETA DE EXAMES**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 68

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE FERIDA INFECTADA

#### Responsável:

Enfermeiro

Técnico de enfermagem

#### Quando:

Conforme requisição.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Diagnosticar infecções e identificar o perfil de sensibilidade aos antibióticos.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico;
- Swab estéril ou seringa;
- Tubo de ensaio ou de cultura;
- Toalha de papel;
- Etiqueta de identificação.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário com o nome, a data e o horário da coleta;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Colocar luvas de procedimento;
7. Limpar o local com soro fisiológico;
8. Limpar a partir das bordas exteriores para remover o exsudato antigo;
9. Remover as luvas e colocar novas luvas;
10. Usar um swab estéril ou seringa para colher o máximo de drenagem possível;
11. Ter um tubo de ensaio limpo ou um tubo de cultura sobre uma toalha de papel limpa;

12. Após esfregar no centro do local da ferida, segurar o tubo de coleta com um papel-toalha;
13. Inserir com cuidado o swab sem tocar o lado externo do tubo;
14. Etiquetar o recipiente da amostra com o nome do usuário e informações de identificação e transferir o tubo para o saco de risco biológico etiquetado para transporte;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **Referências:**

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS (EBSERH). Procedimento Operacional Padrão de Enfermagem. **Procedimento de coleta de material para cultura**. 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/PROCEDIMENTO+DE+COLETA+DE+MATERIAL+PARA+CULTURA.pdf/96a17a54-fbdb-4820-9c8d-7db3d33fb595>  
Acesso em: 27 nov. 2020.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et al. 9. ED. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 69

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE FEZES

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico de enfermagem.

#### Quando:

Conforme requisição;  
Usuários restritos ao leito.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Auxiliar no diagnóstico de infecções intestinais.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Etiqueta de identificação;
- Recipiente para coleta;
- Material para higiene íntima;
- Comadre.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário bem como o frasco da amostra com o nome, a data e o horário da coleta;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Orientar a evacuar na comadre e solicitar de imediato o profissional de enfermagem;
7. Colocar luvas de procedimento;
8. Coletar amostra de fezes conforme orientação do laboratório;
9. Auxiliar na higiene íntima;
10. Desprezar as fezes sobressalentes;

11. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
12. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
13. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
14. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **ANEXOS**

- Oriente o usuário a não urinar na comadre onde serão coletadas as fezes para o exame;
- Não refrigere a amostra.

#### **Referências:**

CARMAGNANIM, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 70

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE ARTERIAL

#### Responsável:

Enfermeiros

#### Quando:

Conforme requisição.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Obter amostra de sangue arterial para exames de pH, gases e avaliação do equilíbrio acidobásico, e dosagem de eletrólitos.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Agulha para punção (calibre adequado ao usuário);
- Heparina sódica (5.000 UI/ml);
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Gaze estéril;
- Etiqueta de identificação;
- Fita hipoalergênica microporosa.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário bem como o frasco da amostra com o nome, a data e o horário da coleta;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Colocar luvas de procedimento;

- 7.** Aspirar 1ml de heparina e molhe a luz da seringa
- 8.** Despreze todo o conteúdo da seringa;
- 9.** Escolha o local avaliando dentre os possíveis locais de punção (artérias radial, pediosa e femural);
- 10.** Fazer o teste de Allen se a artéria escolhida for a radial;
- 11.** Solicitar ao usuário que mantenha o membro estável no momento do procedimento;
- 12.** Manter algodão seco ao alcance;
- 13.** Palpar a artéria, colocando a ponta dos dedos indicador e médio sobre ela, definindo sua localização e trajeto, mantendo-os no local para guiar a punção;
- 14.** Fazer a antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, em movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- 15.** Introduzir a agulha lentamente entre a ponta dos dedos no ângulo adequado de acordo com a artéria escolhida: 45 a 60° para artéria radial; 30° em relação ao dorso do pé para a artéria pediosa, e 90° para a artéria femoral;
- 16.** Verificar a entrada da agulha na artéria por visualização do sangue pulsátil no canhão da agulha;
- 17.** Coletar a quantidade de sangue necessária (1 a 3ml);
- 18.** Retirar a agulha;
- 19.** Comprimir imediatamente firmemente o local de punção com algodão seco por aproximadamente 5 minutos;
- 20.** Retirar com cautela o ar da seringa;
- 21.** Descartar a agulha em local correto para perfurocortantes;
- 22.** Ocluir o bico da seringa com material não perfurocortante;
- 23.** Observar se há sinais de formação de hematoma ou sangramento no local de punção;
- 24.** Caso observe algum dos sinais do item anterior, comprimir local por mais 5 minutos;
- 25.** Fazer no local da punção curativo compressivo com gaze estéril e fita hipoalergênica no local da punção;
- 26.** Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
- 27.** Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- 28.** Colocar a identificação do usuário na seringa com amostra de sangue arterial;
- 29.** Providenciar o encaminhamento imediato do material para o laboratório;

**30.** Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;

**31.** Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **ANEXOS**

- A amostra de sangue arterial, quando resfriada e lacrada corretamente, permanece estável por até 1 h.

**Teste de Allen:** Consiste em um teste para avaliar a circulação arterial da mão antes da punção:

- Pedir ao usuário que feche a mão fortemente;
- Usando seus dedos indicador e médio de ambas as mãos, palpe as artérias ulnar e radial do usuário;
- Comprima e obstrua o fluxo do sangue em ambas as artérias enquanto ele abre parcialmente e fecha a mão de 4 a 5 vezes;
- Mantenha a mão do usuário com a palma para cima, ela deverá aparecer esbranquiçada;
- Reduza a pressão na artéria ulnar enquanto observa a coloração da palma da mão e dos dedos. A mão e os dedos devem ficar preenchidos dentro de 10 a 15 s se a circulação ulnar estiver adequada. Se a mão permanecer esbranquiçada, a circulação não está adequada para ele (teste de Allen negativo) e a punção da radial não deve ser feita. Se a cor for retomada (teste de Allen positivo), a punção da artéria radial pode ser efetuada com segurança;
- Em casos de usuários inconscientes, eleve a mão do usuário acima do coração e aperte ou comprima-a, até que ocorra o empalidecimento.
- Baixe a mão do usuário enquanto ainda está comprimindo a artéria radial (libere a pressão sobre a artéria ulnar) e observe o retorno da coloração.

#### **Referências:**

CARMAGNANIM, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO.** Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 71

**DATA DA  
VALIDAÇÃO:**  
12/2020

**DATA DA REVISÃO:**  
12/2022

### Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE SANGUE VENOSO

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico de enfermagem.

**Quando:** Conforme requisição.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Coletar sangue venoso para a investigação de alterações nas substâncias circulantes.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Seringa;
- Agulha hipodérmica;
- Garrote;
- Fita adesiva hipoalergênica;
- Etiqueta;
- Tubos de exame.
- Algodão.

#### Descrição do procedimento:

1. Lavar as mãos conforme POP XX de fricção antisséptica de mãos;
2. Confirmar a identificação do paciente com o nome, a data e o horário da coleta;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Etiquetar o recipiente da amostra com o nome do paciente e informações de identificação.
5. Colocar luvas de procedimento conforme POP XX;
6. Escolher o local de punção venosa, expor a área avaliando as condições das veias;
7. Garrotear o local que será puncionado;
8. Solicitar ao paciente que mantenha o membro imóvel;
9. Manter algodão seco ao alcance;

10. Faça a antissepsia da pele, no local da punção, utilizando algodão com álcool a 70%, por 3 vezes, em movimento espiral centrífugo;
11. Puncione a veia com agulha hipodérmica ou escalpe mais adequado ao paciente;
12. Coletar a quantidade necessária de sangue;
13. Retirar o garrote;
14. Realizar pressão no local da punção com algodão seco;
15. Colocar a quantidade de sangue adequada dentro dos tubos;
16. Verificar o local da punção, observando se há formação de hematoma e sangramento;
17. Descartar agulhas em local correto para descarte de perfurocortante;
18. Descartar cada material em seu lixo correto;
19. Retirar as luvas;
20. Higienizar as mãos;
21. Evoluir procedimento no prontuário do paciente;
22. Inserir código do procedimento conforme tabela SIGTAP.

#### Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Técnicas para Coleta de Sangue**. Brasília, DF, 2001. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0108tecnicas\\_sangue.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0108tecnicas_sangue.pdf)

Acesso em: 19 jul. 2021.

CARMAGNANIM, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017,330p.

#### Anexos

- Em caso de uso do sistema a vácuo, proceder de mesma forma até o passo número 10, a seguir prosseguir da seguinte forma:
  1. Introduzir o tubo no suporte da agulha, pressionando-o ao limite;
  2. Soltar o garrote assim que o sangue flui ao tubo;
  3. Pressionar o local da punção com algodão seco;
  4. Separar a agulha do suporte com o auxílio de uma pinça;
  5. Seguir a partir do passo 16 conforme POP.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 72

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: COLETA DE AMOSTRA DE URINA

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico de enfermagem.

#### Quando:

Conforme requisição.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Avaliar presença de infecção urinária e identificar agente etiológico.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Etiqueta de identificação;
- Recipiente para coleta;
- Material para higiene íntima;
- Comadre;
- Gaze;
- Álcool 70%.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário bem como o frasco da amostra com o nome, a data e o horário da coleta;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Colocar luvas de procedimento.
7. Realizar a higiene íntima do usuário com sabão neutro, secando a pele e as mucosas com gaze estéril;



8. Orientar o usuário a desprezar o primeiro jato e, em seguida, aproxime o frasco esterilizado do meato uretral, sem encostar, coletando em jato médio aproximadamente 5 ml da urina;
9. Tampe o frasco;
10. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
11. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
12. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
13. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Procedimento para usuários que não controlam ato miccional (uso de saco coletor):**

1. Realizar passos anteriores de “descrição do procedimento” até o item 8;
2. Retirar o papel que cobre a parte adesiva do saco coletor e fixar o saco na região genital;
3. Aguardar 30 minutos para o usuário urinar, caso não urine, repetir o processo a cada 30 minutos;
4. Repetir item descritos anteriormente em “descrição do procedimento” a partir do item 10.

**Procedimento para usuários que fazer uso de sonda Foley:**

1. Realizar passos anteriores de “descrição do procedimento” até o item 7;
2. Clampear a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção;
3. Realizar a desinfecção no local apropriado para coleta de urina, com algodão e álcool a 70%;
4. Introduzir a agulha de 30 mm × 7 mm, aspirar, com uma seringa, 10 ml de urina, injetar no frasco de vidro estéril e o tapar.
5. Repetir item descritos anteriormente em “descrição do procedimento” a partir do item 10.

**ANEXOS**

- Não utilize solução antisséptica na higienização da região íntima do usuário
- Colete preferencialmente a primeira urina da manhã;
- Encaminhe a urina coletada ao laboratório em até 1 h;
- Se o usuário tiver condições de realizar a coleta, oriente e monitore todos os passos do procedimento.

**Referências:**

CARMAGNANIM, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Lígia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. Grupo Gen-Guanabara Koogan, 2017 – 330p.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 73

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: COLETA DE ESCARRO PARA BACIOSCOPIA

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico de enfermagem.

#### Quando:

Conforme requisição.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Auxiliar no diagnóstico, acompanhamento de casos de tuberculose e vigilância epidemiológica de sintomático respiratório decorrentes de infecções pulmonares causadas por mico bactérias.

#### Material:

- Livro de registro de sintomático respiratório;
- Etiqueta de identificação;
- Recipiente para coleta, com capacidade de 35-50mL, transparente, tampa com rosca;
- EPIs: Máscara cirúrgica ou máscara N95, óculos, avental, luvas de procedimento.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Etiquetar o recipiente da amostra com o nome do usuário e informações de identificação no corpo do pote, nunca na tampa;
7. Proceder registro dos dados no livro de sintomático respiratório;
8. Encaminhar usuário para ambiente arejado, atentando para condições mínimas de biossegurança ou orientar coleta no domicílio;

9. Colocar o usuário em posição sentada ou semissentada;
10. Colocar os EPIs;
11. Entregar o frasco coletor e solicitar ao usuário orientando para aspirar profundamente três vezes e então, tossir e expectorar para alcançar o volume de escarro ideal (de 5 a 10 ml), mínimo 1mL para TRM (teste rápido molecular);
12. Oferecer toalha de papel, deixando o usuário em posição confortável;
13. Fechar o frasco rosqueando firmemente a tampa ou orientar se a coleta for na residência;
14. Retirar de forma adequada cada EPI;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
18. Evoluir procedimento no prontuário eletrônico do usuário;
19. Se a coleta for realizada no domicílio, orientar que seja trazido a Unidade de Saúde para adequado acondicionamento (caixa térmica refrigerada) e encaminhamento ao laboratório para processamento, no máximo até 5 dias da coleta;
20. Não é necessário jejum, a cavidade oral deve estar limpa, sem resíduo alimentar, preferencialmente sem prótese dentária no momento da coleta, recomenda-se coletar antes da refeição ou jejum pela manhã.

#### BIBLIOGRAFIA

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs**, SMS Ribeirão Preto, 2020, versão 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para controle da tuberculose no Brasil/MS-Brasília**, 2018.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 74

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: RASPADO INTRADÉRMICO PARA PESQUISA DE BAAR/ HANSENÍASE

**Responsável:**

Enfermeiro.

**Quando:**

Conforme requisição.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

**Objetivo:**

- Auxiliar no diagnóstico de Hanseníase, identificando a presença de bacilos de Hansen e forma clínica PB/ MB.

**Material:**

- Cuba rim;
- Toalha de papel;
- Recipiente com algodão;
- Caixa coletora de perfurocortante;
- EPIs: Máscara cirúrgica ou máscara N95, óculos, avental, luvas de procedimento, óculos de proteção ocular;
- Bisturi nº 15;
- Pacote de curativo contendo pinça anatômica e pinça Kelly;
- Lâmina de vidro com ponta fosca para microscopia;
- Gaze estéril;
- Caixa para acondicionamento e transporte da lâmina;
- Caneta com ponta de vieda;
- Lápis preto.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;

3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Proceder registro dos dados no livro de coleta de Hanseníase e sistema GAL (laboratório);
6. Encaminhar à sala de procedimentos;
7. Colocar o usuário em posição sentada;
8. Colocar os EPIs;
9. Organizar o material na mesa auxiliar ou bancada;
10. Realizar desinfecção da lâmina com álcool 70%;
11. Proceder marcação da lâmina com 4 círculos, cerca de 5-7mm, correspondentes aos sítios de coleta (LOD, LOE, CDCE ou lesão de pele);
12. Identificar lâmina com o nome do paciente e número do registro;
13. Realizar antissepsia dos locais/sítios de coleta com álcool a 70%;
14. Com auxílio da pinça Kelly, realizar prega no sítio de coleta pressionando a pele suficiente para obter uma isquemia, evitando sangramento (presença de hemácias). Manter pressão, sem travamento da pinça, até o final da coleta;
15. Realizar incisão, com bisturi, com aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade;
16. Realizar raspado com lado não cortante da lâmina em ângulo reto em relação ao corte, retirando quantidade suficiente e visível de material;
17. Distribuir material coletado na lâmina com movimentos circulares do centro da marca até o bordo, do círculo previamente delineado na lâmina, em camada homogênea;
18. Desfazer compressão do sítio e proteger com curativo adesivo hipoalérgico;
19. Repetir raspado nos demais sítios, observando a ordem padrão dos círculos definido na lâmina;
20. Manter a lâmina com raspado intradérmico em superfície limpa e plana após a coleta de material por 5 a 10 minutos em temperatura ambiente, até estar totalmente seco;
21. Fixar esfregaço com bico de busen ou lamparina, passando a lâmina duas a três vezes, rapidamente, na chama, com material de esfregaço voltado para cima;
22. A lâmina deve ser condicionada em porta lâmina e encaminhada para LACEN-Criciúma;
23. Registrar o procedimento do prontuário eletrônico.

#### BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Guia de procedimentos técnicos, Baciloscopia em Hanseníase**. Série A. Normas e Manuais Técnico. Brasília – DF, 2010.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 75

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

**Procedimento: PROVA TUBERCULINA/ TESTE DE MANTOUX/ PPD**

### Responsável:

Enfermeiro  
Técnico de Enfermagem.

### Quando:

Conforme requisição.

### Objetivo:

- Identificar infecção latente da Tuberculose em contatos de casos de tuberculose pulmonar e conforme critérios do Manual de Recomendações de controle da Tuberculose no Brasil, 2018.

### Material:

- Toalha de papel;
- Recipiente com algodão;
- Seringa 1mL descartável (tipo insulina 100 UI) com agulha acoplada;
- Agulhas 13x4,5 ou similar se seringa não acompanhar agulha;
- Caixa térmica;
- Bobinas de gelo reciclável;
- Termômetro para controle de temperatura;
- Caixa coletora para material perfurocortante;
- EPIs: Luvas de procedimento e óculos protetor;
- Frasco de PPD-RT23 (derivado proteico purificado);
- Ficha de registro para prova tuberculina.

### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;

5. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico (CELK);
6. Encaminhar à sala de procedimentos;
7. Colocar o usuário em posição sentada com membro superior apoiado em bancada ou suporte para braço;
8. Colocar os EPIs;
9. Aspirar 0,1 ml, retirando frasco com PPD da caixa térmica, previamente preparada e ambientalizada, mantendo temperatura entre +2 e +8°C;
10. Selecionar face anterior do antebraço esquerdo, preferencialmente, evitando áreas de cicatrizes, lesões de pele e vascularização (veias calibrosas). Na impossibilidade do antebraço esquerdo utilizar o direito;
11. Segurar o antebraço esquerdo do usuário entre o polegar (1º dedo) e o indicador (2º dedo), distendendo a pele com o 2º dedo;
12. Administrar volume indicado observando ângulo da agulha levemente inclinado em relação ao plano da pele. Deslizar a seringa na epiderme e administrar todo conteúdo, lentamente, introduzindo todo bisel na epiderme com a agulha voltada para cima, visualizando a formação de uma pápula;
13. Retirar a seringa e realizar anotação do procedimento no prontuário eletrônico;
14. Orientar evolução da reação e cuidados para evitar lesões de pele no local da aplicação.

#### BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Manual de Capacitação para Enfermeiros na Técnica de aplicação e leitura da Prova Tuberculínica**. MS, 2015.

BRASIL. **Manual de normas técnicas de tuberculose para unidades básicas de saúde**. MS, 2010.

BRASIL. **TÉCNICAS DE APLICAÇÃO E LEITURA DA PROVA TUBERCULÍNICA**. MS, Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. Brasília, 2014.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 76

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: LEITURA DA PROVA TUBERCULINA/ TESTE DE MANTOUX/ PPD

#### Responsável:

Enfermeiro  
Técnico de enfermagem.

#### Quando:

72 horas até 96 horas após a aplicação da prova tuberculina via intradérmica.

#### Objetivo:

- Identificar infecção latente da Tuberculose em contatos de casos de tuberculose pulmonar e conforme critérios do Manual de Recomendações de controle da Tuberculose no Brasil, 2018, para tratamento preventivo.

#### Material:

- Régua milimétrica de plástico flexível e transparente com escala de cor preta;
- Ficha de registro do resultado da prova tuberculina.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Registrar o procedimento no prontuário eletrônico (CELK);
6. Encaminhar à sala de procedimentos;
7. Colocar o usuário em posição sentada com membro superior apoiado de forma que fique relaxado e levemente fletido;
8. Observar local da aplicação e palpar cuidadosamente com o 2º dedo (indicador) o contorno do local da aplicação, delimitando bordos da enduração, se houver;
9. Posicionar a régua milimétrica transversalmente ao eixo do braço e medir em milímetros o maior diâmetro transversal da enduração sem pressionar o local;
10. Registrar em milímetro, na ficha de registro de prova tuberculina e no prontuário eletrônico;



11. Orientar cuidados para evitar lesões de pele e resultado para devido encaminhamento conforme resultado do teste;
12. Retirar a seringa e realizar anotação do procedimento no prontuário eletrônico;
13. Orientar cuidados para prevenir lesões na pele, no local da aplicação.

#### BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Manual de capacitação par enfermeiros na Técnica de aplicação e leitura da Prova Tuberculínica.** MS, 2015.

BRASIL. **Manual de normas técnicas de tuberculose para unidades básicas de saúde.** MS, 2010.

BRASIL. **Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica.** MS, Dpto de Vigilancia das doenças transmissíveis. Brasília, 2014.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

NÚMERO:  
POP 77

DATA DA VALIDAÇÃO:  
06/2021

DATA DA REVISÃO:  
06/2023

### Procedimento: COLETA DE EXAME CITOLOGICO CERVICO-VAGINAL (PAPANICOLAU)

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

- Sempre que necessário.
- Conforme indicação clínica
- De forma preventiva, anualmente para mulheres que já tiveram início de vida sexual, principalmente entre 25 e 59 anos, sendo que após dois exames consecutivos anuais dentro da normalidade, pode ser realizado intervalo de 3 anos entre os exames.

#### Monitoramento: Enfermeiro

#### Objetivo:

- Coletar material cérvico vaginal para realização de exame diagnóstico com objetivo de detectar precocemente a presença de lesões neoplásicas ou pré neoplásicas podendo ser encontrados alguns processos de outra natureza (parasitas, processos inflamatórios, outros);
- Rastrear todas as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual, pelo menos uma vez a cada 2 anos.
- Rastrear precocemente o câncer do colo do útero e de suas lesões precursoras;
- Acompanhar as mulheres tratadas ou diagnosticadas com lesões precursoras;
- Fornecer subsídios para a vigilância do câncer do colo do útero (SISCAN).

#### Material:

- Espátula de Ayres;
- Escova endocervical;
- Espéculos tamanhos: P, M ou G;
- Lâmina ponta fosca (para identificação);
- Fixador citológico;
- Pinça Cheron;

- Gazes esterilizadas;
- Livro de registro;
- Outros materiais de escritório: lápis preto nº2; apontador; borracha; canetas; régua;
- EPIs: luva de procedimentos; avental descartável, óculos de proteção;

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário;
4. Identificar a lâmina na extremidade fosca com lápis com os seguintes dados: nome da unidade de saúde requisitante, as iniciais do nome completo da mulher e data de nascimento, nome do laboratório que fará a análise.
5. Certificar que a usuário esteja com a bexiga vazia;
6. Fornecer e solicitar que usuário coloque o avental, retirando sua roupa. Fornecer privacidade para a mesma.
7. Auxiliar a mulher a posicionar-se na maca, em posição litotômica;
8. Cobrir a usuário com lençol;
9. Posicionar e ligar o foco de luz;
10. Calçar a luva de procedimento;
11. Realizar afastamento dos pequenos lábios e introduzir o espéculo suavemente;
12. Inspeccionar vagina e colo de útero e retirar excesso de secreção com pinça Cheron e gaze, se necessário;
13. Colher material de ectocérvice com espátula de Ayres ponta bifurcada, encaixando parte mais longa do equipamento no orifício externo do colo, girando 360°, e fazer esfregaço único transversal na extremidade ao lado da parte fosca da lâmina de vidro identificada. (Figura 1);
14. Colher material endocervical com escovinha cervical, girando 360°, e fazer rotação da escova sobre a lâmina em esfregaço único em sentido longitudinal, ao lado do esfregaço de ectocérvice. (Figura 2);
15. Fixar imediatamente o material colhido e distendido na lâmina para evitar o dessecação, com o spray fixador, a uma distância de 20cm;
16. Tracionar espéculo delicadamente, inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais, para evitar pinçamento do colo;

17. Informar a usuário que o exame acabou e que a mesma pode se vestir;
18. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
20. Orientar a mulher quanto a retirada do resultado do exame;
21. Preencher a requisição de exame preventivo no sistema SISCAN Web e imprimir;
22. Preencher o livro ou planilha de registro local;
23. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
24. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 1 Coleta de Ectocervical.

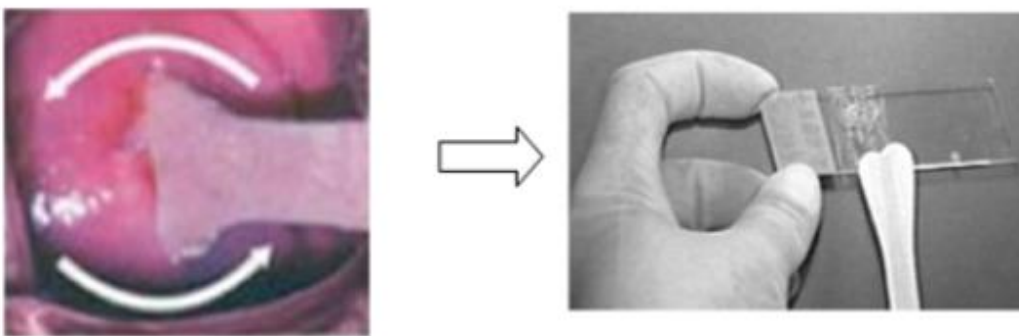
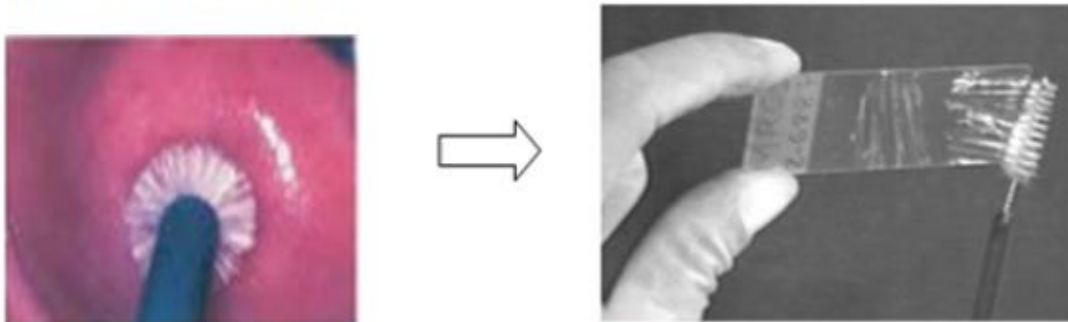


Figura 2 Coleta de Endocervical.



Fonte: Imagens da internet

#### Observações:

- Recomendações prévias:
- A utilização de lubrificantes, espermicidas ou medicamentos vaginais deve ser evitado por 48 horas antes da coleta (pois essas substâncias recobrem os elementos celulares dificultando a avaliação microscópica, prejudicando a qualidade da amostra);
- Relações sexuais devem ser evitadas por 48 horas antes da coleta. Na prática a presença de espermatozoides não compromete a avaliação microscópica;

- O exame não deve ser feito no período menstrual e deve ser aguardada 5 dias após o término da menstruação;
- O exame, preferencialmente, não deve ser feito em mulheres que estão em seguimento por lesão de colo uterino sintomáticas com vaginites e/ou vaginoses. Devem ser tratadas previamente;
- Qualquer substância que porventura possa comprometer o exame citopatológico (medicamento, esperma, gel, secreções...) deve ser retirada através da limpeza do canal vaginal, do fundo de saco e/ou da cérvix com gaze. No caso de sangramento vaginal anormal, o exame ginecológico é mandatório e a coleta, se indicada, pode ser realizada.

**Referências:**

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 78

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: **COLETA DE SECREÇÃO NASOFARÍNGEA**

#### **Responsável:**

Enfermeiro

Técnico ou auxiliar de enfermagem devidamente capacitado.

#### **Quando:**

Conforme indicação clínica.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### **Objetivo:**

- Confirmar diagnóstico clínico.

#### **Material:**

- Swab;
- Meio de cultura refrigerado;
- EPI (s): máscara, gorro, avental, luvas e óculos;
- Etiqueta para identificação dos tubos;

#### **Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Identificar o tubo com o meio de cultura, com os dados do usuário;
7. Vestir EPIs;
8. Introduzir o swab em uma das narinas, até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe (manter em contato por aproximadamente 10 segundos);
9. Retirar o swab realizando movimentos rotatórios;
10. Após a coleta, estriar o swab e introduzir no interior do tubo;
11. Fechar o tubo e acondicionar em caixa específica;
12. Retirar EPIs;

13. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
15. Inserir código do procedimento conforme tabela SIGTAP.
16. Evoluir procedimento no prontuário do usuário e impressão de laudo;

**Referências:**

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde de Assis. **Procedimento Operacional Padrão (Pop) e Manual de Normas e Rotinas da Atenção Básica**, 2019. Disponível em: <https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/9642218022020114206.pdf>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 79

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: **TESTE DA MÃE CATARINENSE**

#### **Responsável:**

Enfermeiro  
Técnico de enfermagem.

#### **Quando:**

No primeiro trimestre de gestação.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### **Objetivo:**

- Colher material para realização do teste da mãe catarinense a fim de diagnosticar anemia falciforme nas gestantes.

#### **Material:**

- Luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Gaze ou algodão;
- Fita hipoalergênica microporosa ou curativo autoadesivo circular;
- Lanceta com ponta triangular;
- Cartão específico para a coleta;
- Livro de registro de controle.

#### **Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a usuária e familiares;
5. Oferecer privacidade a usuário
6. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações e os documentos apresentados pela gestante;
7. Calçar as luvas de procedimento;



8. Fazer antissepsia no local, com algodão embebido em álcool a 70%;
9. Aguardar a secagem do excesso de álcool;
10. Realizar punção digital;
11. Encostar levemente o verso do papel filtro, na direção do círculo;
12. Repetir o procedimento até preencher os dois círculos na frente e verso do papel;
13. Ao término da coleta, comprimir o local com algodão ou gaze seco;
14. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas, em local específico, onde a área da amostra não encoste em superfície.
15. Orientar a gestante com relação ao acesso ao resultado do exame.
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
19. Evoluir procedimento no prontuário da usuária.

#### **ANEXOS**

- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota.
- Caso necessário faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.
- A secagem da amostra deve ser realizada com os cartões na horizontal, nunca as expondo ao sol.
- Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa (isopor ou plástica), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias) até que sejam enviadas ao destino que se procede.

#### **Referências:**

FEPE. Fundação Ecumenica De Proteção Excepcional. **Manual Técnico de Coleta Para o Teste da Mãe Catarinense:** Pesquisa de hemoglobinopatias em gestantes. Curitiba: FEPE, 2019. Disponível em: <https://www.fepe.org.br/teste-da-maezinha/materiais-para-profissionais-de-saude-sc/>  
Acesso em: 09 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 80

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: **TESTE DO PEZINHO (PKU)**

#### **Responsável:**

Enfermeiro e técnico de enfermagem.

#### **Quando:**

A partir do 3º dia de vida até o 7º dia. Embora não seja o ideal, aceita-se coleta até o 30º dia de vida.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### **Objetivo:**

- Colher material para realização do teste do pezinho nos recém-nascidos a fim de diagnosticar precocemente doenças causadoras de deficiências que, se tratadas precocemente, possibilitam um desenvolvimento sem alterações.

#### **Material:**

- Luvas de procedimento;
- Álcool a 70%;
- Gaze ou algodão;
- Fita hipoalergênica microporosa ou curativo autoadesivo circular;
- Lanceta com ponta triangular;
- Cartão filtro específico para a coleta;
- Livro de registro de controle.

#### **Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade aos familiares;
4. Preencher os formulários, livros de registros local e cartão de coleta, checando todas as informações com a família e os documentos apresentados pela mesma.
5. Solicitar à mãe (ou quem estiver acompanhando o bebê) que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical, sugerindo que amamente o bebê durante o exame para diminuir o desconforto do bebê.

6. Calçar as luvas de procedimento.
7. Solicitar ao responsável que exponha o pé do bebê no qual será realizada a coleta para o exame.
8. Envolver o pé e o tornozelo da criança, com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar.
9. Massagear o calcanhar do bebê suavemente.
10. Fazer antissepsia no local, com algodão embebido em álcool a 70%.
11. Aguardar a secagem do excesso de álcool.
12. Puncionar o local, com movimento firme, único e contínuo (sentido quase perpendicular à superfície da pele).
13. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca.
14. Encostar levemente o verso do papel filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares, procurando não sobrepor material no papel filtro.
15. Repetir o procedimento até preencher os quatro círculos na frente e verso do papel (Figura 1).
16. Ao término da coleta, manter a criança em posição deitada, comprimir o local com algodão ou gaze secos, realizar curativo com fita hipoalergênica microporosa ou adesivo autocolante.
17. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas, no suporte de secagem específico, não ficando a área de coleta em contato com nenhuma superfície.
18. Orientar a família com relação ao acesso ao resultado do exame.
19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 12 – Teste do pezinho.



Fonte: imagem da internet, 2020

## **OBSERVIÇÕES:**

- Não há necessidade de jejum da criança.
- Manter o calcanhar do RN sempre abaixo do nível do coração facilita o fluxo.
- A punção é exclusivamente nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso.
- Durante a coleta, deixar o sangue fluir naturalmente, de maneira homogênea, impregnando os dois lados do papel filtro.
- Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota.
- Nunca preencha os espaços vazios com pequenas gotas para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere no exame.
- Caso necessário faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.
- A secagem da amostra deve ser realizada com os cartões na horizontal, nunca as expondo ao sol.
- Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa (isopor ou plástica), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias) até que sejam enviadas ao destino que se procede.

## **Referências:**

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Triagem/ Teste do Pezinho Passo a Passo. Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal / gestão 2007 a 2008.** Disponível em:

[http://www.sbtn.org.br/pg\\_triag\\_oquee.htm](http://www.sbtn.org.br/pg_triag_oquee.htm)

Acesso em: 09 dez.2020.

FEPE. Fundação Ecumenica De Proteção Excepcional. **Manual Técnico de Coleta Para o Teste do Pezinho.** Curitiba: FEPE, 2013, 86p.

# **Parte 8**

## **CUIDADOS COM EXAMES**

### **8.2 TESTAGEM RÁPIDA**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 81

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TESTE RÁPIDO COVID 19 - ANTICORPO

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

Em usuários com sintomas de COVID 19 a pelo menos 8 dias do início dos sintomas.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Detectar a presença de anticorpos (IgG e IgM), que são produzidos pelas células de defesa pelo corpo humano contra o SARS-CoV-2 após o contato com vírus.

#### Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, touca, máscara, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

#### Descrição do procedimento:

1. 01.Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;
3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;

6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
10. Realizar assepsia local e, em seguida, punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta, conforme o kit do teste;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste.

**Resultado NÃO REAGENTE:**

- Uma linha corada aparece na região da linha de controle (C). Não aparece nenhuma linha na região IgG/IgM.

**Resultado REAGENTE:**

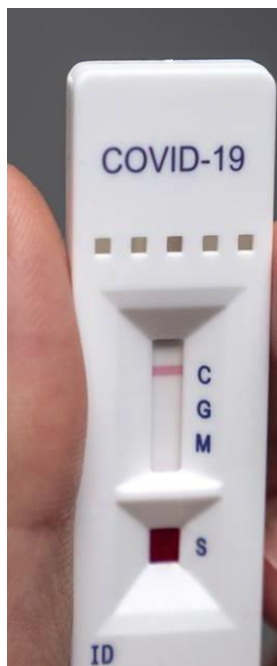
- Aparecem duas linhas coradas. Uma linha corada sempre deve aparecer na região da linha de controle (C) e outra linha deve estar na região da linha IgG ou IgM.

**Resultado INVÁLIDO:**

- Quando a Linha Controle “C” não aparecer na janela de resultados após ter adicionado o diluente, após o tempo máximo de leitura recomendado pelo fabricante. Neste caso, o teste deve ser considerado inválido. Algumas causas de resultados inválidos são: não seguir corretamente as instruções de uso; teste com a data de validade ultrapassada; amostras armazenadas por um longo período. Recomenda-se repetir o ensaio utilizando um novo dispositivo e uma nova amostra.
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
  18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

19. Fornecer laudo ao usuário;
20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 1 – Teste rápido de COVID-19.



Fonte: imagem da internet, 2021

#### ANEXOS

- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

Resultado		Interpretação	Indicação de afastamento
IgM negativo	IgG negativo	Período de janela imunológica	Não há indicação de afastamento. Reforçar as medidas de prevenção e controle e estar atento ao aparecimento de sintomas.
IgM positivo	IgG negativo	Fase inicial da infecção	Afastamento – Por 14 dias a partir do início dos sintomas ou a partir da data da coleta se assintomático.



IgM positivo	IgG positivo	Fase de recuperação	Afastamento – Por 14 dias a partir do início dos sintomas ou por 07 dias a partir da data da coleta se assintomático.
IgM negativo	IgG positivo	Infecção passada - recuperado	Não há indicação de afastamento. Reforçar as medidas de prevenção e controle.

**Referências:**

BRASIL. Governo Do Estado Do Ceará. **Nota Técnica Pública Nº 04/2020.** Disponível em: [https://www.saude.ce.gov/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/NOTA\\_TE%CC%81CNICA\\_TESTE\\_RA%CC%81PIDO\\_COVID\\_19.pdf](https://www.saude.ce.gov/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/NOTA_TE%CC%81CNICA_TESTE_RA%CC%81PIDO_COVID_19.pdf)  
 Acesso em 03 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 82

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TESTE RÁPIDO COVID 19 - ANTÍGENO

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

Em usuários com sintomas de COVID 19 entre 2 e 7 dias da data do início dos sintomas

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Detectar a presença de antígenos de SARS-CoV-2 em amostras de Swab nasal e da nasofaringe de humanos.

#### Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, touca, máscara, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: Swab estéril, tampão de extração, tampa filtro, dispositivo teste, frasco de solução tampão, micropipeta.
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

#### Descrição do procedimento:

17. Reunir o material indicado para o procedimento;
18. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;
19. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
20. Colocar os EPIs;
21. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
22. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;

23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
24. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
25. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
26. Solicitar que o usuário para assoar o nariz;
27. Inserir o Swab estéril na narina do usuário, atingindo a superfície da nasofaringe posterior.
28. Usar rotação suave empurrando o Swab até que a resistência seja atingida no nível dos cornetos.
29. Gire o Swab algumas vezes contra a parede da nasofaringe.
30. Remover cuidadosamente o Swab da narina;
31. Inserir a amostra de Swab no tubo de tampão de extração. Girar o Swab pelo menos 5 vezes.
32. Remover o Swab pressionando as laterais do tubo para extrair o líquido do Swab.
33. Apertar firmemente a tampa filtro no tubo;
34. Aplicar 3 gotas da solução no poço de amostra no dispositivo teste.
35. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
36. Interpretar o teste.
37. Retirar EPIs;
38. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
39. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
40. Inserir código do procedimento conforme tabela SIGTAP.
41. Evoluir procedimento no prontuário do usuário e impressão de laudo.

Resultado **NÃO REAGENTE:**

Uma linha corada aparece na região da linha de controle (C). Não aparece nenhuma linha na linha T.

Resultado **REAGENTE:**

Aparecem duas linhas coradas, C e T.

Resultado **INVÁLIDO:**

Se a linha controle C não aparecer.

**Referências:**

Bula teste antígeno COVID-19 Ag ECO Teste – TR.0078



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 83

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE GESTAÇÃO

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico de enfermagem.

#### Quando:

Em casos de amenorreia em mulheres na faixa de idade fértil.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Detectar precocemente uma gestação.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Álcool 70%;
- Recipiente para coleta;
- Teste rápido de HCG.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar a usuária perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade a usuária;
5. Oferecer privacidade a usuária;
6. Fornecer pote seco e limpo a usuária e solicitá-la para coletar uma pequena amostra de urina;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Receber o material coletado pela usuária.
9. Verificar se a quantidade de urina está no nível ideal, nunca ultrapassar a linha de limite máximo que é indicada claramente na tira do teste;
10. Abrir o invólucro do teste mantendo visível o lote e a validade;

11. Mergulhar a tira teste em posição vertical por 15 segundos no potinho com a urina e colocar a tira sob material ou superfície não absorvente;
12. Esperar as faixas coloridas aparecerem e aguardar por os minutos recomendados pelo fabricante do teste para o resultado preciso.
13. Interpretar o teste:
  - a. Para a interpretação do teste será necessário a coloração da linha considerada teste para controle da qualidade do exame (Figura13) e será necessário a coloração de uma segunda linha para ser considerado positivo (Figura 14).
14. Explicar o resultado a mulher;
15. Desprezar a urina no sanitário;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
19. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 13 – Teste negativo



Fonte: imagem da internet.

Figura 14 – Teste positivo



Fonte: imagem da internet

#### **Referências:**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP).

**POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem –** HUMAP/EBSERH. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde:

**Procedimento Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica,** SMS Assis, 2019.

PREFEITURA DA CIDADE DE CAMPINAS. **Secretaria Municipal de Saúde. Manual: Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem,** Campinas, 2016, versão 2. Disponível em:

[https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP Enfermagem 2020.pdf](https://saude.campinas.sp.gov.br/saude/enfermagem/POP%20Enfermagem%202020.pdf)

Acesso em: 07 jan. 2020.

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs,** Ribeirão Preto, 2020, versão 1.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 84

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B

#### Responsável:

Enfermeiro.

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior, conforme RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT.

#### Quando:

Sempre que o usuário desejar ou for necessário um diagnóstico rápido.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e fornecer resultado rápido por profissional capacitado.

#### Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

#### Descrição do procedimento:

1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;

3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário;
10. Realizar punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta específico para cada marca;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste:
  - a. Para a interpretação do teste se após 15 minutos aparecer apenas uma linha na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE. Se aparecer a linha na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE (figura 15).
  - b. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail [diagnostico@ aids.gov.br](mailto:diagnostico@ aids.gov.br).



17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Fornecer laudo ao usuário;
20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 15 – Teste rápido de hepatite B



Fonte: Google Imagens, 2021

#### OBSERVAÇÕES:

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite B. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais.
- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

#### Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual\\_para\\_capacitacao\\_de\\_tr\\_para\\_as\\_hepatites\\_b\\_17745.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr_para_as_hepatites_b_17745.pdf)

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diagnóstico de Hepatites Virais. Telelab diagnóstico e monitoramento**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites

Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em:

<http://www.telelab.aids.gov.br>

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC).** RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT. Assunto: Testes Rápidos. Disponível em:

<http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/RT-033-2017-Testes-R%C3%A1pidos.pdf>

Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 85

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C

#### Responsável:

Enfermeiro.

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior, conforme RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT.

**Quando:** Sempre que o usuário desejar ou for necessário um diagnóstico rápido.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e fornecer resultado rápido por profissional capacitado.

#### Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

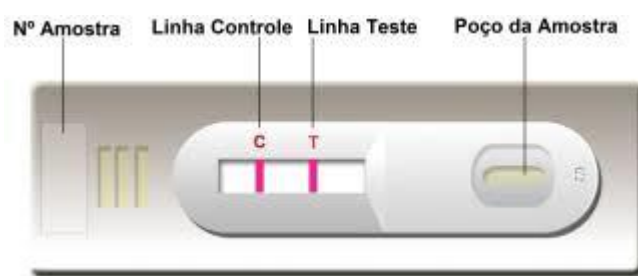
#### Descrição do procedimento:

1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;

3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário;
10. Realizar punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta, conforme cada marca OU disponível na caixa do teste;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste.
  - a. **Para a interpretação do teste:** Se após 15 minutos aparecer apenas uma linha na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE. Se aparecer a linha na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE (figura 1).
  - b. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail [diagnostico@ aids.gov.br](mailto:diagnostico@ aids.gov.br).
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;

18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
19. Fornecer laudo ao usuário;
20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 16 – Teste rápido de hepatite C



Fonte: Imagem do Google.

## ANEXOS

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite C. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais.
- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

## Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual de treinamento para teste rápido hepatites B (HBsAg) e C (anti-HCV)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual\\_para\\_capacitacao\\_de\\_tr\\_para\\_as\\_hepatites\\_b\\_17745.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_para_capacitacao_de_tr_para_as_hepatites_b_17745.pdf)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diagnóstico de Hepatites Virais**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC)**. RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT. Assunto: Testes Rápidos. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/RT-033-2017-Testes-R%C3%A1pidos.pdf> Acesso em: 18 out. 2021.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 86

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS

#### Responsável:

Enfermeiro.

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior, conforme RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT

#### Quando:

Sempre que o usuário desejar ou for necessário um diagnóstico rápido.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e fornecer resultado rápido por profissional capacitado.

#### Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

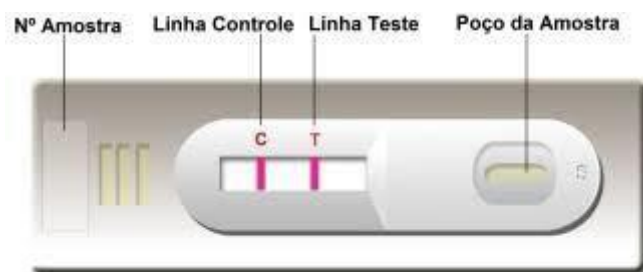
#### Descrição do procedimento:

1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;
3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste

4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário
10. Realizar punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta, conforme a disponibilidade na caixa do teste;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste.
  - a. Para a interpretação do teste: Se após 15 minutos aparecer apenas uma linha na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE. Se aparecer a linha na área de teste e na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE (figura 1).
  - b. Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha apareça na área de teste (T), o teste será considerado INVÁLIDO. Armazene para análise técnica do problema. Comunique o ocorrido ao SAC do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais pelo e-mail [diagnostico@ aids.gov.br](mailto:diagnostico@ aids.gov.br).
17. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

19. Fornecer laudo ao usuário;
20. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
21. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 17 – Teste rápido de sífilis.



Fonte: Imagem do Google.

## ANEXOS

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da sífilis. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, a coleta de VDRL deve ser feita no PAMDHA.
- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

## Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diagnóstico de Sífilis**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC)**. RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT. Assunto: Testes Rápidos. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/RT-033-2017-Testes-R%C3%A1pidos.pdf>

Acesso em: 18 out. 2021.





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 87

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TESTE RÁPIDO PARA HIV 1/2

#### Responsável:

Enfermeiro.

O Técnico e/ou auxiliar de enfermagem devidamente treinado e sob a supervisão do enfermeiro pode realizar teste rápido para triagem do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, encaminhando prontamente para o enfermeiro, os usuários com resultado reagente; não podendo emitir laudo que é ato privativo do enfermeiro ou profissional de nível superior, conforme RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT

#### Quando:

Sempre que o usuário desejar ou for necessário um diagnóstico rápido

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento e fornecer resultado rápido por profissional capacitado.

#### Material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos.

#### Descrição do procedimento:

1. Reunir o material indicado para o procedimento;
2. Ler o manual de instrução do teste e as orientações de acordo com o laboratório fabricante;

3. Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste
4. Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
5. Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras ou outras alterações despreze esse material e recomece;
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
7. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
8. Colocar os EPIs;
9. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário
10. Realizar punção digital;
11. Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta, conforme cada kit teste;
12. Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar, sem que haja a formação de bolhas de ar.
13. Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar a quantidade de gotas da amostra no poço do dispositivo de teste de acordo com a manual do teste;
14. Adicionar a quantidade de gotas de solução tampão no outro poço de acordo com o manual do teste;
15. Aguardar 15 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
16. Interpretar o teste:

**Resultado NÃO REAGENTE:**

Quando aparecer somente uma linha colorida na janela de resultados. A linha controle (C), deve aparecer em todos os testes.

**Resultado REAGENTE:**

A presença de duas linhas coloridas na janela de resultados, Linha Controle “C” e Linha Teste “T1”, independente de qual linha aparecer primeiro, indica um resultado Reagente para HIV-1.

A presença de duas linhas coloridas na janela de resultados, Linha Controle “C” e Linha Teste “T2”, independente de qual linha aparecer primeiro, indica um resultado reagente para HIV-2.

A presença de três linhas coloridas na janela de resultados, Linha Controle “C”, Linha Teste “T1” e Linha de Teste “T2”, independente de qual linha aparecer primeiro, indica um resultado reagente para HIV-1 e/ou HIV-2.

Se a intensidade da cor da Linha “T1” for maior que da Linha “T2”, interpretar o resultado do teste como HIV-1 reagente.

Se a intensidade da cor da Linha “T2” for maior que da Linha “T1”, interpretar o resultado do teste como HIV-2 reagente.

**Atenção:** Infecção dupla de HIV-1 e HIV-2 em um indivíduo é bastante rara. Reatividade dupla, ou seja, Linha “T1” e Linha “T2” reativas é mais provável de ser causada por reatividade cruzada dada certa homologia nas sequências de aminoácidos do HIV-1 e HIV - 2. Para determinar o tipo de vírus ou diagnosticar uma coinfeção, um teste de confirmação tem de ser executado.

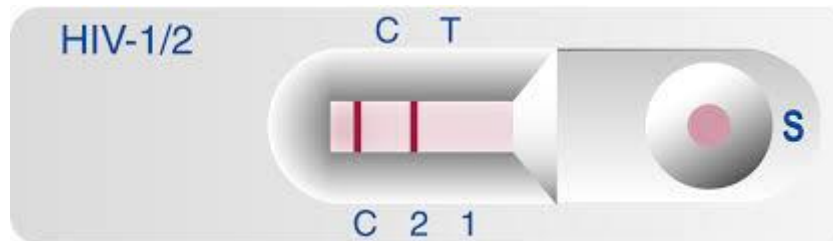
**Resultado INVÁLIDO:**

Quando a Linha Controle “C” não aparecer na janela de resultados após ter adicionado o diluente e aguardado o tempo máximo de leitura recomendado pelo fabricante. Neste caso, o teste deve ser considerado inválido. Algumas causas de resultados inválidos são: não seguir corretamente as instruções de uso; teste com a data de validade ultrapassada; amostras armazenadas por um longo período. Recomenda-se repetir o ensaio utilizando um novo dispositivo e uma nova amostra.

17. Em casos de resultados reagentes, repetir outro teste de outra marca na unidade. Após confirmação, pode encaminhar para consulta médica na unidade ou agendar no PAMDHA.
18. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

20. Fornecer laudo ao usuário;
21. Registrar código do procedimento conforme tabela SIGTAP;
22. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 18 – Teste rápido de HIV 1/2.



Fonte: imagem da internet

## ANEXOS

- Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus HIV. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis. Em casos de resultados reagentes, agendar atendimento para acompanhamento no ambulatório de hepatites virais.
- O kit deve ser armazenado entre 2 e 30°C. Não congelar o Kit ou os seus componentes.
- Realizar o teste imediatamente após removê-lo da embalagem de alumínio individual.
- Não utilizar o teste após a data de validade.
- Não reutilizar o dispositivo de teste.

## Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diagnóstico de Sífilis**. Telelab diagnóstico e monitoramento, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN – SC)**. RESPOSTA TÉCNICA COREN/SC Nº 033/CT/2017/RT. Assunto: Testes Rápidos. Disponível em: <http://transparencia.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/RT-033-2017-Testes-R%C3%A1pidos.pdf>

Acesso em: 18 out. 2021.

**Parte 8**  
**CUIDADOS COM**  
**EXAMES**

**8.3 OUTROS EXAMES**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 88

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AUXÍLIO DE BIÓPSIA DE MAMA GUIADA POR ULTRASSOM

#### Responsável:

Auxiliar de Enfermagem

Técnico de Enfermagem

Enfermeiro

**Quando:** Conforme Prescrição

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:** Auxiliar o médico na retirada de fragmentos de lesão de mama para exame histopatológico através de uma pistola automática guiada por ultrassonografia.

#### Material:

- Álcool a 70%;
- Agulhas 13 x 0,45mm e 40 x 1,2mm;
- Agulha para a pistola da biópsia;
- Avental para usuários;
- Anestésico;
- Caixa térmica;
- Caneta;
- Esparadrapo;
- Formol no frasco para a coleta;
- Gazes estéreis;
- Lençol;
- Livro de registro de exames;
- Luvas de procedimentos;
- Máscara cirúrgica;
- Fita hipoalergênica microporosa;
- Protetor facial e/ou óculos;

- Seringa de 3 ml, 5 ml ou 10 ml.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Equipar-se com os EPIs avental e luvas;
6. Encaminhar o usuário para retirada da parte superior da veste em ambiente com privacidade e oferecer avental;
7. Posicionar o usuário em decúbito dorsal na maca;
8. Oferecer material necessário para o médico durante a realização do exame;
9. Recolher e acondicionar os fragmentos de biópsia em frascos com formol (1/3 do frasco);
10. Identificar o frasco com o material recolhido: contendo nome, data de nascimento do usuário, local da punção e data da coleta;
11. Realizar curativo compressivo ao término do procedimento e orientar usuário quanto à retirada do mesmo;
12. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
13. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
14. Registrar em livro de controle (nome do usuário e data de nascimento do usuário, o número do cartão do SUS, data da coleta, telefone, número da ordem do exame, nome do médico solicitante, local aspirado e quantidade de frascos);
15. Recolher a requisição/solicitação do exame anatomopatológico;
16. Orientar o usuário quanto ao resultado do exame e retorno médico;
17. Acondicionar os frascos identificados juntamente com a requisição em caixa térmica para serem enviados para a análise.
18. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Referências:**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP). **POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH.** Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. Divisão de Enfermagem. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POP**, Ribeirão Preto, 2020, versão 1.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. Neuropediatria. **Medidas do Crânio**. Disponível em <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/medidas-do-cranio>





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**

**POP 89**

**DATA DA VALIDAÇÃO:**

**12/2020**

**DATA DA REVISÃO:**

**12/2022**

**Procedimento: ELETROCARDIOGRAMA (ECG)**

**Responsável:** Enfermeiro e técnico de enfermagem

**Quando:** Conforme prescrição

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:**

- Detectar a atividade elétrica do coração.

**Material:**

- Eletrocardiógrafo;
- Papel termo sensível adequado ao aparelho;
- Lençol de tecido e de papel;
- Álcool a 70%;
- Algodão seco;
- Eletrodos;
- Aparelho de tricotomia descartável (estojo de barbear) ou tesoura para aparar os pelos;
- Luvas de procedimento;
- Pacote de gaze ou papel toalha;
- Gel hidrossolúvel.

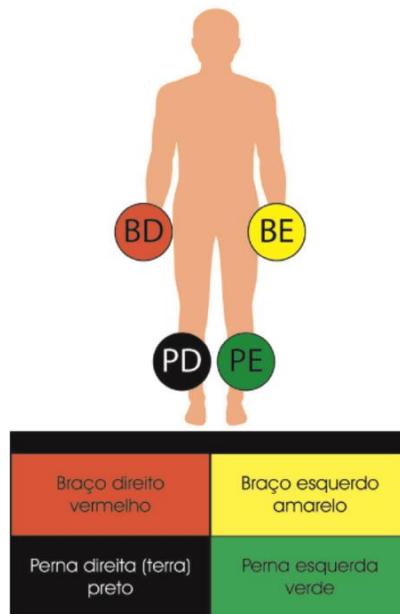
**Descrição do procedimento para colocação:**

1. Lavar as mãos conforme POP de fricção antisséptica de mãos;
2. Explicar o procedimento ao paciente;
3. Realizar a troca do lençol descartável a cada novo paciente;
4. Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos, e que retire qualquer adorno ou objeto metálico;
5. Certificar que não há contato do paciente com objetos ou partes metálicas da maca;
6. Posicionar paciente em decúbito dorsal;
7. Assegurar a privacidade do paciente fechando as portas do local ou posicionando biombos;
8. Calçar luvas de procedimento conforme POP XX;
9. Limpar a pele do paciente com álcool a 70%, desengordurando o local de contato, para a colocação dos eletrodos, caso seja necessário, realizar tricotomia nesses locais;

10. Certificar que os eletrodos estão limpos e seguramente fixos;
11. Verificar se os cabos dos eletrodos estão conectados;
12. Conectar os eletrodos, fixando as placas na face interna do braço ou antebraço e face lateral interna das pernas evitando proeminências ósseas e/ou coxas em caso de membros amputados, seguindo a ordem (Figura 1): Braço direito: fio vermelho; braço esquerdo: fio amarelo; Perna direita: fio preto; Perna esquerda: fio verde.
13. Com estas conexões dos eletrodos, são determinadas no traçado as derivações periféricas: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF;
14. Conectar os eletrodos para realização das derivações precordiais. Atentar para posicionamento adequado (Figura 2):
  - V1 - 4º espaço intercostal, na borda direita do esterno;
  - V2 - 4º espaço intercostal, na borda esquerda do esterno;
  - V3 - Situado entre V2 e V4;
  - V4 - 5º espaço intercostal na linha hemiclavicular à esquerda;
  - V5 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior;
  - V6 - 5º espaço intercostal esquerdo na linha axilar média.
15. Após colocação dos eletrodos, ligar o aparelho e iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
16. Avaliar se o registro no eletrocardiógrafo é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
17. Após término do ECG identificar no registro do eletrocardiógrafo, com o nome do paciente, idade, data de nascimento, data, local e hora da realização do exame;
18. Manter o aparelho à tomada, garantindo o carregamento do equipamento para o uso em caso de falta de energia ou de tomadas próximo ao leito dos pacientes;
19. Retirar os eletrodos e remover os resíduos do gel do tórax e membros superiores e inferiores;
20. Desprezar cada material em seu lixo correto;
21. Retirar EPIs;
22. Higienizar as mãos;
23. Evoluir procedimento no prontuário do paciente e impressão de laudo;
24. Inserir código do procedimento conforme tabela SIGTAP.

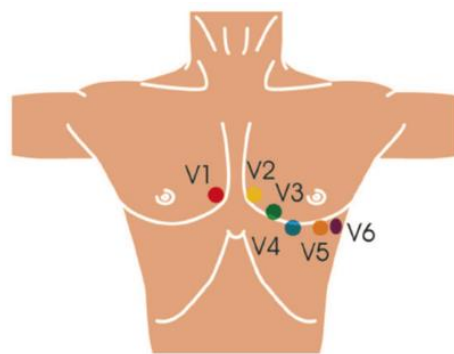
## FIGURAS

Figura 1 – Posição dos eletrodos nos membros



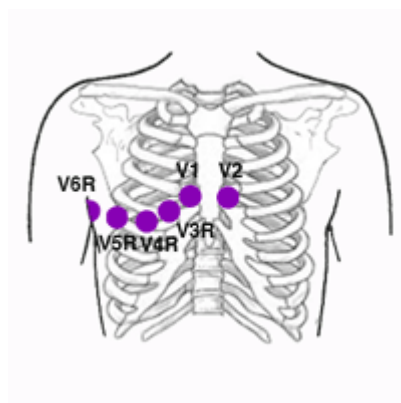
Fonte: Imagens do Google

Figura 2 – Posição dos eletrodos nos tórax



Fonte: Imagens do Google

Figura 3 – Posição dos eletrodos nos tórax em ECG à direita



Fonte: Imagens do Google

## Referências:

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS (EBSERH).

Procedimento operacional padrão. **Eletrocargiograma**. POP/ECG/001/2020. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132444/5732876/14>

POP+ECG+1.0+%281%29.pdf/8befd0c5-ed0b-40d2-af1b-239f465d4d2f

Acesso em: 04 dez. 2020.

ALMEIDA, Gustavo Luiz Gouvêa de; FERNANDES, Luiz Claudio Maluhy. Dextrocardia em Situs Inversus - O Errado Pode Estar Correto. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 24, p. 192-195, maio 2011. Disponível em:

[http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011\\_03/a\\_2011\\_v24\\_n03\\_09dextro.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_03/a_2011_v24_n03_09dextro.pdf).

Acesso em: 19 jul. 2021.

## Anexos

- Em pacientes com a anomalia de *situs inversus*, onde os pacientes possuem o coração posicionado do lado direito do tórax, utilizar o seguinte protocolo:
  1. Realizar o ECG de forma convencional conforme POP;
  2. Mudar a posição dos eletrodos pré-cordiais conforme figura 3;
    - V1: como posição normal.
    - V2: como posição normal.
    - V3R: a meio caminho entre os eletrodos V1 e V4R.
    - V4R: no quinto espaço intercostal direito, na linha hemiclavicular direita.
    - V5R: no quinto espaço intercostal direito, na linha axilar anterior.
    - V6R: no quinto espaço intercostal direito, na linha axilar média.
    - Inverta os eletrodos dos pulsos.
  3. Quando realizar um ECG com derivações direitas, para evitar erros de interpretação, deve-se fazer uso da palavra “direitas” no cabeçalho e colocar uma letra D logo após o nome das derivações buscando esclarecer que trata-se de um eletrocardiograma de derivações direitas.
  4. Prosseguir a partir do passo 15 conforme eletrocardiograma convencional.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 90

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

#### Responsável:

Enfermeiro

#### Quando:

- Sempre que necessário;
- Conforme indicação clínica.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Identificar alterações e anormalidade nas mamas de homens e mulheres;
- Avaliar sintomas referidos pelo usuário;
- Detectar precocemente nódulos mamários.

#### Material:

- Avental
- Luvas de procedimentos

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário;
4. Fornecer e solicitar que coloque o avental com a abertura para frente, fornecendo privacidade para a mesma;
5. Posicionar o usuário na maca em posição sentado;
6. Inspeccionar as mamas com o usuário sentado, com os braços pendentes ao lado do corpo (inspeção estática) e com a usuário realizando os seguintes movimentos (inspeção dinâmica): elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente (figura 1);

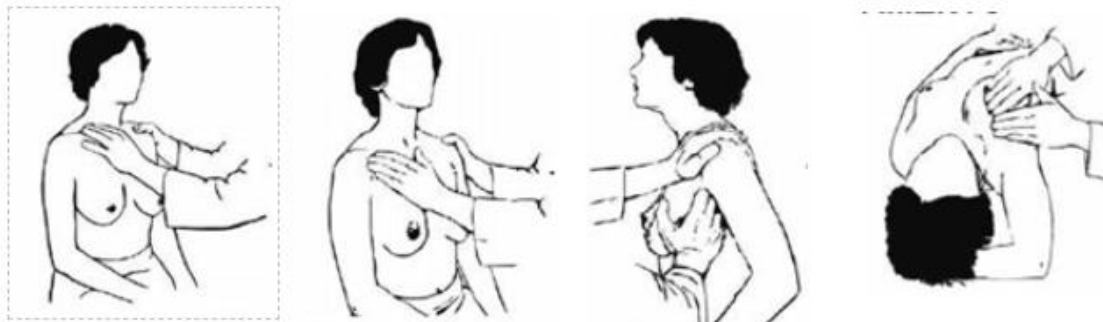
7. Iniciar o exame dos linfonodos das cadeias axilares, supra e infraclaviculares (figura 2);
8. Examinar os linfonodos axilares direito o suspender o braço direito do usuário, utilizar o seu braço direito; fazer uma concha com os dedos da mão esquerda, penetrando o mais alto possível em direção ao ápice da axila. A seguir, trazer os dedos para baixo pressionando contra a parede torácica. O mesmo procedimento deve ser realizado na axila contralateral (figura2);
9. Solicitar e/ou auxiliar o usuário a ficar em decúbito dorsal, em maca firme;
10. Elevar o membro superior lateral acima da cabeça para tensionar os músculos peitorais e fornecer uma superfície mais plana para o exame;
11. Iniciar a palpação da mama de forma mais superficial, pelo quadrante superior externo, utilizando as polpas digitais em movimentos circulares no sentido horário, abrangendo todos os quadrantes mamários;
12. Repetir a mesma manobra, porém com maior pressão (abranger a palpação dos prolongamentos axilar mamário e a região areolar)
13. Executar moderada pressão na aréola, deslizando o dedo indicador sobre a projeção dos ductos até chegar ao mamilo, comprimindo-o e observando se há eliminação de secreção;
14. Solicitar e ou auxiliar o usuário a levantar-se e vestir-se
15. Comunicar o usuário dos possíveis achados no exame e realizar os devidos encaminhamentos quando necessário
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

Figura 21 Inspeção Mamária



Fonte: imagens da internet, 2020

Figura 22 – Palpação



Fonte: imagens da internet, 2020

#### Referências:

POTTER, Patrícia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13)

**Parte 9**  
**CUIDADOS DE BIOSSEGURANÇA**  
**E**  
**PROTEÇÃO INDIVIDUAL**





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 91

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: UTILIZAÇÃO DE AVENTAL DESCARTÁVEL MANGA LONGA

#### Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

#### Quando:

- Em todo o período em que estiver exposto ao atendimento de usuários com casos suspeitos de doenças infectocontagiosas.
- Em todo procedimento que o profissional manuseie amostras, material biológico ou químico.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Reduzir o risco de contaminação do profissional.

#### Material:

- Avental descartável de manga longa

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Escolher o tamanho adequado;
3. Abrir o avental. A abertura deve ficar nas costas;
4. Segurar pelo colar e cintura;
5. Inserir braços nas mangas e amarrar fitas.

#### Para remoção:

1. Desatar as tiras;
2. Remover iniciando pelo pescoço e ombros;
3. Virar a face contaminada para dentro;
4. Dobrar ou enrolar o avental;
5. Descartar em saco plástico branco (lixo infectante).
6. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

**Referências:**

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **VIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadousuario/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 92

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: UTILIZAÇÃO DE GORRO E/OU TOUCA

#### Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

#### Quando:

Em todo o período em que estiver exposto ao atendimento de usuários com casos suspeitos de doenças infectocontagiosas por aerossóis e gotículas.

#### Monitoramento: Enfermeiro

#### Objetivo:

- Reduzir o risco de contaminação do profissional.

#### Material: Gorro ou touca.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Selecionar gorro ou touca;
3. Colocar o gorro ou a touca na cabeça começando pela testa, em direção à base da nuca;
4. Adaptar na cabeça de modo confortável, cobrindo todo o cabelo e as orelhas;

#### Para remoção:

1. O gorro ou touca deve ser retirado após a remoção do avental descartável;
2. Puxar pela parte superior central; sem tocar nos cabelos;
3. Descartar em saco plástico branco (lixo infectante);
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

#### Referências:

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).** Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha\\_eipi.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_eipi.pdf)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 93

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: UTILIZAÇÃO DE LUVAS DE PROCEDIMENTO

#### Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

#### Quando:

Sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e outros fluidos corpóreos.

No atendimento de usuários com doenças infectocontagiosas por contato ou com suspeita.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Reduzir o risco de contaminação do profissional.

#### Material:

- Luvas de procedimento

#### Descrição do procedimento:

1. Selecionar luvas de acordo com numeração que corresponda ao tamanho da mão;
2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Unir os dedos da mão direita com a palma na mão voltada para cima e introduzir a mão direita na abertura da luva, tracionando-a para calçá-la;
4. Colocar os dedos da mão dominante na dobra da mão oposta, expondo a sua abertura;
5. Unir os dedos da mão oposta a dominante com a palma da mão voltada para cima e introduzi-la até calçá-la totalmente, inclusive o punho;
6. Ajustar as luvas.

#### Para remoção:

1. Segurar com os dedos na mão dominante, pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta;
2. Segurar a luva removida com a outra mão enluvada e toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva;

3. Descartar em saco plástico branco (lixo infectante).
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

**Anexos:**

- Troque as luvas sempre que necessário ou quando entrar em contato com outros usuários;
- Troque as luvas quando as mesmas estiverem danificadas ou quando for trocar de local do corpo durante o contato com um mesmo usuário, evitando infecção de um meio mais contaminado para o menos contaminado;
- As luvas não devem ser reutilizadas;
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e objetos (tais como telefone ou maçanetas)
- Calçar as luvas antes de iniciar os procedimentos.

**Referências:**

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).** Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIS). Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha\\_epi.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 94

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: UTILIZAÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS

#### Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem.

#### Quando:

Sempre que manipular ambientes ou situações contaminadas e em que o procedimento exija meio estéril.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Garantir a prática asséptica em ambiente estéril

#### Material:

- Luvas estéreis.

#### Descrição do procedimento:

1. Selecionar luvas de acordo com numeração que corresponda ao tamanho da mão;
2. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
3. Remover a embalagem externa das luvas, separando com cuidado cada um dos lados;
4. Colocar a embalagem interna sobre superfície limpa e seca e expor as luvas de forma que os punhos estejam virados para você, identificando a luva direita e a esquerda, calçando primeiro a mão dominante;
5. Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante;
6. Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo com cautela para evitar o toque em objetos não esterilizados;
7. Com a mão dominante enluvada, deslizar os dedos sob o punho da segunda luva;
8. Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas.

**Para remoção:**

1. Segurar com os dedos na mão dominante, pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta;
2. Segurar a luva removida com a outra mão enluvada e toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva;
3. Descartar em saco plástico branco (lixo infectante);
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

- Luvas estéreis devem ser utilizadas somente quando indicado;
- A embalagem rasgada e úmida é considerada contaminada;
- Se a superfície externa da luva tocar a mão ou o pulso, ela está contaminada;
- As luvas não devem ser reutilizadas;
- O uso de luvas não substitui a higiene das mãos;
- Nunca tocar superfícies e objetos (tais como telefone ou maçanetas) durante o uso de luvas estéreis;
- Calçar as luvas antes de iniciar os procedimentos.

**Referências:**

POTTER, Patrícia. PERREY, Anne. **Procedimentos e Competências de Enfermagem**. ed. Rio Janeiro. Elsevier, 2015.

ANVISA, Unidade de Tecnovigilância. **Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso**. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 95

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA CIRÚRGICA

#### Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

#### Quando:

Sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e outros fluidos corpóreos e para os profissionais que prestarem assistência direta aos usuários.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Garantir a segurança do profissional.

**Material:** máscara cirúrgica.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Encontrar a parte superior da máscara;
3. Segurar a máscara pelas duas tiras superiores;
4. Amarrar as duas tiras na parte superior de trás da cabeça, com as tiras acima das orelhas;
5. Amarrar as duas alças inferiores de forma confortável ao redor do pescoço, a deixando bem posicionadas sob o queixo.
6. Apertar suavemente a tira de metal superior ao redor da ponta do nariz para ajuste.

#### Para remoção:

1. Remover a máscara desamarrando as tiras inferiores e em seguida as tiras superiores;
2. Puxar a máscara do rosto, segurando pelas tiras;
3. Descartar no lixo infectante.
4. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

#### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Troque a máscara se estiver úmida, molhada ou contaminada.

#### Referências:

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM**. Tradução de Adilson Dias Salles et al. 9. ED. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.





## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 96

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA PFF2/N95

#### Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem.

#### Quando:

Em procedimentos geradores de aerossóis.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Garantir a segurança do profissional.

#### Material:

- Máscara PFF2 ou máscara N95.

#### Descrição do procedimento:

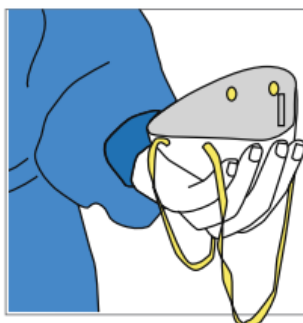
1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Segurar a máscara com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes (Figura 23). Exceto em casos de reutilização da máscara
3. Encaixar a máscara sob o queixo (Figura 24);
4. Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça;
5. Apertar suavemente a tira de metal superior ao redor da ponta do nariz para ajuste.

#### Para remoção:

1. Segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo;
2. Segurar o elástico superior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo.
3. Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, com cautela para não haver contato com a superfície ou externa;
4. Acondicionar a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização.

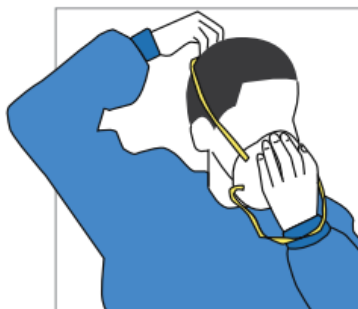
5. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

Figura 23 – Como segurar a máscara.



Fonte: Imagens da internet, 2020

Figura 24 – Como encaixar a máscara no rosto.



Fonte: imagens da internet, 2020

#### **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

- Troque a máscara se estiver úmida, molhada ou contaminada.
- A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e nunca deve ser compartilhada entre profissionais.
- Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada.

#### **Referências:**

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).** Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha\\_epi.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 97

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: UTILIZAÇÃO DE ÓCULOS DE PROTEÇÃO OU PROTETOR FACIAL

#### Responsável:

Todos os profissionais que compõem a equipe de enfermagem

#### Quando:

Sempre que houver a possibilidade de contato com sangue, secreções e outros fluidos corpóreos ou substância química.

**Monitoramento:** Enfermeiros.

#### Objetivo:

- Reduzir o risco de contaminação pelo profissional.

#### Material:

- Protetor facial e/ou óculos.

#### Descrição do procedimento:

1. Apoiar a viseira do protetor facial na testa e passe o elástico pela parte superior da cabeça;
2. No caso dos óculos, colocar da forma usual.
3. Os equipamentos devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta após o uso, caso não possa ser descartado.

#### Para remoção:

1. Remover pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada.

#### ANEXOS

- Sugere-se a limpeza e desinfecção, de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante;
- Durante o uso de luvas estéreis;
- Armazenar em local seguro.

#### Referências:

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)** Orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIS). Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha\\_epi.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf)

Acesso em: 27 nov. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 98

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: UTILIZAÇÃO DE SAPATOS E BOTAS DE PROTEÇÃO

**Responsável:**

Profissionais de higienização

**Quando:**

Sempre que higienizar ambientes ou situações contaminadas.

**Monitoramento:** Enfermeiros

**Objetivo:**

- Garantir a segurança do profissional.

**Material:**

- Botas ou sapatos de proteção.

**Descrição do procedimento:**

1. Colocar de forma usual.

**Para remoção:**

23. Remover com cautela, evitando contato com o material da superfície do sapato ou bota.

**Referências:**

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Nota Técnica Pública**

**CSIPS/GGTES/ANVISA Nº 01/2020**. Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NOTA\\_TECNICA\\_PUBLICA\\_CSIPS\\_PR\\_EVENCAO\\_DA\\_COVID\\_19\\_EM\\_INSTITUICOES\\_DE\\_ACOLHIMENTO+%281%29.pdf/dc574aaf-e992-4f5f-818b-a012e34a352a](http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NOTA_TECNICA_PUBLICA_CSIPS_PR_EVENCAO_DA_COVID_19_EM_INSTITUICOES_DE_ACOLHIMENTO+%281%29.pdf/dc574aaf-e992-4f5f-818b-a012e34a352a)

## **Parte 10**

# **CUIDADOS COM IMUNOBIOLOGICOS**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 99

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: PROCEDIMENTO COM IMUNOBIOLOGICOS

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem (capacitados em sala de vacina).

#### Quando:

Diariamente no atendimento às demandas espontâneas ou agendadas para vacinação de rotina ou em campanhas, conforme o PNI.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Garantir segurança à aplicação de imunobiológicos em todas as fases da vida
- Garantir conservação adequada dos imunobiológicos

#### Material:

- Álcool em gel;
- Equipamento de proteção individual;
- Pinça dente de rato;
- Sabão líquido, papel toalha.

#### Descrição do procedimento:

1. Verificar se a sala está limpa e em ordem;
2. Verificar a temperatura do(s) equipamento(s) de refrigeração: entre +2 a +8 °C;
3. Verificar o sistema de ar condicionado: Manter sala climatizada com temperatura entre 18°C a 23°C;
4. Registrar as temperaturas verificadas no Mapa de Controle Diário de temperatura;
5. Climatizar caixa térmica;
6. Retirar as bobinas reutilizáveis do equipamento de refrigeração, colocando-as sobre a pia ou a bancada até que desapareça a “névoa” que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada;
7. Colocar as bobinas nas laterais internas das caixas térmicas de uso diário após o desaparecimento da “névoa” e a confirmação da temperatura (aproximadamente +1°C);

8. Mensurar a temperatura interna da caixa térmica por meio do termômetro de cabo extensor certificando-se de que esteja entre +2°C e +8°C (ideal +5°C) antes de colocar as vacinas em seu interior. O sensor do termômetro deve ser posicionado no centro da caixa;
9. Retirar do equipamento de refrigeração as vacinas e separar os diluentes correspondentes na quantidade necessária ao consumo na jornada de trabalho, considerando os agendamentos previstos para o dia e a demanda espontânea;
10. Organizar as vacinas e diluentes na caixa térmica, já com a temperatura recomendada;
11. Higienizar as mãos antes da administração do imunobiológico;
12. Selecionar a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acoplar a seringa à agulha, mantendo-a protegida; No manuseio de seringas e agulhas descartáveis, é necessário manter os seguintes cuidados:
  - a. Guarde as seringas e agulhas descartáveis na embalagem original e em local limpo e seco, de preferência em caixa plástica e transparente ou armário fechado;
  - b. Manuseie o material em campo limpo;
  - c. Verifique, antes de abrir: - se a embalagem está íntegra; - se o material se encontra dentro do prazo de validade; - se o material é apropriado ao procedimento, evitando o desperdício;
  - d. Abra cuidadosamente a embalagem na direção do êmbolo para o canhão ou para a ponta da agulha, no caso das seringas com agulhas acopladas, evitando a contaminação;
13. Observar a via de administração e a dosagem;
14. Examinar o imunobiológico, observando a aparência da solução, o estado da embalagem o número do lote e o prazo de validade;
15. Preparar o imunobiológico;
16. Trocar agulha para o tamanho adequado da via de administração do imunobiológico, e reserve na caixa térmica até o momento da administração;
17. Retornar com o frasco do imunobiológico para o interior da caixa térmica caso o frasco seja multidose imediatamente após aspirar a dose, acoplando uma seringa para manter sistema fechado com segurança;
18. Administrar o imunobiológico segundo a técnica específica relativa a cada imunobiológico;
19. Desprezar na caixa coletora de material perfurocortante as seringas/agulhas utilizadas;
20. Desprezar ampolas e frascos-ampola em caixa coletora individual;
21. Higienizar as mãos após a realização do procedimento.

22. No momento da administração do imunobiológico o vacinador deverá solicitar ao responsável pela criança a sua colaboração para a contenção da criança, atentar que o sucesso da execução depende desse apoio e não apenas do vacinador. Quando o responsável se sentir impotente e/ou inseguro para tal, solicitar apoio da equipe de saúde local para a segurança do procedimento e da criança.
23. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após a realização dos procedimentos. A administração de vacinas por via parenteral não requer paramentação especial para a sua execução. Quando o vacinador apresenta lesões abertas com soluções de continuidade nas mãos orienta-se a utilização de luvas, a fim de se evitar contaminação tanto do imunobiológico quanto do usuário.
24. Anotar na caderneta de vacinação a data de aplicação, a dose, o lote, a unidade de saúde onde a vacina foi administrada e o nome legível do vacinador (Não abreviar nome e/ou usar apelidos);
25. Registrar a dose administrada no boletim diário específico, conforme padronização e/ou proceder o registro da vacinação no sistema informatizado quando houver;
26. Aprazar a data de retorno para vacinação à lápis na caderneta de vacinação, considerando intervalos indicados entre as doses bem como vacinas recomendadas conforme o calendário nacional de vacinação do PNI;
27. Reforçar as orientações, informando ao usuário sobre a importância da vacinação, os próximos retornos e as condutas na possível ocorrência de eventos adversos pós-vacinação

#### **Observações**

1. Após a abertura do imunobiológico, a solução deve ser mantida no frasco da vacina. Se frasco multidoso, identificar no frasco data e hora da abertura do mesmo.
2. A dose deve ser aspirada somente no momento da administração.
3. Nunca deixe seringas previamente preparadas armazenadas na caixa térmica de uso diário.
4. Para a administração de vacinas não é recomendada a antissepsia da pele do usuário. Somente quando houver sujidade perceptível, a pele deve ser limpa utilizando-se água e sabão.

**ATENÇÃO:** Quando o imunobiológico for a **BCG** não se faz a antissepsia da pele com álcool ou outro produto, utilize apenas algodão SECO!

#### **Encerrar o trabalho diário**



1. Retirar as vacinas da caixa térmica de uso diário, observando o prazo de validade após a abertura, guardando no refrigerador aquelas que estejam dentro do prazo de validade;
2. Desprezar os frascos de vacinas multidoses que ultrapassaram o prazo de validade após a sua abertura, bem como os frascos com rótulo danificado;
3. Retirar as bobinas reutilizáveis da caixa térmica, proceder à sua limpeza acondicionando-as no evaporador do equipamento de refrigeração;
4. Registrar o número de frascos desprezados (frasco fechado perdido por validade vencida, quebra, etc) no formulário padronizado de registro (impresso ou informatizado) para subsidiar a avaliação do movimento e das perdas de imunobiológicos.
5. Proceder à limpeza da caixa térmica, guardando-a seca;
6. Certificar-se de que os equipamentos de refrigeração estão funcionando adequadamente;
7. Deixar a sala limpa e em ordem.

Referências:

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 100

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: REMOÇÃO E RECONSTITUIÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem (capacitados em sala de vacina).

#### Quando:

Diariamente no atendimento às demandas espontâneas ou agendadas para vacinação de rotina ou em campanhas, conforme o PNI.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Estabelecer rotinas em sala de vacina.

#### Material:

- Agulha;
- Diluente próprio (se necessário);
- Equipamento de proteção individual;
- Imunobiológico;
- Pinça dente de rato;
- Seringa.

#### Descrição do procedimento:

##### Imunobiológicos Acondicionados em Ampolas de Vidro:

1. Higienize as mãos;
2. Escolha a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acople a seringa à agulha, mantendo-a protegida;
3. Envolve a ampola em algodão seco;
4. Abra a ampola e coloque-a entre os dedos indicador e médio;
5. Introduza a agulha na ampola;
6. Aspire à dose correspondente;
7. Trocar agulha para o tamanho adequado da via de administração do imunobiológico;
8. Manter dose em caixa térmica até o momento exato da administração.

### **Imunobiológicos Acondicionados em Frasco-Ampola com Tampa de Borracha:**

1. Higienize as mãos
2. Escolha a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acople a seringa à agulha, mantendo-a protegida;
3. Remova a proteção metálica do frasco-ampola que contém o imunobiológico, utilizando a pinça “dente de rato”.
4. Limpe a tampa de borracha com algodão seco;
5. Introduza a agulha no frasco-ampola;
6. Aspire ao líquido correspondente à dose a ser administrada;
7. Coloque a seringa em posição vertical (no nível dos olhos), ajuste a dose com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola e expulse o ar;
8. Trocar agulha para o tamanho adequado da via de administração do imunobiológico;
9. Manter dose em caixa térmica até o momento exato da administração.

### **Reconstituição de Imunobiológicos Apresentados Sob a Forma Liofilizada:**

1. Higienize as mãos;
2. Escolha a seringa e a agulha apropriadas e, quando for o caso, acople a seringa à agulha, mantendo-a protegida;
3. Retire a tampa metálica do frasco-ampola contendo o líófilo, utilizando a pinça “dente de rato”.
4. Limpe a tampa de borracha com algodão seco;
5. Envolve a ampola do diluente em gaze ou algodão seco e abra-a;
6. Coloque a ampola aberta entre os dedos indicador e médio;
7. Aspire o diluente da ampola e injete-o na parede interna do frasco-ampola ou ampola contendo o líófilo;
8. É necessário homogeneizar o conteúdo realizando um movimento rotativo do frasco em sentido único, sem produzir espuma;
9. Aspire a quantidade da solução correspondente à dose a ser administrada;
10. Coloque a seringa em posição vertical (no nível dos olhos), com a agulha ainda conectada ao frasco-ampola, e expulse o ar;
11. Trocar agulha para o tamanho adequado da via de administração do imunobiológico;
12. Manter dose em caixa térmica até o momento exato da administração;
13. Não reencapar as agulhas após os procedimentos;
14. Desprezar agulhas e materiais perfurocortantes em caixa fechada de coletor de perfuro.

**Referências:**

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)

## **Parte 11**

# **CUIDADOS COM POSICIONAMENTOS**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 101

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: AUXILIAR USUÁRIO A ELEVAR QUADRIL

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Posicionamento de usuário feminina para sondagem vesical de alívio;  
Posicionamento de usuário para ajuste de lençol móvel ou de roupa de cama;  
Posicionamento de usuário para troca de fralda ou de roupa;  
Posicionamento de usuário para uso de comadre.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

Auxiliar a usuário que necessita de sondagem de alívio;  
Auxiliar a usuário restrita ao leito a utilizar a comadre para eliminações;  
Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a elevar o quadril para troca de fralda ou de roupa e para ajuste do lençol móvel ou roupa de cama;  
Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

#### Material:

Comadre (quando necessário);  
Fralda (quando necessário);  
Lençol móvel (quando necessário);  
Luvas de procedimento;  
Material para sondagem vesical de alívio;  
Roupa (quando necessário).

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;

3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Observar se o usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Colocar luva de procedimento;
8. Orientar o usuário para flexionar os joelhos e levar os calcanhares em direção a região glútea, apoiando as bases plantares no colchão;
9. Posicionar-se na lateral do leito, próximo ao quadril;
10. Orientar o usuário a elevar os quadris;
11. Dobrar os joelhos, com base ampla e agachar os quadris;
12. Com o braço que está mais próximo da cabeceira do leito, apoiar o cotovelo na cama e dar suporte ao final da região lombar do usuário, formando uma alavanca, que auxilia o usuário;
13. Usar a mão livre ou o auxílio de um colega, para realizar o procedimento proposto (colocar a comadre, trocar fralda, trocar a roupa do usuário, ajustar lençol móvel ou ajustar roupa de cama);
14. Cobrir o usuário com lençol, quando indicado;
15. Após o procedimento, auxiliar o usuário a retornar para posição confortável ou conforme rodízio;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Evoluir o posicionamento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS CAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA**. Disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 102

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: CONTENÇÃO/ RESTRIÇÃO MECÂNICA

#### Responsável:

Enfermeiro;

Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Conforme prescrição ou quando os profissionais de enfermagem estiverem sob situações de urgência e emergência poderão empregar a contenção mecânica ao paciente sob supervisão direta do enfermeiro, sendo que a mesma só poderá ser empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais segundo Resolução COFEN nº 427/2012

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

Limitar as habilidades de movimentos do usuário;

Prevenir dano imediato ou iminente ao usuário ou a terceiros.

#### Material:

- Luvas de procedimentos;
- Algodão ortopédico ou compressas;
- Rolos de acolchoamento, se necessário;
- Creme hidratante ou Óleo Corporal disponíveis, ex: AGE.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
4. Calçar luvas de procedimento;
5. Lavar e secar a área a ser restrita;
6. Aplicar hidratante ou óleo, em caso de pele ressecada ou fragilidade tissular;
7. Escolher a área onde a contenção será aplicada, de acordo com a condição da pele, sensibilidade, circulação sanguínea e amplitude de movimento da articulação;



8. Amortecer a pele e as proeminências ósseas que ficarão sob a contenção, com compressas;
9. Prender o algodão ortopédico ou atadura confortavelmente no membro a ser contido (não apertar), principalmente em extremidades;
10. Realizar a fixação da contenção na estrutura da cama/maca/cadeira de rodas (Não fixar na grade, a fim de evitar acidentes, em caso de urgência/emergência);
11. Certificar que as tiras estão presas e que o laço esteja fora do alcance do usuário;
12. Inserir dois dedos sob a contenção para verificar a colocação adequada da contenção, assim como a integridade da pele, a pulsação, a temperatura, a cor da pele e a sensibilidade locais;
13. Prender a luz de chamada ou sistema de comunicação interna ao alcance do usuário, quando presente e possível;
14. Deixar a cama ou cadeira de rodas com as rodas travadas;
15. Reavaliar o usuário com intervalo máximo de uma (01) hora, considerando a necessidade ou não de manutenção da restrição e a associação com outras medidas terapêuticas;
16. Observar o usuário constantemente, avaliando sinais de eventos adversos provocados pela contenção;
17. Para posicionamento do usuário e medidas de higiene e conforto, quando o usuário estiver muito alterado, remover uma contenção de cada vez e realizar o procedimento com auxílio da equipe;
18. Evitar contenções de tórax, sempre que possível. Quando necessário, utilizar lençóis, que são fixados na cabeceira da cama. Neste caso protege-se as axilas dos usuários com compressas;
19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
20. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, de qual a necessidade de restrição mecânica de forma detalhada (motivo, horário de início e fim, área restrita, reação do usuário). Acrescentar cuidados com restrição mecânica à prescrição de enfermagem.

**Referências:**

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN).** Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 427/2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de usuários. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012\\_9146.html#:~:text=CONSIDERANDO%20o%20art.,de%201986%2C%20em%20seu%20art](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html#:~:text=CONSIDERANDO%20o%20art.,de%201986%2C%20em%20seu%20art)  
Acesso em: 18 out. 2021.

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM.** Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 103

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: MOVIMENTAÇÃO DO USUÁRIO EM DECÚBITO DORSAL NO LEITO PARA OS LADOS/ ROLAGEM

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro;

Outros profissionais da unidade (para somar 4 profissionais, na necessidade quando ausência de quadro completo da equipe de enfermagem)

#### Quando:

Ajustamento da posição de usuário com restrição de mobilidade ou restrito ao leito para avaliação, exame ou procedimento;

Ajustamento da posição de usuário com restrição de mobilidade ou restrito ao leito para conforto e prevenção de lesões;

Movimentação do usuário como parte de outro posicionamento desejado.

#### Monitoramento: Enfermeiro

#### Objetivo:

- Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a se colocar em determinada posição necessária para exame, avaliação ou procedimento;
- Auxiliar usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a mover-se no leito como passo para outro posicionamento desejado;
- Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

#### Material:

Lençol móvel;

Luvas de procedimento;

Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;

6. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
7. Colocar luva de procedimento;
8. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;
9. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
10. Colocar o usuário em decúbito dorsal, caso o mesmo não esteja nesta posição;
11. Cruzar os braços do usuário sobre o tórax;
12. Enrolar o lençol móvel até bem próximo do corpo do usuário;
13. Assumir ampla base de sustentação, com os pés afastados e dirigidos à direção do movimento (cabeceira ou pés), mantendo um dos pés à frente do outro;
14. Flexionar os joelhos e quadris, mantendo as costas eretas e um pé a frente do outro;
15. Segurar firmemente o lençol enrolado na linha e bem próximo ao ombro e ao quadril do usuário, sendo um profissional em cada lado do mesmo;
16. Com um movimento coordenado entre os profissionais (utilizando contagem até três) o profissional que está do lado oposto ao que o usuário será movido deve deslocar o peso do corpo do pé que está atrás para o pé da frente, o profissional que está no mesmo lado para o qual o usuário será movido, deve deslocar o peso do corpo do pé que está à frente para o pé que está atrás. Assim, o usuário é movido, sem arrastar, em direção a lateral do leito desejada;
17. Posicionar o usuário confortavelmente no leito/maca, conforme necessidade, indicação ou rodízio de decúbito;
18. Colocar o travesseiro sob a cabeça e elevar a cabeceira ou os pés, se necessário;
19. Cobrir o usuário, se necessário;
20. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
21. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
22. Evoluir a movimentação no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS ACAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA**. Site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 104

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: MOVIMENTAÇÃO DO USUÁRIO PARA CIMA OU PARA BAIXO NO LEITO OU MACA

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

#### Quando:

Ajustamento da posição de usuário com restrição de mobilidade ou restrito ao leito para avaliação, exame ou procedimento;

Ajustamento da posição de usuário com restrição de mobilidade ou restrito ao leito para conforto e prevenção de lesões;

Movimentação do usuário como parte de outro posicionamento desejado.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a se colocar em determinada posição necessária para exame, avaliação ou procedimento;

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada ou restrito ao leito a mover-se no leito a fim de promover conforto e evitar lesões por pressão;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

#### Material:

- Lençol de transferência/ Lençol móvel;
- Luvas de procedimento;
- Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
7. Colocar luva de procedimento;

8. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;
9. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
10. Colocar o usuário em decúbito dorsal com os braços cruzados sobre o tórax;
11. Soltar o lençol que está embaixo do colchão no leito. Caso o usuário não esteja em leito e não tenha lençol, colocar um lençol de transferência sob o mesmo, dos ombros até a coxa, virando o usuário para um lado e para o outro;
12. Enrolar o lençol de baixo ou de transferência até bem próximo do corpo do usuário;
13. Assumir ampla base de sustentação, com os pés afastados e dirigidos à direção do movimento (cabeceira ou pés), mantendo um dos pés à frente do outro;
14. Flexionar os joelhos e quadris, mantendo as costas eretas;
15. Segurar firmemente o lençol enrolado na linha e bem próximo ao ombro e ao quadril do usuário, sendo um profissional em cada lado do mesmo;
16. Caso não haja lençol móvel, os dois profissionais vão permanecer do mesmo lado do usuário, sendo que um vai colocar um braço sustentando o pescoço e os ombros e o outro sustentando a região o tórax. Já, o outro profissional, irá colocar um dos braços sob as nádegas e o outro braço sob a face posterior das coxas do usuário;
17. Erguer a grade da cama do lado oposto ao escolhido pelos profissionais;
18. Com um movimento coordenado entre os dois profissionais (utilizando contagem até três), deslocar o peso do corpo do pé que está atrás para o da frente, o usuário é movido, sem arrastar, em direção à cabeceira ou aos pés da cama, conforme necessidade;
19. Posicionar o usuário confortavelmente no leito/maca, conforme necessidade, indicação ou rodízio de decúbito;
20. Colocar o travesseiro sob a cabeça e elevar a cabeceira ou os pés, se necessário;
21. Cobrir o usuário, se necessário;
22. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
24. Evoluir a movimentação no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS ACAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA.** Site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 105

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM DECÚBITO DORSAL OU POSIÇÃO SUPINA

**Responsável:**

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

**Quando:**

Avaliação de cabeça e pescoço, parte anterior do tórax e pulmões, mamas, axilas, coração, abdome e membros;

Avaliação de pulsações, pelo fácil acesso aos pontos de pulsação;

Movimentação e posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para conforto;

Posição bastante utilizada para iniciar outras posições e para movimentar o usuário para cima ou para baixo no leito ou maca;

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para avaliação, exame ou procedimento, como US de abdome, vias urinárias, pélvico e ECG.

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:**

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição de decúbito dorsal para exame, avaliação ou procedimento;

Promover conforto e evitar lesões por pressão em usuários restritos ao leito;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

**Material:**

Lençol móvel;

Luvas de procedimento;

Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Observar se o usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
8. Colocar luva de procedimento;
9. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;
10. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
11. Deitar o usuário com as costas em contato com o colchão, preservando o alinhamento da coluna vertebral;
12. Posicionar os braços cruzados sobre o tórax ou ao longo do tronco;
13. Manter os membros inferiores em extensão ou ligeiramente flexionados para permitir o relaxamento dos músculos abdominais;
14. Colocar o travesseiro de volta sob a cabeça, pescoço ou parte superior dos ombros;
15. Avaliar a necessidade de elevar a cabeceira, se o usuário sentir desconforto respiratório;
16. Garantir que o usuário esteja confortável no leito/maca, dando suporte com almofadas ou rolos, quando necessário para conforto ou evitar lesões. Sugestão: rolo para mãos, bota para os pés, apoio para braços, região lombar, joelhos e calcâneos;
17. Cobrir o usuário, se necessário;
18. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
19. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
20. Evoluir movimentação no prontuário do usuário.

**Observações:**

Existe a variação DECÚBITO DORSAL RECUMBENTE que varia somente no que tange a posição dos membros inferiores, permanecendo estes flexionados com as solas dos pés apoiadas no leito/maca. Esta posição é indicada para avaliação abdominal, uma vez que promove relaxamento dos músculos do abdome e, também, é a posição utilizada para sondagem vesical em mulheres.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS ACAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA**. Site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>  
Acesso em: 03 dez. 2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 106

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM DECÚBITO LATERAL

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Movimentação e posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para conforto;  
Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para avaliação, exame ou procedimento.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição de decúbito lateral para exame, avaliação ou procedimento;
- Promover conforto e evitar lesões por pressão em usuários restritos ao leito;
- Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

#### Material:

- Luvas de procedimento;
- Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário
6. Observar se o usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
8. Colocar luva de procedimento;
9. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;

10. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
11. Abaixar completamente a cabeceira ou até a mínima altura que o usuário tolere;
12. Colocar o usuário na lateral do leito oposto ao lado que ele será virado;
13. Posicionar-se no lado do leito para o qual o usuário será virado;
14. Assumir base ampla, flexionar os joelhos e inclinar o tronco levemente para frente;
15. Posicionar o joelho distante do usuário flexionado, sendo que a sola do pé toque o colchão;
16. Colocar uma mão no joelho do usuário e a outra no ombro do usuário;
17. Rolar o usuário para si;
18. Colocar o travesseiro de volta sob a cabeça, pescoço ou parte superior dos ombros;
19. Avaliar a necessidade de elevar ligeiramente a cabeceira, se o usuário sentir desconforto respiratório;
20. Trazer para frente a escápula do ombro pendente;
21. Posicionar os dois braços em posição ligeiramente flexionada;
22. Colocar um travesseiro na região torácica anterior e apoiar o braço sobre ele;
23. Colocar travesseiros dobrados para apoio das costas do usuário, com o lado macio em contato direto com as costas. Rolar levemente o usuário em direção a suas costas a fim de que fique apoiado nos travesseiros da região dorsal de forma suave e firme;
24. Garantir que o usuário esteja confortável no leito/maca, dando suporte com outras almofadas ou rolos, quando necessário para conforto ou evitar lesões. Sugestão: rolo para mãos, bota para os pés, apoio, joelhos e calcâneos;
25. Cobrir o usuário, se necessário;
26. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
27. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
28. Evoluir a movimentação no prontuário do usuário.

#### **Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

MARZIALE, Maria Helena Palucci. **MOVIMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS ACAMADOS, BASEADO NO REFERENCIAL DA ERGONOMIA**. Site da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/movpac/flash/index.html>



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 107

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM FOWLER COM APOIOS

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

#### Quando:

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para avaliação, exame ou procedimento;  
Movimentação e posicionamento de usuário com restrição de mobilidade para conforto;  
Na passagem de sonda nasoenteral ou nasogástrica.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a assumir a posição de Fowler para exame, avaliação ou procedimento;  
Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

#### Material:

Lençol móvel;  
Luvas de procedimento;  
Travesseiros, almofadas ou rolos de apoio.

#### Descrição do procedimento para colocação:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Confirmar se a posição não é contraindicada para este usuário;
7. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
8. Colocar luva de procedimento;
9. Colocar ou auxiliar o usuário para posição decúbito dorsal;

10. Elevar a cabeceira do leito em 45° a 60°;
11. Retirar o travesseiro ou oferecer um travesseiro pequeno, colocando-o sob a cabeça e pescoço;
12. Colocar um travesseiro pequeno sob a região lombar;
13. Apoiar as mãos sobre um travesseiro ao lado do corpo, levemente afastado;
14. Garantir que o usuário esteja confortável no leito/maca, dando suporte com outras almofadas ou rolos, quando necessário para conforto ou evitar lesões. Sugestão: rolo para mãos, suporte para calcâneos e pés;
15. Cobrir o usuário, se necessário;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Evoluir a movimentação no prontuário do usuário.

**Observações:**

Existe a posição SEMI-FOWLER que diferencia desta na angulação da cabeceira, a qual será de 30°. Para diversas situações as duas posições podem ser usadas, no entanto, para inserção de sonda nasogástrica ou nasoenteral utilizar somente FOWLER.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 108

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM POSIÇÃO GENUPEITORAL

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

#### Quando:

Posicionamento de usuário para avaliação, exame ou procedimento;

Realização de exame retal e exame de próstata;

Observações: usuários com deformidades articulares podem ter dificuldades para assumir esta posição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição para exame, avaliação ou procedimento;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

#### Material:

Luvas de procedimento

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Observar se o usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Colocar luva de procedimento;
8. Solicitar ao usuário que retire a sua roupa e coloque avental ou camisola. Auxiliar, se necessário;
9. Auxiliar o usuário a subir na maca utilizando a escadinha;

10. Auxiliar o usuário a assumir a posição de decúbito dorsal, com o abdome em contato com a maca;
11. Em seguida, auxiliar o usuário a flexionar os joelhos e apoiá-los na maca;
12. Manter a cabeça no travesseiro, com os braços flexionados e apoiados próximos à cabeça;
13. Cobrir o usuário com lençol;
14. Após o procedimento ou exame, auxiliar o usuário a sair da maca, deitando-se novamente em decúbito ventral e, em seguida, em decúbito lateral (caso necessário, dar suporte ao usuário com apoio nos ombros e quadril, para sair da maca o usuário pode apoiar os braços nos ombros do profissional, neste caso o profissional deve manter base ampla, joelhos semi-flexionados e leve inclinação do tronco para a frente);
15. Orientar ou auxiliar a usuário a vestir-se novamente;
16. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
17. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
18. Evoluir o posicionamento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 109

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: POSICIONAMENTO DE USUÁRIO EM POSIÇÃO LITOTÔMICA

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

#### Quando:

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade que necessite desta posição para avaliação, exame ou procedimento;

Realização de exame ginecológico, coleta para citopatológico de colo uterino, colposcopia, colocação de DIU.

**Observações:** usuários com deformidades articulares podem ter dificuldades para assumir esta posição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

Auxiliar a usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição para exame, avaliação ou procedimento;

Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

#### Material:

Luvas de procedimento;

Escadinha;

Maca ginecológica com perneiras;

Avental;

Lençol para cobrir a usuário.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;



6. Observar se a usuário possui contraindicação para esta posição;
7. Colocar luva de procedimento;
8. Solicitar ao usuário que retire a sua roupa e coloque avental ou camisola. Auxiliar, se necessário;
9. Auxiliar a usuário a subir na maca utilizando a escadinha;
10. Sentar ao usuário na maca, com as pernas para a lateral da mesma;
11. Auxiliar a usuário a deitar com as costas em contato com a maca, preservando o alinhamento da coluna vertebral;
12. Posicionar os membros inferiores com os joelhos flexionados e apoiados nas pernas da maca. Manter as coxas bem afastadas uma da outra;
13. Auxiliar ou solicitar ao usuário que posicione o quadril na parte mais inferior da maca possível;
14. Posicionar os braços estendidos ao longo do corpo ou apoiados sobre o abdome;
15. Cobrir a usuário com lençol;
16. Avaliar a necessidade de elevar o tórax com travesseiro, se a usuário sentir desconforto respiratório importante;
17. Após o procedimento ou exame, auxiliar a usuário a sair da maca, retirando os membros inferiores da perneira, assumindo posição de decúbito lateral (se necessário dar suporte à usuário através de seus ombros e quadris) e, em seguida, posição sentada (se necessário, usuário pode apoiar os braços no ombro do profissional);
18. Orientar ou auxiliar a usuário a vestir-se novamente;
19. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
20. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
21. Evoluir movimentação no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 110

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: POSICIONAMENTO DO USUÁRIO EM POSIÇÃO DE SIMS (SEMI PRONADA)

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e enfermeiro

#### Quando:

Posicionamento de usuário com restrição de mobilidade que necessite da posição para avaliação, exame ou procedimento;

Posição indicada para avaliação de reto e vagina;

Para lavagem intestinal e aplicação de supositório, conforme prescrição médica.

#### Observações:

Usuários com alterações nas articulações podem não conseguir assumir esta posição.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Auxiliar o usuário com mobilidade prejudicada a se colocar na posição de Sims para exame, avaliação ou procedimento;
- Realizar o procedimento de forma ergonômica a fim de evitar lesões aos profissionais.

#### Material:

Luvas de procedimento;  
Travesseiros, almofadas ou rolos de posicionamento.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;
7. Colocar luva de procedimento;

8. Identificar a presença de sondas, incisões e cateteres, a fim de prevenir lesões por tração ou outras intercorrências;
9. Retirar o travesseiro sob a cabeça e demais rolos ou almofadas que possam estar prestando suporte ao corpo do usuário;
10. Abaixar completamente a cabeceira do leito;
11. Colocar o usuário em decúbito lateral esquerdo;
12. Deitar o usuário parcialmente sobre o abdome;
13. Colocar um travesseiro pequeno sob a cabeça do usuário;
14. Colocar o braço inferior (esquerdo) para trás do usuário;
15. Flexionar o braço direito e deixá-lo apoiado sobre o travesseiro;
16. Colocar a perna esquerda ligeiramente flexionada;
17. Colocar a perna direita fletida até quase encostar o joelho no abdome, dando suporte com um travesseiro para manter a perna nivelada com o quadril;
18. Garantir que o usuário esteja confortável no leito/maca, dando suporte com outras almofadas ou rolos, quando necessário para conforto ou evitar lesões. Sugestão: pés;
19. Cobrir o usuário, expondo somente a área ser examinada;
20. Após o exame ou procedimento, retornar o usuário para posição confortável ou conforme rodízio;
21. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
22. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
23. Evoluir o posicionamento no prontuário do usuário.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin. **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

**Parte 12**  
**CUIDADOS COM**  
**TRANSPORTE DO**  
**USUÁRIO**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 111

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIO ENTRE LEITO E MACA DE TRANSPORTE

#### Responsável:

Equipe de enfermagem no processo de transporte de usuários em ambiente interno aos serviços de saúde conforme a Resolução COFEN nº 588/2018 e seu anexo.

Outros profissionais da unidade (para somar 4 profissionais, na necessidade quando ausência de quadro completo da equipe de enfermagem)

#### Quando:

Transferência de usuário com restrição ao leito para outro serviço de saúde em situação de emergência ou não;

Transporte do usuário com restrição ao leito para outro setor ou realização de exames.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Auxiliar o paciente com mobilidade prejudicada a passar do leito para a maca de transporte de forma segura.

#### Material:

Maca;  
Lençol;  
Luvas de procedimento;  
Suporte de soro para transporte;  
Suporte de Oxigênio para transporte.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Dimensionar os soros e as medicações para o período de transporte;
6. Reunir os profissionais da equipe de enfermagem que irão realizar o procedimento;

7. Colocar luva de procedimento;
8. Aproximar a maca devidamente higienizada ao leito do usuário
9. Colocar o usuário em decúbito dorsal;
10. Verificar as condições de acesso venoso e infusões, as fixações de sondas, as fixações de drenos e as condições de drenagem;
11. Posicionar equipo, frasco, bolsa coletora e cateter de O2 de modo a não haver tração ou perda na transferência;
12. Soltar o lençol que está embaixo do colchão no leito. Caso o usuário não esteja em leito e não tenha lençol, colocar lençol sob o mesmo;
13. Enrolar as pontas do lençol que está abaixo do usuário até bem próximo do corpo do usuário;
14. Colocar a maca de transporte em posição paralela e encostada ao leito do usuário;
15. Travar as rodas da maca de transporte;
16. Posicionar dois profissionais ao lado do leito e outros dois ao lado da maca, sendo cada um próximo a uma extremidade. Todos devem segurar o lençol de baixo do usuário bem próximo ao corpo do usuário;
17. Passar o usuário para a maca de transporte com um movimento único e sincronizado dos quatro profissionais, contar até três para iniciar o movimento;
18. Acomodar o usuário na maca de transporte de forma confortável, elevar a cabeceira, se possível;
19. Ajustar o lençol à maca de transporte, de forma que não fique solto ou em contato com o chão;
20. Subir as grades da maca de transporte;
21. Inspeccionar a passagem dos cateteres, os dispositivos de drenagem e de infusão, realizando as condutas necessárias caso tenha apresentado alguma intercorrência na transferência;
22. Destruar as rodas;
23. Cobrir o usuário com lençol ou cobertor, se necessário;
24. Encaminhar o usuário ao destino;
25. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
26. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
27. Evoluir o transporte no prontuário do usuário.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)**. RESOLUÇÃO COFEN Nº 588/2018. Aprovar a normatização de atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, nos termos do Anexo que é parte integrante da presente Resolução. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018\\_66039.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html)



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 112

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TRANSPORTE SEGURO NA CADEIRA DE RODAS

#### Responsável:

Equipe de enfermagem no processo de transporte de usuários em ambiente interno aos serviços de saúde conforme a Resolução COFEN nº 588/2018 e seu anexo

#### Quando:

No transporte de usuários com limitação de mobilidade permanente ou temporária.

**Monitoramento:** Enfermeiro.

#### Objetivo:

- Auxiliar usuário com dificuldade de locomoção;
- Promover segurança no transporte do usuário.

#### Material:

- Almofada piramidal forrada ou travesseiro;
- Cadeira de rodas;
- Carrinho de oxigênio, se necessário;
- Lençol;
- Suporte de soro para transporte, se necessário.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Posicionar a cadeira de rodas o mais próximo possível do usuário, no lado correspondente ao lado mais forte ou não afetado do usuário, se existir;
6. Elevar os apoios para os pés da cadeira de rodas;
7. Acionar as travas nas duas rodas traseiras/ maiores;
8. Aplicar almofada piramidal ou travesseiro no assento da cadeira de rodas de forma ajustada, se disponível;



9. Forrar o assento da cadeira de rodas com um lençol em diagonal;
10. Fazer a transferência do soro e do oxigênio para os suportes de transporte, mantendo os parâmetros, conforme prescrição médica;
11. Ficar de frente para o usuário, segurando-o pela cintura e solicitar que ele coloque as mãos em seus ombros;
12. Auxiliar o usuário a ficar de costas para a cadeira de rodas;
13. Ajudar o usuário a sentar confortavelmente na cadeira de rodas, fazendo com que suas nádegas estejam na parte mais posterior do assento;
14. Abaixar os apoios para os pés e auxiliar o usuário a apoiar adequadamente os pés no mesmo;
15. Destruas as rodas traseiras/maiores;
16. Realizar contenção na cadeira de rodas;
17. Quando necessário entrar em elevador ou passar por pequenos degraus/desníveis, conduzir a cadeira de costas, passando primeiro com as rodas traseiras/maiores;
18. Para a saída do usuário da cadeira de rodas, travar as rodas traseiras/maiores;
19. Ajudar o usuário a retirar os pés dos apoios da cadeira de rodas, elevando os apoios em seguida;
20. Auxiliar o usuário a sair da cadeira de rodas, ficando de frente para o mesmo, segurando-o pela cintura e pedindo que o usuário segure em seus ombros;
21. Garantir que o usuário esteja confortável e seguro no local que foi colocado (maca, mesa de exame, carro);
22. Guardar a cadeira de rodas em seu local de origem;
23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
24. Registrar o deslocamento e se houve intercorrências no prontuário do usuário, juntamente com os demais dados do atendimento prestado.

**Referências:**

POTTER, Patricia Ann; PERRY, Anne Griffin; **FUNDAMENTOS DA ENFERMAGEM**. Tradução SALLES, Adilson Dias, et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)**. RESOLUÇÃO COFEN Nº 588/2018. Aprovar a normatização de atuação da equipe de Enfermagem no processo de transporte de pacientes em

ambiente interno aos serviços de saúde, nos termos do Anexo que é parte integrante da presente Resolução. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018\\_66039.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-588-2018_66039.html)  
Acesso em: 18 out. 2021.

**Parte 13**  
**CUIDADOS COM**  
**PROCESSOS DE**  
**ESTERILIZAÇÃO**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 113

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: MANEJO DE ARTIGOS SUJOS - SALA DE RESÍDUOS TEMPORÁRIOS

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Enfermeiro.

#### Quando:

Diariamente ou sempre que necessário (na utilização de materiais e instrumentais na assistência ao usuário).

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Não haver cruzamento dos materiais limpos com os sujos.
- Evitar o ressecamento de sujidade aderido em reentrâncias, para posteriormente ser transportado em caixa plástica tampada para a sala de resíduos temporária.
- Prevenir acidentes de trabalhos com materiais infectantes.

#### Materiais:

- Caixa de perfuro cortante;
- Caixa lacrável rígida para materiais críticos;
- Caixa lacrável rígida para materiais semicríticos;
- Caixa para gaze não estéril sem presença de secreção;
- EPI's: Avental manga longa, luva de procedimento, gorro, máscara, óculos de proteção e sapato fechado;
- Hamper;
- Lixeira com pedal para material contaminado.

#### Descrição do procedimento:

- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Após o atendimento ao usuário, no consultório ou sala onde foi utilizado os instrumentais, retirar material perfuro cortante e desprezar na caixa específica;

- Transportar os artigos e/ou instrumentais para a sala de resíduos temporários;
- Na sala de resíduos temporários dos setores: separar os materiais conforme suas especificações em seus respectivos compartimentos: Lixo contaminado = lixeira com pedal para lixo hospitalar; lixo perfuro cortante = caixa de papelão específica; roupa = hamper e materiais críticos e semicríticos = caixa lacrável rígida.
- Adicionar água potável na caixa com material crítico com presença de secreção até que todo o material esteja imerso.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
- Final do turno matutino e vespertino retirar as caixas rígidas da sala de resíduos temporários dos setores, devidamente tampada, lacrada e encaminhar para a Central de Materiais Esterilizados ou local específico para este fim.
- O responsável pela entrega dos materiais na Central de Materiais Esterilizados; será o mesmo responsável pelo processamento dos materiais.
- No caso de visualização ou erro no local de desprezo dos materiais comunicar a toda a equipe envolvida no manuseio dos materiais para que em equipe encontre-se a solução para que o transporte possa ser realizado de forma mais segura.
- Em caso de acidente de trabalho encaminhar o funcionário para os devidos atendimentos e notificações.

#### **Referências:**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP). POP: **Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH**. Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde: **Procedimento Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica**, SMS Assis, 2019.

PREFEITURA DA CIDADE DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**, SMS Campinas, 2016, versão 2.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 114

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TÉCNICA DE LIMPEZA DE EQUIPAMENTOS E DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS E SUPERFÍCIES

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Na ausência destes, o Enfermeiro.

#### Quando:

Diariamente ou sempre que necessário

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Remover sujidades e controlar os microrganismos dos materiais após o uso no usuário ou contato com meio externo;
- Proporcionar biossegurança aos usuários e aos profissionais da área de saúde;
- Reduzir a incidência de infecções pós –cirúrgicas ao usuário;
- Prevenir contaminação por acidentes de trabalho aos profissionais executantes.

#### Conceitos:

**LIMPEZA** é a remoção mecânica de sujidades para reduzir a carga microbiana, a matéria orgânica e os contaminantes de natureza inorgânica, de modo a garantir o processo de desinfecção e esterilização e a manutenção da vida útil do instrumental. Deve ser realizada em todo artigo exposto ao campo contaminado. Deve preceder os processos de desinfecção e esterilização.

**DESINFECÇÃO** é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e em superfícies inertes, mediante a aplicação de agentes físicos e químicos em uma superfície previamente limpa. Tais agentes são chamados de desinfetantes ou germicidas, sendo estes capazes de destruir ou inativar tais microrganismos.

**ESTERILIZAÇÃO** é o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é

menor que um em um milhão. A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

Os artigos odonto-médico-hospitalares, são classificados segundo o seu potencial de contaminação em críticos, semicríticos e não-críticos.

**ARTIGOS CRÍTICOS (C):** artigos destinados a penetração, através da pele e mucosas, nos tecidos subepiteliais e no sistema vascular, tecidos estes isentos de flora microbiana própria. Requerem esterilização ou descarte, pois são de alto risco na transmissão de infecção se contaminados por qualquer tipo de microorganismo. Ex: agulhas, lâminas de bisturi, sondas, instrumentais odonto-médico-hospitalares, ponta de eletro-cautério, campos cirúrgicos etc.

**ARTIGOS SEMICRÍTICOS (SC):** artigos que entram em contato com mucosas íntegras e pele não-íntegra, ou ainda aqueles que por sua especificidade devem ter a presença de microorganismos patogênicos minimizada. Requerem esterilização ou desinfecção de alto nível. Ex: acessórios dos ventiladores, laringoscópio, cânula de Guedel, tubos endotraqueais etc.

**ARTIGOS NÃO-CRÍTICOS (NC):** artigos utilizados em procedimentos com baixíssimo risco de desenvolvimento de infecção associada ou que entram em contato apenas com pele íntegra. Requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível, dependendo do risco de transmissão secundária de microorganismos de importância epidemiológica. Ex: o material usado para higienização, termômetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, mesa do aparelho de raio X, microscópio etc.

#### **Materiais:**

- EPI's:
- Avental impermeável;
- Máscara;
- Luvas de autoproteção de borracha;
- Óculos de proteção;
- Recipiente com tampa de tamanho compatível com a quantidade de material;
- Esponja;
- Escova de cerdas de nylon macias;
- Toalhas ou panos limpos e macios;
- Solução de água e detergente enzimático;
- Papel crepado, papel grau cirúrgico ou tecido de algodão cru.

#### **Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Usar os EPIs para iniciar a limpeza do instrumental.
3. Manipular o material cuidadosamente.
4. Separar material pérfuro-cortante e lavar separadamente, evitando acidentes.
5. Imergir o instrumental contaminado em solução de água e detergente (conforme orientação do fabricante), para remoção de resíduos de matéria orgânica.
6. Lavar o material peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimento no sentido das serrilhas e dar atenção especial também para as articulações.
7. Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações.
8. Enxugar as peças com toalha ou pano macio e limpo, em toda a sua extensão, dando atenção especial para as articulações e serrilhas.
9. Colocar o instrumental sobre um pano branco e avaliar a limpeza feita, revisando-o cuidadosamente. Reprocessar aqueles em que persistir sujidade visível.
10. Separar artigos que apresentam alterações, ferrugem ou estejam danificados, encaminhando-os para manutenção ou descarte.
11. Encaminhar os instrumentais que estiverem em boas condições de uso para a área de preparo e esterilização.
12. Separar o material por tipo de procedimento e prepará-lo.
13. Lavar as luvas de borracha antes de retirá-las.
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
15. Manter a área limpa e organizada.
16. Embalar o material em embalagem apropriada para esterilização em autoclave. Materiais recomendados: papel grau cirúrgico, papel crepado, tecido de algodão cru (campo duplo), vidro, nylon, cassetes e caixas metálicas perfuradas.
17. Identificar as embalagens antes da esterilização em fita ou etiqueta adesiva, contendo a descrição do conteúdo, quando necessário, data e validade da esterilização e nome do funcionário responsável pelo processamento do artigo.
18. Colocar o material, devidamente embalado, na câmara da autoclave desligada, não ultrapassando 2/3 de sua capacidade total e sem encostar nas laterais, dispondo-se os pacotes de modo que o vapor possa circular livremente e atinja todas as superfícies do material. Embalagens compostas por papel e filme devem ser colocadas com o papel para baixo.



19. Fechar o equipamento e selecionar o ciclo desejado, caso seja possível.
20. O tempo em autoclave depende da orientação do fabricante. Os padrões de tempo, temperatura e pressão para esterilização pelo vapor variam de acordo com o aparelho e encontram-se dentro de: 121° C a 127° C (1 atm pressão) por 15 a 30 minutos e 132° C a 134° C (2 atm pressão) por quatro a sete minutos de esterilização.
21. Após a conclusão do ciclo, abrir o equipamento e aguardar que a temperatura caia a 60° C para a retirada do material. Nesta etapa, o profissional deve utilizar todos os EPIs.
22. Acondicionar o material autoclavado em local limpo e seco.
23. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente; **Observações:** A utilização de esponja de aço e abrasivos danificam o material, sendo desaconselhável o seu uso.

#### LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES EM UNIDADES DE SAÚDE

SUPERFÍCIE	CLASSIFICAÇÃO	PERIODICIDADE	COMO FAZER
Aparelho telefônico	não-crítico	Diariamente	Limpar com pano limpo, úmido em água e sabão líquido.
Balcão do posto de medicamentos, farmácia, recepção e administrativo	não-crítico	Diariamente	Limpar com pano úmido em água e sabão líquido, enxaguar e secar. Friccionar álcool 70%.
Bebedouro	não-crítico	Diariamente	Lavar com água e sabão líquido e secar.
Biombos	não-crítico	Lavar a cada 15 dias ou sempre que apresentar sujidade visível	Lavar com água e sabão líquido e secar.
Computador	não-crítico	Diariamente	Limpar com pano úmido bem torcido.

pinças, tesouras, cabos de bisturi, pontas de eletrocautério, fios guia	crítico	Após o uso	Imediatamente após o uso colocar em recipiente seco com tampa. Levar o recipiente para o expurgo. - Colocar no detergente
---	---------	------------	---

			enzimático por 15 minutos (de acordo com fabricante) Lavar individualmente em água corrente com escova apropriada e sabão líquido. O movimento de escovamento deve seguir as linhas das serrilhas. Enxaguar, enxugar e secar. Fazer inspeção visual do material e acondicionar com o involucro padronizado pela instituição. Esterilizar em autoclave.
Laringoscópio:  -Lâmina -Cabo	não-crítico	Após o uso	Remover a lâmpada.  Lavar a lâmina com água e sabão líquido, desinfetar com álcool 70%.  Limpar o cabo com pano úmido com água e sabão líquido, desinfetar com álcool 70%.
Máscara de Venturi	semicrítico	Após o uso	Desmontar, lavar com água e sabão líquido, enxaguar, secar, imergir em solução padronizada pela CCI-SMS, enxaguar, secar e acondicionar em recipiente fechado.
Otoscópio  -Espéculo -Cabo	não-crítico	Após o uso	Lavar o espéculo com água e sabão líquido, enxaguar, secar e friccionar com álcool 70%.  Limpar o cabo com pano úmido com água e sabão líquido, desinfetar com álcool 70%.
Banheira infantil	não-crítico	Após o uso	Lavar com água e sabão líquido, enxaguar e secar. Friccionar álcool 70%.  OBS: se houver derramamento de fluido orgânico, removê-lo com papel descartável e proceder como descrito acima.
Pente	não-crítico	Após o uso	Lavar com água e sabão líquido. Friccionar álcool 70% e armazenar.
Suporte de soro, balança, esfigmomanômetr	não-crítico	Limpar diariamente	Limpar com água e sabão líquido, enxaguar e secar.

o,			
Talas,/ calhas, goteiras	não-crítico	Após o uso	Limpar com água e sabão líquido, enxaguar, secar e friccionar álcool 70%.
Termômetros, estetoscópio	não-crítico	Após o uso	Limpar com água e sabão líquido, enxaguar, secar e friccionar álcool 70%.
Tubo endotraqueal	não-crítico	Após o uso	Descartar.
Tubos de látex: – O2 ou ar comprimido – aspiração	não-crítico	Após o uso ou em ambulatórios a cada 12h	Lavar com água e sabão líquido, enxaguar, secar, embalar e esterilizar.
Umidificador de oxigênio	semicrítico	Após o uso	Desmontar, lavar com água e sabão líquido, enxaguar, secar e embalar individualmente.
Válvulas: vácuo, O2 e ar comprimido	não-crítico	Diariamente	Limpar com água e sabão líquido, enxaguar, secar e friccionar álcool 70%.

**LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS, EQUIPAMENTOS E SUPERFÍCIES DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM UNIDADES DE SAÚDE**

ARTIGOS/EQUIPAMENTOS E SUPERFÍCIES	CLASSIFICAÇÃO	PERIODICIDADE	COMO FAZER
agulhas de anestesia e de sutura, lâminas de bisturi	crítico	Após o uso	Descartar em recipiente rígido. O profissional que utiliza artigo perfurocortante é responsável pelo seu descarte (NR32).
placa perfuradora de borracha de isolamento absoluto	semicrítico	Após o uso	Lavar com esponja, água e sabão líquido, secar e esterilizar.
arco porta-dique:  elástico	semicrítico	Após o uso	Lavar com esponja, água e sabão líquido, secar, friccionar álcool 70% e armazenar.
metálico			
arcadas	não-crítico	Após cada atendimento	Limpar com esponja, água e sabão líquido. Friccionar álcool 70%.
bandejas, cubas, caixas e milares – metálicas	semicrítico	Após o uso	Lavar com esponja, água e sabão líquido, secar, acondicionar, esterilizar e armazenar.
bandejas, cubas, caixas e milares – plástico	semicrítico	Após o uso	Lavar com esponja, água e sabão líquido, secar, friccionar álcool 70% e armazenar.
brocas	crítico	Após o uso	Imergir em solução padronizada pela SMS, enxaguar, lavar com água, sabão líquido e escova, enxaguar, secar, inspecionar, acondicionar e esterilizar.
cadeira odontológica	não- crítico	Após o uso	Limpar com esponja, água e sabão líquido, enxaguar, secar, friccionar álcool 70%. Cobrir com PVC as áreas de contato direto das mãos dos profissionais (encosto, apoio de braços e botões).
caixa de revelação	não-crítico	Diariamente	Limpar com esponja, água e sabão líquido. Forrar o fundo com toalha de papel.

\*considerar orientação do fabricante, constante no rótulo do produto.

\*\* desinfetante exclusivamente de superfície (para artigos que não ficam submersos em solução).

Produto	HIPOCLORITO DE SÓDIO	ÁLCOOL ETÍLICO	DETERGENTE ENZIMÁTICO
Características			
Concentração de uso	1%	70%	*
Tempo de exposição	30 minutos	**	30 minutos
Restrições de uso	Danifica metais e mármore	Danifica acrílico e borracha	Sem restrições
EPI	Avental impermeável + luva de borracha + óculos + máscara + bota (calçado fechado)	Luva de PVC	Luva de PVC
Nível de desinfecção	Médio	Médio	Nenhum
Estabilidade	Baixa	Alta	Alta
Tempo de Preparo	24 h	Prazo de validade constante no rótulo	24 h
Atividade em matéria orgânica	Não	Não	Somente ação desincrostante
Deixa resíduos sobre artigos?	Sim	Não	Sim
Necessita enxágüe?	Sim	Não	Sim

#### Referências:

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde: **Procedimento Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica**, SMS Assis, 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos**. Brasília: ed. Anvisa, 2006. 156 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

**Manual de Normas e Rotinas de Processamento de Artigos e Superfícies Manual Para a Rede Municipal de Saúde de Florianópolis**, 2008. Pag20-21

Manual de Biossegurança do Conselho Federal de Odontologia, 1999.

Manual de Limpeza e Desinfecção da Faculdade de Odontologia da UNESP, 2009

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO-SP SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO. **Protocolo de Processamento de Artigos e Superfícies nas Unidades de Saúde. Ribeirão Preto-SP**. Subcomissão de Protocolos da CCI-SMS. 2007.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 115

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TÉCNICA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA AUTOCLAVE

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Na ausência destes, o Enfermeiro.

**Quando:** Semanalmente ou sempre que necessário

#### Monitoramento:

Enfermeiro

#### Objetivo:

- Remover a sujidade presente na autoclave.
- Prevenir contaminação durante o manuseio da autoclave.

#### Materiais:

- Álcool 70%
- Água;
- Baldes;
- Compressa;
- Detergente neutro;
- Esponja;
- EPIs: Avental impermeável, gorro, luvas de borracha e sapato fechado.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Desligar o aparelho da tomada e verificar se autoclave esta fria para iniciar a limpeza.
3. Vestir EPIs;
4. Retirar toda água do aparelho da autoclave;
5. Abrir as portas das autoclaves e retirar os racks das mesmas;
6. Retirar o trilho das autoclaves e/ou as divisórias;
7. Com auxílio de uma esponja macia, lavar com água e detergente neutro todas as superfícies internas e externas.

8. Com auxílio de um pano úmido, enxaguar bem as superfícies.
9. Retirar o ralo do dreno e lavá-lo com água, sabão e escova.
10. Enxaguar o trilho passando o pano com água até que saia limpa.
11. Secar com pano seco os trilhos e toda a autoclave.
12. Retirar avental e luvas de procedimento;
13. Passar diariamente um pano embebido em álcool 70%.
14. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

**Referências:**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP). **POP: Manual de Procedimento Operacional Padrão do Serviço de Enfermagem – HUMAP/EBSERH.** Comissão de Revisão dos POPs versão 1.1 - 2016-2017. Coordenado por José Wellington Cunha Nunes – Campo Grande / MS. p: 480. 2016.

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde: **Procedimento Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica**, SMS Assis, 2019.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 116

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TESTE DE ESTERILIZAÇÃO NA AUTOCLAVE - INDICADOR BIOLÓGICO

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;  
Técnico de enfermagem;  
Na ausência destes, o Enfermeiro.

#### Quando:

Semanalmente ou sempre que necessário

**Monitoramento:** Enfermeiro ou Cirurgião-dentista

#### Objetivo:

- Comprovar a eficácia do processo de esterilização.

#### Materiais:

- Luvas de procedimento;
- 1 incubador biológico;
- 1 pacote grande (desafio para esterilização), utilizar o pacote da unidade com a maior densidade; (seria este o pacote teste?)
- 2 ampolas de indicador biológico;
- Impresso de controle de resultados;
- Bandeja montada com pacotes a serem esterilizados;
- Fita teste para autoclave.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Identificar a ampola de indicador biológico colocando: número da autoclave, nível escolhido, número do ciclo e data;
4. Montar o pacote desafio para a esterilização, colocando a ampola de indicador biológico no centro do pacote, entre os campos;
5. Fechar o pacote, conforme a técnica do envelope, identificando-o;
6. Colocar o pacote teste dentro do cesto de aço;



7. Posicionar o cesto com o pacote teste, no local escolhido da bandeja, entre os demais pacotes;
8. Realizar o ciclo de esterilização;
9. Retirar o pacote após o esfriamento;
10. Abrir o pacote retirando a ampola de teste biológico;
11. Quebrar a ampola, homogeneizar e colocá-la no incubador, juntamente com a ampola controle;
12. Proceder a leitura a partir de 4 horas de incubação ou conforme orientação do fabricante;
13. Retirar as ampolas do incubador e verificar o resultado final;
14. Preencher o impresso de controle dos resultados;
15. Suspender a utilização do material autoclavado durante o teste, caso ocorra mudança de coloração na ampola, repetir o teste utilizando novo pacote;
16. Solicitar avaliação técnica da autoclave caso persista a alteração na coloração da ampola;
17. Manter a área limpa e organizada.
18. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;

**Referências:**

PREFEITURA DA CIDADE DE ASSIS. Secretaria Municipal de Saúde: Procedimento **Operacional Padrão (POP) e Manual De Normas e Rotinas da Atenção Básica**, SMS Assis, 2019.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 117

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: USO DA CUBA DE ULTRASSOM CRISTÓFOLI

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Na ausência destes, o Enfermeiro.

#### Quando:

Semanalmente ou sempre que necessário

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Remover a sujidade presente na autoclave.
- Prevenir contaminação durante o manuseio da autoclave.

#### Materiais:

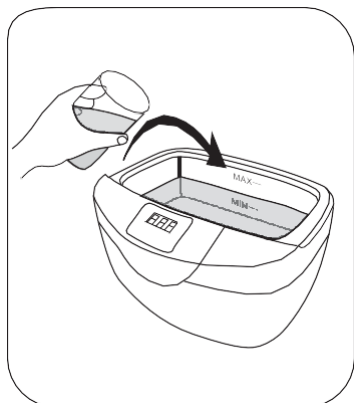
- Álcool 70%;
- Água;
- Baldes;
- Compressa;
- Detergente neutro;
- Esponja;
- EPIs: Avental impermeável, gorro, luvas de borracha e sapato fechado.

#### Descrição do procedimento:

Para melhor visualização, os desenhos a seguir não mostram a tampa da cuba de ultrassom. Lembre-se de usar a tampa sempre que o equipamento estiver em funcionamento.

1. Colocar preferencialmente água filtrada até o nível máximo de 2,1 litros indicado na cuba como MAX (Fig. 26).
2. Conectar o cabo de energia na cuba de ultrassom e à rede elétrica (Fig. 27). O LED verde se acenderá, indicando que o equipamento está ligado e o display exibirá o ciclo padrão de 180s (3 minutos).

3. Proceder à degaseificação da água conforme instruções do tópico “Degaseificação /Uso do Béquer”.

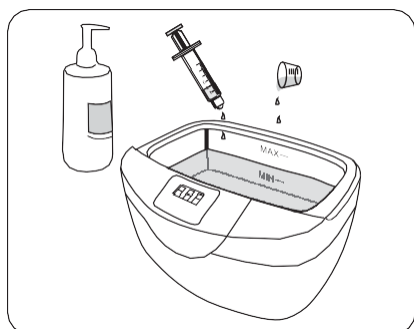


**Fig.26**

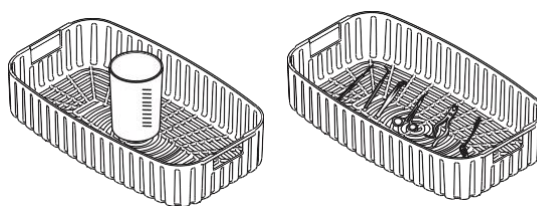
**Fig 27**

**Fig. 28**

4. Colocar a quantidade correta de detergente enzimático na cuba de inox ou béquer de acordo com as recomendações do fabricante. Para sua economia e comodidade, utilize um copo medidor ou uma seringa sem agulha para medir o volume e que a mesma seja utilizada somente para este fim. Não use soluções/produtos desincrustantes, pois possuem uma alta concentração ácida, isso pode danificar a cuba, sua vedação e os instrumentos.
5. Colocar os artigos no cesto ou béquer, consulte o tópico “Degaseificação / Uso do Béquer”. Não coloque instrumentos/artigos dentro do cesto ao mesmo tempo que estiver usando o béquer. Os instrumentos devem estar totalmente imersos, mas não sobrepostos.



**Fig. 29**



**Fig. 30**

6. Selecionar o tempo desejado no teclado utilizando a tecla MD. A seleção de tempo inicia com o ciclo padrão de 180s (3 min.). A cada toque na tecla MD, o display exibirá um dos 5 tempos de limpeza pré-programados (Fig. 30).

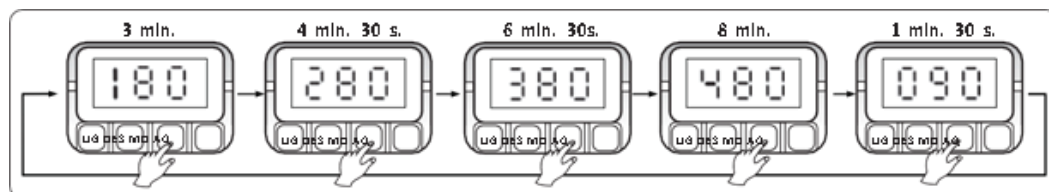


Fig. 31

7. Pressionar a tecla LIG para iniciar a limpeza (Fig. 31), neste momento o operador ouvirá o ruído típico do funcionamento do equipamento, ou seja, a cavitação. Para interromper o ciclo temporariamente pressione a tecla DES (Fig. 32), para retomar a limpeza pressione LIG novamente.

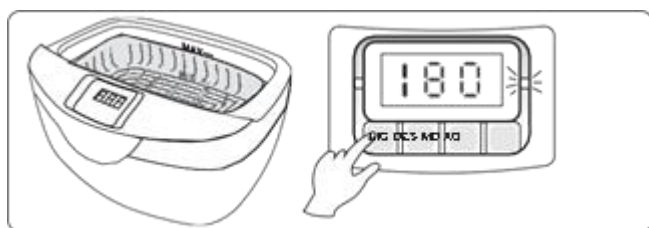


Fig. 32

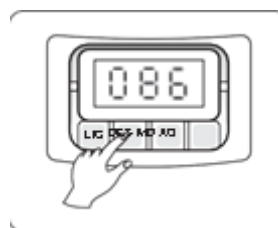


Fig. 33

8. Ao término do ciclo o display exibirá 000 e o processo de cavitação terminará automaticamente. Desconectar o equipamento da tomada e abrir a tampa (Fig. 16).

9. Retirar o bécquer ou o cesto plástico da cuba com os instrumentos/artigos assim que a limpeza estiver finalizada e faça uma inspeção visual, se houver algum resíduo, retire-o com uma escova própria.

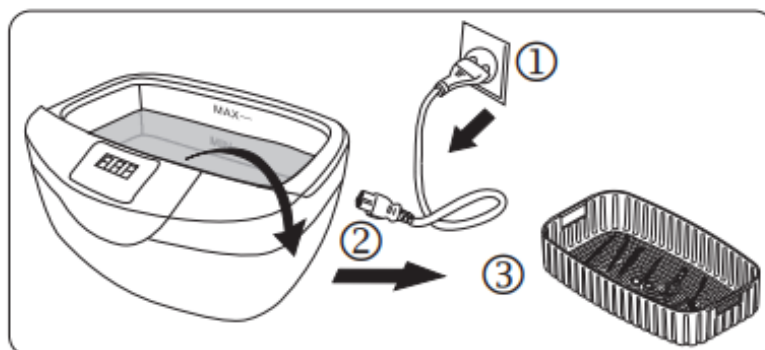


Fig. 16

10. Para finalizar, despejar a solução contaminada em uma pia apropriada para essa finalidade procedendo da seguinte maneira: incline cuidadosamente o equipamento para qualquer uma das laterais no lado oposto ao painel de controle, procurando direcionar a água para o canto da cuba de inox, o que facilitará o descarte, evitando a entrada de água no equipamento pelos orifícios do mesmo (Fig. 17). Para um novo ciclo, aguarde 15 minutos e então siga novamente as instruções de uso.

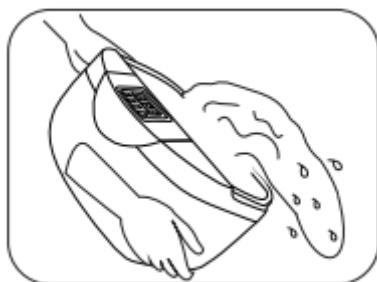


Fig. 17

## MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Para o melhor funcionamento e maior durabilidade de seu equipamento, são necessários alguns procedimentos. A manutenção preventiva corresponde à realização de todos os procedimentos abaixo relacionados, que devem ser feitos de forma periódica por conta do consumidor.

Certifique-se de desconectar a Cuba de Ultrassom da rede elétrica para realizar qualquer tipo de manutenção, incluindo limpeza.

PERIODICIDADE	MANUTENÇÕES
DIÁRIA	<p><b>Limpeza externa:</b> Desligue o equipamento da tomada. Utilize um pano úmido com detergente neutro biodegradável, em seguida, limpe com um pano umedecido com álcool 70% ou ácido peracético a 1%. Limpe a tampa da mesma forma. Faça movimentos suaves somente em um sentido.</p>
	<p><b>Limpeza da cuba de inox:</b> Limpe a cuba de inox e troque a solução de limpeza a cada ciclo para manter a eficácia do procedimento, pois a sujeira acumulada dentro da cuba diminui a eficiência da cavitação. Descarte a solução contaminada conforme instruções do tópico "Como Usar a Cuba de Ultrassom Cristófol", instrução 10 (Pág. 10). Após descartar a água/solução, retire com uma esponja macia, pano ou toalhas de papel, o excesso de resíduos que porventura se acumulem no fundo da cuba, limpe-a com uma esponja macia e detergente neutro biodegradável e enxágue com água corrente (tendo a precaução de não molhar o painel eletrônico, evitando assim a entrada de água no equipamento através dos orifícios do mesmo), enxugue a cuba com papel toalha ou um pano macio e finalize desinfetando a cuba esfregando-a com álcool 70% três vezes como técnica recomendada para seu uso (BRASIL 1994).</p>
ANUAL	<p>Recomendamos a realização da manutenção preventiva geral do equipamento com um técnico autorizado Cristófol. Consulte "Rede de Assistência Técnica Autorizada" (Pág. 13).</p>

## Referências:

Cristófoli Equipamentos de Biossegurança LTDA., **MANUAL CUBA DE ULTRASSOM CRISTÓFOLI.**  
Paraná, Brasil, fábrica de equipamentos de biossegurança para atender a área da saúde. PORT.  
REV.2-2020.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 118

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: USO DA SELADORA

#### Responsável:

Auxiliar de enfermagem;

Técnico de enfermagem;

Na ausência destes, o Enfermeiro.

#### Quando:

Diariamente ou sempre que necessário.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Selar embalagens utilizadas nos ciclos de esterilização realizados em autoclaves a vapor;
- Embalar devidamente os materiais para garantir a penetração do agente esterilizante e impedir a entrada de microrganismos até a sua abertura.

#### Materiais:

- Luvas de procedimento;
- Embalagens do tipo misto papel grau cirúrgico e plástico;
- Seladora.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Calçar as luvas de procedimentos;
3. Ligar a seladora através do interruptor. A lâmpada indicadora acenderá;
4. Aguardar aproximadamente 10 minutos para a seladora atingir a temperatura correta para a selagem das embalagens;
5. A temperatura de funcionamento será controlada automaticamente;
6. Introduzir a embalagem com o lado do papel para baixo entre as traves superior e inferior. O lado do filme plástico deverá ficar voltado para cima;
7. Através do suporte plástico, pressionar firmemente a trave superior para baixo por cinco segundos, para selar a embalagem;

8. Desligar a seladora ao final da utilização para evitar seu sobreaquecimento e danos aos seus componentes;
9. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente.

**Referências:**

**STERMAX. Manual de instruções e manutenção de seladora.**



**Parte 14**  
**CUIDADOS COM OUTROS**  
**PROCEDIMENTOS**

**14.1 AUXÍLIO NA PARADA**  
**CARDIORESPIRATÓRIA**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 119

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR ADULTO

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Usuário inconsciente, respiração ausente ou agônica, sem pulso central palpável.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Recuperar a função cardiorrespiratória
- Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

#### Materiais:

Equipamentos de proteção individual;

- Respirador manual (AMBU) com reservatório;
- Máscara de oxigênio;
- Tábua para massagem cardíaca;
- Oxigênio 100% a 15l/min;
- Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- Gel condutor;
- Luvas de procedimento.
- Bolsa;
- Caixa ou carro de emergência contendo:
  - Ressuscitador manual (ambu adulto);
  - Máscara com reservatório adulto;
  - Medicações de emergência disponibilizadas pela SMS;
  - Soros (fisiológico, glicosado, glicofisio);
  - Fonte de oxigênio;
  - Frasco de aspiração conectado à rede;
  - Oxímetro de pulso;

- Material para intubação adulta;
- Material para acesso venoso, sondagem e aspiração de calibres adulto;
- Prancheta com tabela de controle dos ciclos RCP;
- Escala de Glasgow.

**Descrição do procedimento:**

1. Checar a responsividade (tocar nos ombros e chamar usuário em voz alta);
2. Chamar ajuda – médico e equipe de enfermagem;
3. Posicionar bolsa de emergência;
4. Posicionar o usuário em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca;
5. Colocar oxímetro digital e aplicar escala de glasgow se possível (importante para repassar ao Serviço Móvel);
6. Solicitar ajuda da equipe para contato com o SAMU;
7. Checar pulso carotídeo, num intervalo de 5 a 10 segundos;
  - a. Se respiração ausente ou agônica e;
8. Pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar uma insuflação a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos;
9. Pulso AUSENTE: informar imediatamente o serviço de emergência móvel, solicitando apoio caso ainda não o tenha feito, e reiniciar ressuscitação cardiopulmonar (RCP);
10. Expor o tórax;
11. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de:
  12. 30 compressões eficientes (na faixa de 100 a 120/min, deprimindo o tórax em 5 a 6 cm com completo retorno);
  13. Duas insuflações eficientes (de 1 segundo cada e com visível elevação do tórax) com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional);
14. Assim que o DEA estiver disponível:
15. Instalar os eletrodos de adulto do DEA no tórax desnudo e seco do usuário sem interromper as compressões torácicas;
16. Ligar o aparelho;
17. Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque
18. Se choque for indicado;
19. Solicitar que todos se afastem do contato com o usuário;
20. Disparar o choque quando indicado pelo DEA;

21. Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas por 2 minutos;
22. Após 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA se disponível, na ausência checar pulso carotídeo. Pulsação ausente reiniciar RCP (30 compressões para 2 insuflações). Checar ritmo novamente após 2 minutos;
23. Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até:
24. A chegada do Serviço Móvel;
25. A chegada ao Hospital;
26. A vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento)
27. Puncionar acesso venoso calibroso;
28. Preparar material para intubação caso seja necessário o médico ter a disposição para uso;
29. Se realizado a intubação endotraqueal proceder com aspiração de vias aéreas se necessário;
30. Administrar medicamentos de emergência caso solicitado pelo médico;
31. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
32. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
33. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

**Observações:**

Não há parâmetro de tempo de RCP para a tomada de decisão sobre a interrupção dos esforços.

**Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem:**

1. Mãos entrelaçadas na metade inferior do esterno;
2. Deprimir o tórax em pelo menos 5 cm (sem exceder a 6 cm) e permitir o completo retorno entre as compressões;
3. Manter frequência de compressões em 100 a 120 compressões/min;
4. Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min;
5. Minimizar as interrupções das compressões.

**Insuflações eficientes e de boa qualidade:**

1. Insuflação de 1 segundo cada;
2. Visível elevação do tórax.

Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.

Não interromper manobras de RCP

Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP sempre testados, em boas condições de uso, em número adequado e em local de fácil acesso.

**Referências:**

AEHLERT, B. ACLS: **Suporte avançado em cardiologia. Emergências em Cardiologia.** 4º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HAZINSKI M.F., SHUSTER M. et al. **Destaques da American Heart Association 2015: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE.** American Heart Association, 2015.

NEUMAR R.W; SHUSTER M; et al. Parte 1: sumario executive: American Heart Association Guidelines Updade for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergenvy Cardiovascular Care. **Circulation**, v.18, n.132. 2015.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 120

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR PEDIÁTRICA

#### Responsável:

Enfermeiro;  
Técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### Quando:

Usuário irresponsivo ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável ou que apresente pulso central, mas com frequência  $\leq 60$  batimentos por minuto (bpm) e com sinais de perfusão insuficiente, apesar da oxigenação e ventilação adequadas.

**Monitoramento:** Enfermeiro

#### Objetivo:

- Recuperar a função cardiorrespiratória;
- Reverter uma arritmia e regularizar o ritmo cardíaco.

#### Materiais:

Equipamentos de proteção individual;

- Respirador manual (AMBU) com reservatório;
- Máscara de oxigênio;
- Tábua para massagem cardíaca;
- Oxigênio 100% a 15l/min;
- Desfibrilador Externo Automático (DEA);
- Gel condutor;
- Luvas de procedimento;
- Bolsa;
- Caixa;
- Carro de emergência contendo;
- Ressuscitador manual (ambu pediátrico);
- Máscara com reservatório pediátrica;
- Medicamentos de emergência disponibilizadas pela SMS;
- Soros (fisiológico, glicosado, glicofisio);
- Fonte de oxigênio;

- Frasco de aspiração conectado à rede;
- Oxímetro de pulso;
- Material para intubação pediátrica;
- Material para acesso venoso, sondagem e aspiração de calibres pediátricos;
- Prancheta com tabela de controle dos ciclos RCP;
- Escala de Glasgow.

**Descrição do procedimento:**

1. Checar a responsividade;
  - a) No bebê: estimular plantar;
  - b) Na criança: tocar nos ombros e chamar usuário em voz alta;
2. Chamar ajuda – médico e equipe de enfermagem;
3. Posicionar bolsa de emergência;
4. Posicionar o usuário em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca;
5. Colocar oxímetro digital e aplicar escala de glasgow se possível (importante para repassar ao Serviço Móvel);
6. Solicitar ajuda da equipe para contato com o SAMU;
7. Checar pulso central, por no máximo 10 segundos:
8. No bebê: pulso braquial;
9. Na criança: pulso carotídeo ou femoral.
  - a. Se respiração ausente ou agônica:
10. Pulso PRESENTE E MAIOR DO QUE 60 bpm:
  - a. Abrir via aérea;
  - b. Aplicar uma insuflação efetiva com dispositivo bolsa-valva-máscara e oxigênio;
  - c. Suplementar a 100% a cada 3 a 5 segundos (12 a 20 insuflações/min);
  - d. Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.
11. Pulso PRESENTE, mas que permanece com frequência MENOR OU IGUAL A 60 bpm e com sinais de perfusão inadequada, apesar de ventilação e oxigenação adequadas:
  - a. Iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas);
  - b. Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos.
12. Pulso AUSENTE:
  - a. Informar imediatamente o serviço de emergência móvel, solicitando apoio caso ainda não o tenha feito;
  - b. Iniciar imediatamente as manobras de RCP (começando pelas compressões torácicas)

- c. Se disponível instalar DEA;
- d. Após 30 compressões torácicas (um profissional realiza as manobras), outro profissional deve abrir manualmente as vias aéreas e aplicar duas insuflações com dispositivo bolsa-valva-máscara com oxigênio suplementar a 100% (10 a 15 L/min);
13. Expor o tórax;
14. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de:
15. 30:2 se houver apenas um profissional realizando a RCP, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto;
16. 15:2 se houver dois profissionais realizando a RCP ( um para compressões e outro para insuflações), com frequência de 100 a 120 compressões por minuto.
17. Assim que o DEA estiver disponível:
18. Instalar os eletrodos do DEA no tórax desnudo e seco do usuário sem interromper as compressões torácicas;
19. Ligar o aparelho;
20. Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque
21. Se o DEA tiver atenuador de carga, utilizar da seguinte forma:
  - a. Na criança até 8 anos ou menor de 25Kg de peso: se disponível, usar DEA com sistema eletrodos-cabos pediátricos (que atenuam a carga de energia)
  - b. Na criança maior de 8 anos ou maior de 25Kg de peso: usar DEA com sistema eletrodos-cabos adulto;
22. Se choque for indicado:
23. Solicitar que todos se afastem do contato com o usuário;
24. Disparar o choque quando indicado pelo DEA;
25. Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas por 2 minutos.
26. Após 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA se disponível, na ausência checar pulso carotídeo. Pulsação ausente reiniciar RCP (30 compressões para 2 insuflações). Checar ritmo novamente após 2 minutos
27. Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até:
28. A chegada do Serviço Móvel;
29. A chegada ao Hospital;
30. A vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento)



31. Puncionar acesso venoso calibroso;
32. Preparar material para intubação caso seja necessário o médico ter a disposição para uso;
33. Se realizado a intubação endotraqueal proceder com aspiração de vias aéreas se necessário;
34. Administrar medicamentos de emergência caso solicitado pelo médico;
35. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
36. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
37. Evoluir procedimento no prontuário do usuário.

#### **OBSERVAÇÕES:**

Não há parâmetro de tempo de RCP para a tomada de decisão sobre a interrupção dos esforços.

#### **Compressões torácicas eficientes e de boa qualidade compreendem:**

##### **No bebê:**

1. Comprimir o esterno com 2 dedos posicionados imediatamente abaixo da linha intermamilar deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 4 cm.

##### **Na criança:**

1. Realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm
2. Permitir o completo retorno entre as compressões;
3. Manter frequência de compressões em 100 a 120 compressões/min;
4. Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min;
5. Minimizar as interrupções das compressões

#### **Insuflações eficientes e de boa qualidade:**

1. Insuflação de 1 segundo cada;
2. Visível elevação do tórax.

Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.

Não interromper manobras de RCP

Manter os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de RCP sempre testados, em boas condições de uso, em número adequado e em local de fácil acesso.

#### **Referências:**

AEHLERT, B. ACLS: **Suporte avançado em cardiologia. Emergências em Cardiologia.** 4º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HAZINSKI M.F; SHUSTER M; et al. **Destaques da American Heart Association 2015:** Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. American Heart Association, 2015.

NEUMAR R.W; SHUSTER M; et al. Parte 1: Sumario executive: American Heart Association Guidelines Updade for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergenvy Cardiovascular Care. **Circulation**, v.18, n. 132. 2015.

**Parte 14**  
**CUIDADOS COM**  
**OUTROS**  
**PROCEDIMENTOS**

**14.2 PREPARO DO LEITO**



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 121

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: PREPARO DO LEITO

#### Responsável:

Auxiliar, técnico de enfermagem e, na ausência destes, o enfermeiro.

#### Quando:

Diariamente no leito dos usuários internados, realizando a troca de roupa de cama quando o usuário está no banho de aspersão;

Quando o leito vazio vai receber um usuário.

#### Monitoramento: Enfermeiro

#### Objetivo:

- Preparar o leito para receber o usuário;
- Fornecer higiene e conforto ao usuário.

#### Material:

- Luva de procedimento;
- Hamper;
- Lençol (02);
- Forro móvel;
- Fronha;
- Cobertor (se necessário);
- Mesa auxiliar ou cadeira;
- Álcool a 70%;
- Compressa.

#### Descrição do procedimento:

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Confirmar o leito a ser preparado;
4. Colocar luvas de procedimento;
5. Manter o leito na posição horizontal, sem inclinação;

6. Caso as roupas de cama utilizadas ainda estejam no leito:
  - a. Remover as roupas de cima (colcha e cobertor) e colocá-los dobrados sobre uma superfície limpa e seca, caso possam ser utilizados novamente
  - b. Liberar as roupas de cama de qualquer equipamento ou dispositivo que possa estar preso a eles. Verificar a presença de objetos pessoais; colocando-os sobre a mesa de cabeceira e comunicando ao usuário
  - c. Tirar todas as roupas de cama usadas e colocá-las no hamper;
7. Higienizar colchão com uma compressa embebida em álcool a 70%;
8. Colocar o lençol limpo, posicionando a sua dobra média no centro da cama;
9. Prender as sobras laterais, da cabeceira e dos pés sobre o colchão, mantendo o lençol bem esticado, livre de pregas;
10. Colocar o forro limpo, na região central da cama (com sobras suficientes para dobrá-las sob as laterais do colchão), desdobrá-lo e prender a borda lateral sob cada lado do colchão, mantendo-o esticado e sem pregas;
11. Tirar a fronha do travesseiro, colocar a fronha usada no hamper e colocar uma fronha limpa no travesseiro, posicionando-o na cabeceira da cama;
12. Esticar o lençol de cima limpo sobre a cama, de forma centralizada e prender a sobra inferior sobre o colchão;
13. Recolocar o cobertor e a colcha (se houver), conforme a necessidade do usuário, realizando a dobra do lençol de cima sobre o cobertor e colcha;
14. Realizar dobradura de entrada, levando a região superior, onde foi feita a dobra do lençol sobre o cobertor para a região central da cama, no lado oposto ao que se encontra a escadinha do leito. Formando um triângulo e facilitando para o usuário no momento de se acomodar ao leito;
15. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
16. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
17. Evoluir procedimento no prontuário do usuário, quando necessário.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



## PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

**NÚMERO:**  
POP 122

**DATA DA VALIDAÇÃO:**  
06/2021

**DATA DA REVISÃO:**  
06/2023

### Procedimento: TROCA DE ROUPA DE CAMA COM O USUÁRIO NO LEITO

**Responsável:**

Auxiliar, técnico de enfermagem e, na ausência destes, o enfermeiro.

**Quando:**

Diariamente no leito dos usuários acamados

**Monitoramento:** Enfermeiro

**Objetivo:**

- Proporcionar conforto e segurança ao usuário

**Material:**

- Luva de procedimento;
- Hamper;
- Lençol (02);
- Forro móvel;
- Fronha;
- Cobertor (se necessário);
- Mesa auxiliar ou cadeira;
- Álcool a 70%;
- Compressa;
- Fornecer privacidade ao usuário, se necessário biombo, se necessário.

**Descrição do procedimento:**

1. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
2. Reunir o material indicado para o procedimento;
3. Identificar o usuário perguntando seu nome completo antes de executar o procedimento;
4. Orientar o procedimento e a finalidade ao usuário e familiares;
5. Oferecer privacidade ao usuário;
6. Colocar luvas de procedimento;

7. Deixar as roupas de cama limpas sobre uma superfície seca e limpa (mesa auxiliar, cadeira ou poltrona);
8. Colocar a cama na posição mais baixa tolerada pelo usuário;
9. Remover as roupas de cima (colcha e cobertor) e manter um lençol limpo e seco cobrindo o usuário;
10. Dobrar a colcha e o cobertor e colocá-los sobre uma superfície limpa e seca, caso possam ser utilizados novamente;
11. Liberar o lençol de baixo de qualquer equipamento ou dispositivo que esteja preso a ele. Verificar a presença de objetos pessoais; colocando-os sobre a mesa de cabeceira e comunicando ao usuário;
12. Deixar soltas todas as roupas de cama usadas;
13. Abaixar a grade lateral da cama, no lado em que o profissional se encontra, e virar o usuário para o lado oposto, com cuidado para não tracionar dispositivos que o usuário possa ter e o mais perto possível da grade elevada;
14. Dobrar o lençol inferior e o forro usados na forma de leque até o meio da cama, o mais próximo possível do usuário;
15. Higienizar o lado do colchão que ficou descoberto com uma compressa embebida em álcool a 70%;
16. Colocar um lençol limpo nesta parte do colchão limpa. Posicionar a sua dobra média no centro da cama (tendo assim, sobras suficientes para dobrá-las posteriormente, sob a cabeceira e os pés da cama), desdobrá-lo cobrindo toda a parte desocupada da cama e prender a borda lateral do lençol sob o colchão;
17. Colocar o forro limpo, na região central da cama (com sobras suficientes para dobrá-las sob as laterais do colchão), desdobrá-lo e prender a borda lateral sob o colchão;
18. Elevar a grade lateral da cama, deste lado onde já se encontra o lençol limpo;
19. Auxiliar o usuário a retornar à parte central (sobre as dobras o lençol e forros limpos) e reposicionar o travesseiro sob a cabeça do usuário;
20. Dirigir-se ao outro lado da cama, abaixar a grade lateral e auxiliar o usuário a virar-se para o lado oposto;
21. Caso o procedimento seja realizado por dois profissionais, o movimento de virar o usuário pode ser único, levando-o do decúbito lateral, diretamente para o lado oposto e reposicionando o travesseiro ao final do movimento. Sempre atentar para os dispositivos presos ao usuário.

22. Remover o lençol e o forro sujos e colocá-los no hamper;
23. Higienizar o lado descoberto do colchão com uma compressa embebida em álcool a 70%;
24. Desdobrar o lençol limpo, cobrindo o restante da cama, esticá-lo para não deixar pregas e prender a borda lateral sob o colchão;
25. Desdobrar o forro limpo, esticá-lo para não deixar pregas e prender a borda lateral sob o colchão;
26. Elevar a grade lateral da cama e ajudar o usuário a retornar à parte central do leito;
27. Estique o lençol de baixo, no sentido da cabeceira e dos pés da cama, dobrando as pontas e prendendo-as sob do colchão;
28. Trocar a fronha do travesseiro e colocar a fronha usada no hamper;
29. Remover o lençol de cima utilizado e colocá-lo no hamper;
30. Posicionar o usuário na cama de forma confortável, verificando os dispositivos do usuário e o rodízio de decúbito (se houver);
31. Colocar o lençol limpo sobre o usuário, com a dobra centralizada, e desdobrá-lo cobrindo o usuário;
32. Recolocar o cobertor e a colcha (se houver), conforme a necessidade do usuário;
33. Realizar a dobra do lençol de cima sobre o cobertor;
34. Desprezar adequadamente os insumos utilizados conforme classificação de cada material;
35. Proceder com a higienização das mãos por lavagem ou fricção conforme o material disponível no ambiente;
36. Evoluir no prontuário do usuário.

**Referências:**

CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FAKIH, Flávio Trevisani; DA SILVA CANTERAS, Ligia Mara. **PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM: GUIA PRÁTICO**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.



