

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS  
OPERACIONAIS PADRÃO (POP)  
DO LABORATÓRIO DE  
ENFERMAGEM DO UNIVINTE**

**ORGANIZAÇÃO**

**Cristiane Jeremias Martins Francisco**

**Míriam da Silva Martins**

**MANUAL DE PROCEDIMENTOS**

**OPERACIONAIS PADRÃO (POP)**

**DO LABORATÓRIO DE ENFERMAGEM DO UNIVINTE**

Capivari de Baixo - 2025



**Editora:** Univinte – 2025.

**Título:** Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Laboratório de Enfermagem do Univinte.

**Organização:** Cristiane Jeremias Martins Francisco e Míriam da Silva Martins.

**Capa:** Katrui Onofre Assunção.

**Revisão e acabamento:** Andreza dos Santos e Myrella Rigoni.

<b>CONSELHO EDITORAL</b>	
<b>Exedito Michels - Presidente</b>	
<b>Cleusa Machado Claudino – Vice Presidente</b>	
<b>Andreza dos Santos – Editora Chefe</b>	
Dr. Diego Passoni	Dra. Michelle Medeiros
Dr. José Antônio da S. Santos	M.e. Oscar Pedro Neves Junior
Dr. Nelson G. Casagrande	Dra. Solange Maria da Silva
Dra. Joana D'arc S. da Silva	Dr. Cleber de O. dos Santos
Dr. Franco Wronsk Comeli	Dra. Larissa da S. Joaquim
Dra. Emillie Michels	M.a. Gabriela Fidelix de Souza

F84m

Francisco, Cristiane Jeremias Martins.

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Laboratório de Enfermagem do Univinte. [recurso eletrônico] / Cristiane Jeremias Martins Francisco e Míriam da Silva Martins (org.). Capivari de Baixo: Editora UNIVINTE, 2025.

5,73KB ; PDF.

ISBN 978-85-66962-57-4.

1. Enfermagem. I. Martins, Míriam da Silva. II. Título.

CDD 610.7

Catálogo na fonte por Andreza dos Santos – CRB/14.866).

Editora Univinte – Avenida Nilton Augusto Sachetti, nº 500 – Santo André, Capivari de Baixo/SC. CEP 88790-000.

Todos os direitos reservados.

Proibidos a produção total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos de autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo art. 184 do Código Penal.

## **NOTA DE ABERTURA**

O presente **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) do Laboratório de Enfermagem da Univinte** foi elaborado com o objetivo de estabelecer diretrizes padronizadas para a realização das atividades práticas, garantindo a segurança, qualidade e uniformidade dos procedimentos executados.

Este documento serve como referência para acadêmicos, docentes e demais usuários do laboratório, promovendo a excelência no ensino prático da enfermagem e garantindo a adesão às normas técnicas e éticas da profissão.

A melhoria e atualização contínua dos POPs são fundamentais para acompanhar os avanços científicos e tecnológicos da área da saúde, bem como para garantir a conformidade com as normas regulatórias vigentes.

Todos os usuários do laboratório deverão conhecer e seguir rigorosamente os protocolos descritos neste manual, contribuindo para um ambiente de aprendizado seguro e eficiente.

**Enf. Cristiane Jeremias Martins Francisco**  
**Coordenadora do Curso de Enfermagem**

**Capivari de Baixo, 25 janeiro de 2025.**

## SUMÁRIO

<b>POP nº 01</b> .....	8
PREPARO DO LEITO .....	8
<b>POP nº 02</b> .....	10
BANHO DE LEITO .....	10
<b>POP nº 03</b> .....	13
TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL .....	13
<b>POP nº 04</b> .....	15
PREPARO E ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS .....	15
PARA ESTERILIZAÇÃO .....	15
<b>POP nº 05</b> .....	17
TESTE FUNCIONAMENTO DA AUTOCLAVE COM INDICADOR BIOLÓGICO .....	17
<b>POP nº 06</b> .....	20
CARREGAMENTO DA AUTOCLAVE E ESTERILIZAÇÃO .....	20
<b>POP nº 07</b> .....	24
LIMPEZA DA AUTOCLAVE .....	24
<b>POP nº 08</b> .....	26
LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES FIXAS .....	26
<b>POP nº 09</b> .....	28
TRIAGEM NEONATAL/TESTE DO PEZINHO .....	28
<b>POP nº 10</b> .....	34
EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO.....	34
<b>POP nº 11</b> .....	41
TESTE RÁPIDO HEPATITE B .....	41
<b>POP nº 12</b> .....	44
TESTE RÁPIDO HEPATITE C .....	44
<b>POP nº 13</b> .....	47
TESTE RÁPIDO HIV .....	47
<b>POP nº 14</b> .....	50
TESTE RÁPIDO SÍFILIS .....	50
<b>POP nº 15</b> .....	53
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM GEL ALCOÓLICO .....	53
<b>POP nº 16</b> .....	56
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	56

<b>POP nº 17</b> .....	59
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SABÃO ANTISSEPTICO.....	59
<b>POP nº 18</b> .....	62
VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA.....	62
<b>POP nº 19</b> .....	65
VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL.....	65
<b>POP nº 20</b> .....	68
VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA/PULSO PERIFÉRICO .....	68
<b>POP nº 21</b> .....	71
VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA .....	71
<b>POP nº 22</b> .....	74
VERIFICAÇÃO DA OXIMETRIA DE PULSO.....	74
<b>POP nº 23</b> .....	76
CURATIVO EM FERIDA ABERTA .....	76
<b>POP nº 24</b> .....	79
CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA .....	79
<b>POP nº 25</b> .....	82
ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE E NASOFARINGE.....	82
<b>POP nº 26</b> .....	85
OXIGENIOTERAPIA POR CATETER NASAL.....	85
<b>POP nº 27</b> .....	88
OXIGENIOTERAPIA POR INALAÇÃO.....	88
<b>POP nº 28</b> .....	91
OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO .....	91
<b>POP nº 29</b> .....	94
OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI.....	94
<b>POP nº 30</b> .....	97
PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA.....	97
<b>POP nº 31</b> .....	100
PERMEABILIZAÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA .....	100
<b>POP nº 32</b> .....	102
VERIFICAÇÃO DE PESO CORPÓREO.....	102
<b>POP nº 33</b> .....	104
ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL.....	104
<b>POP nº 34</b> .....	106

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL.....	106
<b>POP nº 35</b> .....	110
SONDAGEM NASOENTERAL COM LOCALIZAÇÃO PRÉ-PILÓRICA (GÁSTRICA) E PÓS-PILÓRICA (INTESTINO DELGADO) .....	110
<b>POP nº 36</b> .....	114
SONDA PARA NUTRIÇÃO DE LOCALIZAÇÃO PÓS-PILÓRICA.....	114
<b>POP nº 37</b> .....	117
SONDAGEM NASOGÁSTRICA .....	117
<b>POP nº 38</b> .....	120
CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DA GASTROSTOMIA.....	120
<b>POP nº 39</b> .....	123
PUNÇÃO DE VEIA JUGULAR EXTERNA.....	123
<b>POP nº 40</b> .....	126
ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA POR VIA SUBCUTÂNEA.....	126
<b>POP nº 41</b> .....	129
ADMINISTRAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA .....	129
<b>POP nº 42</b> .....	133
ADMINISTRAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR.....	133
<b>POP nº 43</b> .....	138
ADMINISTRAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA .....	138
<b>POP nº 44</b> .....	142
ADMINISTRAÇÃO POR VIA ORAL.....	142
<b>POP nº 45</b> .....	145
POP 45 - ADMINISTRAÇÃO POR VIA OTOLÓGICA.....	145
<b>POP nº 46</b> .....	148
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA - FEMININO.....	148
<b>POP nº 47</b> .....	151
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA - MASCULINO.....	151
<b>POP nº 48</b> .....	154
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO- FEMININO.....	154
<b>POP nº 49</b> .....	157
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO- MASCULINO .....	157

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>  <b>Assistência de Enfermagem</b>	<b>POP nº 01</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>PREPARO DO LEITO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Orientar a equipe de enfermagem quanto ao preparo do leito do paciente, garantindo o atendimento da necessidade humana básica de higiene e conforto.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>O preparo do leito pela equipe de enfermagem quer para esperar uma nova internação, quer com o paciente internado, ou ainda, a fim de receber paciente que retorna de cirurgias/procedimentos, é necessário para proporcionar conforto e segurança ao paciente. Um leito bem preparado pode proporcionar conforto no sentido de garantir a facilitação do sono/relaxamento, interferindo de forma positiva no funcionamento metabólico. Pode proporcionar segurança no sentido de aliviar áreas de pressões, prevenindo formação de lesões por pressão.</p>		
<p><b>2 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento;</li> <li>• Preparar o material;</li> <li>• Retirar a roupa de cama suja e colocá-las no hamper próximo ao leito (caso não haja hamper, improvisar um saco com a roupa usada, nunca jogando no chão);</li> <li>• Desprezar as luvas;</li> <li>• Solicitar ao serviço de higienização a limpeza do leito e anexos e aguardar a secagem completa;</li> </ul>		

- Estender o lençol “envelope” sobre o leito;
- Estender o impermeável no centro do leito prendendo-o sob o colchão;
- Estender o lençol móvel sobre o impermeável prendendo-o sob o colchão;
- Estender o sobrelençol;
- Colocar cobertor se necessário;
- Colocar a colcha;
- Colocar a fronha no travesseiro;
- Colocar o travesseiro na cama;
- Estender a toalha de rosto na cabeceira;
- Lavar as mãos.

### 3 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

O leito deve estar limpo, seco e livre de rugas.

**Cama de Operação:** O lençol deve ser dobrado em forma de rolo em uma das laterais do leito. Essa técnica facilita a transferência do paciente da maca para a cama, permitindo que o lenço seja facilmente deslizável durante o processo, o que proporciona maior conforto e segurança.

### REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. J. B. de. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: MJB de Araújo, 1996.
- FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**, v.2. 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008.
- MOZACHI, NELSON. **O Hospital**: manual do ambiente hospitalar. 10. ed. Curitiba: Os Autores, 2005.
- STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA. M. H. R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2014.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 02</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>BANHO DE LEITO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Míriam Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar conforto;</li> <li>• Prevenir infecções e lesões na pele;</li> <li>• Estimulação da circulação;</li> <li>• Complementar o exame físico.</li> </ul>		
<b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b> <p>O <b>banho de leito</b> é um procedimento de higiene realizado no paciente acamado ou com mobilidade reduzida, que não consegue realizar seu próprio autocuidado.</p>		
<b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EPI: Luvas de procedimento e se necessário, óculos protetores, avental e máscara cirúrgica;</li> <li>• Toalha; Roupa de cama (lençol, fronha, traçado etc.);</li> <li>• Bacia; Álcool; Sabão líquido;</li> <li>• Jarro com água morna; Balde grande para coletar a água com resíduos;</li> <li>• Biombo, se não houver cortinas na unidade do paciente;</li> <li>• Hamper;</li> <li>• Compressas de banho (2);</li> </ul>		

- Fraldas, se necessário.

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Fechar cortinas do leito ou colocar o biombo;
- Informar procedimento para acompanhante e paciente;
- Higienizar as mãos;
- Trazer material de banho, balança digital e hamper;
- Se houver corrente de ar, fechar as janelas ou portas;
- Abaixar ou retirar as grades do leito;
- Retirar o excesso de roupa de cama;
- Colocar luvas;
- Expor partes do corpo a serem higienizadas.
- Despejar a água do jarro na bacia e verificar a temperatura da água;
- Umedecer a compressa de banho e ensaboá-la com sabonete líquido;
- Higienizar os olhos, iniciando do ângulo interno para o externo, depois o rosto, as orelhas e o pescoço do cliente;
- Enxaguar a compressa na bacia, torcê-la e passá-la na região ensaboada, removendo todos os resíduos da pele;
- Secar a região com a toalha;
- Despejar a água da bacia no balde e enchê-la novamente com água limpa da jarra;
- Retirar a camisola ou pijama do cliente protegendo-o com o lençol;
- Colocar a toalha sob o membro superior do cliente, oposto ao lado do profissional, passar a compressa ensaboada, iniciando pelo pulso, até as axilas;
- Repetir os passos de enxaguar a compressa, desprezar a água no balde, assim como os passos para higienizar o outro membro;
- Imergir as mãos do cliente na bacia e lavar e secar as mãos;
- Remover o lençol que está cobrindo o tórax e o abdome, dobrando-o até a região suprapúbica, e cobrir, simultaneamente, o tórax e o abdome com a toalha de banho;
- Expor o tórax e o abdome, dobrando a toalha sobre ela mesma na altura da região do quadril;
- Higienizar o tórax e o abdome, iniciando pela região supraclavicular até a região suprapúbica;
- Seguir todos os passos da higienização dos membros superiores, para a higienização dos membros inferiores;
- Forrar os pés da cama com a toalha e colocar a bacia com água sobre ela;
- Imergir os pés do cliente, esfregar, enxaguar e secar com a toalha;
- Estender as pernas sobre o leito e cobri-las com o lençol;
- Fazer a higiene íntima;
- Subir ou colocar a grade do lado da cama que o cliente será posicionado em decúbito lateral;

- Posicionar o cliente em decúbito lateral, com o dorso voltado para o lado do profissional;
- Estender a toalha sobre o lençol na região dorsal do cliente, desde o ombro até o quadril;
- Higienizar a região posterior do pescoço e o dorso até a região glútea com a outra compressa de banho;
- Secar a região com a toalha desprezando-a no hamper;
- Cobrir o cliente com o lençol;
- Trocar roupa de cama e colocar a suja no hamper;
- Colocar fraldas (se necessário) e as roupas (limpas) do cliente;
- Levantar grades;
- Recompôr a unidade e deixar o cliente em posição segura e confortável;
- Recolher, guardar e dar destino adequado aos materiais;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Proceder às anotações de enfermagem, constando as condições gerais do cliente, presença de lesões, ou de sinais sugestivos de úlcera por pressão.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Observar a temperatura da água, que deve ser entre 36°C e 40°C.;
- Evitar a exposição desnecessária do cliente, mantendo aquecido, sempre que possível;
- Colocar as roupas sujas no hamper e não as jogar em pisos (no chão);
- Atentar para a prevenção de acidentes em caso de clientes com cateteres venosos/ drenos/ traqueostomias, etc.;
- Avaliar risco de ressecamento da pele, principalmente em pessoas idosas;
- Padronizar o horário do banho, porém respeitar a preferência do cliente sempre que possível.

#### REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. J. B. de. **Técnicas fundamentais de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: MJB de Araújo, 1996.

FIGUEIREDO, N. M. A.; VIANA, D. L.; MACHADO, W. C. A. **Tratado prático de enfermagem**, v.2. 2. ed. São Caetano do Sul: Yedis Editora, 2008.

MOZACHI, NELSON. **O Hospital**: manual do ambiente hospitalar. 10. ed. Curitiba: Os Autores, 2005.

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

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 03</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>TÉCNICA DE LIMPEZA MANUAL DE INSTRUMENTAL</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiros, Técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Realizar a limpeza do instrumental após a sua utilização, para reduzir a carga microbiana presente nos artigos e impedir que a matéria orgânica fique aderida, formando biofilme.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Consiste em remover resíduos orgânicos, sujidades visíveis e microrganismos de superfícies de instrumentos, utilizando produtos adequados e técnicas eficazes.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EPI (avental impermeável, máscara, touca, óculos, luvas de autoproteção);</li> <li>• Recipientes de plástico de tamanho compatível com a quantidade de material;</li> <li>• Escova de cerdas duras e finas;</li> <li>• Compressas ou panos limpos e macios;</li> <li>• Solução de água e detergente neutro ou detergente enzimático.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Usar EPI para iniciar a limpeza do instrumental;
- Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
- Separar as pinças de pontas traumáticas e lavar separadamente, evitando acidentes;
- Imergir o instrumental aberto na solução de água e detergente enzimático e deixar o tempo recomendado conforme orientação do fabricante, para remoção dos resíduos de matéria orgânica;
- Observar para que o instrumental mais pesado e maior fique sob os pequenos e leves;
- Lavar a instrumental peça por peça, cuidadosamente com escova, realizando movimentos no sentido das serrilhas, dar atenção especial para as articulações, serrilhas e cremalheiras;
- Enxaguar rigorosamente o instrumental em água corrente, abrindo e fechando as articulações;
- Inspeccionar os artigos para a verificação da limpeza e de seu funcionamento, pode ser feito a olho nu;
- A água deve atender aos padrões de potabilidade definidos em normatização específica (destacar limpeza caixa d'água periodicamente);
- Enxugar as peças com pano macio e limpo, em toda a sua extensão;
- Usar ar comprimido no interior dos materiais para secagem adequada.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012**. Aprova o regulamento técnico para reprocessamento de produtos para a saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 33, de 20 de março de 2011**. Regulamento técnico para o reprocessamento de produtos médicos e odontológicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 04</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>PREPARO E ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS PARA ESTERILIZAÇÃO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Disponibilizar artigos para a esterilização, manter o artigo limpo durante o armazenamento.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Estabelecer as etapas para preparar, embalar e armazenar materiais até a esterilização. Envolve a organização e acondicionamento adequado antes da esterilização, garantindo a proteção contra contaminação durante o armazenamento e manuseio.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EPI (gorro, máscara, touca, luva);</li> <li>• Papel grau cirúrgico;</li> <li>• Seladora;</li> <li>• Caneta para identificação do pacote.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos com água e sabão líquido e friccionar com álcool à 70% por 30 segundos;
- Separar o material;
- Usar EPI indicado;
- Realizar inspeção visual para observar a existência de resíduos e presença de danos nos artigos;
- Manipular o material cuidadosamente evitando batidas ou quedas;
- Embalar o material com Papel grau cirúrgico;
- Utilizar o papel grau cirúrgico em tamanho adequado ao material, observando a data de validade (data de limite de uso) do mesmo;
- Colocar o material a ser esterilizado no papel grau cirúrgico e encaminhar para selagem. A selagem de embalagens tipo envelope ou rolo deve ser feita por termo seladora ou conforme orientação do fabricante, no selamento deverá ser deixada uma borda livre de no mínimo 3cm da borda, com uma largura de 1cm de selagem, para facilitar a abertura, assim como deve ser íntegra, contínua, sem pregas e rugas;
- Tesouras, pinças devem ser esterilizadas com suas articulações abertas. Em caso de materiais pontiagudos, proteger com gaze;
- A largura total da selagem não deve ser inferior a 6mm, de forma a ser aberto sem rasgos;
- As embalagens devem ser identificadas antes da esterilização. A identificação deve conter data e validade da esterilização e responsável pelo processamento do artigo; Exemplo: 20/06/2024 Tec. Enf. XX validade: 20/09/2024;
- Os materiais embalados que ainda não passaram por esterilização, devem permanecer acondicionados em local limpo seco e separado dos materiais estéreis.



### REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012**. Aprova o regulamento técnico para reprocessamento de produtos para a saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 33, de 20 de março de 2011**. Regulamento técnico para o reprocessamento de produtos médicos e odontológicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 05</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>TESTE FUNCIONAMENTO DA AUTOCLAVE COM INDICADOR BIOLÓGICO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Certificar a eficácia do processo de esterilização, demonstrando a destruição dos microrganismos frente aos processos.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Estabelece o procedimento para o uso de indicadores biológicos como ferramenta para monitorar e validar o processo de esterilização. Indicadores biológicos são utilizados para verificar a eficácia do ciclo de esterilização, através da presença ou ausência de microrganismos viáveis, geralmente esporos bacterianos, que são mais resistentes ao processo de esterilização.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 Par de luvas de procedimento;</li> <li>• 02 Ampolas de teste biológico;</li> <li>• 01 Incubador biológico;</li> <li>• Impresso de controle de resultados;</li> <li>• Rack montada com pacotes a serem esterilizados.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme protocolo;
- Calçar as luvas de procedimentos;
- Identificar a ampola de indicador biológico colocando: número do ciclo e data;
- Embalar a ampola de indicador biológico no papel cirúrgico e colocar no centro da autoclave;
- Realizar o ciclo da esterilização;
- Retirar o pacote após o esfriamento;
- Abrir o pacote retirando a ampola de teste biológico;
- Quebre a ampola de teste (retirada da autoclave), seguindo as orientações do fabricante, e coloque-a na incubadora. Em seguida, prepare a ampola de controle, realizando o mesmo procedimento de quebra antes de inseri-la na incubadora;
- Siga as orientações do fabricante quanto ao tempo de permanência das ampolas na incubadora, geralmente **\*\*48 horas\*\***. Registre a data e hora de início da incubação;
- Após o período indicado, retire as ampolas da incubadora e verifique o resultado final.

#### **Como devem ficar as ampolas para leitura dos resultados:**

- Ampola de Controle:  
Cor: Deve apresentar mudança de coloração, indicando o crescimento de micro-organismos (prova de que o meio de cultura está viável).  
Resultado esperado: Positivo, com alteração da cor (normalmente para amarelo).
- Ampola de Teste (Retirada da Autoclave):  
Cor: Deve manter a coloração original (geralmente roxa), indicando que não houve crescimento microbiano e que a esterilização foi eficaz;  
Resultado esperado: Negativo, sem alteração de cor.

#### **Interpretação:**

- Ampola de Controle: Mudança de cor = Meio viável;
- Ampola de Teste: Sem mudança de cor = Esterilização eficaz;
- **Ampola de Teste com mudança de cor: Falha na esterilização → Suspende uso do material e repetir o ciclo;**
- Preencha o formulário de controle dos resultados, anexando a etiqueta da ampola e registrando o resultado obtido;
- Caso ocorra falha na esterilização, suspenda o uso do material autoclavado. Repita o teste com um novo pacote;
- Solicitar avaliação técnica da autoclave caso persista a alteração na coloração da ampola;
- Manter a área limpa e organizada.



#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Recomenda-se a realização do teste biológico: No 1º ciclo da autoclave, semanalmente; Após a manutenção preventiva e corretiva da autoclave.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012**. Aprova o regulamento técnico para reprocessamento de produtos para a saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 33, de 20 de março de 2011**. Regulamento técnico para o reprocessamento de produtos médicos e odontológicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 06</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>CARREGAMENTO DA AUTOCLAVE E ESTERILIZAÇÃO</b>		Data de aprovação: 2025
<b>Elaborado por:</b> Enf.ª Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf.ª Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Secretária Municipal de Saúde - Cristini Martins Ferreira.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Disponibilizar artigos esterilizados e prontos para o uso no serviço e oferecer segurança aos usuários.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Consiste em um conjunto de instruções detalhadas e padronizadas que orientam os profissionais sobre as etapas adequadas para o preparo, carregamento, operação e monitoramento do processo de esterilização em autoclaves. Este procedimento visa garantir a eficácia da esterilização, prevenindo contaminações e assegurando a qualidade e segurança dos materiais esterilizados, de acordo com normas técnicas e orientações do fabricante.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiais embalados e identificados;</li> <li>• Autoclave;</li> <li>• Água destilada.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme protocolo;
- Seguir as orientações do fabricante quanto ao manuseio da autoclave;
- Deve-se fazer a verificação da eficácia da esterilização por meio de teste biológico de acordo com as orientações preconizadas pela instituição;
- Abasteça a autoclave com água destilada, na quantidade especificada pelo fabricante, geralmente entre **180 a 200 ml**, dependendo do modelo.
- Carregar a autoclave, não ultrapassando 70% da capacidade da câmara;
- Não encostar os pacotes nas paredes;
- Colocar os pacotes maiores embaixo e os menores em cima;
- Artigos côncavos devem ser colocados com a abertura voltada para baixo;
- Dispor os pacotes embalados em papel grau cirúrgico colocando sempre o papel voltado para cima; Ou de acordo com a orientação do fabricante da autoclave;
- Não encostar nas paredes da autoclave;
- Fechar a porta da autoclave, após seu carregamento conforme orientação específica;
- Programar o ciclo de esterilização de acordo com o material a ser esterilizado e iniciar o processo;
- Acompanhar, durante todo o ciclo, se possível, os dados do manômetro, manovacuômetro e termômetro, para verificar a ocorrência de irregularidades no processo;
- Depois de terminado o ciclo, aguardar a saída do vapor (manovacuômetro vai à zero);
- Entrear a porta e aguardar o material esfriar (caso sua autoclave não realize a secagem fechada);
- Colocar a máscara;
- Higienizar as mãos;
- Retirar os materiais;
- Verificar se todos os indicadores externos mudaram de coloração de modo uniforme e de acordo com o padrão;
- Após o resfriamento, o material deve ser encaminhado para armazenamento ou uso em um local limpo, seco e adequado, exclusivamente destinado a essa finalidade.
- Anotar em formulário próprio, o conteúdo do lote, bem como a pressão, o tempo e a temperatura atingidos durante a esterilização.

## INSTRUÇÕES RÁPIDAS

# COMO USAR SUA AUTOCLAVE CRISTÓFOLI



**01** Coloque a água destilada diretamente na câmara de esterilização.



**02** Abasteça a autoclave com os artigos a serem esterilizados e feche a porta corretamente.



**03** Verifique se a autoclave está conectada à rede elétrica e pressione a tecla **Início** para ligá-la.



**04** Depois de ligada, a autoclave passará automaticamente para as etapas de aquecimento, esterilização, depressurização e secagem.



**05** Após a depressurização a autoclave emitirá bips, nesse momento, **entreabra** corretamente a porta da autoclave imediatamente após os bips para o início da secagem e aguarde a finalização do processo.



**06** Depois da conclusão do ciclo, a autoclave Baby emitirá bips continuamente e o display exibirá a mensagem ciclo concluído. No modelo Vitale, para que o ciclo seja considerado como concluído, o LED Fim de Ciclo deverá estar piscando ao final. Aguarde o material esfriar antes de retirá-los ou manuseá-los.

## ATENÇÃO

- ✓ Autoclave é um equipamento para esterilização a vapor, trabalha com temperatura e pressão elevadas. Deve ser manuseada por profissional capacitado e mantida em local de acesso controlado.
- ✓ Atenção! Realize a manutenção preventiva na autoclave conforme especificado no manual de instruções. Teste sua autoclave com indicadores biológicos a cada 7 dias.

## DICAS

Para proteger você e seus clientes, use sempre:

- ✓ Avental limpo.
- ✓ Óculos de proteção.
- ✓ Luvas de procedimento descartáveis para cada cliente. Lave as mãos antes de colocá-las e depois de retirá-las.
- ✓ Material descartável para cada cliente: lixa de unha e/ou de pé, palito para retirar esmalte, recipiente para água ou kit emoliente para cutícula (luvinha de creme).
- ✓ Use um kit esterilizado para cada cliente contendo uma espátula e alicate para cutícula.
- ✓ Use toalhas limpas ou descartáveis para cada procedimento.

**IMPORTANTE!**  
Leia atentamente o Manual de Instruções, que acompanha o equipamento.

## BLOG BIOSSEGURANÇA

Consultoria gratuita em biossegurança:  
[www.cristofoli.com/biosseguranca](http://www.cristofoli.com/biosseguranca) | [consultoria@cristofoli.com](mailto:consultoria@cristofoli.com)

Liliana Junqueira de P. Donatelli  
Bióloga CRBio 18469/01-D - Mestre em Saúde Coletiva  
Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP



CRISTÓFOLI, A MARCA DA BIOSSEGURANÇA  
Cristófoli Equipamentos de Biossegurança Ltda.  
Fone: 0800 - 44 - 0800 - [www.cristofoli.com](http://www.cristofoli.com)

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Os materiais embalados e esterilizados em **papel grau cirúrgico** possuem um prazo de validade de **90 dias**, desde que armazenados em condições ideais, conforme orientações de segurança. É importante garantir que o local de armazenamento seja:

- Limpo, seco e livre de poeira.
- Protegido de luz solar direta e umidade.
- Temperatura ambiente controlada (18-22°C) e umidade relativa entre 30-60%.

Além disso, qualquer violação da embalagem ou exposição inadequada invalida a esterilidade antes do prazo estipulado. Revisões periódicas das políticas institucionais e conformidade com as normas da **ANVISA** são essenciais para assegurar a segurança do paciente.

#### REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012**. Aprova o regulamento técnico para reprocessamento de produtos para a saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 33, de 20 de março de 2011**. Regulamento técnico para o reprocessamento de produtos médicos e odontológicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 07</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>LIMPEZA DA AUTOCLAVE</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem		
<p><b>Objetivo:</b> Estabelecer rotinas de execução de procedimentos para limpeza da autoclave. Garantir o funcionamento eficiente da autoclave, evitar a contaminação dos materiais esterilizados e prolongar a vida útil do equipamento, assegurando a qualidade do processo de esterilização.</p>		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Descreve e padroniza as etapas, os materiais necessários, a frequência e os cuidados específicos para a correta limpeza e manutenção do equipamento de esterilização.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Água;</li> <li>• Sabão/detergente;</li> <li>• Esponja macia.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- **Limpeza das superfícies internas e externas:** Utilize uma esponja macia, água morna e sabão neutro para limpar cuidadosamente todas as superfícies da autoclave, evitando o uso de materiais abrasivos que possam danificar o equipamento;
- **Remoção do sabão:** Após a limpeza, remova todo o resíduo de sabão com um pano umedecido em água limpa, garantindo que não fiquem resíduos que possam comprometer o funcionamento do equipamento;
- **Secagem:** Seque todas as superfícies com um pano limpo e seco para evitar manchas ou acúmulo de umidade;
- **Esvaziamento do depósito de água externa:** Realize o esvaziamento completo do reservatório de água externa, garantindo que não haja acúmulo de água antiga, o que pode comprometer a qualidade do ciclo de esterilização.

### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

A limpeza deve ser realizada semanalmente ou sempre que apresentarem sujidade visível.

A limpeza das tubulações internas devem ser realizadas por técnico especializado, com a periodicidade preconizada pelo fabricante do equipamento.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012.** Aprova o regulamento técnico para reprocessamento de produtos para a saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 33, de 20 de março de 2011.** Regulamento técnico para o reprocessamento de produtos médicos e odontológicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 08</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES FIXAS</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Remover resíduos de matéria orgânica e inorgânica presentes nas superfícies fixas e das bancadas das clínicas e laboratórios e promover a destruição de microrganismos evitando a sua disseminação.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Limpeza é a remoção, por meio mecânico e/ou físico, da sujidade depositada nas superfícies inertes, que constitui suporte físico e nutritivo para os microorganismos. O processo deve ser realizado com água, detergente e ação mecânica e/ou manual.</p> <p>Desinfecção é o processo de eliminação e destruição de microorganismos, 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 microorganismos.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EPI: máscara, luva de procedimento ou multiuso para limpeza de superfícies, gorro, óculos de proteção, avental ou roupa cirúrgica;</li> <li>• Sabão líquido;</li> <li>• Borrifador de Álcool 70°;</li> </ul>		

- Pano de limpeza multiuso semi-descartável.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Utilizar equipamentos de proteção individual;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Friccionar as superfícies fixas e bancadas com pano limpo embebido em sabão líquido e água, com movimentos paralelos de sentido único;
- Enxaguar com pano limpo embebido em água para remoção de sujidades e resíduos do sabão líquido;
- Secar completamente toda a superfície com pano limpo;
- Umedecer o pano limpo com álcool 70% ou borrifar a superfície e realizar a limpeza com bastante pressão, utilizando sempre o mesmo sentido, de uma extremidade para outra e do mais alto para o mais baixo;
- Friccionar todas as superfícies fixas e das bancadas com pano limpo até a secagem total do produto desinfetante;
- Descarte de luvas de procedimentos e quando da utilização das luvas multiuso lavar, secar e mente registrados e acompanhados de forma criteriosa e segura.

### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Realizar a limpeza de superfície a cada turno e sempre que necessário.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012.** Aprova o regulamento técnico para reprocessamento de produtos para a saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 33, de 20 de março de 2011.** Regulamento técnico para o reprocessamento de produtos médicos e odontológicos. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 12 nov. 2024.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 09</b>
		Próxima revisão: 2027
		Criação: 2024
		Última revisão: 2025
<b>TRIAGEM NEONATAL/TESTE DO PEZINHO</b>		Data de aprovação: 2025
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Realizar a Triagem Neonatal de forma efetiva e segura.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A triagem neonatal a partir da matriz biológica, “teste do pezinho”, é um conjunto de ações preventivas, responsável por identificar precocemente indivíduos com doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas, para que estes possam ser tratados em tempo oportuno, evitando as sequelas e até mesmo a morte. Além disso, propõe o gerenciamento dos casos positivos por meio de monitoramento e acompanhamento da criança durante o processo de tratamento.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartão de coleta;</li> <li>• Envelope;</li> <li>• Luvas de procedimento;</li> <li>• Lanceta;</li> <li>• Algodão seco;</li> <li>• Algodão embebido em álcool 70%;</li> <li>• Caixa de perfuro cortante.</li> </ul>		

### 3. ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Os dados da ficha de identificação de cada criança, contendo dados pessoais, demográficos e clínicos, fundamentais para interpretação dos resultados, devem ser cuidadosamente registrados e acompanhados de forma criteriosa e segura.
- Lavar as mãos;
- Calçar Luvas de procedimento;
- Para que haja uma boa circulação de sangue nos pés da criança, suficiente para a coleta, o calcanhar deve sempre estar abaixo do nível do coração;
- A mãe, o pai ou o acompanhante da criança deverá ficar de pé, segurando a criança com a cabeça encostada no seu ombro;
- O profissional que vai executar a coleta deve estar sentado, ao lado da bancada, de frente para o adulto que está segurando a criança;
- Realizar a assepsia do calcanhar com algodão ou gaze esterilizada, levemente umedecida com álcool 70%;
- Massagear bem o local, ativando a circulação;
- Certificar-se de que o calcanhar esteja avermelhado;
- Aguardar a secagem completa do álcool;
- Nunca utilizar álcool iodado ou antisséptico colorido, porque eles interferem nos resultados de algumas das análises que serão realizadas;
- Em cidades com condição de temperatura ambiente muito baixa, o aquecimento prévio do pé do bebê deve ser considerado, pois leva à vasodilatação e, conseqüentemente, a um aumento do fluxo sanguíneo, que favorece a boa coleta;
- O aquecimento prévio pode ser feito com a bolsa de água quente (máximo de 44°C), por 5 minutos, sobre o pé coberto com meia, sapatinho ou qualquer outro tecido fino e limpo, para evitar o contato direto com o pé da criança;
- A punção deve ser realizada obrigatoriamente com lancetas apropriadas para a coleta de sangue periférico e adquiridas, segundo as especificações, pelas Secretarias Municipais de Saúde;
- A escolha do local adequado para a punção é importante, devendo ser numa das laterais da região plantar do calcanhar, local com pouca possibilidade de atingir o osso;
- Segure o pé e o tornozelo da criança, envolvendo com o dedo indicador e o polegar todo o calcanhar, de forma a imobilizar, mas não prender a circulação;
- Aguardar a formação de uma grande gota de sangue;
- Retire com algodão seco ou gaze esterilizada a primeira gota que se formou;
- Encostar o verso do papel-filtro na nova gota que se forma na região demarcada para a coleta (círculos) e fazer movimentos circulares com o cartão, até o preenchimento de todo o círculo;
- Deixe o sangue fluir naturalmente e de maneira homogênea pelo papel-filtro, evitando concentração de sangue;
- Não permita que ele coagule nem no papel-filtro nem no pé do bebê;

- Só desencoste o papel-filtro do pé quando o círculo estiver todo preenchido;
- Não é necessário que os limites do sangue coincidam com os limites dos círculos impressos no papel-filtro. Os limites estabelecidos servem de guia para a quantidade de material necessária à realização dos testes e também para se evitar a supersaturação de sangue no papel-filtro (encharcado, empapado), o que inviabilizaria a amostra;
- Não tocar com os dedos a superfície do papel-filtro na região dos círculos;
- Encostar o outro círculo do papel-filtro novamente no local do sangramento;
- Repita o movimento circular até o preenchimento total do novo círculo;
- Repita a mesma operação até que todos os círculos estejam totalmente preenchidos;
- Jamais retorne um círculo já coletado no local do sangramento para completar áreas mal preenchidas. A superposição de camadas de sangue interfere nos resultados dos testes;
- Se houver interrupção no sangramento, aproveite o momento de troca de círculo para massagear novamente a região do calcanhar, passar um algodão ou gaze com firmeza no mesmo local da punção para retirar o tampão de fibrina e plaquetas que se formou com o processo fisiológico de coagulação natural do organismo. Isso irá ativar novamente a circulação;
- Caso esse artifício não mostre efeito, tentar nova punção, no mesmo local da punção anterior. Isso irá aumentar a área da lesão e conseqüentemente favorecer o aumento do fluxo de sangue;
- Puncionar o outro pé quando essas alternativas não obtiverem êxito para a obtenção da quantidade de sangue necessária para a finalização da coleta naquele recém-nascido;
- Jamais vire o papel-filtro para fazer a coleta dos dois lados. É necessário que o sangue atravesse (seja absorvido) pela camada do papel-filtro até que todo o círculo esteja preenchido com sangue de forma homogênea;
- Após a coleta, colocar a criança deitada, comprimir levemente o local da punção com algodão ou gaze até que o sangramento cesse. Se desejar, utilize curativo;
- Terminada a coleta e a verificação imediata, as amostras deverão ser submetidas ao processo de secagem à temperatura ambiente (15° a 20°C por cerca de 3 horas), em dispositivo próprio ou superfície plana, isolada, e que a área contendo sangue fique livre de qualquer contato. A posição horizontal permite a distribuição do sangue de forma homogênea;
- As amostras podem ser recolhidas apenas quando estiverem completamente secas. Se as amostras não forem enviadas ao laboratório logo após a secagem completa, elas podem ser empilhadas para serem armazenadas, ao abrigo da luz, vento, umidade, calor excessivo ou mesmo ar condicionado, podendo ser utilizadas caixas de isopor para uma melhor preservação;
- As amostras não devem ficar retidas por mais do que dois (02) dias na unidade de coleta e, no caso de finais de semana e coletas realizadas em lugares distantes, por exemplo em aldeias indígenas, a preservação em refrigerador é recomendada, principalmente em cidades onde a temperatura ambiente é

elevada (não utilizar a mesma geladeira de imunobiológicos);

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

A data ideal para a coleta pode variar de acordo com a maior sensibilidade das tecnologias diagnósticas e necessidades inerentes às doenças do escopo do programa. Recomenda-se que o período ideal de coleta da primeira amostra esteja compreendido entre o 3º e o 5º dia de vida do bebê devido às especificidades das doenças diagnosticadas atualmente.

Deve ser considerada como uma condição de exceção toda coleta realizada após o 28º dia de vida, mesmo que não recomendada, por se tratar de um exame fora do período neonatal. Consideram-se excepcionalidades as dificuldades de acesso de algumas aldeias indígenas e populações de campo e da floresta, bem como questões culturais e casos de negligência.

Crianças que não tenham realizado o “teste do pezinho” no período neonatal devem ser avaliadas pelo serviço médico, para orientação e investigação diagnóstica específica, se necessário. Essa investigação será considerada com a finalidade de um diagnóstico tardio e, nessas condições, a criança detectada se beneficiará com o acesso ao tratamento/acompanhamento especializado e, conseqüentemente, a uma melhor qualidade de vida.

##### Exemplo de coleta adequada



## Exemplo de coleta inadequada



Os dados da ficha de identificação de cada criança, contendo dados pessoais, demográficos e clínicos, fundamentais para interpretação dos resultados, devem ser cuidadosamente registrados e acompanhados de forma criteriosa e segura. Esses dados devem estar disponíveis em sistemas informatizados, sendo de fácil acesso interno, bem como às gestões estaduais e municipais.

**UNIDADE DE COLETA:** identificação da unidade de origem da coleta.

**CÓDIGO DA AMOSTRA:** é importante que cada amostra esteja identificada de forma ordenada com:

- Um código numérico sequencial de registro local (na unidade de coleta),  
Ou;
- Um código de identificação sequencial de remessa do lote enviado ao Laboratório Especializado em Triagem Neonatal (LETN);
- **NOME DO RN:** utilize o nome da criança na identificação da amostra apenas quando esta já estiver registrada em cartório, caso contrário, use o nome da mãe (RN de xxxxx) para a identificação dessa amostra;
- **NOME DA MÃE:** é importante que se faça sempre o registro do nome da mãe para discriminação de amostras de crianças com o mesmo nome;
- **RAÇA/COR:** identificar a raça/cor declarada pelo responsável pela criança: branca, preta, amarela, parda (declarada pelos pais);
- **DNV:** a Declaração de Nascido Vivo é a chave formal para a identificação de cada criança nascida no Brasil e que permite a integração dos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do registro civil. É fornecida aos pais pela maternidade onde a criança nasceu para ser apresentada no Cartório de Registro Civil no momento do registro da criança;
- As crianças nascidas de parto domiciliar recebem a DNV diretamente no

Cartório quando do registro da criança;

- **CARTÃO SUS (CNS):** o cartão é um documento projetado para facilitar o acesso à rede de atendimento e vinculação dos procedimentos executados no Sistema Único de Saúde;
- **NASCIMENTO:** identificação do dia/mês/ano do nascimento. Para coletas realizadas em maternidades, é fundamental que no papel-filtro esteja identificada também a hora de nascimento e de coleta;
- **COLETA:** identificação do dia/mês/ano da coleta. Para as coletas realizadas em maternidades, sugerimos a existência de um campo adicional, indicando se as horas de nascimento e coleta ocorreram no período da manhã, tarde ou noite, para que haja maior segurança na informação;
- **AMOSTRA:** informar se a amostra é a primeira da triagem (P), se é uma segunda amostra de repetição (R) ou se é uma amostra de controle (C) de paciente;
- **PESO:** informar o peso da criança ao nascer;
- **SEXO:** identificar se a criança é do sexo masculino (M), feminino (F) ou se o sexo é desconhecido (D);
- **PREMATURIDADE:** identificar entre as alternativas sim (S), não (N) e desconhecido (D);
- **TRANSFUSÃO:** identificar entre as alternativas sim (S), não (N) e desconhecido (D). No caso afirmativo, informar também a data da transfusão. Essa informação é valiosa na realização da triagem neonatal para hemoglobinopatias e determinante da data em que uma segunda amostra deverá ser avaliada;
- **GEMELARIDADE:** no caso de parto com nascimento de gêmeos, a identificação da amostra de cada uma das crianças será feita por meio da numeração pela ordem de nascimento: I, II, III, etc.

## REFERÊNCIAS

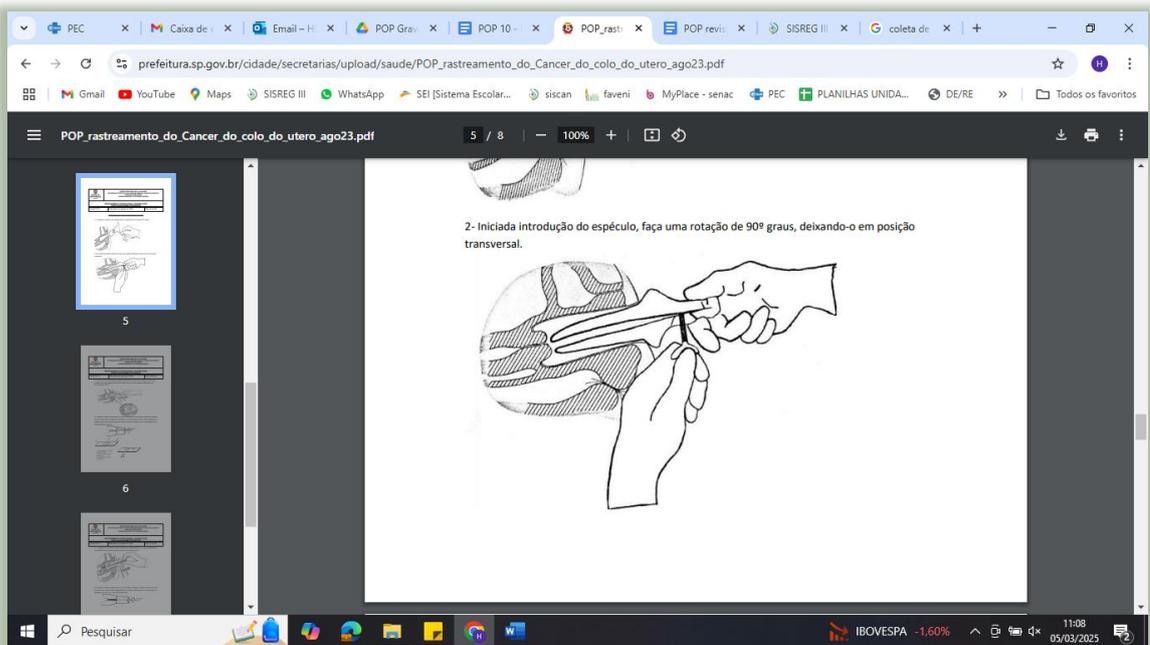
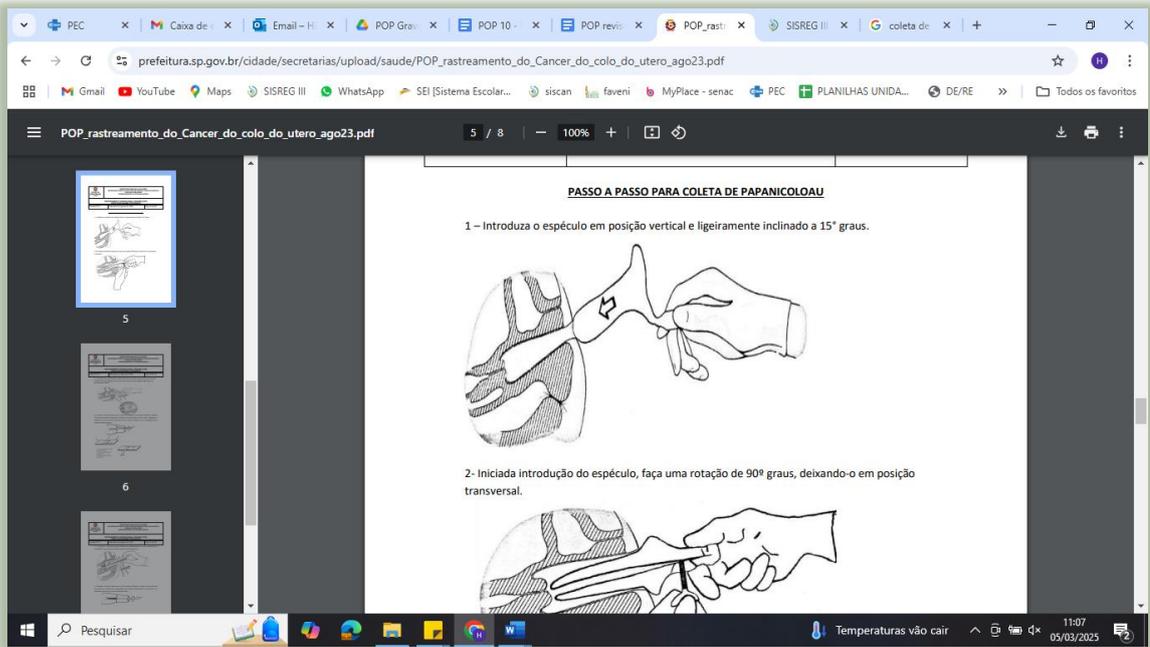
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica:** manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 80 p.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 10</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivo:</b> Coletar células epiteliais do colo uterino para rastreamento e diagnóstico de câncer de colo uterino.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>É uma coleta de amostra de células epiteliais do colo uterino para um estudo sob seus diferentes aspectos morfológicos, bioquímicos (MS, 2013).</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EPI (avental descartável, luvas de procedimento, máscara descartável);</li> <li>• Consultório apropriado para coleta;</li> <li>• Maca Ginecológica;</li> <li>• Lençol descartável;</li> <li>• Camisola aberta;</li> <li>• Luvas de Procedimento;</li> <li>• Lâmina com extremidade fosca;</li> <li>• Gaze não estéril;</li> <li>• Álcool 70%;</li> </ul>		

- Lápis preto;
- Espéculo (descartável ou inox) de acordo com critério ginecológico do usuário;
- Pinça Cheron;
- Torunda de gaze;
- Espátula de Ayres;
- Foco de luz;
- Caixa porta-lâmina;
- Balde com água e detergente enzimático com diluição conforme o fabricante;
- Lençol (tecido ou descartável);
- Escova endocervical;
- Solução fixadora.

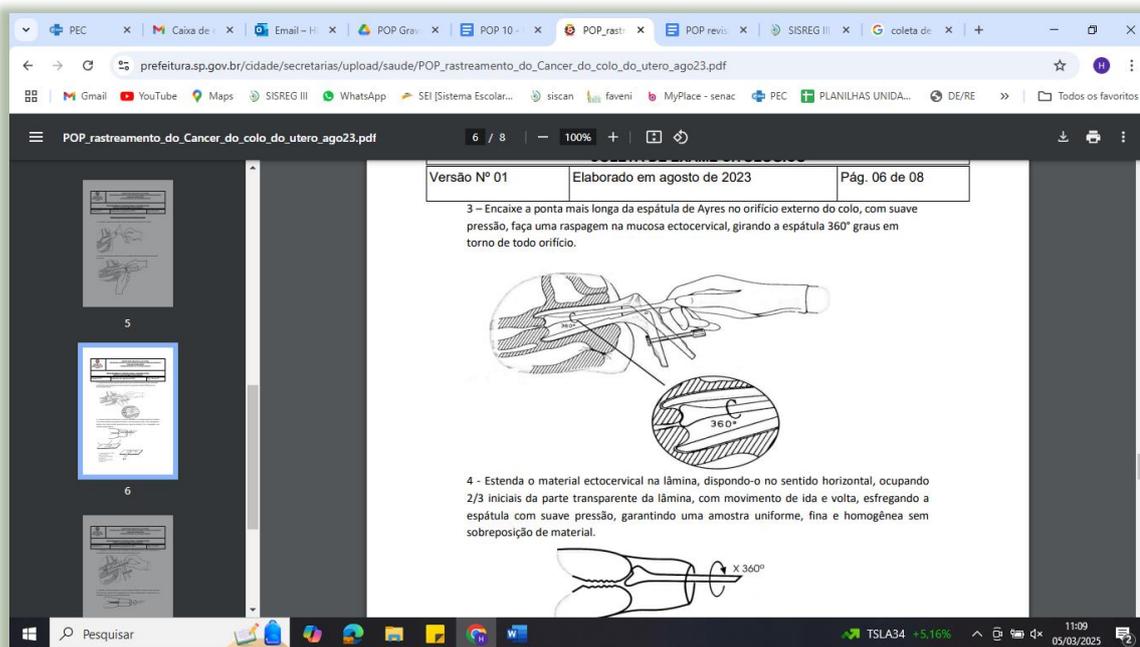
### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos antes e após o atendimento;
- Receber a cliente cordialmente, colher e registrar os dados clínicos e obstétricos em prontuário (DUM, data última coleta, idade, antecedentes pessoais e obstétricos, queixas, dentre outros);
- Orientar a paciente quanto ao procedimento, apresentando os materiais que serão utilizados;
- Realizar o preenchimento do formulário de solicitação do exame citopatológico;
- Verificar se a lâmina está limpa e se caso necessário, limpá-la com gaze seca, NÃO assoprar a lâmina;
- Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite (iniciais do nome e data da coleta);
- Solicitar que a mulher esvazie a bexiga e troque de roupa em local reservado - se vista com o avental descartável ou apenas retire a parte inferior da roupa e se cubra com o lençol descartável;
- Solicitar que ela se deite na maca ginecológica, auxiliando a se posicionar para o exame ginecológico e cubra-a com o lençol descartável;
- Posicionar foco de luz;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Expor somente a região a ser examinada;
- Realizar inspeção dos órgãos genitais externos (observar: integridade do clitóris, meato uretral, grandes e pequenos lábios vaginais, presença de lesões anais e genitais), anotando qualquer alteração como lesões esbranquiçadas ou hipercrômicas, nódulos, verrugas e/ou feridas, lesões, pólipos, leucorréias;
- Escolher o espéculo adequado; (Não deve ser usado lubrificante ou solução oleosa, em casos específicos como em mulheres com vaginas extremamente atroficas, recomenda-se molhar o espéculo com solução fisiológica a 0,9%);
- Introduzir o espéculo suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado (15°), fazendo uma rotação de 90° de modo que a fenda do espéculo fique na posição horizontal;

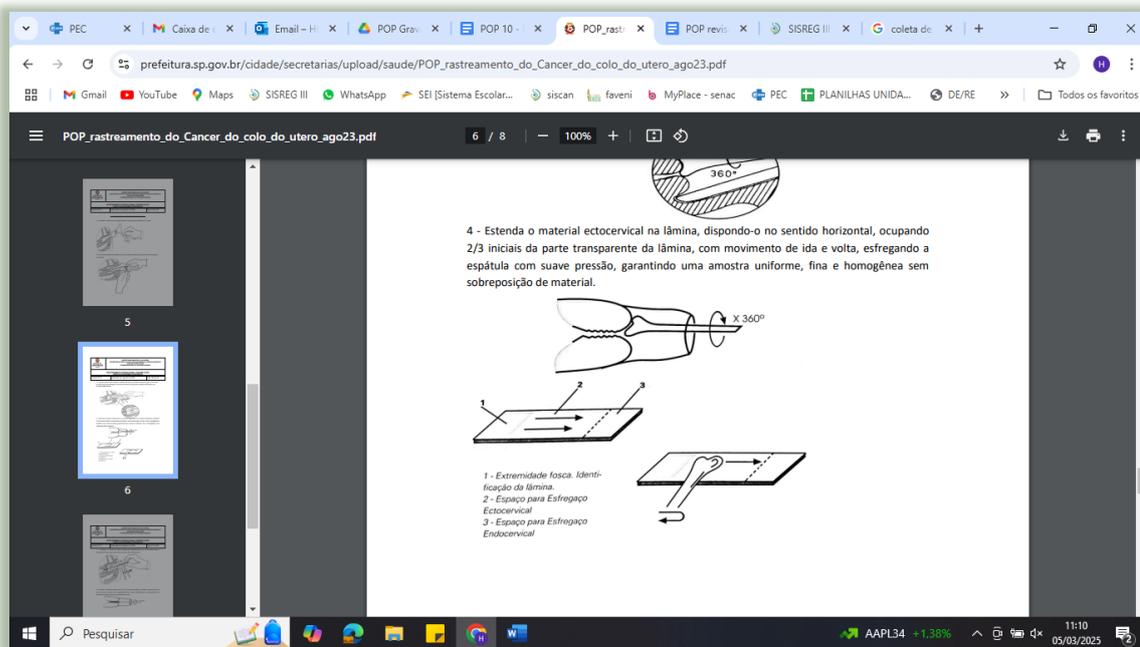


- Abrir o espéculo lentamente e com delicadeza e observar as características das paredes vaginais e do conteúdo; caso a visualização do colo não seja possível solicitar que a paciente tussa ou faça pequena força com o períneo.
- Realizar limpeza de secreção **EXCEDENTE**, que possa estar presente no colo uterino, utilizando uma gaze fixada em pinça cheron seque delicadamente **SEM ESFREGAR** para não perder a qualidade do material a ser colhido;
- Realizar coleta da ectocérvice com a espátula de Ayres, encaixando a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem da mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360° em torno de todo orifício cervical, para que toda superfície do colo seja

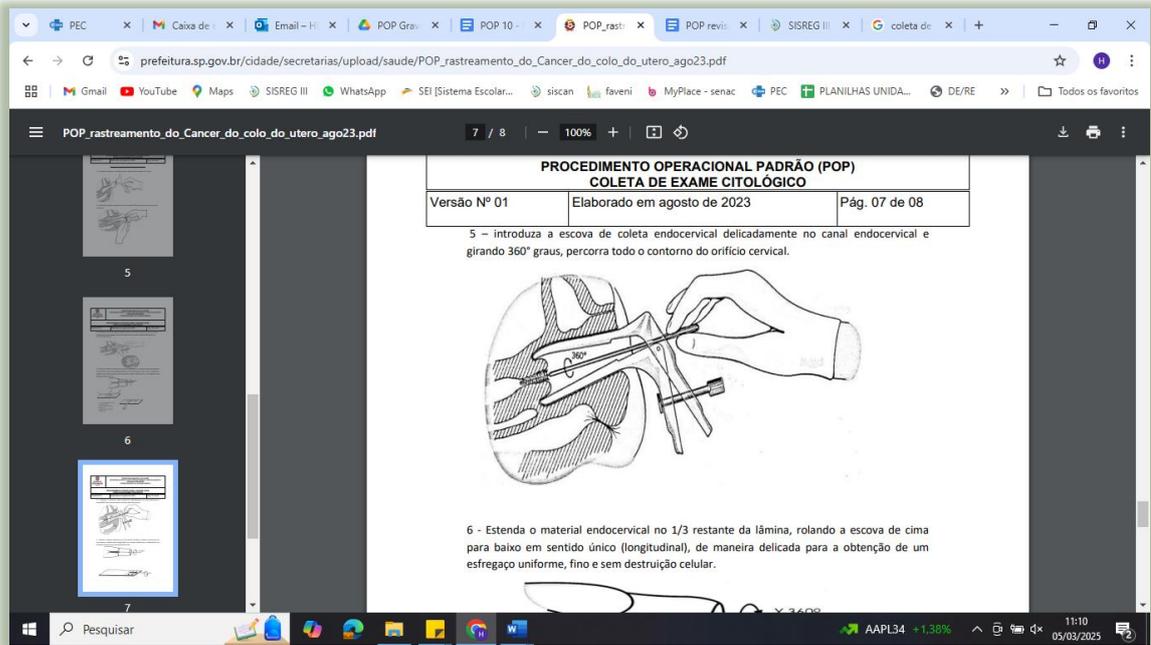
raspada, sem agredir o colo e prejudicar a qualidade da amostra;



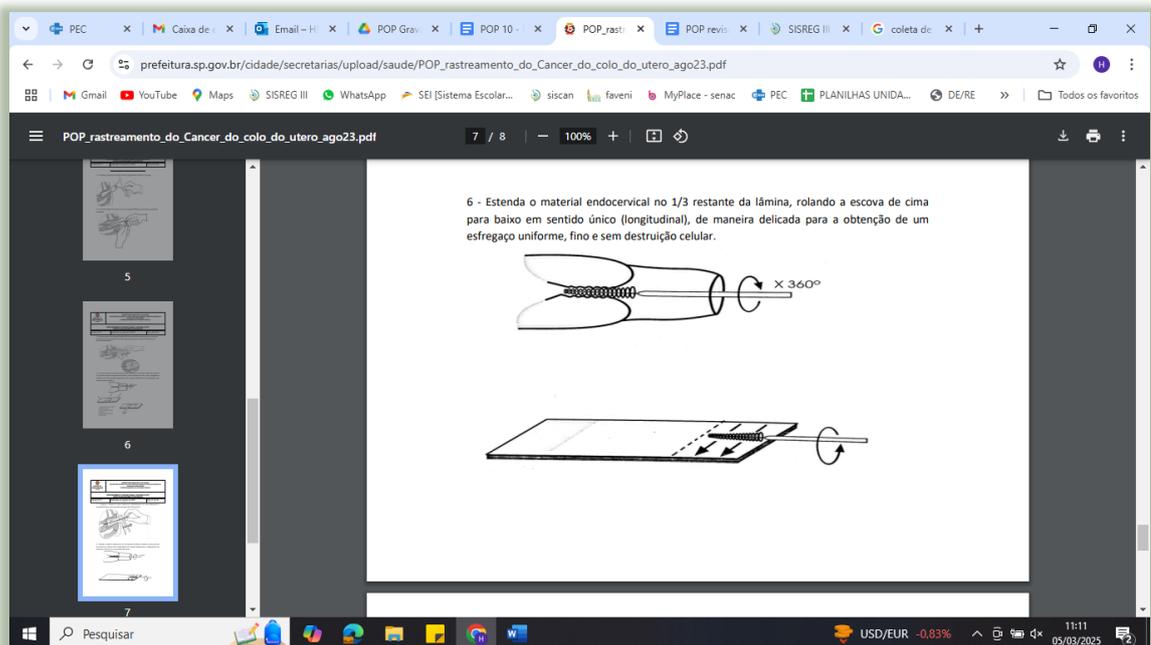
- Estender o material ectocervical na lâmina, dispondo-o no sentido horizontal, com movimento de ida e volta, esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme, fina e homogênea sem sobreposição de material;



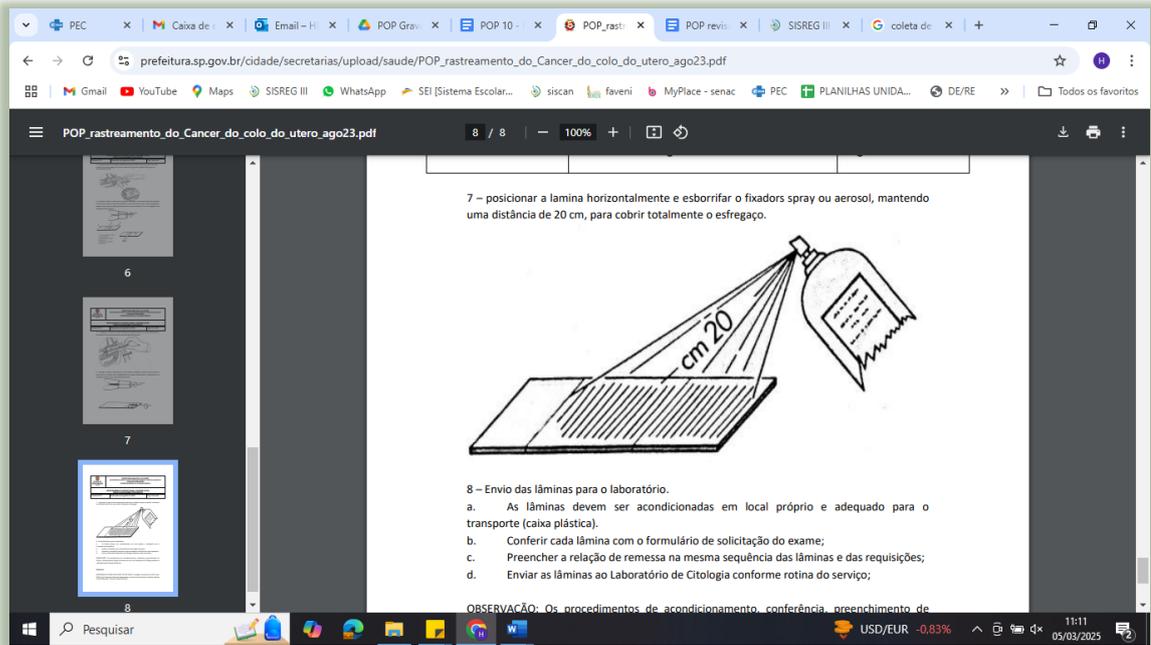
- Realizar coleta da endocérvice utilizando a escova endocervical, introduzindo-a delicadamente no canal, realizando movimento circular em 360° percorrendo todo o contorno do orifício cervical;



- Estender o material endocervical na lâmina, rolando a escova de cima para baixo em sentido único (longitudinal), de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniforme, fino e sem destruição celular;



- Borrifar a lâmina com o fixador spray imediatamente após a coleta, posicionando a lâmina horizontalmente a uma distância de 20cm, cobrindo totalmente o esfregaço;



- Fechar o espéculo não totalmente, evitando beliscar a mulher e retirar delicadamente, inclinando 15° levemente para cima e observando as paredes vaginais;
- Auxiliar a mulher a descer da mesa ginecológica e solicitar que ela troque de roupa;
- Acondicionar, cuidadosamente, a lâmina na caixa porta-lâmina, a fim de evitar a quebra, para o transporte ao laboratório;
- Desprezar os materiais utilizados nos lixos apropriados, realizando a correta segregação e acondicionamento dos resíduos sólidos de serviços de saúde;
- Retirar os EPIs e higienizar as mãos;
- Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que cessará sozinho.
- Esclarecer sobre o que foi observado no exame, enfatizando a importância do retorno para orientações do resultado e se possível agendar conforme rotina da unidade básica de saúde.
- Prescrever tratamento ou encaminhar para o médico em caso de achados clínicos, conforme protocolo vigente;
- Manter a sala em ordem.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Realizar coleta em gestantes, preferencialmente até o 7º mês, utilizar apenas a espátula de Ayres, NÃO UTILIZAR A ESCOVA ENDOCERVICAL.
- Avaliar individualmente a realização do exame em adolescente desacompanhada; > NÃO REALIZAR COLETA em virgens.
- Em mulheres com histerectomia total recomenda-se a coleta do esfregaço de

fundo de saco vaginal, para os casos de histerectomia subtotal, segue rotina normal; Não coletar em mulheres menstruadas: aguardar o 5º dia após término da menstruação.

- Orientar a usuária para **NÃO** usar creme vaginal e ou ducha vaginal, ou ter relação sexual ou submeter-se a exames intravaginais (ex. ultrassom) dois dias antes do exame.
- Coletar o exame de citopatologia, em mulheres dentro de outra faixa etária fica a critério clínico, não caracterizando ação de rastreamento precoce.
- Em caso de histerectomia total: não se faz mais rastreamento, pois a possibilidade de encontrar lesão é desprezível. **EXCEÇÃO:** Se a histerectomia foi realizada como tratamento de câncer de colo do útero ou lesão precursora (ou foram diagnosticados na peça cirúrgica), seguir o protocolo de controle de acordo com o caso (lesão precursora – controles cito/ colposcópicos semestrais até dois exames consecutivos normais; câncer invasor) – controle por cinco anos (trimestral nos primeiros dois anos e semestral nos três anos seguintes); se controle normal, citologia de rastreio anual. Na requisição do exame, informar sempre a indicação da histerectomia (lesão tratada).

#### REFERÊNCIAS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Fundação Oncocentro de São Paulo. **Coleta do Papanicolaou e ensino do auto-exame da mama:** manual de procedimentos técnicos e administrativos. 4. ed. São Paulo, 2014.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 11</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>TESTE RÁPIDO HEPATITE B</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<p><b>Objetivo:</b> Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado; Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento; Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.</p>		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite B, por meio da detecção do antígeno do HBs (HBsAg) no soro, plasma ou sangue total.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</li> <li>• Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;</li> <li>• Manual de instrução;</li> <li>• Álcool 70%;</li> <li>• Algodão ou gaze não estéril;</li> <li>• Cronômetro ou relógio;</li> <li>• Caneta esferográfica;</li> </ul>		

- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo TR-HBsAg.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Verificar as orientações do laboratório fabricante referente quanto a forma de execução de cada teste: tipo de pipeta, quantidade de sangue a ser coletado, número de gotas da solução tampão a serem inseridas no poço e tempo necessário para reação e leitura do teste;
- Ler e orientar o paciente sobre o termo de consentimento de realização do teste. Solicitar assinatura após a confirmação de que todas as dúvidas foram esclarecidas;
- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Realizar punção digital;
- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta;
- Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar na marcação indicada sem que haja a formação de bolhas de ar;
- Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar o conteúdo da amostra no poço (S) do dispositivo de teste;
- Adicionar o nº de gotas de solução tampão no poço conforme indicação do fabricante, sobre a amostra;
- Aguardar os minutos necessários conforme indicação do fabricante para e realizar a leitura do teste em local iluminado;
- Fazer a interpretação conforme: Se após o tempo indicado aparecer apenas uma linha azul na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE; Se aparecer a linha vermelha na área de teste e azul na área de

controle, a amostra será considerada REAGENTE; Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha 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);

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs;
- Emitir o laudo diagnóstico para o paciente;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

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, realizar a notificação e comunicar à Vigilância Epidemiológica para devidos encaminhamentos. Seguir o fluxograma do Município para manejo e encaminhamentos. Registrar no prontuário a notificação e seu número e a as condutas realizadas.

O termo de consentimento deverá ficar arquivado na Unidade executora.

#### 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 de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 12</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>TESTE RÁPIDO HEPATITE C</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<p><b>Objetivo:</b> Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado; Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento; Evitar a progressão hepática e suas complicações, como o câncer e a cirrose.</p>		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Teste qualitativo utilizado na triagem da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), por meio da detecção do anticorpo anti-HCV no soro ou sangue total.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</li> <li>• Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;</li> <li>• Manual de instrução;</li> <li>• Álcool 70%;</li> <li>• Algodão ou gaze não estéril;</li> <li>• Cronômetro ou relógio;</li> </ul>		

- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo TR-HCV.

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Verificar as orientações do laboratório fabricante referente quanto a forma de execução de cada teste: tipo de pipeta, quantidade de sangue a ser coletado, número de gotas da solução tampão a serem inseridas no poço e tempo necessário para reação e leitura do teste;
- Ler e orientar o paciente sobre o termo de consentimento de realização do teste. Solicitar assinatura após a confirmação de que todas as dúvidas foram esclarecidas;
- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Realizar punção digital;
- Fazer a coleta da amostra utilizando o tubo capilar ou pipeta;
- Para eficiente aspiração do sangue, mantenha o tubo capilar na posição horizontal e colete o sangue até o completo preenchimento do capilar na marcação indicada sem que haja a formação de bolhas de ar;
- Colocar o tubo capilar na posição vertical e dispensar o conteúdo da amostra no poço (S) do dispositivo de teste;
- Adicionar o nº de gotas de solução tampão no poço conforme indicação do fabricante, sobre a amostra;
- Aguardar os minutos necessários conforme indicação do fabricante para e realizar a leitura do teste em local iluminado;
- Fazer a interpretação conforme: Se após o tempo indicado aparecer apenas uma linha azul na área de controle, a amostra será considerada NÃO

REAGENTE; Se aparecer a linha vermelha na área de teste e azul na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE; Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha 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);

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs;
- Emitir o laudo diagnóstico para o paciente;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

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, realizar a notificação e comunicar à Vigilância Epidemiológica para devidos encaminhamentos. Seguir o fluxograma do Município para manejo e encaminhamentos. Registrar no prontuário a notificação e seu número e a as condutas realizadas.

O termo de consentimento deverá ficar arquivado na Unidade executora.

#### 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 de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 13</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>TESTE RÁPIDO HIV</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<p><b>Objetivo:</b> Ampliar o acesso da população em geral, principalmente das populações mais vulneráveis, ao diagnóstico da infecção pelo HIV; Detectar precocemente a infecção, permitindo a antecipação do início do tratamento; Fornecer resultado por pessoal capacitado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório; Diminuir o risco de transmissão vertical.</p>		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Diagnóstico da infecção pelo HIV I e II por meio da detecção qualitativa de anticorpos contra o vírus no sangue total venoso, soro e plasma. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP).</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</li> <li>• Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;</li> <li>• Manual de instrução;</li> </ul>		

- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo TR-HIV.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Verificar as orientações do laboratório fabricante referente quanto a forma de execução de cada teste: tipo de pipeta, quantidade de sangue a ser coletado, número de gotas da solução tampão a serem inseridas no poço e tempo necessário para reação e leitura do teste;
- Ler e orientar o paciente sobre o termo de consentimento de realização do teste. Solicitar assinatura após a confirmação de que todas as dúvidas foram esclarecidas;
- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Realizar punção digital;
- **Imunocromatografia de fluxo lateral:** Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorra à formação de bolhas no poço; Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra; Aguardar 20 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;
- **Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso:** Inserir a alça coletora no frasco de diluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos; Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01;

Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço; Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram; Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03; Aguardar 10 minutos e realizar a leitura do teste em local iluminado;

- Fazer a interpretação conforme: Se após 30 minutos aparecer apenas uma linha azul na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE; Se aparecer a linha vermelha na área de teste e azul na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE; Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha 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);
- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs;
- Emitir o laudo diagnóstico para o paciente;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Um resultado não reagente no teste rápido não permite excluir uma infecção pelo vírus da hepatite HIV. Este resultado deve ser sempre interpretado em conjunto com outras informações clínicas disponíveis.

O paciente deve ser orientado sobre a janela imunológica em casos de exposição a riscos, explicando-se a importância de repetir o exame em 6 meses.

Em casos de resultados reagentes, realizar a notificação e comunicar à Vigilância Epidemiológica para devidos encaminhamentos. Seguir o fluxograma do Município para manejo e encaminhamentos. Registrar no prontuário a notificação e seu número e a as condutas realizadas.

O termo de consentimento deverá ficar arquivado na Unidade executora.

#### 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 de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 14</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>TESTE RÁPIDO SÍFILIS</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<p><b>Objetivo:</b> Fornecer resultado no mesmo dia em uma variedade de situações e locais, fora do ambiente de laboratório, por pessoal capacitado; Ampliar o diagnóstico e detectar precocemente a infecção, agilizando a resposta aos indivíduos e permitindo o rápido encaminhamento para assistência médica e início de tratamento; Prevenir a transmissão vertical.</p>		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Teste Rápido (TR) utilizado para triagem da infecção pelo <i>Treponema pallidum</i>, que permite a detecção dos anticorpos específicos anti-T. pallidum no soro ou sangue total. Existem vários formatos de TR, os mais frequentemente disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizam como método a imunocromatografia, com plataforma de fluxo lateral ou plataforma de duplo percurso (DPP).</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;</li> <li>• Kit diagnóstico: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução tampão;</li> <li>• Manual de instrução;</li> <li>• Álcool 70%;</li> </ul>		

- Algodão ou gaze não estéril;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Laudo TR-SÍFILIS.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Ler o manual de instrução;
- Observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Verificar as orientações do laboratório fabricante referente quanto à forma de execução de cada teste: tipo de pipeta, quantidade de sangue a ser coletado, número de gotas da solução tampão a serem inseridas no poço e tempo necessário para reação e leitura do teste;
- Ler e orientar o paciente sobre o termo de consentimento de realização do teste. Solicitar assinatura após a confirmação de que todas as dúvidas foram esclarecidas;
- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (caixa do kit\*) na folha de trabalho de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Deixar os reagentes atingirem a temperatura ambiente, antes de iniciar o teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com material absorvente;
- Retirar da embalagem os componentes do kit e inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Se houver rachaduras despreze esse material e recomece;
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste;
- Recepcionar o usuário com atenção de forma acolhedora;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento e sobre as limitações do teste;
- Realizar punção digital;
- **Imunocromatografia de fluxo lateral:** Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar uma gota da amostra no poço do dispositivo de teste A. Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço; Adicionar quatro gotas de diluente no poço em que foi colocada anteriormente a amostra; Aguardar o tempo indicado pelo fabricante e realizar a leitura do teste em local iluminado;
- **Imunocromatografia em plataforma de duplo percurso:** Inserir a alça coletora no frasco de diluição, identificado, quebrar a alça coletora, fechar o frasco e agitar suavemente por 10 segundos; Retirar a tampa superior do dosador e, com o frasco na posição vertical, colocar duas gotas na área 01.

Realizar novo teste, caso ocorra a formação de bolhas no poço; Aguardar 05 minutos (relógio ou cronômetro) e verificar, na área de leitura se as linhas nas áreas T e C desapareceram; Pegar o tampão na posição vertical e derramar quatro gotas na área 03; Aguardar os minutos indicados e realizar a leitura do teste em local iluminado;

- **Fazer a interpretação conforme:** Se após o tempo indicado aparecer apenas uma linha azul na área de controle, a amostra será considerada NÃO REAGENTE; Se aparecer a linha vermelha na área de teste e azul na área de controle, a amostra será considerada REAGENTE; Se a linha na área de controle (C) não aparecer dentro do tempo máximo determinado pelo fabricante, mesmo que a linha vermelha 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);
- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs;
- Emitir o laudo diagnóstico para o paciente;
- Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

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, realizar a notificação e comunicar à Vigilância Epidemiológica para devidos encaminhamentos. Seguir o fluxograma do Município para manejo e encaminhamentos. Registrar no prontuário a notificação e seu número e a as condutas realizadas.

O termo de consentimento deverá ficar arquivado na Unidade executora.

#### 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 de Federal de Santa Catarina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.telelab.aids.gov.br>.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 15</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM GEL ALCOÓLICO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Reduzir a carga microbiana das mãos quando não houver sujidades.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A higienização das mãos com álcool em gel é um método de limpeza que elimina microrganismos que possam estar presentes nas mãos. É uma alternativa à lavagem com água e sabão, mas não deve substituí-la.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gel Alcoólico a 70%; ou</li> <li>• Solução alcoólica a 70% com 1 a 3% de Glicerina.</li> </ul>		

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios e outros);
- Arregace as mangas até a altura dos cotovelos;
- Faça a higienização simples das mãos com gel alcoólico, por 20 a 30s. executando os seguintes passos:
  - Aplique na palma da mão quantidade suficiente de produto para cobrir toda superfície das mãos (seguir as quantidades recomendadas pelo fabricante);
  - Friccionar as palmas das mãos entre si;
  - Friccionar a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos;
  - Friccionar as palmas das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
  - Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento vai e vem (e vice-versa) segurando os dedos;
  - Friccionar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
  - Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa);
  - Friccionar os punhos com movimentos circulares;
  - Friccione as mãos até secar, não utilize papel toalha.

### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- Antes e após atividades cotidianas como assuar o nariz, espirrar, comer, ir ao sanitário, tocar cabelos, rosto e roupas, fumar etc.;
- Ao entrar e sair da unidade;
- Antes e após o contato com o paciente;
- Antes e após realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeira preparo cirúrgico;
- Após riscos de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de sitio corporal, de um contaminado para outro limpo, durante o cuidado com o paciente;
- Após ter contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;
- O álcool gel pode ser utilizado em locais onde não houver disponibilidade de pias, ou em situações de emergência/urgência nas quais a lavagem das mãos esteja dificultada;
- Mantenha as unhas ao natural, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quanto entrar em contato direto com pacientes;

- Os acompanhantes e os visitantes devem ser orientados quanto à necessidade de higienização das mãos, antes e após o contato com os pacientes internados ou de urgência e emergência.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 16</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando sujidade a permanência e a proliferação de microrganismos.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Higienização das mãos é a ação de lavar as mãos com água e sabão ou usar um gel desinfetante para remover sujeira, microrganismos, suor e oleosidade. É uma medida fundamental para prevenir e controlar infecções.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabão líquido;</li> <li>• Papel toalha.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Retire os adornos (anéis, alianças, pulseiras, relógios e outros).
- Arregace as mangas até a altura dos cotovelos.
- Faça a higienização simples das mãos, por 40 a 60 s, executando os seguintes passos:
  - Abra a torneira sem encostar-se a pia, e mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhe-as por completo sob água corrente;
  - Aplique o sabonete líquido em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (com cuidado para não tocar o orifício dosador);
  - Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
  - Friccione a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda (e vice-versa) entrelaçando os dedos;
  - Friccione as palmas das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
  - Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento vai e vem (e vice-versa) segurando os dedos;
  - Friccione o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
  - Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa);
  - Friccione o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular (e vice-versa);
  - Enxágue 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, utilize papel toalha para fechá-la, desprezando-o após o fechamento);
  - Seque as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
  - Descarte o papel toalha usado no lixo adequado (Saco preto).

### 4. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- As luvas não devem ser utilizadas em substituição a higienização das mãos, as mãos devem ser lavadas antes e após o seu uso;
- Evite utilizar água quente para higienização das mãos (risco de dermatites);
- Mantenha as unhas ao natural, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com pacientes;
- O produto utilizado na lavagem das mãos deve ser de boa qualidade, e não deve provocar ressecamento ou rachadura da pele;
- A torneira deve ter mecanismo de fechamento automático, para evitar contato manual;
- Os acompanhantes e visitantes devem ser orientados quanto a necessidade de higienização das mãos, antes e após o contato com os pacientes internados de

urgência e emergência.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 17</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
		Data de aprovação: 2025.
<b>HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM SABÃO ANTISSÉPTICO</b>		
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Promover a remoção de sujidades e microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos com auxílio de um antisséptico.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A higienização das mãos com sabão antisséptico é uma técnica que consiste em lavar as mãos com água e um sabonete que contém antisséptico. É uma forma eficaz de reduzir a transmissão de microrganismos causadores de doenças.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antisséptico degermante (clorexidina);</li> <li>• Papel toalha.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Retire os adornos (aneis, alianças, pulseiras, relógios e outros);
- Arregace as mangas até a altura dos cotovelos;
- Faça a higienização simples das mãos, por 40 a 60 s, executando os seguintes passos:
  - Abra a torneira sem encostar na pia, e mantendo as mãos mais baixas que os cotovelos, molhe-as por completo sob água corrente;
  - Aplique o antisséptico degermante em quantidade suficiente para cobrir toda a superfície das mãos (com cuidado para não tocar o orifício dosador);
  - Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
  - Friccione a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda ( e vice-versa) entrelaçando os dedos;
  - Friccione as palmas das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
  - Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta em movimento vai e vem ( e vice-versa) segurando os dedos;
  - Friccione o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda (e vice-versa), realizando movimentos circulares;
  - Friccione as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular (e vice-versa);
  - Friccione o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular (e vice-versa);
  - Enxágue 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, utilize papel toalha para fechá-la, desprezando-o após o fechamento);
  - Seque as mãos com papel toalha, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
  - Descarte o papel toalha usado no lixo adequado (Saco preto).

### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- As luvas não devem ser utilizadas em substituição a higienização das mãos, as mãos devem ser lavadas antes e após o seu uso;
- Evite utilizar água quente para higienização das mãos (risco de dermatites);
- Mantenha as unhas ao natural, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com pacientes;
- O produto utilizado na lavagem das mãos deve ser de boa qualidade, e não deve provocar ressecamento ou rachadura da pele;
- A torneira deve ter mecanismo de fechamento automático, para evitar contato manual;
- Os acompanhantes e visitantes devem ser orientados quanto à necessidade de

higienização das mãos, antes e após o contato com os pacientes internados de urgência e emergência;

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>  <b>Assistência de Enfermagem</b>	<b>POP nº 18</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Verificar frequência respiratória do paciente.		
<b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b>  Respiração é um processo complexo que envolve o aparelho cardiorrespiratório, que consiste nas trocas gasosas, entre o organismo e o meio ambiente, captando o oxigênio e eliminando o gás carbônico.		
<b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algodão;</li> <li>• Álcool 70%;</li> <li>• Relógio com ponteiros de segundos;</li> <li>• Prontuário.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento realizado;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;
- Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
- Oriente que irá verificar sinais vitais, sem explicar o procedimento (a frequência respiratória pode ser alterada se ele souber que está sendo checada);
- Posicione o paciente confortavelmente;
- Observe os movimentos respiratórios (subida e descida do tórax). Em pacientes conscientes, coloque a mão no seu pulso radial, como se fosse controlá-lo e observe os movimentos respiratórios sem que o paciente perceba;
- Conte a frequência respiratória (inspiração e expiração) por 1 min e observe também o ritmo e a profundidade da respiração. Repita o procedimento, se necessário;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Recolha o material;
- Anote os valores no prontuário do paciente (avaliação).

### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

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 se 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:

- ADULTOS:
  - 12 a 22rpm (eupneia);
  - Maior de 22rpm (taquipneia);
  - Menor de 12rpm (bradipneia).
- CRIANÇAS
  - 20 a 25rpm (eupneia);
- RN;
  - 30 a 60rpm (eupneia).

## REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M.I.S et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 19</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Verificar a pressão arterial do paciente.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A pressão arterial (PA) é a força (pressão) que o sangue exerce sobre as paredes arteriais durante um ciclo cardíaco. A verificação da pressão arterial consiste em mensurar a pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias, quando é lançado na corrente sanguínea pelo ventrículo. A pressão arterial sistólica ou máxima é o primeiro som audível e a maior força exercida pelos batimentos cardíacos, e a pressão arterial diastólica ou mínima é o último e abafado som e representa a menor força exercida pelos batimentos cardíacos.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Esfigmomanômetro;</li> <li>• Estetoscópio;</li> <li>• Algodão;</li> <li>• Álcool 70%;</li> <li>• Prontuário.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento realizado;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;
- Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
- Informe ao paciente que você verificará sua pressão arterial;
- Selecione o manguito de tamanho adequado ao braço;
- Realize assepsia com algodão embebido em álcool 70% nas olivas e no diafragma do estetoscópio;
- Posicione o paciente confortavelmente;
- Se necessário, remova a manga da blusa do braço do paciente no qual será colocado o manguito;
- Posicione o braço na altura do coração, apoiando com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- Coloque o manguito, sem deixar folgas, acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm;
- Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- Coloque o visor do manômetro aneróide de modo que fique fácil de visualizar;
- Solicite ao paciente que não fale durante a mensuração;
- Palpe a artéria braquial e coloque o estetoscópio sobre a região;
- Insufle o manguito até ultrapassar 20 a 30mmHg o nível estimado da pressão sistólica (ponto de desaparecimento do pulso radial);
- Proceda à deflação lentamente;
- Determine a pressão sistólica na ausculta do primeiro som, que é um som fraco seguido de batidas regulares, e, em seguida, aumente ligeiramente a velocidade da deflação. Determine a pressão diastólica no desaparecimento do som;
- Auscultar cerca de 20 a 30 mmHG abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceda à deflação rápida e completa;
- Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons;
- Retire delicadamente o manguito e deixe o paciente confortável;
- Espere 1 a 2 min antes de novas mensurações;
- Realize assepsia com álcool 70% no manguito, nas olivas e no diafragma do estetoscópio;
- Higienize as mãos (vide POP Higiene das mãos);
- Recolha o material;
- Anote os valores no prontuário do paciente (avaliação).

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- É proibido o uso de aparelhos de pressão com coluna de mercúrio;
- Mantenha o paciente em repouso de pelo menos 5min em ambiente calmo antes de verificar a PA;
- Evite que ele esteja de bexiga cheia;
- Certifique-se de que o paciente não praticou exercícios físicos 60 a 90min antes e não ingeriu bebida alcoólica, café ou alimentos e não fumou 30min antes da verificação;
- Existem fatores que afetam os valores e devem ser considerados: ansiedade, dor, drogas, exercícios, doença, febre;
- Não verifique a PA no braço quando houver punção venosa na fossa cubital, líquidos sendo infundidos, fístulas arteriovenosas, mastectomia, lesões de pele no braço, plegia e cateterismo;
- É fundamental a adequação do tamanho dos manguitos em crianças e obesos: a largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% do braço, e seu comprimento deve envolver 80 a 100% do braço;
- A cada 12 meses o aparelho de medição arterial deve ser encaminhado para calibração.

##### Valores de Referência:

- ADULTOS (Normotenso):  
Sistólica: inferior a 120mmHh;  
Diastólica: inferior a 80mmHg.
- CRIANÇAS (Normotenso):  
Sistólica: 60 a 90mmHh;  
Diastólica: 30 a 60mmHg.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M.I.S et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 20</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA/PULSO PERIFÉRICO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Detectar precocemente desvios de anormalidade das batidas do coração, indicar variações de ritmo, amplitude e frequência cardíaca.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>É a verificação da frequência e da intensidade dos batimentos cardíacos. A frequência cardíaca é contada por palpação do pulso ou ausculta dos batimentos cardíacos. A palpação do pulso permite avaliar sua amplitude, simetria, força e regularidade. Aproximadamente, a cada batimento cardíaco, são ejetados de 40 a 70 ml de sangue na artéria aorta de um adulto, gerando uma onda de pulso arterial que pode ser palpada em várias regiões em que as artérias são mais superficiais e palpáveis. A frequência cardíaca pode ser aferida através da palpação das artérias: Braquial, Radial, Carótida, Temporal, Femoral, Poplítea, Pediosa ou Apical (com auxílio do estetoscópio).</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja</li> <li>• Relógio com ponteiro de segundos</li> <li>• Estetoscópio</li> <li>• Algodão</li> <li>• Álcool 70%</li> <li>• Prontuário</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento realizado;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;
- Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
- Informe ao paciente que você verificará sua frequência cardíaca;
- Posicione o paciente confortavelmente;
- Pedir que o paciente relaxe e não fale durante a verificação;
- Colocar a polpa digital dos dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial, preferencialmente a artéria radial, comprimindo-a levemente. Não usar o dedo polegar, pois sua pulsação poderá ser confundida com a do paciente;
- Contar os batimentos cardíacos por 60 segundos;
- Observar o ritmo (regular ou irregular), a frequência e a intensidade do pulso (cheio, normal ou filiforme);
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;
- Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.

#### FREQUÊNCIA CARDÍACA APICAL

- Realize a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%;
- Coloque o estetoscópio nos ouvidos e posicione no tórax do paciente, no 5º espaço intercostal esquerdo da linha hemiclavicular;
- Ausculte e conte os batimentos cardíacos por 1 min, repita o procedimento se necessário;
- Higienize as mãos;
- Realize assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Recolha material;
- Higienize as mãos (vide POP Higiene das mãos);
- Faça a anotação no prontuário;

### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- O paciente deve estar tranquilo, sem interferência de barulho e estresse.

#### Valores de referência:

- ADULTOS:  
60 a 100bpm (normocardia);  
Menor de 60bpm (bradicardia);  
Maior de 100bpm (taquicardia).

## REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 21</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>VERIFICAÇÃO DA TEMPERATURA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Verificar a temperatura do paciente.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>É a mensuração da temperatura corporal por meio de um termômetro clínico.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja</li> <li>• Termômetro</li> <li>• Algodão</li> <li>• Álcool 70%</li> <li>• Prontuário</li> </ul>		
<p><b>3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirme o paciente e o procedimento realizado;</li> <li>• Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);</li> <li>• Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;</li> </ul>		

- Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
- Informe ao paciente que você verificará sua temperatura;
- Posicione o paciente confortavelmente;
- Coloque o termômetro digital na região axilar com o sensor em contato direto com a pele do paciente, solicite que comprime-o com o braço;
- Aguarde o termômetro digital apitar;
- Retire o termômetro e faça a leitura;
- Faça assepsia do termômetro;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem na ficha de atendimento do paciente;
- Comunicar o resultado ao médico ou enfermeiro em caso de alteração.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Não utilize termômetros de mercúrio pelo risco de exposição do profissional ou ambiente à substância em caso de quebra. Utilize somente termômetro digital. As temperaturas retais ou orais são alternativas para a verificação da temperatura corporal.
- Verificação de temperatura oral: coloque o termômetro sobre a língua do paciente, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada. O termômetro deve ser de uso individual. Não utilize esta técnica em pacientes com delírio, inconscientes, com lesões na boca, problemas nas vias respiratórias, em crianças, após ingestão de alimentos gelados ou quentes ou em pacientes taquipneicos.
- Verificação de temperatura retal: calce as luvas de procedimentos e posicione o paciente em posição de decúbito lateral esquerda com a perna flexionada (posição Sims). Lubrifique a ponta do termômetro utilizando vaselina ou lidocaína e introduza no anus na direção do umbigo (cerca de 1,5cm no lactente, 2 cm na criança e 4cm no adulto). O termômetro deve ser de uso individual. Essa técnica é mais utilizada na pediatria e na maternidade e é contraindicada nos casos de inflamação, obstrução e cirurgia de reto e em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio.
- As médias das temperaturas encontradas na literatura são: 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 cardíaco, idade, exercício físico.
- Interpretações das temperaturas:
  - Hipotermia (T menor que 35°);
  - Febre (T maior que 38°);
  - Hipertermia (T maior que 40°).

## 5 - REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 22</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>VERIFICAÇÃO DA OXIMETRIA DE PULSO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Monitorar a saturação de oxigênio no sangue arterial de forma não invasiva.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A oximetria de pulso é utilizada para avaliar a saturação de oxigênio no sangue de pacientes submetidos a sedação, diagnosticar hipoxemia, fazer ajustes de oxigênio suplementar; e para avaliar a tolerância a atividades.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Removedor de esmalte;</li> <li>• Oxímetro de pulso;</li> <li>• Prontuário.</li> </ul>		
<p><b>3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirme o paciente e o procedimento realizado;</li> <li>• Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);</li> <li>• Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;</li> <li>• Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;</li> </ul>		

- Informe ao paciente que você verificará sua oximetria;
- Posicione o paciente em posição confortável (decúbito dorsal com cabeceira elevada a 30°);
- Avalie o local onde será colocado o sensor: dedo, lóbulo da orelha ou na crista do nariz, a escolha do dedo indicador é preferencialmente;
- Ligue o aparelho;
- Retire o esmalte da unha se necessário;
- Avalie a integridade e anexos dos dedos (presença de edemas, lesões, hipotermia);
- Se o paciente tiver doença vascular periférica escolha o lóbulo da orelha ou crista do nariz;
- Fixe o sensor no local;
- Mantenha o paciente confortável com o sensor abaixo do nível do coração;
- Desligue o aparelho;
- Higienize as mãos;
- Realize anotações no prontuário.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- A oximetria de pulso é utilizada para avaliar a saturação de oxigênio no sangue de pacientes submetidos à sedação, diagnosticar hipoxemia, fazer ajustes de oxigênio suplementar; e para avaliar a tolerância a atividades;
- A Saturação Funcional de Oxigênio (SpO<sub>2</sub>) é a relação entre a quantidade de hemoglobina disponível para realizar a ligação com oxigênio no sangue. Um sensor é colocado na ponta do dedo, lóbulo da orelha ou crista do nariz. Ele detecta os valores de saturação de oxigênio monitorando os sinais luminosos gerados pelo oxímetro no sangue pulsátil, do tecido para o sensor;
- Os valores normais 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 paciente precisa de avaliação médica;
- Coloque o oxímetro preferencialmente no braço que não esteja verificando Pressão Arterial para não haver interferência quando o esfigmomanômetro for inflado. A movimentação do braço do paciente é a maior causa de desestabilidade do sensor.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 23</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>CURATIVO EM FERIDA ABERTA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Proporcionar o ambiente ideal para a reparação tecidual.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Os curativos abertos são realizados em ferimentos quando não há a necessidade de oclusão. São exemplos, feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, escoriações, suturas, pequenos ferimentos e cortes.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Kit de curativo ou Luva Estéril;</li> <li>• Luvas de procedimento;</li> <li>• Pacotes de gaze estéril;</li> <li>• Cobertura prescrita;</li> <li>• Solução fisiológica morna;</li> <li>• Agulha 40x12;</li> <li>• Saco plástico para lixo;</li> <li>• EPI de acordo com a complexidade;</li> <li>• Material para fixação.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento realizado;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;
- Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
- Oriente ao paciente o procedimento que será realizado;
- Promova privacidade do paciente;
- Posicione o paciente de acordo com o local da ferida;
- Realize novamente higienização das mãos;
- Abra todos os materiais necessários e coloque em campo estéril;
- Utilize a solução fisiológica para irrigar a lesão;
- Utilize os equipamentos de proteção individual de acordo com a lesão;
- Retire o curativo anterior, delicadamente, com luva de procedimento ou pinça, observando o aspecto do curativo anterior;
- Descarte o curativo anterior e todo material utilizado em saco plástico. Descarte a luva de procedimentos utilizada na remoção do curativo anterior;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Calce a luva estéril ou de procedimentos (se usar pinça);
- Limpe a pele ao redor da ferida com gaze embebida em solução fisiológica (se infectada utilize posteriormente clorexidina e rêmora com SF);
- Limpe a ferida de acordo com a presença dos tecidos:
  - Tecido de granulação: irrigue a lesão com Solução Fisiológica morna em toda sua extensão;
  - Tecido desvitalizado: irrigue a lesão ou limpe com gaze embebida em solução fisiológica morna, exercendo suave pressão para remover tecidos inviáveis;
  - 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 antisséptico com SF;
  - Seque a pele ao redor da ferida;
  - Coloque a cobertura primária prescrita sobre a lesão (preencha a cavidade se houver);
  - Coloque gases sobre o curativo primário (se exsudativa, utilize chumaço ou compressa);
  - Fixe o curativo com adesivo hipoalergênico ou enfaixe com atadura de crepe;
  - Retire os EPI's;
  - Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
  - Recolha os materiais;
  - Despreze em local adequado (lixo infectante);
  - Faça desinfecção da mesa auxiliar ou carro de curativo com álcool 70%;
  - Lave a bandeja com água e sabão, seque e passe álcool 70%;
  - Higienize as mãos;
  - Proceda às anotações/evolução de enfermagem.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- O profissional que realizará o procedimento deve ser definido entre a equipe de enfermagem, considerando a complexidade da ferida, se realizado por profissional de nível médio, o procedimento deverá ser supervisionado pelo enfermeiro.
- A frequência da realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com tecido e quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico.
- Realize avaliação periódica da ferida para o acompanhamento de sua evolução.
- Em pacientes com insuficiência arterial, não é recomendado o meio úmido e o debridamento em feridas, exceto se houver orientação médica.
- Observe, comunique e anote se houver alteração na lesão, como por exemplo exsudato, edema, hiperemia, isquemia, dor, etc.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 24</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Proporcionar o ambiente ideal para a reparação tecidual.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>O curativo em ferida operatória é um dispositivo estéril que protege a ferida, auxilia na cicatrização e previne infecções.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Kit de curativo ou Luva Estéril;</li> <li>• Luvas de procedimento;</li> <li>• Pacotes de gaze estéril;</li> <li>• Solução fisiológica morna;</li> <li>• Agulha 40x12;</li> <li>• Saco plástico para lixo;</li> <li>• EPI de acordo com a complexidade;</li> <li>• Material para fixação.</li> </ul>		

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Confirme o paciente e o procedimento realizado;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;
- Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
- Oriente ao paciente o procedimento que será realizado;
- Promova privacidade do paciente;
- Posicione o paciente de acordo com o local da ferida;
- Realize novamente higienização das mãos;
- Abra todos os materiais necessários e coloque em campo estéril;
- Utilize a solução fisiológica para irrigar a lesão;
- Utilize os equipamentos de proteção individual de acordo com a lesão;
- Retire o curativo anterior, delicadamente, com luva de procedimento ou pinça, observando o aspecto do curativo anterior;
- Descarte o curativo anterior e todo material utilizado em saco plástico. Descarte a luva de procedimentos utilizada na remoção do curativo anterior;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Calce a luva estéril ou de procedimentos (se usar pinça);
- Limpe a pele ao redor da ferida operatória com gaze embebida em solução fisiológica e posteriormente limpe a própria ferida operatória (certifique-se de não tocar na face da gaze que limpará a ferida e alternar as faces enquanto faz a limpeza. Após o uso das duas faces deve-se desprezar e utilizar uma nova);
- Seque a pele ao redor e a ferida operatória, observando seu aspecto;
- Coloque gazes sobre a ferida;
- Fixe o curativo com adesivo hipoalergênico ou filme transparente;
- Retire os EPI's;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Recolha os materiais;
- Despreze em local adequado (lixo infectante);
- Faça desinfecção da mesa auxiliar ou carro de curativo com álcool 70%;
- Lave a bandeja com água e sabão, seque e passe álcool 70%;
- Higienize as mãos;
- Proceda às anotações/evolução de enfermagem.

### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- Recomenda-se que o primeiro curativo permaneça por até 48 horas se não houver contra-indicação;
- Deve-se proteger o curativo durante o banho com saco plástico impermeável. Curativo com filme transparente diretamente sobre a ferida pode permanecer

por até 7 dias (avaliação diária), considerando as recomendações do fabricante, as condições clínicas do paciente, a localização da ferida, o tipo de material do curativo, as taxas de infecção, etc;

- A ferida operatória deve ser avaliada diariamente, quanto à necessidade de oclusão, não sendo necessário ocluir quando as margens da ferida estão unidas e sem saída de exsudato. Deve-se observar e registrar presença de sinais flogísticos, como calor, hiperemia, edema, dor, isquemia e presença de exsudato;
- O curativo no dreno de Penrose deve ser isolado do curativo da ferida operatória sempre que possível e trocado todas as vezes que apresentar umidade. Se necessário colocar bolsa coletora;
- O profissional que realizará o procedimento deve ser definido entre a equipe de enfermagem, considerando a complexidade da ferida, se realizado por profissional de nível médio, o procedimento deverá ser supervisionado pelo enfermeiro;
- A frequência da realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com tecido e quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro ou médico.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I..S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 25</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE E NASOFARINGE</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivo:</b> Manter as vias respiratórias superiores sem secreções. Complementar a aspiração das vias respiratórias inferiores. Promover tosse para mobilizar secreções das vias respiratórias superiores e inferiores.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A aspiração de orofaringe e nasofaringe é um procedimento médico ou de enfermagem utilizado para remover secreções, muco, sangue ou outras substâncias das vias aéreas superiores, especificamente da região da orofaringe (parte da garganta atrás da boca) e da nasofaringe (parte superior da faringe, atrás do nariz). Esse procedimento é comum em pacientes que têm dificuldade para eliminar essas secreções por conta própria, como aqueles em estado crítico, intubados, com alterações de consciência ou com disfunções neurológicas.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Par de luvas para aspiração estéril;</li> <li>• Pacote de gaze estéril;</li> <li>• Sonda para aspiração n 12 ou 14;</li> <li>• Frasco de água destilada;</li> <li>• Cuba;</li> </ul>		

- Aspirador;
- EPI de acordo com o procedimento;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento realizado;
  - Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
  - Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;
  - Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
  - Oriente ao paciente o procedimento que será realizado;
  - Promova privacidade do paciente;
  - Verifique a Pressão Arterial;
  - Desligue a máscara ou cateter de O2 se estiver em uso;
  - Coloque o paciente em posição semi-fowler ou sentado, ereto, com a cabeça em hiperextensão (se não houver contraindicação);
  - Abra e disponha os materiais que serão utilizados;
  - Despeje a água destilada na cuba, abra o frasco de solução fisiológica, escolha a sonda de número adequado e deixe-a sobre a bandeja;
  - Adapte o vacuômetro ou aspirador no frasco coletor;
  - Ajuste a pressão da fonte de aspiração entre 110 e 150 mmHg;
  - Higienize as mãos;
  - Coloque o avental descartável, os óculos de proteção, máscara descartável e calce as luvas de procedimento;
  - Abra a invólucro da sonda de aspiração sem retirá-la do pacote;
  - Conecte o intermediário da sonda na extensão do aspirador;
  - Desligue o O2 de o paciente estiver usando;
  - Lubrifique a ponta da sonda com a solução colocada na bandeja (cerca de 7 cm);
- **ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE**
- Pegue a sonda estéril com a mão dominante e utilize a outra mão para clampear a borracha do intermediário;
  - Introduza a sonda na boca do paciente ao longo da linha da gengiva até a faringe (cerca de 12 cm);
  - Retire a sonda, aplicando pressão, fazendo movimentos rotatórios até a que a secreção seja removida (tome cuidado para que a ponta da sonda não faça invaginação na cavidade oral);
  - De intervalo de pelo menos 1 minuto para o paciente tossir, ofereça-lhe lenços de papel para limpar a secreção. Se ele apresentar náuseas, suspenda a aspiração;
  - Lave a sonda com água destilada e limpe a ponta da sonda;

- aspire a boca com movimentos suaves, retirando a secreção;
  - lave a sonda e a extensão do aspirador até que estejam limpos;
  - retire as luvas e higienizar as mãos;
  - reposicione o O2 conforme prescrição;
  - observe sinais de desconforto respiratório e verifique a pressão arterial;
  - proceda evolução\anotações de enfermagem.
- **ASPIRAÇÃO DE NASOFARINGE**
- remova o oxigênio, se o paciente estiver utilizando;
  - introduza a sonda por uma das narinas, cerca de 16 cm (da ponta do nariz a base da orelha), retirando-a com movimentos rotatórios, utilizando vácuo;
  - de intervalo de pelo menos 1 minuto para o paciente tossir, ofereça-lhe lenços de papel para limpar a secreção. Se ele apresentar náuseas, suspenda a aspiração;
  - lave a sonda com água destilada e limpe a ponta da sonda;
  - repita o procedimento até reduzir a quantidade de secreção;
  - retire as luvas e higienizar as mãos;
  - reposicione o O2 conforme prescrição;
  - observe sinais de desconforto respiratório e verifique a pressão arterial;
  - proceda evolução\anotações de enfermagem.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- As aspirações orofaríngea e nasofaríngea são indicadas para pacientes com dificuldade para tossir ou expelir secreções e para completar a aspiração das vias respiratórias inferiores.
- As vias aéreas superiores devem ser aspiradas antes das vias aéreas inferiores, pois ao aspirar o tubo, o reflexo de deglutição é estimulado e boa parte da secreção que estava acumulada na parte superior do balonete acaba escorregando para dentro dos brônquios.
- Esta é considerada uma medida não farmacológica de controle de infecção.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 26</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>OXIGENIOTERAPIA POR CATETER NASAL</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Melhorar a oxigenação sanguínea em pacientes que apresentam níveis insuficientes de oxigênio no sangue (hipoxemia).		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A oxigenoterapia por cateter nasal é um método de administração de oxigênio suplementar ao paciente por meio de um dispositivo chamado cateter nasal (também conhecido como "cânula nasal"). Esse cateter consiste em um tubo fino e flexível com duas pequenas hastes que são inseridas nas narinas do paciente, permitindo a entrega de oxigênio diretamente nas vias aéreas superiores. É um dos métodos mais comuns e menos invasivos de oxigenoterapia.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Frasco umidificador;</li> <li>• Tubo extensor;</li> <li>• Cateter nasal simples (n6, 8 ou 10) ou cateter tipo óculos;</li> <li>• Fluxômetro;</li> <li>• Solução prescrita;</li> <li>• Solução fisiológica;</li> </ul>		

- Fita hipoalergênica;
- Gaze estéril;
- Luvas de procedimento.

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Confirme o paciente e o procedimento realizado;
- Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
- Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;
- Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
- Oriente ao paciente o procedimento que será realizado;
- Promova privacidade do paciente;
- Eleve a cabeceira do leito de 30 a 45 graus;
- Calce as luvas de procedimento;
- Conecte o fluxômetro no ponto de oxigênio correspondente ao leito;
- Abra o frasco umidificador, coloque a solução prescrita, entre os limites máximo e mínimo, indicado no frasco e feche-o;
- Conecte o frasco umidificador ao fluxômetro;
- Conecte o tubo extensor ao frasco umidificador;
- Limpe as narinas do paciente com gaze embebida em solução fisiológica;
- Abra o invólucro do cateter nasal e conecte-o ao tubo extensor;
- Abra a válvula da fonte de O<sub>2</sub>, e então, abra o fluxômetro, regulando o fluxo de O<sub>2</sub> conforme prescrição;
- Certifique-se de que não há vazamento de O<sub>2</sub> pelas conexões;
- Instale o cateter nasal no paciente;
- Pergunte ao paciente se ele sente-se confortável e observe por alguns minutos;
- Verifique, PA, pulso, frequência respiratória e saturação de O<sub>2</sub>;
- Deixe o paciente confortável;
- Recolha o material;
- Retire as luvas;
- Higienize as mãos;
- Descarte os materiais corretamente;
- Realize limpeza na bandeja com álcool 70%;
- Higienize as mãos;
- Realize anotações\evolução de enfermagem.

### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- O uso de oxigênio deve ser feito sob prescrição médica;
- A equipe de enfermagem deve observar e anotar os seguintes sinais sobre pacientes que estão em uso de O<sub>2</sub>: nível de consciência, padrão e frequência

respiratória, perfusão periférica, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, pressão arterial;

- Oriente o paciente quanto à importância da respiração nasal;
- O Fluxo recomendado é de 1 a 6\min;
- O aumento do fluxo poderá causar desconforto e cefaleia;
- O cateter de O2 é de caráter individual;
- O frasco\extensão de umidificador, quando utilizado com água, deve ser trocado a cada 24horas, quando utilizado sem água, deve ser trocado se apresentar sujidade, ou no máximo, a cada 7 dias.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 27</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>OXIGENIOTERAPIA POR INALAÇÃO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Umidificar as vias respiratórias. Fluidificar secreções da membrana da mucosa do trato respiratório e facilitar sua expulsão. Auxiliar no tratamento medicamentoso de doenças do trato respiratório.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A oxigenoterapia por inalação é um procedimento terapêutico que consiste na administração de oxigênio suplementar diretamente no trato respiratório do paciente por meio de um dispositivo de inalação, como máscaras ou nebulizadores. Esse método permite que o oxigênio seja inalado junto com o ar ambiente ou com medicamentos, dependendo da necessidade clínica. É utilizado para melhorar a oxigenação sanguínea em pacientes com dificuldades respiratórias ou condições que comprometem a troca gasosa.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Frasco umidificador;</li> <li>• Tubo extensor;</li> <li>• Inalador;</li> <li>• Solução fisiológica;</li> <li>• Fita hipoalergênica;</li> <li>• Gaze estéril;</li> <li>• Luvas de procedimento.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento realizado;
  - Higienize as mãos (consulte POP Lavagem das Mãos);
  - Reúna os materiais na bandeja e leve até o paciente;
  - Identifique-se e em seguida confira o nome do paciente;
  - Oriente ao paciente o procedimento que será realizado;
  - Promova privacidade do paciente;
  - Eleve a cabeceira do leito de 45 a 90 graus;
  - Calce as luvas de procedimento;
  - Conecte o fluxômetro no ponto de oxigênio correspondente ao leito;
  - Conecte o tubo extensor ao fluxômetro;
  - Abra o reservatório de inalação, adicione a solução fisiológica 10ml e feche-o;
  - Conecte a máscara de inalação ao reservatório do inalador;
  - Conecte a outra extremidade do tubo extensor ao reservatório de inalação;
  - Certifique-se de que não há vazamento de O<sub>2</sub> pelas conexões;
  - Entregue o inalador ao paciente e oriente-o a segurá-lo mantendo a máscara junto à face (boca e nariz);
  - Deixe o paciente confortável;
  - Pergunte ao paciente se ele sente-se confortável e observe por alguns minutos;
  - Verifique, PA, pulso, frequência respiratória e saturação de O<sub>2</sub>;
  - Deixe o paciente confortável;
  - Recolha o material;
  - Retire as luvas;
  - Higienize as mãos;
  - Descarte os materiais corretamente;
  - Realize limpeza na bandeja com álcool 70%;
  - Higienize as mãos;
  - Realize anotações\evolução de enfermagem.
- AO TÉRMINO:
- Higienize as mãos;
  - Calce luvas de procedimento;
  - Feche o fluxômetro;
  - Retire o inalador do paciente;
  - Coloque o inalador na bandeja;
  - Ofereça toalha de papel para o paciente secar-se;
  - Deixe o paciente confortável;
  - Retire as luvas;
  - Despreze o material;
  - Acondicione o material de forma adequada até sua desinfecção;
  - Lava a bandeja com água e sabão, seque-a e limpe com álcool 70%;
  - Retire as luvas;

- Higienize as mãos;
- Proceda anotação\evolução de enfermagem.

#### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- As máscaras de inalação precisam ser bem ajustadas à face do paciente.
- Em caso de uso intermitente de inalação o inalador deve ser protegido em embalagem plástica identificada com o nome do paciente.
- Realize sua limpeza com água e sabão e friccione com álcool 70% antes de cada uso.
- Em caso de contaminação e\ou sujidade visível o inalador deve ser encaminhado para desinfecção e alto nível imediatamente.

#### **REFERÊNCIAS**

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 28</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Fornecer suporte de oxigênio umidificado.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A oxigenioterapia por máscara de nebulização é uma técnica utilizada para administrar oxigênio suplementar a pacientes que necessitam de umidificação e/ou aquecimento do gás inspirado, ou que requerem a administração de medicamentos inalatórios em conjunto com o oxigênio. A máscara de nebulização é um dispositivo que permite a entrega de oxigênio e partículas de água (em forma de névoa) diretamente nas vias aéreas do paciente.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Frasco nebulização;</li> <li>• Máscara de nebulização;</li> <li>• Fluxômetro;</li> <li>• Solução para nebulização;</li> <li>• Cadastrar;</li> <li>• Luvas de procedimento.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Leia atentamente a prescrição e verifique a prescrição de oxigenioterapia por máscara de nebulização;
  - Faça a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
  - Higienizar as Mãos;
  - Reúna o material e confira a prescrição;
  - Confira o nome do paciente;
  - Identifique-se para o paciente;
  - Eleve a cabeceira do leito (30° a 40°);
  - Higienize as mãos;
  - Calce as luvas de procedimento;
  - Conecte o fluxômetro na fonte de oxigênio;
  - Abra o reservatório do nebulizador, coloque a solução de nebulizador prescrita até o limite indicado e feche-o;
  - Conecte o nebulizador no fluxômetro;
  - Adapte o cadarço na máscara;
  - Segure a máscara de nebulização, abra a válvula fonte de oxigênio, e então, abra o fluxômetro, regulando o fluxo de oxigênio em L/min conforme prescrição;
  - Certifique-se que não há vazamento de oxigênio através das conexões;
  - Posicione a máscara na face do paciente e ajuste o cadarço;
  - Pergunte ao paciente se ele está confortável e observe alguns minutos;
  - Verifique pressão arterial, pulso, frequência respiratória e saturação de oxigênio;
  - Recolha o material;
  - Retire as luvas;
  - Lave as mãos;
  - Registre o procedimento.
- AO TÉRMINO:
- Higienize as mãos;
  - Calce luvas de procedimento;
  - Feche o fluxômetro;
  - Retire o inalador do paciente;
  - Coloque o inalador na bandeja;
  - Ofereça toalha de papel para o paciente secar-se;
  - Deixe o paciente confortável;
  - Retire as luvas;
  - Despreze o material;
  - Acondicione o material de forma adequada até sua desinfecção;
  - Lave a bandeja com água e sabão, seque-a e limpe com álcool 70%;
  - Retire as luvas;
  - Higienize as mãos;

- Proceda anotação\evolução de enfermagem.

#### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- As máscaras de nebulização precisam ser bem ajustadas na face do paciente para se obter o resultado desejado;
- É indicada para pacientes que precisam de concentrações precisas, seguras e controladas de oxigênio;
- Faça limpeza e desinfecção dos materiais de acordo com o POP de processamento de materiais de saúde.

#### **REFERÊNCIAS**

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 29</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Fornecer aporte de oxigênio em concentrações precisas e controladas.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A oxigenoterapia por máscara de Venturi é um método de administração de oxigênio suplementar que permite o fornecimento de uma concentração precisa e controlada de oxigênio ao paciente. A máscara de Venturi é um dispositivo médico que utiliza o princípio físico do efeito Venturi para misturar oxigênio puro com o ar ambiente, garantindo uma fração inspiratória de oxigênio (FiO<sub>2</sub>) específica.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Frasco umidificador;</li> <li>• Água destilada estéril;</li> <li>• Luvas de procedimento;</li> <li>• Cadarço;</li> <li>• “Kit Venturi”.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Leia atentamente a prescrição e verifique a prescrição de oxigenoterapia por máscara de nebulização;
  - Faça a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
  - Higienizar as Mãos;
  - Reúna o material e confira a prescrição;
  - Confira o nome do paciente;
  - Identifique-se para o paciente;
  - Eleve a cabeceira do leito (30° a 40°);
  - Higienize as mãos;
  - Calce as luvas de procedimento;
  - Conecte o fluxômetro na fonte de oxigênio;
  - Abra o umidificador, coloque a água destilada estéril prescrita até o limite indicado e feche-o;
  - Conecte o umidificador ao fluxômetro;
  - Adapte o cadarço na máscara;
  - Conecte o suporte de diluidor ao diluidor do oxigênio;
  - Conecte uma das extremidades do tubo extensor ao bico do diluidor de oxigênio, e a outro, ao umidificador;
  - Abra o fluxômetro e regule o fluxo de oxigênio em l/min conforme a prescrição;
  - Certifique-se que não há vazamento de oxigênio através das conexões;
  - Posicione a máscara na face do paciente e ajuste o cadarço;
  - Pergunte ao paciente se ele está confortável e observe alguns minutos;
  - Verifique pressão arterial, pulso, frequência respiratória e saturação de oxigênio;
  - Recolha o material;
  - Retire as luvas;
  - Higienize as mãos;
  - Registre o procedimento.
- AO TÉRMINO:
- Higienize as mãos;
  - Calce luvas de procedimento;
  - Feche o fluxômetro;
  - Retire a máscara do paciente;
  - Coloque a máscara na bandeja;
  - Deixe o paciente confortável;
  - Retire as luvas;
  - Despreze o material;
  - Acondicione o material de forma adequada até sua desinfecção;
  - Lava a bandeja com água e sabão, seque-a e limpe com álcool 70%;
  - Retire as luvas;
  - Higienize as mãos;
  - Proceda anotação\evolução de enfermagem.

#### 4. CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- A máscara de Venturi possibilita o fluxo de oxigênio, misturando ao ar ambiente, em concentrações específicas, definidas pelo médico: fluxo de oxigênio de 3 a 15L/min;
- É indicada para pacientes que necessitam de concentrações precisas, seguras e controladas de oxigênio;
- A máscara precisa estar bem ajustada, a face para se obter o resultado desejado;
- Caso seja necessário repor água no frasco, despreze o líquido restante, realize a higienização do frasco e faça o preenchimento com água estéril.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 30</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Instalar cateter em trajeto venoso periférico para manutenção de uma via de acesso para infusão de soluções ou administração de medicamentos contínua ou intermitente.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A punção venosa periférica é um procedimento onde ocorre a instalação de um dispositivo (cateter venoso curto flexível) no interior do vaso venoso para administração de fluidos, medicamentos.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Garrote;</li> <li>• Álcool a 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%;</li> <li>• Bolas de algodão;</li> <li>• Cateter intravenoso periférico;</li> <li>• Fita adesiva hipoalergênica;</li> <li>• Luvas de procedimento;</li> <li>• Dispositivo a ser conectado ao cateter venoso.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Faça a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
- Higienizar as Mãos;
- Reúna o material e confira a prescrição;
- Confira o nome do paciente;
- Identifique-se para o paciente;
- Explique o procedimento ao paciente;
- Higienize as mãos;
- Escolha o local de acesso venoso;
- Verifique as condições da veia;
- Calce luvas de procedimento;
- Mantenha o algodão embebido em álcool 70% ou clorexidina 0,5% aos alcances das mãos;
- Garrotear de 5 a 10 cm acima no local a ser puncionado para facilitar visualização da veia;
- Solicite aos paciente que mantenha o membro imóvel;
- Faça antisepsia da pele no local da punção com algodão embebido em álcool 70% ou clorexidina 0,5%;
- Tracione a pele para baixo com o polegar abaixo do local a ser puncionado;
- Introduza o cateter venoso na pele com o bisel voltado para cima, em ângulo aproximadamente de 30° a 34°, e após refluxo do sangue no canhão, mantenha o mandril imóvel, introduza o cateter na veia e em seguida remova o mandril;
- Retire o garrote;
- Conecte o dispositivo selecionado, previamente preenchido com solução fisiológica;
- Injete a solução fisiológica lentamente ou de acordo com o cálculo de gotejamento;
- Observe se há sinais de infiltração no local da punção, além de queixas de dor e desconforto;
- Fixe o dispositivo com fita adesiva hipoalérgica;
- Anote data e horário da punção;
- Recolha o material;
- Retire as luvas de procedimento;
- Deixe o paciente confortável;
- Oriente o paciente sobre cuidados para manutenção do cateter;
- Higienize as mãos;
- Descarte o material em locais apropriados;
- Limpe a bandeja com álcool 70%;
- Higienize as mãos;
- Registre em prontuário.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Para a escolha da veia, considere o estado das veias, o tipo de solução a ser infundida e o tempo de infusão;
- Prefira veias calibrosas na administração de medicamentos irritantes ou muito viscosos, a fim de diminuir o trauma do vaso e facilitar o fluxo;
- Se possível escolha o membro superior não dominante para que o paciente possa movimentar-se mais livremente. Evite usar veias antecubitais, pela limitação de movimento do paciente;
- Evite a proximidade entre o local da nova punção e o local da anterior;
- Não puncionar veias esclerosadas ou membros paralisados, edemaciados ou com lesão;
- Não puncione o membro do mesmo lado de uma mastectomia;
- Após duas tentativas sem sucesso recomenda-se que outro profissional realize o procedimento.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 31</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>PERMEABILIZAÇÃO DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO COM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA</b>		Data de aprovação: 2025
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Manter permeabilidade do cateter venoso periférico para a administração de medicamentos e infusões intermitentes.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A permeabilização de acesso venoso periférico com solução fisiológica refere-se ao procedimento realizado para garantir que um acesso venoso periférico (como uma agulha ou cateter inserido em uma veia periférica, geralmente no braço) permaneça desobstruído e funcional para a administração de medicamentos, líquidos ou coleta de sangue.</p> <p>O processo de permeabilização envolve a irrigação do acesso venoso com uma solução fisiológica (uma solução de cloreto de sódio a 0,9%) para evitar a formação de coágulos dentro do cateter, garantindo que ele continue aberto e permitindo o fluxo adequado de substâncias. Este procedimento é comumente realizado em ambientes hospitalares, especialmente em pacientes que precisam de acesso contínuo à veia para tratamentos intravenosos.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Seringa de 10ml contendo solução fisiológica para permeabilização do cateter e protegida com agulha;</li> <li>• Luvas de procedimento;</li> </ul>		

- Gaze embebida em álcool 70% ou clorexidina 0,5%.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos;
- Separe e prepare o material necessário para o procedimento;
- Explique o procedimento ao paciente;
- Higienize as mãos;
- Feche as vias de infusão;
- Use gaze embebida em álcool 70% ou clorexidina alcoólica para desconexão entre o cateter e o equipo de infusão;
- Conecte a seringa com solução para permeabilização;
- Injete de 5 a 10ml de solução fisiológica com pressão e rapidez (a injeção da solução deve ser interrompida pelo fechamento do clampe, a fim de manter a pressão interna do sistema);
- Desconecte a seringa e feche o dispositivo com oclusor apropriado;
- Retire luvas de procedimento e descarte-a e lixo apropriado;
- Higienize as mãos;
- Oriente o paciente sobre o cuidados com o cateter;
- Deixe o paciente confortável;
- Recolha o material;
- Higienize as mãos;
- Descarte o material em locais apropriados;
- Limpe a bandeja com álcool 70%;
- Higienize as mãos;
- Registre em prontuário.

### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Inspeção o local de inserção do cateter diariamente e registre seu aspecto.
- Na presença de dor local, hiperemia, edema e exsudato, remova o cateter e verifique a conduta de cuidado local de acordo com a avaliação.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 32</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>VERIFICAÇÃO DE PESO CORPÓREO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Verificar o peso corpóreo do paciente.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A verificação do peso corporal é uma medida antropométrica que consiste em determinar o peso de uma pessoa. É uma técnica utilizada para avaliar o estado nutricional de um indivíduo e monitorar o seu desenvolvimento.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balança;</li> <li>• Folha de papel-toalha;</li> <li>• Papel;</li> <li>• Caneta.</li> </ul>		
<p><b>3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado e certifique-se que ele terá condições clínicas de se manter equilibrado sobre a balança;</li> <li>• Certifique-se de que a balança esteja equilibrada;</li> <li>• Identifique-se e em seguida confira o nome completo do paciente na prescrição</li> </ul>		

e na pulseira de identificação;

- Oriente ao paciente o procedimento que será realizado;
- Higienize as mãos;
- Encaminhe o paciente próximo da balança;
- Coloque uma folha de papel toalha na base da balança;
- Solicite ao paciente que retire roupas pesadas e calçados;
- Ajude o paciente a subir na balança;
- Leia o valor apontado na balança e anote na ficha de anotações de controle para registro de sinais vitais;
- Auxilie o paciente a descer da balança, calçar os sapatos e vestir-se.
- Remova o papel toalha da balança;
- Higienize as mãos;
- Cheque e registre o valor e horário impresso, em caso de alterações comunique ao enfermeiro/médico imediatamente.

#### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- O procedimento deve ser realizado pela manhã de preferência com o paciente em jejum.
- Em caso de balança eletrônica, ler o valor no painel digital.
- Em balanças mecânicas ajustar os cursores e verificar o peso.
- A cada 12 meses a balança deve ser encaminhada para calibração em empresa credenciada de calibração.
- Em pacientes sem condições clínicas para manter-se em pé, deve-se discutir com o médico outras formas de avaliação de estimativa de peso, ou fazer com balanças auxiliadas por elevadores (utilizadas em terapias intensivas).
- Os nutricionistas também avaliam o peso por meio de medidas como circunferência do braço e altura do joelho.
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes do SCIH.
- Em hemodiálise, o termo “peso seco” ou “ideal” é muito utilizado, pois é o peso que deve ser atingido ao término de cada sessão de hemodiálise.

#### **REFERÊNCIAS**

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 33</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Proporcionar suporte energético e nutricional para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea em pacientes cuja via digestiva esteja comprometida ou não seja suficiente para suprir suas necessidades.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A verificação do peso corporal é uma medida antropométrica que consiste em determinar o peso de uma pessoa. É uma técnica utilizada para avaliar o estado nutricional de um indivíduo e monitorar o seu desenvolvimento.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja com bolsa de nutrição parenteral (NP);</li> <li>• Saco protetor plástico opaco para equipe e bolsa;</li> <li>• Equipo comum;</li> <li>• Bolsa de infusão;</li> <li>• Luvas de Procedimento;</li> <li>• Gaze estéril;</li> <li>• Máscara descartável;</li> <li>• Fita Adesiva;</li> <li>• Álcool a 70%.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Receba a bolsa de NP da Farmácia, confira o rótulo com a prescrição medida, observe as condições de transporte, a integridade da embalagem e a homogeneidade da solução;
- Limpe o balcão com água e sabão e faça a desinfecção com álcool à 70%.

### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- O procedimento deve ser realizado pela manhã de preferência com o paciente em jejum;
- Em caso de balança eletrônica, ler o valor no painel digital;
- Em balanças mecânicas ajustar os cursores e verificar o peso;
- A cada 12 meses a balança deve ser encaminhada para calibração em empresa credenciada de calibração;
- Em pacientes sem condições clínicas para manter-se em pé, deve-se discutir com o médico outras formas de avaliação de estimativa de peso, ou fazer com balanças auxiliadas por elevadores (utilizadas em terapias intensivas);
- Os nutricionistas também avaliam o peso por meio de medidas como circunferência do braço e altura do joelho;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes do SCIH;
- Em hemodiálise, o termo “peso seco” ou “ideal” é muito utilizado, pois é o peso que deve ser atingido ao término de cada sessão de hemodiálise.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem:** guia prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 34</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>ADMINISTRAÇÃO DE DIETA ENTERAL</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Oferecer alimento em forma líquida e intermitente aos pacientes incapazes de deglutir ou desnutridos, por meio de sonda enteral (pré ou pós pilórica) ou de estomas de alimentação (gastrectomia ou jejunostomia).		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A administração de dieta enteral é um método que fornece nutrientes a pacientes que não conseguem se alimentar por via oral. É feita através de uma sonda, que pode ser inserida no nariz ou na boca, ou implantada no estômago.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Luvas de procedimento;</li> <li>• Seringa de 20 ml;</li> <li>• Ampola de água destilada;</li> <li>• Estetoscópio;</li> <li>• Saco plástico para descarte de resíduos;</li> <li>• Fita indicativa de pH gástrico;</li> <li>• Frascos de dietas por horário;</li> <li>• Frasco com água filtrada que pode ser fracionada nas 24 h para lavar a sonda após cada dieta;</li> <li>• Equipamentos para dieta enteral colorido, para diferenciar dos dispositivos usados no sistema venoso.</li> </ul>		

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Higienize as mãos;
- Receba a dieta encaminhada pela central de nutrição e dietética (CND) da instituição e armazene-a em local próprio. Confira os dados, coloque o horário e assine a ficha de recebimento da CND;
- Confira o rótulo do frasco com a prescrição médica: nome, leito, tipo e volume da dieta, data e horário da infusão;
- Inspeção o frasco quanto a presença de partículas e separação de fases. Caso haja alteração comunique a um profissional da CND e encaminhe o material para avaliação, solicite o envio de outro frasco de dieta;
- Leve o material até o posto de enfermagem para o preparo, antes da administração;
- Verifique a temperatura da dieta;
- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Retire o equipo colorido (é comum ser azul) da embalagem e a tampa do frasco de dieta e conecte o equipo ao frasco;
- Preencha a câmara de gotejamento e retire o ar do equipo, mantendo a sua extremidade protegida com a tampa;
- Reúna o material em uma bandeja, encaminhe-a ao quarto e coloque-a sobre a mesa da cabeceira do paciente;
- Confira o nome completo com o paciente ou com o acompanhante, compare com os dados na etiqueta no frasco da dieta e com a pulseira de identificação;
- Explique o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Coloque o frasco da dieta no suporte;
- Peça ao paciente para sentar-se ou eleve a cabeceira do leito (30 a 45°), mantenha-o nesta posição até o término da dieta;
- Higienize as mãos, calce as luvas de procedimento.

#### **EM PACIENTES COM SONDA ENTERAL**

- Abra a sonda, conecte-a a uma seringa de 20 ml e aspire. Examine a aparência do líquido aspirado e verifique o pH. Caso não haja retornos, reposicione o paciente novamente no leito, lave novamente a sonda com 30 ml de ar e aspire. O pH gástrico é ácido (menor que 6) e o intestinal é alcalino (7 ou mais);
- Conecte o equipo da dieta ao cateter de via gástrica. Observe se está utilizando a via correta, prestando atenção ao equipo, prestando atenção ao equipo diferenciado (outra cor);
- Inicie a infusão lentamente, observando o paciente (respiração, atividade e coloração). Na presença de quaisquer alterações, interrompa a dieta e solicite avaliação médica;
- Estabeleça a velocidade de infusão da dieta conforme prescrição médica. A dieta deve ser oferecida no prazo máximo de 120 min;

- Recolha o material e despreze no expurgo em local com indicação de lixo infectante;
- Retire a luva de procedimento e higienize as mãos;
- Deixe o paciente confortável, sentado ou com a cabeceira elevada, mantenha-o em observação quanto a sinais de intolerância, como vômito, diarreia, náuseas e distensão abdominal;
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio: Fixação da sonda, teste de refluxo e pH do líquido aspirado. Assine e carimbe as anotações;
- Ao término da dieta, higienize as mãos, calce as luvas de procedimento, desconecte o equipo do frasco de dieta e conecte-o com o frasco de água filtrada, oferecendo volume conforme o fracionamento estabelecido pela equipe de nutrição;
- Desconecte o equipo, protegendo com a tampa, feche a sonda, coloque o frasco da dieta na bandeja;
- Deixe o paciente confortável, mantendo-o no mesmo decúbito por mais de 30 min, sob observação aos sinais de intolerância à dieta;
- Retire as luvas de procedimentos e descarte os resíduos no local apropriado (lixeira para lixo infectante);
- Lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel toalha e passe álcool 70%;
- Higienize as mãos;
- Cheque o horário da administração da dieta e faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, informando o volume infundido e qualquer intercorrência. Assine e carimbe as anotações.

#### **EM PACIENTES COM ALIMENTAÇÃO POR GASTROSTOMIA**

- Peça ao paciente para sentar-se ou eleve a cabeceira do leito (30 a 45°); Mantenha-o nessa posição até o término da dieta;
- Higienize as mãos e calce as luvas de procedimento;
- Abra o cateter, conecte-o a uma seringa de 20 ml, aspire e observe se há deslocamento de suco gástrico, verificando a permeabilidade do cateter;
- Lave a sonda com água filtrada antes de iniciar a dieta;
- Conecte o equipamento a sonda e inicie a dieta, calcule o gotejamento entre 90 e 180 min no máximo. A dieta pode ser administrada por seringa (de 50 ml), na vazão 5 ml em 30 s, até finalizar;
- Ao término da dieta, o cateter deve ser lavado com 50 ml de água filtrada e mantido fechado no período entre as dietas.

#### **EM PACIENTES COM ALIMENTAÇÃO POR JEJUNOSTOMIA**

- Higienize as mãos e calce as luvas de procedimento;
- Abra o cateter, se não tiver retorno. Aspire com uma seringa de 20 ml para verificar sua permeabilidade;
- Lave o cateter com 50 ml de água filtrada;

- Conecte a dieta ao disposto e calcule o gotejamento. A velocidade de infusão deve ser mais lenta do que a via gástrica;
- Ao término da dieta, lave o cateter com água filtrada, como as outras sondas para alimentação. A pele ao redor do estoma (gástrica ou intestinal) deve ser mantida limpa e seca;
- Para finalizar higienize as mãos e calce as luvas de procedimento;
- Desconecte o equipo do frasco de dieta e conecte-o ao franco de água. Com o volume estabelecido, tire o equipo da sonda, protegendo a extremidade com a tampa e coloque-o em uma bandeja;
- Recolha o material e despreze no expurgo em local para lixo infectante;
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool a 70%;
- Higienize as mãos;
- Cheque o horário da administração da dieta e faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, informado o volume infundido e qualquer intercorrência. Assine e carimbe as anotações.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Nutrição enteral é a utilização do trato gastrointestinal para a realização de terapia nutricional. Ocorre por meio de inserção de sondas até o estômago ou no intestino por via digestiva alta a partir da sua introdução por via nasal ou oral (raro), ou por estomas de alimentação, gastrostomias ou jejunostomias;
- A gastrostomia é indicada como via de acesso prolongada para pacientes com o trato gastrointestinal com função normal, mas com problemas de deglutição, doenças graves na orofaringe ou pela dificuldade de manter a sonda por longos períodos, aumentando o risco de aspiração da dieta;
- A jejunostomia é indicada para pacientes com problemas de esôfago ou estômago, como refluxo gastroesofágico importante, hiperemese, pancreatite e outros que inviabilizam a utilização direta da via gástrica;
- O estoma normalmente não necessita de cobertura, mas se houver transudação excessiva ou vazamento, cubra-o com uma compressa de gaze e avise o enfermeiro especialista e/ou médico;
- Para a verificação do posicionamento correto da sonda pré-pilórica, antes da administração das dietas, o método mais indicado é a verificação do pH gástrico. Estudos têm demonstrado que o método da ausculta tem maior chance de erro, o som do ar na cavidade gástrica é semelhante ao do pulmão esôfago, podendo confundir o examinador.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;">Assistência de Enfermagem</p>	<b>POP nº 35</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>SONDAGEM NASOENTERAL COM LOCALIZAÇÃO PRÉ-PILÓRICA (GÁSTRICA) E PÓS-PILÓRICA (INTESTINO DELGADO)</b>		Data de aprovação: 2025
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<p><b>Objetivo:</b> Obter via de acesso para a administração da nutrição com a sonda em posição pré-pilórica (gástrica) em pacientes com importante dificuldade de deglutição ou com desnutrição grave.</p>		
<p><b>1- CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A sondagem nasoentérica é a passagem de uma sonda através das fossas nasais, geralmente até o jejuno, com a finalidade de alimentar e hidratar. Esta sonda causa menos traumas que a sonda nasogástrica, podendo permanecer por mais tempo, e reduz o risco de regurgitação e aspiração traqueal. A sondagem nasoentérica permite a administração de nutrientes pela via digestiva normal. Ela pode ser utilizada em qualquer faixa etária para a solução de diferentes problemas. Sua finalidade é a manutenção ou correção do estado nutricional. De maneira geral, os indivíduos que conservam o aparelho digestivo em funcionamento, porém não são capazes de ingerir os nutrientes adequados pela boca, podem se beneficiar da nutrição via sonda nasoentérica. A sondagem nasoentérica é indicada em casos de pré e pós operatório de diversas cirurgias, estado comatoso, anorexia, dentre outros.</p>		

## 2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Biombo;
- Luvas de procedimento;
- Papel toalha.
- Sonda Enteral nº 6 a 10 (pediátrico) ou nº 8 a 12 (adulto) acompanhada de fio guia, água ou lubrificante hidrossolúvel;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Adesivo hipoalergênico;
- Copo com água e canudo;
- Fita indicativa de pH;
- Abaixador de língua;
- Lanterna de bolso;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção.

## 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos;
- Reúna o material em uma bandeja e leve ao quarto;
- Confira o nome do paciente e o procedimento a ser realizado verificando a pulseira de identificação e a prescrição médica;
- Explique o procedimento ao paciente e/ou ao acompanhante;
- Promova a privacidade do paciente: Feche a porta do quarto e/ou coloque um biombo quando houver necessidade;
- Coloque o paciente na posição sentada ou eleve a cabeceira da cama;
- Coloque uma toalha ou papel toalha no tórax do paciente;
- Higienize as mãos;
- Calce as luvas de procedimento;
- Solicite ao paciente que faça higiene das narinas com compressa de gaze (ou faça a higiene nele se necessário);
- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas que provoquem dor ou obstrução;
- Examine as narinas com uma lanterna de bolso para detectar possíveis anormalidades e pergunte ao paciente se há preferência de narina (direita ou esquerda) para a colocação da sonda;
- Verifique a orofaringe utilizando o afastador de língua e a lanterna de bolso (para checar se a região está hiperemiada ou com edema). Se o paciente usar prótese dentária móvel, solicite a remoção;

- Retire da embalagem a sonda enteral acompanhada por um fio-guia;
- Meça a extensão da sonda que será introduzida na narina do paciente, iniciando pela ponta do nariz ao lóbulo da orelha, e deste ponto, continue até o apêndice xifoide, marque esse ponto com adesivo ou caneta;
- Coloque a máscara descartável e os óculos de proteção;
- Retire o fio-guia, injete água na sonda para facilitar a saída dele (se a sonda não for pré-lubrificada);
- Reintroduza o fio guia na sonda;
- Aplique o gel lubrificante anestésico na extremidade da sonda com compressa de gaze (ou vaselina líquida);
- Solicite ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax e fazer movimentos de deglutição (ofereça pequenos goles de água);
- Introduza suavemente a sonda na narina escolhida até atingir a epiglote. Coordene a passagem da sonda com os movimentos de deglutição até esse ponto;
- Retorne a cabeça até a posição ereta;
- Continue introduzindo a sonda delicadamente até o ponto calculado (marca);
- Conecte uma seringa de 20 ml na sonda e aspire delicadamente o conteúdo gástrico. Se não tiver, retorne a injetar 30 ml de ar para lavar a sonda, aspire o conteúdo gástrico e meça o pH com a fita reagente (o pH gástrico é menor que 6);
- Coloque o estetoscópio no quadrante superior esquerdo do abdome e injete 20 ml de ar pela sonda. Auscultar simultaneamente o ruído produzido pela entrada de ar (não realize se o teste de pH foi positivo);
- Retire o fio-guia delicadamente, tracionando-o com firmeza e segurando a sonda para evitar que se desloque;
- Remova as luvas e fixe a sonda de modo a evitar pressão na narina. Utilize adesivo hipoalergênico;
- Deixe o paciente em uma posição confortável;
- Retire a máscara e os óculos, recolha o material e deixe o ambiente em ordem. Descarte os resíduos na lixeira para lixo infectante e proceda a desinfecção da bandeja com álcool 70%;
- Higienize as mãos;
- Encaminhe o paciente para controle radiológico a fim de verificar o posicionamento da ponta da sonda. Aguarde a confirmação do médico para iniciar a dieta;
- Cheque o procedimento nas prescrições médicas e faça as anotações de enfermagem contendo: horário de início e término, registro dos testes para localização da ponta da sonda, intercorrências e encaminhamento do paciente para o serviço de radiologia. Assine e carimbe suas anotações.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Riscos: Obstrução da sonda; Remoção acidental da sonda; Ulceração nasal;
- Prevenção de agravo: Seguir procedimento técnico; Fixar a sonda adequadamente; Inspeccionar narinas para avaliar a necessidade de aliviar pressões da sonda; Tratar agitação psicomotora;
- Tratamento da não conformidade: Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e médico e realizar os registros necessários; Em caso de remoção acidental repassar a sonda caso necessário; Lavar a sonda com 20 mL de água filtrada em caso de obstrução; Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família;
- Observações/Recomendações complementares: Sempre usar EPI; Realizar os registros necessários após os procedimentos; Manter o local em ordem;
- Sinais de mau posicionamento da sonda: Cianose facial e de extremidades; Tosse e dificuldade respiratória; Dificuldade de injetar ar para teste de ruído no fundo gástrico; Na presença destes sinais retirar a sonda e tentar introdução novamente.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M.I.S et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>  <b>Assistência de Enfermagem</b>	<b>POP nº 36</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>SONDA PARA NUTRIÇÃO DE LOCALIZAÇÃO PÓS-PILÓRICA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivo:</b> Obter uma via de acesso para administrar dieta e medicação em pacientes que não podem se alimentar adequadamente VO (via oral) e melhorar o estado nutricional do paciente.		
<b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b>  <p>A sonda em posição pós-pilórica é um tipo de sonda de alimentação que é posicionada no duodeno, após o piloro. É utilizada para alimentar e hidratar pacientes que não conseguem ingerir alimentos via oral.</p>		
<b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Sonda Enteral nº 10 a 12 acompanhada de fio guia;</li> <li>• Luvas de procedimentos, gel lubrificante anestésico, seringa de 20ml;</li> <li>• Estetoscópio;</li> <li>• Adesivo hipoalergênico;</li> <li>• Copo com água e canudo;</li> <li>• Papel toalha;</li> <li>• Compressa de gaze;</li> </ul>		

- Ampola de água destilada;
- Fita indicativa de pH;
- Abaixador de língua;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção;
- Biombo se necessário.

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado.
- Higienize as mãos.
- Inicie o procedimento providenciando os materiais e siga os mesmos passos da sondagem nasoenteral pré-pilórica, passando para o procedimento pós pilórico quando for melhor o trajeto da sonda.
- Meça a sonda desde a ponta do nariz até o lóbulo da orelha, siga até a cicatriz umbilical e daí até a crista ilíaca anterossuperior, fazendo uma marca com adesivo ou caneta.
- Retorne a sequência dos demais passos da passagem da sonda enteral pré-pilórica incluindo os testes para verificar se está alocada no estômago.
- Abaixar a cabeceira da cama e posicione o paciente em decúbito lateral direito (se possível).
- Retire o adesivo da sonda (marca) e introduza mais 10 a 15 cm considerando o porte físico do paciente.
- aspire o conteúdo com uma seringa de 20 ml e observe a cor, enquanto o retorno gástrico do paciente em jejum é turvo, esverdeado ou bronze, o líquido intestinal é amarelo ouro.
- Meça o pH do líquido aspirado (com o paciente em jejum, o pH gástrico é menor que 6, o intestinal é igual ou maior que 7).
- Encaminhe o paciente para realização de radiografia a fim de visualizar e confirmar se a ponta da sonda está no jejuno.
- Aguarde a avaliação radiográfica do médico e confirme o horário para iniciar a dieta.
- Cheque o procedimento nas prescrições médicas e faça as anotações de enfermagem. Registrar o resultado dos testes incluindo o exame de imagem, intercorrências e horário de início da dieta Assine e carimbe suas anotações.

### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- Se encontrar resistência no progresso da sonda ou tiver dúvidas quanto à localização, e se o paciente apresentar tosse, dispneia, agitação e cianose, retire imediatamente a sonda, chame o médico de plantão e mantenha o material de emergência de prontidão;
- A localização da sonda deve ser confirmada pelo teste do pH no líquido

aspirado pela seringa, quando o pH for menor que 6, a sonda está no estômago, se for maior que 7, está no intestino. O resultado pode ser alterado pelo uso de alguns medicamentos ou na presença de dieta, por isso recomenda-se a passagem da sonda para alimentação em pacientes em jejum de pelo menos 4 horas;

- O líquido aspirado para a verificação do pH deve ser devolvido ao estômago exceto quando ultrapassar 150 ml;
- Se houver deslocamento da sonda da gastrostomia, o enfermeiro pode colocá-la, caso seja estomaterapeuta ou se for treinado para esse procedimento. A sonda colocada no intestino (jejunostomia) poderá ser recolocada pelo enfermeiro estomaterapeuta ou conforme protocolo da instituição.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M.I.S et al. **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 37</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025
<b>SONDAGEM NASOGÁSTRICA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro		
<b>Objetivo:</b> Drenar o conteúdo gástrico para descompressão nas cirurgias do trato digestório, doenças destrutivas do intestino, pancreatite e lavagem gástrica.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A sondagem nasogástrica é a inserção de uma sonda, geralmente flexível, com um ou mais lumens, na cavidade oral/nasal com destino ao estômago com a finalidade de alimentar, medicar, lavar, drenar líquidos ou ar, coletar material gástrico e realizar exames para fins diagnósticos, como a manometria e pHmetria.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Sonda de poliuretano nº 16 ou 18;</li> <li>• Luvas de procedimentos;</li> <li>• Estetoscópio;</li> <li>• Copo com água filtrada e canudo;</li> <li>• Papel toalha;</li> <li>• Compressa de gaze;</li> <li>• Lanterna de bolso;</li> <li>• Fita indicativa de pH;</li> </ul>		

- Coletor de sistema aberto;
- Afastador de língua;
- Máscara descartável;
- Óculos de proteção;
- Biombo se necessário.

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos;
- Reúna o material em uma bandeja e leve ao quarto do paciente;
- Explique o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Promova a privacidade do paciente fechando a porta e/ou colocando biombo, se necessário;
- Coloque o paciente em posição sentada ou em Fowler alta e coloque uma toalha de rosto ou papel toalha sobre o tórax do paciente;
- Calce as luvas de procedimento, coloque a máscara descartável e os óculos de proteção
- Verifique se há prótese dentária móvel e solicite ao paciente para retirá-la.
- Auxilie o paciente a fazer higiene nasal e oral;
- Pergunte ao paciente se tem algum problema nas narinas ou de deglutição;
- Inspeccione as narinas com uma lanterna de bolso para detectar anormalidades;
- Confirme com o paciente em qual narina deve ser passada a sonda (direita ou esquerda);
- Retire a sonda da embalagem e meça a extremidade desde a ponta do nariz até o lóbulo da orelha, seguindo até o apêndice xifoide. Faça uma marca na sonda com caneta ou fita adesiva;
- Aplique o gel lubrificante anestésico na sonda (ou vaselina líquida) com uma compressa de gaze;
- Solicite ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax e fazer movimentos de deglutição (ofereça pequenos goles de água);
- Introduza suavemente a sonda na narina escolhida até atingir o epiglote;
- Continua introduzindo a sonda delicadamente até atingir a marca do adesivo.
- Conecte uma seringa de 20 ml na sonda e aspire delicadamente o conteúdo gástrico. Se não tiver refluxo, retorne a injetar 30 ml de ar para lavar a sonda, aspire o conteúdo gástrico e meça o pH com a fita reagente ( o pH gástrico é menor que 6);
- Coloque o estetoscópio no quadrante superior esquerdo do abdome e injete 20 ml de ar pela sonda. Auscultar simultaneamente o ruído produzido pela entrada de ar (som de borbulho) (Se o pH for menor que 6 não faça o teste).

#### **FIXAÇÃO DA SONDA**

- Inicie esse procedimento passando uma compressa de gaze com sabonete líquido no nariz do paciente para remover a oleosidade;

- Corte uma fita adesiva e divida-a em duas partes até a metade no sentido longitudinal. Coloque a extremidade intacta sobre a crista nasal do paciente e enrole as partes soltas ao redor da sonda, tomando cuidado para não tracionar o nariz;
- Prenda a sonda na face para facilitar a movimentação do paciente no leito.
- Adapte um coletor no sistema aberto na extremidade da sonda (ou mantenha-a fechada, conforme prescrição médica);
- Recolha o material utilizado e o encaminhe para o expurgo;
- Lave a bandeja com água e sabão, seque com papel toalha e passe álcool 70%;
- Retire as luvas do procedimento;
- Higienize as mãos;
- Cheque o procedimento na prescrição médica, faça as anotações de enfermagem em impresso próprio, informando qualquer intercorrência. Assine e carimbe suas anotações.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Sempre que possível programe a passagem da sonda nasogástrica com o paciente em jejum de 4h para evitar ocorrência de vômitos e aspiração no trato respiratório;
- Caso ocorra resistência ao introduzir a sonda, não insista e tente introduzi-la na outra narina;
- Fique atento à reação do paciente enquanto passa a sonda: se ficar agitado, tossir ou apresentar cianose, a sonda deve estar no trato respiratório. Retire-a delicadamente e avalie o desconforto respiratório, solicite o acompanhamento de um médico para dar continuidade;
- Sempre que possível, solicite a cooperação do paciente, assim o procedimento se torna mais fácil e seguro;
- A troca da fixação da sonda deve ser feita diariamente e sempre que estiver solta. Mantenha a marca do posicionamento adequado (próximo à narina), facilitando a observação de pequenos deslocamentos;
- Em situações de deslocamentos ou saída da sonda nos pacientes em pós-operatório de cirurgia de esôfago e estômago a sonda não poderá ser reintroduzida e nem repassada sem avaliação do cirurgião.

#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 38</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DA GASTROSTOMIA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Manter a integridade da pele ao redor da gastrostomia e prevenir complicações.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>Os cuidados com a pele ao redor da gastrostomia são essenciais para prevenir complicações como infecções, irritações e lesões cutâneas. A gastrostomia é um procedimento no qual uma sonda é inserida diretamente no estômago através da parede abdominal para permitir a alimentação e/ou administração de medicamentos em pacientes que não podem se alimentar pela boca. A pele ao redor do local da gastrostomia está sujeita a exposição a secreções gástricas, umidade e atrito, o que pode levar a problemas dermatológicos.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Luva estéril;</li> <li>• Luvas de procedimentos;</li> <li>• Compressa de gaze;</li> <li>• Lanterna de bolso;</li> </ul>		

- Adesivo hipoalergênico;
- Máscara descartável;
- Água destilada ou solução fisiológica 10 ml;
- Saco plástico para resíduos;
- Biombo se necessário.

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO SEQUÊNCIA DOS PASSOS NOS PRIMEIROS DIAS APÓS A GASTROSTOMIA**

- O primeiro curativo deve ser feito 24h após a intervenção, seja via endoscópica ou cirúrgica;
- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos;
- Reúna o material em uma bandeja e leve ao quarto do paciente;
- Confira o nome do paciente e o procedimento a ser realizado;
- Explique o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Promova a privacidade do paciente fechando a porta e/ou colocando biombo, se necessário;
- Posicione o paciente em decúbito dorsal;
- Higienize as mãos;
- Coloque a máscara descartável;
- Abra o material estéril em cima da mesa auxiliar;
- Calce as luvas estéreis e umedeça as gazes com a solução escolhida (soro fisiológico ou água destilada);
- Limpe a pele ao redor da sonda, e posteriormente, a sonda próxima a sua inserção;
- Seque o local com gaze estéril;
- Realize o curativo oclusivo com gaze estéril e fita adesiva hipoalergênica do 1º ao 7º dia após o procedimento;
- Coloque o material infectante em saco plástico para resíduos;
- Retire a máscara e as luvas e coloque no saco para resíduos;
- Higienize as mãos;
- Deixe o paciente em posição confortável;
- Recolha o material deixando a unidade organizada;
- Descarte os resíduos e faça a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Retirar o curativo oclusivo após o 8º dia ou conforme o protocolo médico.

#### **APÓS A RETIRADA DO CURATIVO**

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos;
- Calce as luvas de procedimento;
- Limpe o estoma com água morna e sabão neutro, utilizando uma gaze ou

compressa;

- Remova as crostas ao redor do estoma e do dispositivo de fixação, cuidadosamente;
- Realize a fixação do cateter no abdome com uma fita hipoalergênica. Em sondas com disco ou placa de fixação externa, a placa deve ficar em contato com a parede abdominal, sem exercer pressão na pele;
- Coloque o material infectante em saco plástico para resíduos;
- Retire as luvas do procedimento;
- Higienize as mãos;
- Deixe o paciente em posição confortável;
- Recolha o material deixando a unidade organizada;
- Descarte os resíduos e faça a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Higienize as mãos;
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio informando o horário, o aspecto do estoma e da pele ao redor e se há presença de exsudato. Assine e carimbe as anotações.

#### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- Uma vez formado o estoma (após 7 dias), lave a região da inserção da sonda diariamente no banho, com água e sabão neutro, em seguida limpe conforme orientado;
- Caso ocorra deslocamento do cateter, chame um médico ou enfermeiro devidamente capacitado para avaliar o reposicionamento ou a inserção de um novo;
- 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/jejunostomia) ou de dieta, sinais de dermatite periestoma 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**

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 39</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>PUNÇÃO DE VEIA JUGULAR EXTERNA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivo:</b> Instalar cateter em trajeto venoso periférico para manutenção de uma via de acesso para infusão de soluções ou administração de medicamentos contínua ou intermitente.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A punção da veia jugular externa é um procedimento médico no qual se acessa a veia jugular externa, geralmente para fins de administração de medicamentos, coleta de sangue ou colocação de cateteres venosos centrais. A veia jugular externa é uma veia superficial localizada no pescoço, que drena o sangue da região da cabeça e do pescoço em direção ao coração. Por ser relativamente superficial e de fácil acesso, ela é frequentemente utilizada em situações de emergência ou quando outras veias periféricas são de difícil acesso.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja;</li> <li>• Cateter venoso conforme tamanho pertinente;</li> <li>• Equipo, se necessário;</li> <li>• Seringa de 10ml contendo solução fisiológica para permeabilização do cateter e protegida com agulha;</li> <li>• Luvas de procedimento;</li> </ul>		

- Gaze embebida em álcool 70% ou clorexidina 0,5%.

### **3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO**

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienize as mãos;
- Separe e prepare o material necessário para o procedimento;
- Explique o procedimento ao paciente;
- Higienize as mãos;
- Calce luvas de procedimento;
- Posicione-se na cabeceira do leito do paciente;
- Posicione o paciente em decúbito zero ou até 15° com hiperextensão lateral da cabeça (expondo o lado a ser puncionado);
- Mantenha algodão embebido em álcool ou clorexidina alcoólica ao alcance das mãos;
- Localize o vaso a ser puncionado por meio de palpação e visualização;
- Faça antisepsia da pele no local e ao redor da punção;
- Tracione a pele para baixo, com o polegar, abaixo do local da punção;
- Introduza o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, em um ângulo aproximado e 10°;
- Observe o refluxo sanguíneo no canhão do jelco;
- Conecte o dispositivo selecionado, previamente preenchido com solução fisiológica;
- Injete a solução fisiológica lentamente ou de acordo com o cálculo de gotejamento;
- Observe se há sinais de infiltração no local da punção, além de queixas de dor e desconforto;
- Fixe o dispositivo com fita adesiva hipoalérgica;
- Anote data e horário da punção;
- Recolha o material;
- Retire as luvas de procedimento;
- Deixe o paciente confortável;
- Oriente o paciente sobre cuidados para manutenção do cateter;
- Higienize as mãos;
- Descarte o material em locais apropriados;
- Limpe a bandeja com álcool 70%;
- Higienize as mãos;
- Registre em prontuário.

### **4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES**

- Em virtude dos riscos, este tipo de punção não deve ser a primeira escolha;
- A punção deve ser realizada por um profissional que tenha conhecimento, competência e habilidade. Na punção arterial acidental, promova compressão

digital por aproximadamente 10min a fim de evitar hematomas;

- Na retirada do acesso, pressione o local da punção por aproximadamente 3 min e coloque curativo levemente compressivo.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 40</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA POR VIA SUBCUTÂNEA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de insulina por via subcutânea. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos. Fornecer subsídios para implementação da terapêutica medicamentosa.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A insulina é um hormônio que regula os níveis de glicose no sangue, e sua administração subcutânea permite uma absorção lenta e constante, simulando a liberação fisiológica de insulina pelo pâncreas.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrição médica atualizada;</li> <li>• Bandeja;</li> <li>• Frasco de insulina;</li> <li>• Seringa específica para aplicação de insulina de 1 ml (com graduação de 100 UI/1ml);</li> <li>• Agulha específica para aplicação de insulina;</li> <li>• Algodão embebido em álcool a 70%;</li> <li>• Algodão seco;</li> </ul>		

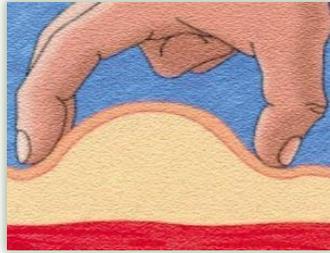
- Luvas de procedimento.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da prescrição médica;
- Higienize as mãos;
- Separe e prepare o material necessário para o procedimento;
- Realizar a desinfecção da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool a 70%;
- Manter o protetor da agulha e puxar o êmbolo até a graduação correspondente a dose de insulina prescrita;
- Retirar o protetor da agulha e injetar o ar dentro do frasco de insulina;
- Posicionar o frasco virado, na altura dos olhos, sem retirar a agulha e aspirar a dose prescrita;
- Eliminar bolhas de ar, se existentes, batendo levemente com os dedos, até que as mesmas atinjam o bico da seringa e sejam eliminadas;
- Virar o frasco para a posição inicial, remover a agulha do frasco, se a aplicação não for imediata colocar o protetor de agulha para prevenir contaminação;
- Esclarecer ao cliente sobre a medicação que irá receber;
- Higienizar e secar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Selecionar o local da aplicação (face externa e posterior do braço, abdome, face lateral da coxa e região infraescapular, glúteo);
- Fazer antisepsia com álcool a 70%, deixar secar;
- Fazer prega cutânea com os dedos polegar e indicador e introduzir a agulha com um movimento rápido em ângulo de 90 graus;
- Introduzir a insulina, mantendo a prega durante a injeção;
- Ao finalizar a introdução da insulina, permanecer a agulha na prega por no mínimo de 5 a 10 segundos;
- Utilizar bola de algodão seco para tamponar, retirar a agulha e após desfazer a prega;
- Descartar o material em recipiente específico para perfuro cortante;
- Organizar o ambiente;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento;
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio ou prontuário eletrônico do paciente, informando o horário, o medicamento, a dose, a via em que foi realizada a administração (nasal) e qualquer intercorrência (queixas, reações, etc.). Assine e carimbe as anotações.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

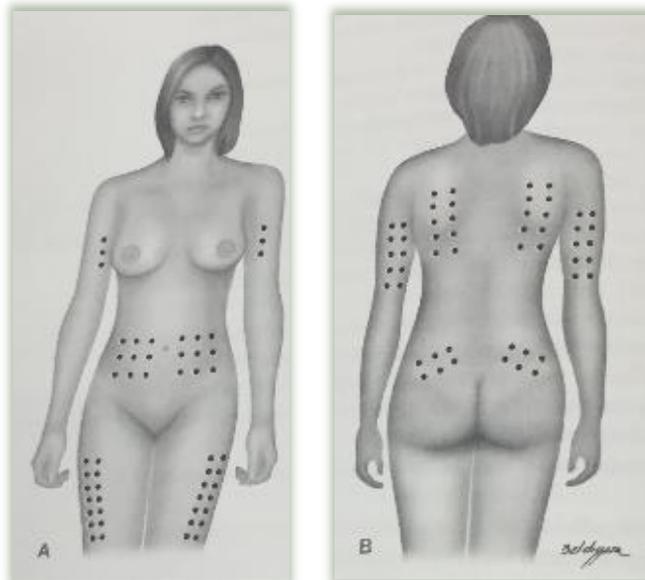
- Prega correta



- Prega incorreta



- Locais para Aplicação de Insulina (tecido subcutâneo)



#### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 41</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>ADMINISTRAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Padronizar condutas relacionadas às técnicas de aplicação de insulina por via subcutânea. Melhorar a segurança do paciente minimizando erros na administração de medicamentos. Fornecer subsídios para implementação da terapêutica medicamentosa.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A administração por via subcutânea é uma técnica de administração de medicamentos na qual a substância é injetada no tecido subcutâneo, uma camada de gordura localizada entre a pele e o músculo. Essa via é comumente utilizada para medicamentos que necessitam de absorção lenta e constante, como insulina, heparina, vacinas e alguns hormônios.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrição médica atualizada;</li> <li>• Bandeja;</li> <li>• Medicação;</li> <li>• Seringa específica para aplicação de insulina de 1 ml (com graduação de 100 UI/1ml);</li> <li>• Agulha específica para aplicação de insulina;</li> <li>• Algodão embebido em álcool a 70%;</li> </ul>		

- Algodão seco;
- Luvas de procedimento.

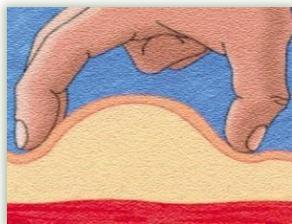
### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da prescrição médica;
- Verifique se há informações sobre alergia do paciente a algum medicamento prescrito (na prescrição médica, na SAE, ou com próprio paciente ou familiar);
- Faça a etiqueta de identificação contendo informações do medicamento (nome, horário, dosagem, via de administração – via subcutânea) e do paciente (nome completo, leito);
- Faça a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Higienizar e secar as mãos;
- Separe e prepare o material necessário para o procedimento;
- Separe o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição médica) e o prazo de validade;
- Cole a etiqueta de identificação do medicamento correspondente no copo descartável;
- Faça um ponto com caneta ao lado do horário aprazado correspondente, para indicar a realização do preparo do medicamento;
- Faça a desinfecção do frasco/ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
- Conecte a agulha (13mm X0,45mm) na seringa de 1 ml;
- Aspire o volume correspondente a dose correspondente, sem deixar ar no interior;
- Desconecte a agulha (sem reencapar para não se ferir) e descarte-a corretamente em um recipiente para perfurocortantes;
- Conecte uma nova agulha (13mm x 0,45mm) na seringa;
- Transfira a etiqueta de identificação para a seringa que contém o medicamento correspondente;
- Coloque o medicamento preparado na bandeja;
- Leve a prescrição médica e a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar previamente limpa;
- Higienize as mãos;
- Confira o nome do paciente (comparando a prescrição médica com a etiqueta do medicamento e a pulseira de identificação do paciente);
- Apresente-se ao paciente, pergunte o nome completo e informe-o sobre o medicamento a ser administrado (nome do medicamento e via de administração);
- Selecionar o local da aplicação (face externa e posterior do braço, abdome, face lateral da coxa e região infraescapular, glúteo);
- Coloque o paciente na posição mais adequada para o procedimento;
- Calce as luvas de procedimento;

- Exponha a área e delimite o local de aplicação;
- Realize a antisepsia do local com o álcool embebido em álcool a 70% em um único sentido e direção, e espere secar;
- Retire a proteção da agulha;
- Faça a prega com o dedo polegar e indicador da mão oposta a que segura a seringa;
- Introduza a agulha na pele, fazendo um ângulo de 90° (ou de 45° em crianças ou adultos muito magros). Não tracionar o êmbolo da seringa;
- Solte a pele e injete o medicamento, empurrando lentamente o êmbolo;
- Retire a seringa e agulha em um movimento único (não reencapar a agulha);
- Ocluir o local da aplicação com algodão seco evitando extravasamento do medicamento. Não massagear;
- Recolha o material e coloque na bandeja;
- Retire as luvas de procedimento (se as tiver calçado) e coloque-as na bandeja;
- Higienizar e secar as mãos;
- Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Descartar o material em recipiente específico para perfuro cortante;
- Organizar o ambiente;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento;
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio ou prontuário eletrônico do paciente, informando o horário, o medicamento, a dose, a via em que foi realizada a administração (nasal) e qualquer intercorrência (queixas, reações, etc.). Assine e carimbe as anotações.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

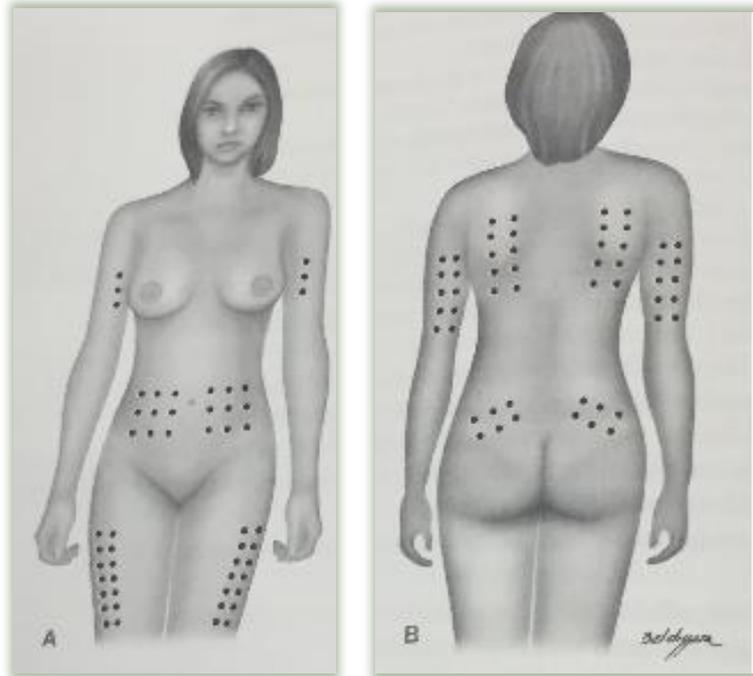
- Prega correta



- Prega incorreta



- Locais para Aplicação de Insulina (tecido subcutâneo)



## REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>  <b>Assistência de Enfermagem</b>	<b>POP nº 42</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>ADMINISTRAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Preparar e administrar por via intramuscular (IM) medicamentos que não podem ser absorvidos diretamente pela mucosa gástrica. Obter ação mais rápida do que via oral (VO).		
<b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b>  <p>A administração por via intramuscular (IM) é uma técnica de administração de medicamentos na qual a substância é injetada diretamente no tecido muscular. Essa via é utilizada para medicamentos que necessitam de absorção mais rápida do que a via subcutânea, mas não tão imediata quanto a via intravenosa. A via intramuscular é adequada para medicamentos que podem ser irritantes ou que requerem doses maiores.</p>		
<b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrição médica atualizada;</li> <li>• Bandeja;</li> <li>• Seringa de 5 ml;</li> <li>• Agulha 40mm x 1,2mm;</li> <li>• Agulha para administração IM (conforme quadro 1);</li> <li>• Álcool a 70%;</li> <li>• Bolas de algodão;</li> </ul>		

- Luvas de procedimento;
- Etiqueta ou fita adesiva.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da prescrição médica;
- Verifique se há informações sobre alergia do paciente a algum medicamento prescrito (na prescrição médica, na SAE, ou com próprio paciente ou familiar);
- Faça a etiqueta de identificação contendo informações do medicamento (nome, horário, dosagem, via de administração – via subcutânea) e do paciente (nome completo, leito);
- Faça a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Higienizar e secar as mãos;
- Separe e prepare o material necessário para o procedimento;
- Separe o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição médica) e o prazo de validade;
- Cole a etiqueta de identificação do medicamento correspondente no copo descartável;
- Faça um ponto com caneta ao lado do horário aprazado correspondente, para indicar a realização do preparo do medicamento;
- Faça a desinfecção do frasco/ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
- Conecte a agulha (40 mm X 1,2 mm) na seringa;
- Faça a reconstituição do medicamento (se pó ou liofilizado) utilizando o diluente adequado;
- Agite o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à quantidade prescrita);
- Aspire o volume correspondente a dose correspondente, sem deixar ar no interior;
- Desconecte a agulha (sem reencapar para não se ferir) e descarte-a corretamente em um recipiente para perfurocortantes;
- Conecte a agulha adequada para via IM, na seringa;
- Transfira a etiqueta de identificação para a seringa que contém o medicamento correspondente;
- Coloque o medicamento preparado na bandeja;
- Leve a prescrição médica e a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar previamente limpa;
- Higienize as mãos;
- Confira o nome do paciente (comparando a prescrição médica com a etiqueta do medicamento);
- Apresente-se ao paciente, pergunte o nome completo e informe-o sobre o medicamento a ser administrado (nome do medicamento e via de administração);
- Escolha a região da aplicação (alterne os locais de aplicação);
- Coloque o paciente na posição mais adequada para o procedimento;

- Calce as luvas de procedimento;
- Exponha a área e delimite o local de aplicação;
- Realize a antissepsia do local com o álcool embebido em álcool a 70% em um único sentido e direção, e espere secar;
- Retire a proteção da agulha;
- Pince a pele e o músculo do local selecionado com os dedos indicador e polegar da mão oposta a que segura a seringa;
- Introduza a agulha na pele, fazendo um ângulo de 90° (ou de 45° em crianças ou adultos muito magros). Não tracionar o êmbolo da seringa;
- Tracione suavemente o êmbolo da seringa para certificar-se que não há retorno sanguíneo (em caso positivo, retirar a agulha e reiniciar o procedimento);
- Solte a pele e injete o medicamento, empurrando lentamente o êmbolo;
- Retire a seringa e agulha em um movimento único (não reencapar a agulha);
- Ocluir o local da aplicação com algodão seco evitando extravasamento do medicamento. Não massagear;
- Verifique o local da punção, observando a formação de hematoma ou qualquer tipo de reação (se necessário, faça um curativo local);
- Recolha o material e coloque na bandeja;
- Retire as luvas de procedimento (se as tiver calçado) e coloque-as na bandeja;
- Higienizar e secar as mãos;
- Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Descartar o material em recipiente específico para perfuro cortante;
- Organizar o ambiente;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento;
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio ou prontuário eletrônico do paciente, informando o horário, o medicamento, a dose, a via em que foi realizada a administração (nasal) e qualquer intercorrência (queixas, reações, etc.). Assine e carimbe as anotações.

### **TÉCNICA EM Z**

- É recomendado principalmente para medicamentos com alta probabilidade de refluxo (oleosos e suspensões) e para medicamentos em que o refluxo pode causar danos à pele, como anticoncepcionais e medicamentos à base de ferro;
- Exponha a área e delimite o local de aplicação;
- Realize a antissepsia da pele e espere secar;
- Com os dedos da mão espalmada (sobre a pele e pouco abaixo da aplicação), repuxe firmemente e mantenha-a esticada;
- Insira a agulha a um ângulo de 90° em relação ao músculo;
- Tracione suavemente o êmbolo da seringa para certificar-se que não há retorno sanguíneo (em caso positivo, retire a seringa e reinicie o procedimento);
- Injete lentamente o conteúdo da seringa (ainda com a pele esticada);

- Aguarde 10 segundos;
- Retire a seringa e solte a pele, simultaneamente;
- Comprima levemente o local com algodão seco, sem massagear, até que se conclua a hemostasia (se necessário, faça um curativo local);
- Coloque a seringa sobre a bandeja (sem reencapar a agulha);
- Com essas manobras, os tecidos superficiais (pele e tecido subcutâneo) são deslocados, mas não a musculatura. Ao voltarem à posição original, o canal formado pela agulha assume um trajeto irregular (em Z) que impede o refluxo do medicamento;
- Essa técnica é contraindicada para crianças menores de 2 anos de idade e para indivíduos debilitados.

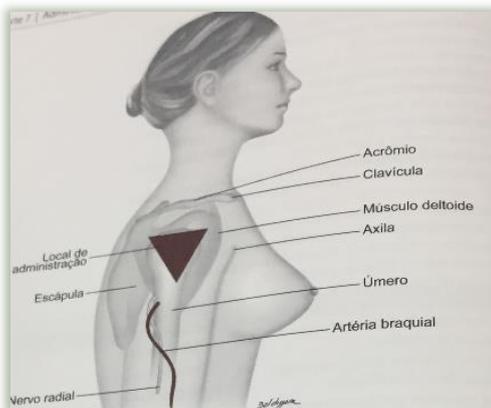
#### 4 - CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

<b>Quadro 1 - ESPECIFICAÇÃO DE AGULHAS PARA APLICAÇÃO IM EM ADULTOS</b>			
<b>Biotipo do Paciente</b>		<b>Solução Oleosa/Suspensão</b>	<b>Solução Aquosa</b>
Magro	<b>Adulto</b>	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
Magra	<b>Criança</b>	20 mm X 0,6 mm	20 mm X 0,6 mm
Normal		25 mm X 0,6 mm	25 mm X 0,8 mm
Obesa		30 mm X 0,8 mm	30 mm X 0,8 mm

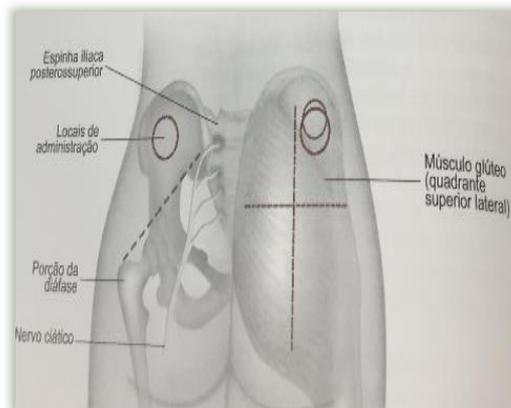
<b>REGIÕES E MÚSCULOS INDICADOS PARA ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR E VOLUMES</b>	
Glúteo-região dorsoglútea	Quadrante superior lateral (até 5 ml).
Vastolateral – região anterolateral da coxa	No terço médio (até 4 ml).
Glúteo-região ventroglútea	Hochstetter (até 4 ml) formado no centro V formado pelos seguintes vértices: palma da mão na porção do trocanter maior, dedo indicador na espinha ilíaca anterossuperior e dedo médio estendendo-se até a crista ilíaca.
Deltóide	Aproximadamente 4 cm abaixo do acrômio (até 2 ml).

## LOCAIS DE ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR

### Administração Intramuscular no Músculo Deltóide



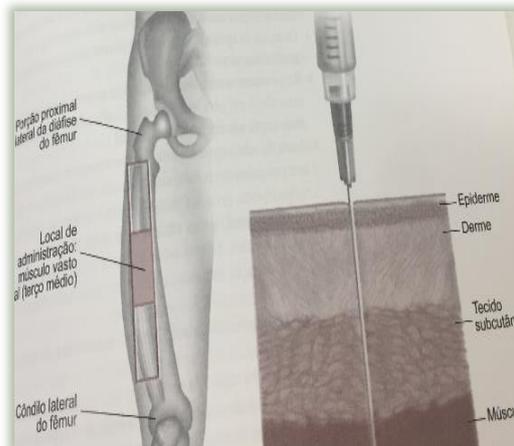
### Administração Intramuscular no Músculo Glúteo (dorsoglúteo)



### Administração Intramuscular Músculo Glúteo (Região Ventroglútea – Hochstetter)



### Administração Intramuscular Músculo Vasto Lateral



## REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 43</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>ADMINISTRAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Preparar e administrar medicamento por via endovenosa (EV). Seu uso permite a administração de grande quantidade de volume de líquidos e ação imediata do medicamento.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A administração por via endovenosa (EV) é uma técnica de administração de medicamentos ou fluidos diretamente na corrente sanguínea, através de uma veia. Essa via permite uma absorção imediata e completa do medicamento, sendo ideal para situações que requerem efeito rápido, controle preciso da dosagem ou quando o medicamento não pode ser administrado por outras vias.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrição médica atualizada;</li> <li>• Bandeja;</li> <li>• Diluente do medicamento;</li> <li>• Seringa de 10 ml;</li> <li>• Agulha 40mm x 1,2mm;</li> <li>• Agulha 25mm x 0,8 mm;</li> </ul>		

- Álcool a 70%;
- Bolas de algodão;
- Luvas de procedimento;
- Fita adesiva hipoalergênica ou película semipermeável transparente;
- Etiqueta ou fita adesiva.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da prescrição médica;
  - Verifique se há informações sobre alergia do paciente a algum medicamento prescrito (na prescrição médica, na SAE, ou com próprio paciente ou familiar);
  - Faça a etiqueta de identificação contendo informações do medicamento (nome, horário, dosagem, via de administração – via subcutânea) e do paciente (nome completo, leito);
  - Faça a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
  - Higienizar e secar as mãos;
  - Separe e prepare o material necessário para o procedimento;
  - Separe o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição médica) e o prazo de validade;
  - Cole a etiqueta de identificação do medicamento correspondente no copo descartável;
  - Faça a desinfecção do frasco/ampola com algodão embebido em álcool a 70%;
  - Prepare o medicamento;
- Se solução em frasco ou bolsa, já pronta para uso (dose certa):
    - Conecte um equipo ao frasco/bolsa;
    - Retire o ar do equipo, preenchendo-o com o medicamento;
    - Mantenha a extremidade do equipo protegida;
  - Se solução em frasco/ampola sem necessidade de diluição:
    - Conecte a agulha de 40 mm X 1,2 mm na seringa;
    - Aspire à dose prescrita;
  - Se solução em frasco/ampola com necessidade de diluição:
    - Conecte a agulha de 40 mm X 1,2 mm na seringa;
    - Faça a diluição do medicamento, utilizando o diluente e o volume adequados (conforme prescrição médica e/ou indicação do fabricante);
    - Aspire o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à dose prescrita);
  - Se pó ou liofilizado:
    - Conecte a agulha de 40 mm X 1,2 mm na seringa;
    - Faça a reconstituição do medicamento, utilizando o diluente e o volume adequados (conforme prescrição médica e/ou indicação do fabricante);

- aspire o conteúdo do frasco/ampola (o volume correspondente à dose prescrita);
- retire o ar da seringa;
- desconecte a agulha (sem encapá-la com cuidado para não se ferir) e descarte-a em recipiente adequado para perfurocortante;
- conecte a agulha de 25 mm X 0,8 mm na seringa;
- transfira a etiqueta de identificação para a seringa que contém o medicamento correspondente;
- coloque o medicamento preparado na bandeja;

### **ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO**

- higienize as mãos;
- confira o nome do paciente (comparando a prescrição médica com a etiqueta do medicamento);
- apresente-se ao paciente, pergunte o nome completo e informe-o sobre o medicamento a ser administrado (nome do medicamento e via de administração);
- escolha a região da aplicação (alterne os locais de aplicação);
- observe a integridade da pele e as condições do dispositivo venoso;
- coloque o paciente na posição mais adequada para o procedimento;
- calce as luvas de procedimento;
- exponha a área e delimite o local de aplicação;
- realize a antisepsia do local com o álcool embebido em álcool a 70% em um único sentido e direção, e espere secar;

### **ADMINISTRAÇÃO POR DISPOSITIVO DE ACESSO VENOSO, CENTRAL OU PERIFÉRICO, JÁ INSTALADO**

- limpe a conexão do dispositivo de acesso venoso com gaze estéril embebida em álcool a 70%;
- remova a tampa da torneira de três vias ou do cateter e descarte-a;
- desconecte a agulha da seringa;
- conecte a seringa que contém o medicamento ao dispositivo de acesso venoso (cateter, torneira de três vias);
- bloqueie a via de acesso do soro durante o período de administração do medicamento;
- teste o dispositivo venoso: tracione o êmbolo da seringa até que uma quantidade de sangue reflua (não é indicado aspirar cateteres venosos salinizados, cateteres plásticos ou cateteres de pequeno calibre);
- injete todo o medicamento, no tempo recomendado (verifique as recomendações específicas relativas ao medicamento e ao paciente na prescrição médica e/ou bula do medicamento);
- observe sinais de infiltração no local da punção, além de queixas de dor, desconforto, reações ou alterações do paciente (se ocorrem durante a administração do medicamento, interrompa-a) e comunique imediatamente o

médico;

### **APÓS A ADMINISTRAÇÃO**

- Bloqueie a via de acesso da torneira de três vias, desconecte a seringa e coloque uma nova tampa (estéril) de proteção da torneira ou Restabeleça a infusão de soro e controle o gotejamento, ou Faça a salinização do cateter venoso periférico;

### **NA ADMINISTRAÇÃO POR PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA**

- Realiza a punção venosa;
- Solte o garrote;
- Conecte a seringa que contém o medicamento ao cateter venoso;
- Tracione o êmbolo da seringa até que reflua uma pequena quantidade de sangue;
- Injete todo o medicamento, no tempo recomendado (verifique as recomendações específicas relativas ao medicamento e ao paciente);
- Observe sinais de infiltração ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor, desconforto, reações ou alterações do paciente (se ocorrem durante a administração do medicamento, interrompa-a) e comunique imediatamente o médico;

### **APÓS A ADMINISTRAÇÃO**

- Retire o dispositivo de acesso venoso e comprima o local da punção com algodão seco, por alguns minutos. Observe se há sangramento persistente no local da punção, e nesse caso, mantenha a compressão;
- Faça um curativo no local da punção e oriente o paciente sobre os cuidados com o local, ou Inicie a infusão de soro (prescrito) e controle o gotejamento, ou Faça a salinização do cateter venoso periférico;
- Pergunte ao paciente se ele se sente bem (verificando se existe possíveis sintomas e queixas de reações ao medicamento);
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento;
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio ou prontuário eletrônico do paciente, informando o horário, o medicamento, a dose, a via em que foi realizada a administração e qualquer intercorrência (queixas, reações, etc.). Assine e carimbe as anotações.

### **REFERÊNCIAS**

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 44</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>ADMINISTRAÇÃO POR VIA ORAL</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Preparar e administrar medicamentos por via oral (VO), utilizando o trato gastrointestinal para absorção.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>A administração por via oral é uma das vias mais comuns e seguras para a administração de medicamentos, suplementos e outras substâncias. Nessa via, o medicamento é ingerido pela boca e absorvido principalmente no trato gastrointestinal. É amplamente utilizada devido à sua praticidade, não invasividade e facilidade de administração, tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrição médica atualizada (pomada ou solução);</li> <li>• Bandeja;</li> <li>• Copo descartável;</li> <li>• Copo com água (filtrada, mineral);</li> <li>• Seringa de 10 ou 20 ml;</li> </ul>		

- Cálice graduado;
- Conta-gotas;
- Dosador próprio.
- Triturador de comprimidos;
- Espátula;
- Canudo;
- Etiqueta ou fita adesiva.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da prescrição médica;
  - Verifique se há informações sobre alergia do paciente a algum medicamento prescrito (na prescrição médica, na SAE, ou com próprio paciente ou familiar);
  - Faça a etiqueta de identificação contendo informações do medicamento (nome, horário, dosagem, via de administração – via oral) e do paciente (nome completo, leito);
  - Faça a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
  - Higienizar e secar as mãos;
  - Separe e prepare o material necessário para o procedimento;
  - Separe o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição médica) e o prazo de validade;
  - Cole a etiqueta de identificação do medicamento correspondente no copo descartável;
  - Faça um ponto com caneta ao lado do horário aprazado correspondente, para indicar a realização do preparo do medicamento;
- Coloque o medicamento no respectivo copo:
- Comprimido, drágea ou cápsula: retire-a da embalagem e coloque-a no copo, sem tocá-lo. Conforme a necessidade do paciente triture e dilua o comprimido. É importante ressaltar que as cápsulas não devem ser rompidas nem diluídas.
  - **Gotas:** Goteje a dose prescrita no copo e dilua com água.
  - **Solução:** utilize o dosador (cálice graduado, seringa, dosador próprio) para obter a dose prescrita (se o medicamento for mantido na seringa ou no cálice graduado, transfira a etiqueta de identificação para estes).
  - Coloque o copo preparado com medicamento na bandeja;
  - Leve a prescrição médica e a bandeja para o quarto do paciente e coloque-a na mesa auxiliar previamente limpa;
  - Higienize as mãos;
  - Confira o nome do paciente (comparando a prescrição médica com a etiqueta do medicamento);
  - Apresente-se ao paciente, pergunte o nome completo e informe-o sobre o medicamento a ser administrado (nome do medicamento e via de administração);
  - Entregue o copo com medicamento e o copo com água ao paciente;

- Aguarde e certifique-se que o paciente deglutiou todos os medicamentos;
- Recolha o material e coloque na bandeja;
- Retire as luvas de procedimento (se as tiver calçado) e coloque-as na bandeja;
- Higienizar e secar as mãos;
- Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Descartar o material em recipiente específico para perfuro cortante;
- Organizar o ambiente;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento;
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio ou prontuário eletrônico do paciente, informando o horário, o medicamento, a dose, a via em que foi realizada a administração (nasal) e qualquer intercorrência (queixas, reações, etc.). Assine e carimbe as anotações.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b>  <b>Assistência de Enfermagem</b>	<b>POP nº 45</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>POP 45 - ADMINISTRAÇÃO POR VIA OTOLÓGICA</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.		
<b>Objetivo:</b> Preparar e administrar medicamentos por via otológica, para auxílio no tratamento de doenças inflamatórias/infecciosas do ouvido.		
<b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b>  A administração por via otológica é uma técnica de aplicação de medicamentos diretamente no ouvido, geralmente para tratar infecções, inflamações ou outras condições que afetam o canal auditivo externo ou a membrana timpânica. Essa via é utilizada para medicamentos tópicos, como gotas otológicas, que atuam localmente no ouvido.		
<b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrição médica atualizada (pomada ou solução);</li> <li>• Bandeja;</li> <li>• Bola de algodão;</li> <li>• Gaze;</li> <li>• Solução fisiológica;</li> <li>• Etiqueta ou fita adesiva.</li> </ul>		

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Certificar-se da prescrição médica;
- Verifique se há informações sobre alergia do paciente a algum medicamento prescrito (na prescrição médica, na SAE, ou com próprio paciente ou familiar);
- Faça a etiqueta de identificação contendo informações do medicamento (nome, horário, dosagem, via de administração – via oral) e do paciente (nome completo, leito);
- Faça a desinfecção da bandeja com álcool a 70%;
- Higienizar e secar as mãos;
- Separe e prepare o material necessário para o procedimento;
- Separe o medicamento e confira o nome, a apresentação, a dose necessária (contida na prescrição médica) e o prazo de validade;
- Cole a etiqueta de identificação do medicamento correspondente no copo descartável;
- Faça um ponto com caneta ao lado do horário aprazado correspondente, para indicar a realização do preparo do medicamento;
- Coloque o paciente sentado, com a cabeça inclinada lateralmente;
- Na presença de sujidade ou secreção na orelha, higienize-a com gaze embebida em solução fisiológica;
- Abra a tampa do frasco, sem tocar no bico dosador;
- Nos adultos segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe suavemente para cima e para trás;
- Em crianças segure a porção superior do pavilhão auricular e puxe-a suavemente para baixo e para trás;
- Instile a quantidade de gotas prescritas, mantendo o bico dosador do frasco a 1 cm, no mínimo, acima do canal auditivo, sem tocá-lo no paciente;
- Peça ao paciente que permaneça em decúbito lateral por 2 a 3 minutos;
- Se prescrito ocluir o canal auditivo com a bola de algodão (inserindo-a sem comprimir o canal);
- Repita o procedimento no lado oposto, se estiver prescrito;
- Recolha o material e coloque na bandeja;
- Retire as luvas de procedimento (se as tiver calçado) e coloque-as na bandeja;
- Higienizar e secar as mãos;
- Cheque o horário da administração do medicamento na prescrição médica;
- Descartar o material em recipiente específico para perfuro cortante;
- Organizar o ambiente;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Anotar no prontuário do cliente o procedimento;
- Faça as anotações de enfermagem em impresso próprio ou prontuário eletrônico do paciente, informando o horário, o medicamento, a dose, a via

em que foi realizada a administração (nasal) e qualquer intercorrência (queixas, reações, etc.). Assine e carimbe as anotações.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 46</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>CATETERISMO VESICAL DE DEMORA - FEMININO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivo:</b> Facilitar a drenagem da urina ou instilar medicação ou líquido, com tempo de permanência longo (pode variar de dias a meses), determinado pelo médico.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>O <b>cateterismo vesical de demora</b> é um procedimento médico no qual um cateter é inserido na bexiga através da uretra e mantido no local por um período prolongado para drenar a urina. Esse procedimento é utilizado quando há necessidade de alívio da retenção urinária, monitoramento preciso da diurese ou em situações em que o paciente não consegue urinar espontaneamente.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 pacote de sondagem vesical (cuba rim, cuba pequena, pinça, gases, campo fenestrado);</li> <li>• 01 par de luvas estéreis;</li> <li>• 01 par de luvas de procedimento;</li> <li>• Compressas ou luvas de banho;</li> <li>• Sabão neutro;</li> <li>• Bacia com água morna;</li> <li>• 01 sonda vesical duas ou três vias de calibre adequado;</li> </ul>		

- Xilocaína geleia 2%;
- 02 pacotes de gaze;
- 01 seringa de 20 ml;
- 15-20 ml de água destilada (02 flaconetes de água destilada estéril);
- 01 agulha de aspiração (40x12);
- 01 bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- Micropore;
- Solução de Gluconato de Clorexidina aquosa 2%;
- Saco para lixo comum.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar até a paciente;
- Promover ambiente iluminado e privativo;
- Explicar o procedimento à paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e afastadas. Visualizar o meato uretral;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
- Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril, uma porção de xilocaína gel (após descartar o primeiro jato) sobre o campo e/ou sobre a extremidade da sonda após testar o balonete e a bolsa coletora;
- Calçar as luvas estéreis;
- Conectar a sonda à bolsa coletora;
- Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
- Proceder à antissepsia do períneo com as gazes que foram embebidas no antisséptico no sentido anteroposterior e lateral-medial;
- Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- 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 a sonda com xilocaína 2% na sua extremidade no meato uretral da paciente até retornar urina no intermediário da bolsa coletora, sendo seguro introduzir mais uma porção a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral, pois o mesmo deve ser inflado no interior da bexiga urinária;
- Inflar o balonete com 15-20 ml de água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga;

- Retirar o campo fenestrado;
- Remover o antisséptico da pele da paciente com auxílio de uma compressa úmida, secando em seguida;
- Fixar com micropore o corpo da sonda na parte interna da coxa da paciente, tendo o cuidado de não deixá-la tracionada;
- Pendurar a bolsa coletora em suporte localizado abaixo do leito (e não nas grades);
- Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado;
- Lavar as mãos novamente, retornar e identificar a bolsa coletora com nome da paciente, data, turno e nome do enfermeiro responsável pelo procedimento;
- Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar da paciente, atentando para as características e volume urinário.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 47</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>CATETERISMO VESICAL DE DEMORA - MASCULINO</b>		Data de aprovação: 2025
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivo:</b> Facilitar a drenagem da urina ou instilar medicação ou líquido, com tempo de permanência longo (pode variar de dias a meses), determinado pelo médico.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>O <b>cateterismo vesical de demora</b> é um procedimento médico no qual um cateter é inserido na bexiga através da uretra e mantido no local por um período prolongado para drenar a urina. Esse procedimento é utilizado quando há necessidade de alívio da retenção urinária, monitoramento preciso da diurese ou em situações em que o paciente não consegue urinar espontaneamente.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 pacote de sondagem vesical(cuba rim, cuba pequena, pinça, gases, campo fenestrado);</li> <li>• 01 par de luvas estéreis;</li> <li>• 01 par de luvas de procedimento;</li> <li>• Compressas ou luvas de banho;</li> <li>• Sabão neutro;</li> </ul>		

- Bacia com água morna;
- 01 sonda vesical duas ou três vias de calibre adequado;
- Xilocaína geleia 2%;
- 02 pacotes de gaze;
- 02 seringa de 20 ml;
- 15-20 ml de água destilada (02 flaconetes de água destilada estéril);
- 01 agulha de aspiração (40x12);
- 01 bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- Micropore;
- Solução de Gluconato de Clorexidina aquosa 2%;
- Saco para lixo comum.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar até a paciente;
- Promover ambiente iluminado e privativo;
- Explicar o procedimento à paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas afastadas;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
- Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril, a sonda e bolsa coletora;
- Acrescentar aproximadamente 10 ml de xilocaína gel a 2% na seringa, tendo o cuidado de descartar o primeiro jato e de não contaminar a seringa (pode-se segurá-la com o próprio invólucro e retirar o êmbolo com uma gaze, apoiando-o no campo). Após, dispor a seringa com a xilocaína sobre o campo;
- Calçar as luvas estéreis;
- Conectar a sonda à bolsa coletora;
- Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
- Proceder à antisepsia do períneo, bolsa escrotal e posteriormente do pênis, utilizando as gazes embebidas no antisséptico iniciando com movimentos circulares ou perpendiculares, no sentido do prepúcio para a base do pênis, depois, com auxílio de uma gaze estéril, afastar o prepúcio e com a glândula exposta fazer antisepsia da região peniana, novamente com movimentos circulares, no sentido da glândula para a raiz do pênis, mantendo o prepúcio tracionado, por último realizar a antisepsia do meato em movimento circular, no sentido do meato para glândula;

- Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- Introduzir no meato urinário 10 ml de xilocaína gel 2% com auxílio da seringa ou colocar a xilocaína gel na extremidade da sonda (em torno de 15 a 20 centímetros) que está sobre o campo estéril. Com a mão não dominante posicionar o pênis a 90° em relação ao corpo do paciente e com a mão dominante introduzir a sonda no meato uretral do paciente até retornar urina no intermediário da bolsa coletora, sendo seguro introduzir mais uma porção a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral, pois o mesmo deve ser inflado no interior da bexiga urinária;
- Inflar o balonete com 15-20 ml de água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga;
- Retirar o campo fenestrado;
- Remover o antisséptico da pele da paciente com auxílio de uma compressa úmida, secando em seguida;
- Fixar com micropore o corpo da sonda na parte interna da coxa da paciente, tendo o cuidado de não deixá-la tracionada;
- Pendurar a bolsa coletora em suporte localizado abaixo do leito (e não nas grades);
- Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado;
- Lavar as mãos novamente, retornar e identificar a bolsa coletora com nome da paciente, data, turno e nome do enfermeiro responsável pelo procedimento;
- Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar da paciente, atentando para as características e volume urinário.

## REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 48</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO- FEMININO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivo:</b> Drenar a urina, sendo removida depois de atingida a finalidade do procedimento.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>O <b>cateterismo vesical de alívio</b> é um procedimento médico no qual um cateter é inserido na bexiga através da uretra para drenar a urina de forma temporária, com o objetivo de aliviar a retenção urinária aguda ou reduzir a pressão na bexiga. Diferente do cateterismo vesical de demora, o cateterismo de alívio é realizado por um período curto e o cateter é removido após a resolução do problema.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 pacote de sondagem vesical(cuba rim, cuba pequena, pinça, gases, campo fenestrado);</li> <li>• 01 par de luvas estéreis;</li> <li>• 01 par de luvas de procedimento;</li> <li>• Compressas ou luvas de banho;</li> <li>• Sabão neutro;</li> <li>• Bacia com água morna;</li> <li>• 01 sonda vesical de alívio do calibre adequado ao paciente;</li> </ul>		

- Xilocaína geleia 2%;
- 02 pacotes de gaze;
- 01 seringa de 20 ml;
- Frasco graduado;
- Solução de Gluconato de Clorexidina aquosa 2%;
- Saco para lixo comum.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar até a paciente;
- Promover ambiente iluminado e privativo;
- Explicar o procedimento à paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e afastadas. Visualizar o meato uretral;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
- Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril, uma porção de xilocaína gel (após descartar o primeiro jato) sobre o campo, sonda de alívio;
- Calçar as luvas estéreis;
- Conectar a sonda à bolsa coletora;
- Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
- Proceder à antisepsia do períneo com as gazes que foram embebidas no antisséptico no sentido anteroposterior e lateral-medial;
- Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- 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 a sonda com xilocaína 2% na sua extremidade no meato uretral da paciente até retornar urina na cuba rim;
- Quando a cuba estiver cheia, desprezar a urina no frasco graduado, clampeando a sonda com os dedos, repetindo quantas vezes for necessário;
- Retirar a sonda quando parar de drenar urina, clampeando a sonda com a ponta de um dos dedos e puxando-a da bexiga, liberando a urina restante no interior da sonda para dentro da cuba rim;
- Retirar o campo fenestrado;
- Remover o antisséptico da pele da paciente com auxílio de uma compressa

úmida, secando em seguida;

- Anotar o valor drenado de urina;
- Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar da paciente, atentando para as características e volume urinário.

## REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

	<p style="text-align: center;"><b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Assistência de Enfermagem</b></p>	<b>POP nº 49</b>
		Próxima revisão: 2027.
		Criação: 2024.
		Última revisão: 2025.
<b>CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO- MASCULINO</b>		Data de aprovação: 2025.
<b>Elaborado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Míriam da Silva Martins.		
<b>Revisado por:</b> Enf. <sup>a</sup> Cristiane Jeremias Martins Francisco.		
<b>Aprovado por:</b> Coordenação de Enfermagem.		
<b>Responsável pelo POP e pela atualização:</b> Membros permanentes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.		
<b>Agente:</b> Enfermeiro.		
<b>Objetivo:</b> Drenar a urina, sendo removida após atingida a finalidade do procedimento.		
<p><b>1 - CONCEITO/ DESCRIÇÃO</b></p> <p>O <b>cateterismo vesical de alívio</b> é um procedimento médico no qual um cateter é inserido na bexiga através da uretra para drenar a urina de forma temporária, com o objetivo de aliviar a retenção urinária aguda ou reduzir a pressão na bexiga. Diferente do cateterismo vesical de demora, o cateterismo de alívio é realizado por um período curto e o cateter é removido após a resolução do problema.</p>		
<p><b>2 - MATERIAIS NECESSÁRIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 pacote de sondagem vesical(cuba rim, cuba pequena, pinça, gases, campo fenestrado);</li> <li>• 01 par de luvas estéreis;</li> <li>• 01 par de luvas de procedimento;</li> <li>• Compressas ou luvas de banho;</li> <li>• Sabão neutro;</li> <li>• Bacia com água morna;</li> <li>• 01 sonda vesical de alívio com calibre adequado;</li> </ul>		

- Xilocaína geleia 2%;
- 02 pacotes de gaze;
- 02 seringas de 20 ml;
- Frasco graduado;
- Solução de Gluconato de Clorexidina aquosa 2%;
- Saco para lixo comum.

### 3 - ETAPAS DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material e levar até a paciente;
- Promover ambiente iluminado e privativo;
- Explicar o procedimento à paciente;
- Calçar luvas de procedimento;
- Verificar as condições de higiene do períneo, se necessário, proceder à higienização com água e sabão;
- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas afastadas;
- Retirar as luvas de procedimento;
- Organizar o material sobre uma mesa ou local disponível;
- Abrir o pacote de sondagem, acrescentando: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril e a sonda;
- Acrescentar aproximadamente 10 ml de xilocaína gel a 2% na seringa, tendo o cuidado de descartar o primeiro jato e de não contaminar a seringa (pode-se segurá-la com o próprio invólucro e retirar o êmbolo com uma gaze, apoiando-o no campo). Após, dispor a seringa com a xilocaína sobre o campo;
- Calçar as luvas estéreis;
- Dobrar aproximadamente 07 folhas de gaze e colocar na cuba com o antisséptico;
- Proceder à antissepsia do períneo, bolsa escrotal e posteriormente do pênis, utilizando as gazes embebidas no antisséptico iniciando com movimentos circulares ou perpendiculares, no sentido do prepúcio para a base do pênis, depois, com auxílio de uma gaze estéril, afastar o prepúcio e com a glândula exposta fazer antissepsia da região peniana, novamente com movimentos circulares, no sentido da glândula para a raiz do pênis, mantendo o prepúcio tracionado, por último realizar a antissepsia do meato em movimento circular, no sentido do meato para glândula;
- Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- Introduzir no meato urinário 10 ml de xilocaína gel 2% com auxílio da seringa. Com a mão não dominante posicionar o pênis a 90º em relação ao corpo do paciente e com a mão dominante introduzir a sonda no meato uretral do paciente até retornar urina na cuba rim;
- Quando a cuba estiver cheia, desprezar a urina no frasco graduado,

clampeando a sonda com os dedos, repetindo quantas vezes for necessário;

- Retirar a sonda quando parar de drenar urina, clampeando a sonda com a ponta de um dos dedos e puxando-a da bexiga, liberando a urina restante no interior da sonda para dentro da cuba rim;
- Retirar o campo fenestrado;
- Remover o antisséptico da pele da paciente com auxílio de uma compressa úmida, secando em seguida;
- Verificar o volume drenado;
- Recolher o material, providenciando o descarte e armazenamento adequado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar da paciente, atentando para as características e volume urinário.

### REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.