



PREFEITURA MUNICIPAL DE
ITARIRI
— O NOVO TEMPO —



DEPARTAMENTO
MUNICIPAL DE
SAÚDE

REDE MUNICIPAL DE
ATENÇÃO À SAÚDE

POP

PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
— DR. TAMINATO TION —

MANUAL OFICIAL DE ROTINAS
ASSISTENCIAIS E OPERACIONAIS

PRONTO SOCORRO
DR. TAMINATO TION
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



ATENDIMENTO
HUMANIZADO



SEGURANÇA DO
PACIENTE



QUALIDADE
ASSISTENCIAL



PROTOCOLOS
PADRONIZADOS



TRABALHO
MULTIPROFISSIONAL



GESTÃO
DE RISCO



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



CLASSIFICAÇÃO
DE RISCO



ADMINISTRAÇÃO
DE MEDICAMENTOS



OXIGENOTERAPIA



PUNÇÃO
VENOSA



MONITORIZAÇÃO
DE SINAIS VITAIS



ELETRACARDIOGRAMA



HIGIENIZAÇÃO
DAS MÃOS



PARAMENTAÇÃO
E EPI



ATENDIMENTO
AO PACIENTE GRAVE



ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM



PROCEDIMENTOS
ASSISTENCIAIS



REGISTROS E
DOCUMENTAÇÃO



PADRONIZAR PROCESSOS É GARANTIR
SEGURANÇA, QUALIDADE E EXCELÊNCIA NO CUIDADO



SEGURANÇA
DO PACIENTE



QUALIDADE
ASSISTENCIAL



GESTÃO
DE RISCO



PROTOCOLOS
BASEADOS EM
EVIDÊNCIAS



ATENDIMENTO
HUMANIZADO



EXCELÊNCIA EM
URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA



Sistema
Único
de Saúde

PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
DR. TAMINATO TION

VERSÃO OFICIAL
2026



Prefeitura Municipal de Itariri
Departamento Municipal de Saúde
Rua Benedito Calixto, 260 – Centro – Itariri/SP – 11760-000
Telefax: (13) 3418 8000



POP (PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO)

Pronto Socorro Drº Taminato Tion

Itariri

Agosto / 2025

ESTABELECIMENTO: Pronto Socorro Municipal de Itariri / SP

CNPJ: 46.578.522.0001-76

PREFEITO MUNICIPAL: Carlos Rocha Ribeiro

DIRETOR MUNICIPAL DE SAÚDE: Rafael de Jesus Oliveira

RESPONSÁVEL TÉCNICA DE ENFERMAGEM: Josimeire Menezes Da Cunha, COREN/SP 300390 - ENF

REFERÊNCIA: AGOSTO /2025

ELABORADO POR: Josimeire Menezes Da Cunha, COREN/SP 300390 - ENF

REVISADO POR: Camilla Lourenço Silva, COREN/SP 115528 - ENF

Sumário

POP (Procedimentos Operacionais Padrão)

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	5
Introdução:.....	5
TÉCNICA DE LAVAGEM DE MÃOS.....	18
LIMPEZA E DESINFECÇÃO CONCORRENTE DE ÁREAS ASSISTENCIAIS	20
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES/TRIAGEM	23
PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO.....	27
ACONDICIONAMENTO E CONTROLE DOS MATERIAIS/INSUMOS	29
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO CONTROLADO.....	31
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS.....	33
ADMINISTRAÇÃO VIA AURICULAR	36
ADMINISTRAÇÃO VIA INTRADÉRMICA	38
ADMINISTRAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR.....	40
ADMINISTRAÇÃO VIA INTRAVENOSA.....	45
ADMINISTRAÇÃO VIA NASAL.....	47
ADMINISTRAÇÃO VIA OCULAR.....	49
ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL	51
ADMINISTRAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA	53
ADMINISTRAÇÃO VIA SUBLINGUAL	56
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA.....	59
ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER NASAL E MÁSCARA FACIAL	60
MONITORAMENTO DE SINAIS VITAIS.....	62
VERIFICAÇÃO OXIMETRIA DE PULSO PORTÁTIL DE DEDO	69
CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	72
PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA.....	74
CUIDADOS COM LESÃO POR PRESSÃO.....	76
REALIZAÇÃO DE CURATIVOS	79
COLETA DE AMOSTRAS LABORATORIAIS	82
MÉTODO PROPEDEÚTICOS	84
Utilização de Luvas de Látex / Estéril	87

CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO	89
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO	91
SONDAGEM NASO/OROGÁSTRICA.....	93
SONDAGEM NASO/OROENTERAL	95
TÉCNICA DE ASPIRAÇÃO EM TRAQUEOSTOMIA / TUBO OROTRAQUEAL.....	98
ELETROCARDIOGRAMA	100
ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO (PARTO NORMAL)	104
ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PÓS-PARTO.....	106
PSIQUIATRIA.....	109
ISOLAMENTO DE PACIENTES.....	111
CUIDADOS AO PACIENTE GRAVE.....	113
MANUSEIO DE VENTILADOR MECÂNICO	116
CONTROLE E MONITORAMENTO CONTÍNUO	119
ENCAMINHAMENTO PARA SETORES INTERNOS OU EXTERNOS.....	121
REFERÊNCIAS:.....	124

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Título: Procedimentos Operacionais Padrão - Assistência de Enfermagem no Serviço de Atendimento do Pronto Socorro Drº Taminato Tion

Introdução:

A assistência de enfermagem envolve um conjunto de cuidados direcionados a manutenção da saúde e prevenção de agravos no paciente. Entender o que é enfermagem permite ao profissional refletir sobre suas ações e reconhecer a essência da profissão. Podemos dividir a profissão em três Seres: o Ser Paciente, o Ser Enfermeiro e o Ser Enfermagem (HORTA, 1979).

O **Ser Paciente** é caracterizado pela pessoa, família ou comunidade que necessita dos cuidados de enfermagem em algum momento da vida ou durante o processo saúde-doença. O **Ser Enfermeiro** (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem) é a pessoa que assume compromisso com a enfermagem e obtém conhecimentos e habilidades que lhe outorgaram o direito de cuidar de gente. Em outras palavras, o Ser Enfermeiro é “gente que cuida de gente”. Por fim, o **Ser Enfermagem** é um Ser abstrato que existe somente quando há relação entre o Ser Paciente e o Ser Enfermeiro

(HORTA, 1979). Assim, para que surja o Ser Enfermagem é indispensável à presença de outro ser humano (Figura 1).

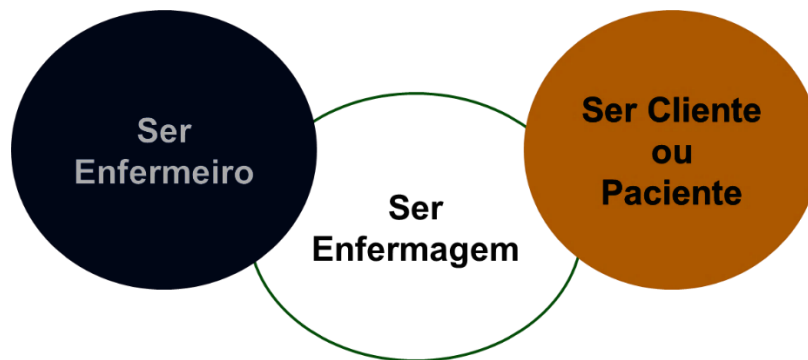


Figura 1. Relação entre os Seres da Enfermagem.

Fonte: Elaboração própria.

Compreendendo a importância do trabalho profissional da enfermagem, torna-se evidente que o Ser Enfermagem vai muito além do domínio de relações interpessoais, e requer do profissional comprometimento na aquisição de habilidades e competências para o exercício da profissão. Neste sentido, o processo de trabalho da enfermagem impacta significativamente no produto que será oferecido a sociedade.

A efetivação dos cuidados de enfermagem exige conhecimento sobre as ciências da enfermagem, o que envolve: fundamentos de enfermagem, assistência de enfermagem, administração de enfermagem e ensino de enfermagem. Igualmente importante é a articulação desses conhecimentos com as ciências biológicas e da saúde e ciências humanas e sociais. A aplicabilidade desse

conhecimento está relacionada ao método de trabalho da enfermagem, sendo este denominado como Processo de Enfermagem.

O **Processo de Enfermagem** deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem (COFEN, 2009). O processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo elas: 1) Coleta de dados; 2) Diagnóstico de enfermagem; 3) Planejamento de Enfermagem; 4) Implementação e; 5) Avaliação de enfermagem. A Figura 2 mostra a relação entre as etapas do Processo de Enfermagem.

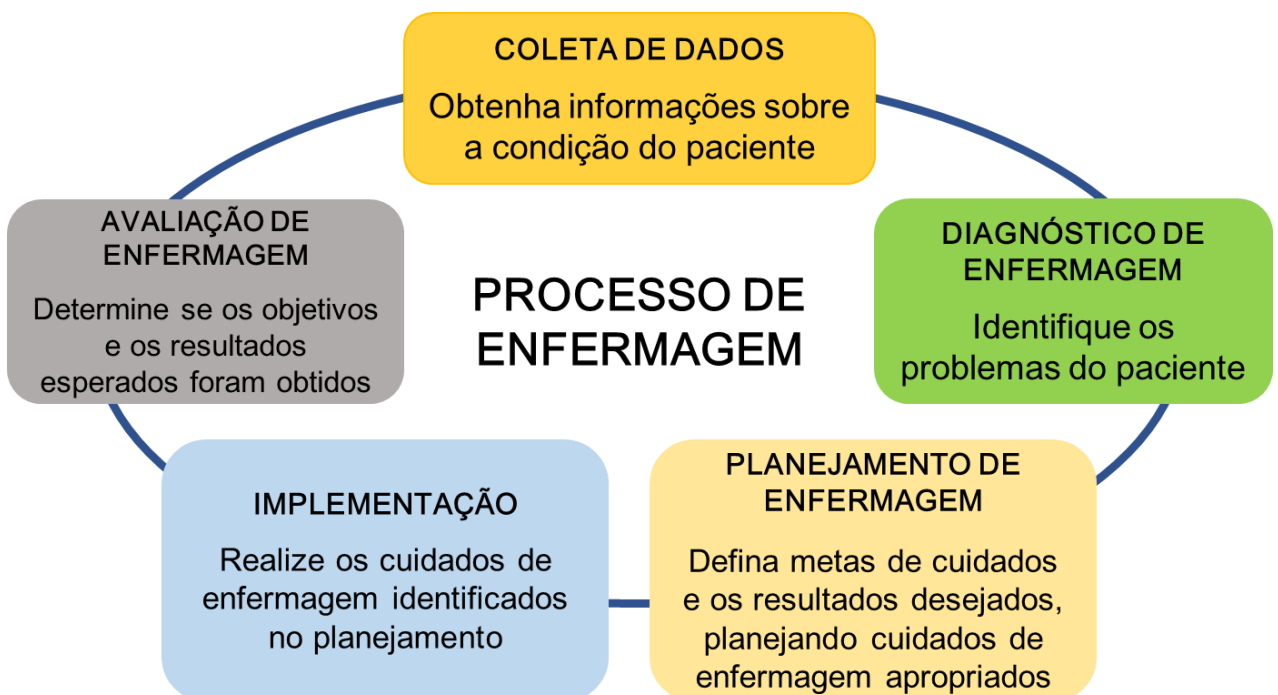


Figura 2. Relação entre as etapas do Processo de Enfermagem.

Fonte: Elaboração própria.

A operacionalização do Processo de Enfermagem se dá por meio da **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)**, que pode ser explicada como a organização do trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos. Resumidamente quanto mais organizado for o ambiente de trabalho, mais fácil será a aplicação do Processo de Enfermagem. A Figura 3 mostra a relação e as diferenças entre SAE e Processo de Enfermagem.

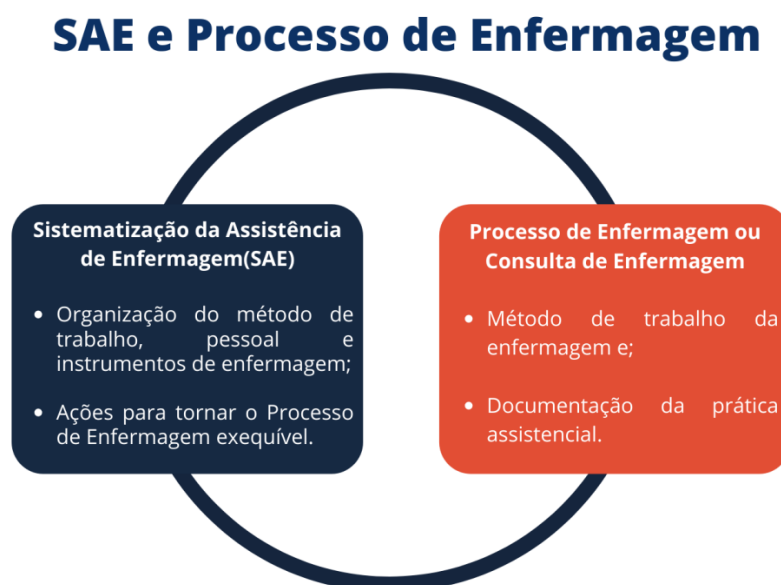


Figura 3. Diferenças entre SAE e Processo de Enfermagem.

Fonte: Elaboração própria.

A partir dos conceitos básicos da prática de enfermagem torna-se possível o raciocínio lógico sobre o planejamento assistencial do enfermeiro, o que deve ser norteado pelas teorias de enfermagem,

pelo código de ética da profissão e principalmente pela Prática Baseada em Evidências. Dentre as teorias de enfermagem adotadas no cenário profissional, a “Teoria das Necessidades Humanas Básicas” de Wanda Aguiar Horta é aplicada frequentemente pelos profissionais de enfermagem.

Essa teoria retrata que o Ser Humano possui necessidades básicas que o motivam para satisfazê-las. As necessidades envolvem diferentes níveis e estão vinculadas a Teoria de Maslow, sendo os níveis: fisiológico, segurança, social, estima e realização pessoal. Logo, compreende-se que durante a assistência de enfermagem, o enfermeiro deve planejar os cuidados a partir das necessidades do paciente. A Figura 4 mostra os níveis das Necessidades Humanas de Maslow.



Figura 4. Pirâmide das Necessidades Humanas de Maslow.

Fonte: Elaboração própria.

A necessidade mais básica de todas é a fisiológica, sendo esta relacionada à existência e sobrevivência do homem, o que envolve: respiração, alimentação, água, excreção, sono e sexo. A necessidade de segurança está relacionada à proteção contra perigos e ameaças, cujas necessidades estão voltadas para manutenção de ambiente seguro. A necessidade social relaciona-se com o convívio em grupo, amor, lazer, comunicação e amizade. A necessidade de estima diz respeito a auto-estima, confiança, respeito aos outros. Por fim, a auto-realização expressa o topo das necessidades e envolve o ser humano em sua plenitude.

De acordo com o nível de necessidade, a pessoa tem todo o seu organismo orientado na busca de meios para satisfazê-la. Uma pessoa pode ter múltiplas necessidades. Contudo, a motivação dominante vai depender de qual das necessidades mais baixa na hierarquia estão suficientemente satisfeitas. Na medida em que uma necessidade começa a ser satisfeita, a mais próxima na hierarquia, em posição superior, começará a surgir e a dominar o organismo. Durante a assistência de enfermagem, o enfermeiro planeja os cuidados com meta em atender as necessidades mais básicas daqueles que permanecem incapazes de satisfazê-las.

Fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta, o Processo de Enfermagem norteia o

planejamento assistencial e a documentação dos cuidados de enfermagem oferecidos ao paciente. Na coleta de dados de enfermagem por meio da anamnese e do exame físico o enfermeiro obtém informações sobre as condições de saúde e doença. As informações obtidas são interpretadas a fim de estabelecer os diagnósticos de enfermagem relacionados às respostas apresentadas pelo paciente, família ou coletividade. No planejamento de enfermagem são determinados os resultados que se espera alcançar e quais ações / intervenções de enfermagem serão necessárias para o alcance desses resultados (COFEN, 2009).

A implementação envolve a realização das ações planejadas, o que requer habilidades técnicas e intelectuais. Por fim, a avaliação é um processo sistemático e contínuo de verificação das mudanças do paciente, família ou coletividade frente às intervenções realizadas, ou seja, verifica-se o efeito da assistência de enfermagem e/ou a necessidade de mudanças no plano assistencial. Ainda como parte do Processo de Enfermagem, ocorre à documentação da prática assistencial realizada junto ao paciente (COFEN, 2009).

Ressalta-se que diferente do diagnóstico médico, o diagnóstico de enfermagem é focado na resposta apresentada pelo paciente, por exemplo, um diagnóstico médico de pneumonia pode ser visto pela enfermagem como um diagnóstico de Padrão Respiratório Ineficaz ou Troca de Gases Prejudicada. Logo, todo planejamento de cuidados

será focado nas respostas apresentadas pelo paciente. Os diagnósticos de enfermagem se diferenciam quanto à presença de fatores relacionados (causas) e características definidoras (sinais e sintomas), sendo classificados em: Foco no problema, Promoção da Saúde, Risco e Síndrome (POTTER; PERRY, 2013).

Além da assistência oferecida ao paciente, é necessário que a prática profissional de enfermagem seja documentada. A documentação assistencial quando realizada de forma eficiente, permite validar as ações que a enfermagem executada e principalmente serve como fonte de pesquisa para avaliar o efeito da assistência de enfermagem na saúde do paciente. Neste contexto, o uso das Taxonomias NANDA-I, NOC e NIC é fortemente recomendado, pois permite a uniformização da terminologia adotada pela enfermagem e consequentemente a continuidade da assistência (CARVALHO, CRUZ, HERDMAN, 2013).

Considerando importância da enfermagem nos serviços de saúde, conclui-se que se trata de uma profissão que requer do profissional comprometimento na aquisição de habilidades e competências para o exercício do cuidado de enfermagem. É válido destacar que a autonomia dos profissionais de enfermagem será adquirida no momento em que a equipe de enfermagem utilizar de modo consciencioso o Processo de Enfermagem, neste caso, é necessário que todas as ações de enfermagem estejam envolvidas por

evidências científicas. A consciência sobre as ações realizadas, o valor científico dado a elas e o impacto que elas geram na saúde do paciente colocará a enfermagem em posição de destaque nos cenários clínicos. Para tanto, é fundamental a implementação da Prática Baseada em Evidências, como por exemplo, por meio do uso de protocolos assistenciais.

Diante ao exposto, este protocolo foi construído com meta em organizar a assistência de enfermagem nos serviços de saúde gerenciados pelo Instituto Santa Dulce, assim como minimizar erros vinculados à prática profissional e promover um cuidado de enfermagem eficiente. Ressalta-se que o desenvolvimento deste protocolo foi embasado em evidências científicas e nos aspectos éticos e legais que regulamentam a profissional de enfermagem.

Objetivos:

Este protocolo de assistência de enfermagem tem como objetivos:

- a) Fundamentar a prática de enfermagem em evidências científicas;
- b) Padronizar o cuidado de enfermagem no serviço de saúde;
- c) Subsidiar informações técnicas para equipe de enfermagem;

- d) Nortear a atuação do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem;
- e) Dar visibilidade na atuação da enfermagem.

Atribuições do profissional:

Enfermeiro:

- Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- Prescrição de enfermagem;
- Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem.

Técnico de Enfermagem:

- Participação da programação da assistência de enfermagem;
- Execução das ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro.

Auxiliar de Enfermagem:

- Execução das ações assistenciais de enfermagem de caráter simples;
- Observação, reconhecimento e descrição de sinais e sintomas.

Implementação:

As ações assistenciais de enfermagem contidas neste protocolo envolverão a execução dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), conforme as necessidades do paciente e do serviço de saúde. Ressalta-se, que na implementação dos POPs deverão ser considerados os elementos do Processo de Enfermagem e os aspectos éticos e legais inerentes à profissão de enfermagem. A seguir será descrito de forma detalhada as etapas do Processo de Enfermagem:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem):

Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem: Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina

com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem: Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação: Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem: Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Recomendações:

Para otimizar o uso deste protocolo recomenda-se aos profissionais de enfermagem e demais interessados:

1. Conhecer o perfil dos pacientes atendimentos no serviço de saúde;
2. Atualizar constantemente os POPs do serviço de saúde;
3. Treinar a equipe de enfermagem na execução dos procedimentos;
4. Considerar as preferências do paciente durante a assistência de enfermagem;
5. Permitir o fácil acesso ao Protocolo de Assistência de Enfermagem;
6. Cultivar e implementar a Prática Baseada em Evidências;
7. Implementar as metas internacionais de Segurança do Paciente no serviço de saúde;
8. Consultar as recomendações científicas atuais sobre a assistência de enfermagem;
9. Atuar respeitando os aspectos éticos e legais da profissão de enfermagem;
10. Atuar em conformidade com as políticas públicas de saúde.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 001	
	TÉCNICA DE LAVAGEM DE MÃOS	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais do serviço de saúde.			
Quando: Diariamente.			
Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.			
Objetivo: Garantir a higienização das mãos evitando a transmissão de infecções.			
Orientações: 1. Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais. • Ao iniciar o turno de trabalho. • Após ir ao banheiro. • Antes e depois das refeições. • Antes de preparo de alimentos. • Antes de preparo e manipulação de medicamentos e procedimentos. • Após risco de exposição a fluidos corporais 2. Higienizar as mãos com preparação alcoólica ou antisséptica quando estas não estiverem visivelmente sujas nas seguintes situações: • Antes e após o contato com o paciente. • Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos. • Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico. • Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente. • Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente. • Antes e após remoção de luvas (sem talco).			
Procedimentos: 1. Retirar relógios, joias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos); 2. Abrir a torneira com a mão dominante, quando na ausência de dispensador de pedal, não encostar-se a pia para não contaminar a roupa; 3. Molhar as mãos; 4. Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos;			

5. Ensaboar as mãos (proporcionando espuma), através de fricção por aproximadamente 30 segundos em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações, unhas e extremidades dos dedos;
6. Com as mãos em nível baixo, enxaguá-las em água corrente, sem encostá-las na pia, retirando totalmente a espuma e os resíduos de sabão;
7. Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
8. Em caso de torneira sem dispensador de pedal, fechar a torneira com o mesmo papel toalha;
9. Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns;

Figura 1. Técnica de lavagem das mãos



Fonte: <http://sitedaverinha.blogspot.com/2013/08/projeto-higiene-sim-gripe-nao.html>

 	Procedimento Operacional Padrão LIMPEZA E DESINFECÇÃO CONCORRENTE DE ÁREAS ASSISTENCIAIS	Código: POP – 002	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Aplica-se à equipe de limpeza e higienização hospitalar e aos profissionais responsáveis por manter a assepsia durante a permanência do paciente nas unidades assistenciais (enfermarias, pronto-socorro, ambulatórios, etc.).			
Quando: Ao início e/ou término das atividades diárias, ou quando se fizer necessário.			
Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.			
Objetivo: Padronizar o processo de limpeza e desinfecção concorrente em ambientes assistenciais hospitalares, garantindo controle da carga microbiana, prevenção de infecções relacionadas à assistência (IRAS) e segurança de pacientes, colaboradores e visitantes.			
DEFINIÇÕES E SIGLAS ● Limpeza concorrente: processo de higienização realizado com o paciente presente no leito, com objetivo de manter as condições assépticas durante a internação. ● Desinfecção de superfícies: aplicação de substâncias químicas para eliminação de microrganismos patogênicos. ● EPI: Equipamento de Proteção Individual ● IRAS: Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde			
RESPONSABILIDADES ● Equipe de limpeza hospitalar: ○ Executar a limpeza concorrente conforme este POP. ○ Manter os materiais e soluções higienizadoras corretamente diluídos e armazenados. ● CCIH / Coordenação Técnica: ○ Treinar e supervisionar as rotinas de limpeza e desinfecção. ○ Monitorar o cumprimento das rotinas estabelecidas e corrigir desvios. ● Profissionais de Enfermagem: ○ Auxiliar na organização do ambiente para possibilitar a limpeza. ○ Reportar intercorrências relacionadas à higiene ambiental.			

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS

- Baldes de cor diferenciada para solução e enxágue
- Panos de microfibra ou descartáveis
- Detergente neutro
- Desinfetante hospitalar (ex: quaternário de amônio, biguanida, hipoclorito)
- Mop plano ou franja úmida
- Spray pulverizador (quando permitido)
- EPIs: luvas, avental impermeável, máscara, óculos de proteção
- Check-list de rotina concorrente

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

Preparação:

- Higienizar as mãos e vestir os EPIs.
- Separar materiais e verificar se as soluções desinfetantes estão dentro da validade.
- Informar o paciente sobre a realização da limpeza.
- Garantir que documentos e pertences estejam protegidos.

Execução da limpeza concorrente:

- Iniciar pelas superfícies menos contaminadas (método unidirecional).
- Realizar a limpeza de:
 - Grades da cama, cabeceira, colchão (quando possível)
 - Mobiliário próximo (mesa, poltrona, suporte de soro)
 - Interruptores, maçanetas, telefone, campainha
 - Bancadas e superfícies horizontais
- Utilizar panos distintos por área e trocá-los quando sujos.
- Realizar a limpeza do piso, evitando levantar partículas.
- Evitar borrifamentos excessivos ou produtos com odor forte.
- Garantir que a limpeza não interrompa a assistência.

Finalização:

- Descartar panos descartáveis conforme protocolo.
- Guardar os materiais limpos e higienizados.
- Retirar EPIs e realizar higiene das mãos.
- Preencher o check-list de execução e comunicar não conformidades, se houver.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Usar sempre EPIs adequados.
- Nunca utilizar o mesmo pano para diferentes ambientes ou superfícies críticas.
- Nunca misturar produtos químicos.
- Garantir a ventilação adequada durante a limpeza.
- Informar à enfermagem se houver necessidade de mover o paciente.
- Evitar exposição do paciente a vapores ou resíduos dos produtos.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 003	
	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE PACIENTES/TRIAGEM	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25

Responsável: Responsabilidade da Classificação de Risco é das (os) Enfermeiras (os), e a triagem é de todos os profissionais de enfermagem envolvidos no primeiro contato com o paciente nas áreas de pronto atendimento, pronto-socorro, ambulatório e recepção hospitalar, bem como aos setores que adotem classificação de risco como parte do fluxo de acolhimento.

Quando: Durante Admissão do Paciente, e no decorrer do atendimento se houver agravos

Objetivo: Definir critérios e procedimentos técnicos para a Classificação de Risco / triagem de pacientes no Pronto Socorro, assegurando a identificação rápida da gravidade clínica, priorização do atendimento, segurança do paciente e organização do fluxo assistencial.

DEFINIÇÕES E SIGLAS

- **Triagem:** processo de avaliação inicial para classificação da gravidade e priorização do atendimento.
- **Classificação de risco:** categorização da urgência clínica com base em sinais e sintomas.
- **Acolhimento:** abordagem inicial com escuta qualificada e humanizada.
- **Protocolo de Manchester:** sistema internacional de classificação de risco utilizado no Brasil. O Protocolo de Manchester classifica os pacientes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente, conforme a tabela abaixo:



0 min	EMERGÊNCIA (vermelho) Necessitam de atendimento imediato
10 min	MUITO URGENTE (laranja) Necessitam de atendimento praticamente imediato
50 min	URGENTE (amarelo) Necessitam de atendimento rápido, mas podem aguardar
120 min	POUCO URGENTE (verde) Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde
240 min	NÃO URGENTE (azul) Podem aguardar atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde

Fonte: Elaboração própria.

- **Enfermeiro classificadora:** profissional treinado para realizar Classificação de Risco com autonomia técnica.

RESPONSABILIDADES

- **Enfermeiro Classificador:**
 - Realizar triagem conforme protocolo vigente.
 - Documentar as informações de forma clara e objetiva.
 - Manter a confidencialidade das informações do paciente.
 - Direcionar o paciente para o atendimento adequado.
- **Técnico de Enfermagem (quando aplicável):**
 - Auxiliar na aferição de sinais vitais e coleta de dados.
 - Comunicar imediatamente qualquer alteração grave.
- **Gestores e Coordenação de Enfermagem:**
 - Garantir capacitação contínua da equipe.
 - Supervisionar o cumprimento do protocolo institucional de triagem.
 - Avaliar indicadores de tempo de triagem/classificação de risco e desfechos clínicos.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS

- Ficha de triagem padronizada / Sistema Informatizado e/ou ficha manual
- Protocolos clínicos e fluxogramas atualizados
- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Oxímetro de pulso
- Termômetro digital
- Balança antropométrica (adulto e pediátrica)
- Computador com acesso ao sistema de atendimento (quando aplicável)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

1. Acolhimento e identificação:

- Receber o paciente de forma humanizada e ética.
- Confirmar dados pessoais (nome, idade, sexo, queixa principal).
- Avaliar presença de acompanhante, se necessário.

2. Avaliação inicial:

- Verificar sinais vitais (PA, FC, FR, SpO₂, temperatura).
- Avaliar nível de consciência e queixa principal.
- Aplicar escalas de dor, Glasgow, entre outras se necessário.
- Investigar histórico clínico relevante.

3. Classificação de risco:

- Aplicar protocolo de classificação vigente (ex: Manchester, protocolo institucional).
- Definir categoria de prioridade (ex: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde ou Azul).
- Registrar no sistema ou ficha a cor e justificativa clínica.

4. Encaminhamento:

- Direcionar o paciente para o atendimento imediato ou aguardar conforme prioridade.
- Informar ao paciente e/ou acompanhante sobre a ordem de atendimento.

5. Registro e comunicação:

- Documentar todas as etapas da triagem no prontuário ou sistema eletrônico.
- Comunicar imediatamente casos de risco iminente à equipe médica.
- Arquivar a ficha de triagem conforme política institucional.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Respeitar o sigilo e a privacidade do paciente durante a triagem.
- Garantir ambiente reservado e apropriado para a avaliação clínica.
- Manter os equipamentos higienizados e calibrados.
- Priorizar atendimento imediato em situações críticas, independentemente do protocolo.
- Atualizar frequentemente os protocolos institucionais e capacitar a equipe

MODELO DE FORMULÁRIO DE NÃO CONFORMIDADE – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (CONTROLE DE TEMPO DE ESPERA)

Unidade: Pronto Socorro ~~Do? Template Tipo~~

Responsável pelo preenchimento: _____

Data da ocorrência: ____/____/____ Turno: () Manhã () Tarde () Noite

Enfermeiro plantonista: _____

1. Descrição da Não Conformidade

- ☒ Tempo de espera superior ao estabelecido para a cor de risco atribuída
- ☒ Paciente não foi classificado dentro do tempo máximo desde a chegada
- ☒ Reclassificação não realizada após ultrapassar tempo de espera
- ☒ Registro de horário ausente ou incorreto
- ☒ Outros: _____

2. Informações do Paciente (sem identificação nominal)

- Código ou número do prontuário: _____
- Cor de risco atribuída: ~~vermelho~~ ☒ Laranja () Amarelo () Verde () Azul ()
- Tempo decorrido desde a chegada até classificação: _____
- Tempo decorrido da Classificação até atendimento Médico: _____
- Tempo máximo recomendado: _____ minutos

3. Impactos Observados

- ☒ Risco à segurança do paciente
- ☒ Queixas ou reclamações do paciente/familiar
- ☒ Congestionamento na recepção ou fluxo interno
- ☒ Outros: _____

4. Análise Preliminar da Causa

- ☒ Ausência de profissional para triagem
- ☒ Superlotação
- ☒ Falha de registro no sistema/ficha
- ☒ Problemas organizacionais no acolhimento
- ☒ Outros: _____

5. Ação Corretiva Imediata Adotada

6. Encaminhamento

- ☒ Enviar à Coordenação de Enfermagem
- ☒ Análise em reunião de equipe

Assinatura do Responsável pelo Relatório: _____

Assinatura da Coordenação (quando aplicável): _____

Anexo: Elaboração Própria

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 004	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO			
Responsável: Profissionais de saúde			
Quando: Aplica-se a todos os profissionais da equipe multiprofissional que atuam em áreas assistenciais e que utilizam equipamentos de proteção individual (EPIs).			
Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.			
Objetivo: Padronizar os procedimentos de paramentação e desparamentação dos profissionais de saúde, visando garantir a proteção individual e a prevenção da contaminação cruzada no ambiente hospitalar			
Orientações:			
DEFINIÇÕES E SIGLAS			
● Paramentação: Processo de vestir os EPIs antes do contato com paciente ou material contaminado. ● Desparamentação: Processo de retirada dos EPIs após a realização do atendimento ou procedimento, evitando a contaminação do profissional e do ambiente. ● EPI: Equipamento de Proteção Individual.			
MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS			
● Avental descartável ou reutilizável (conforme área) ● Máscara cirúrgica ou PFF2/N95, conforme risco ● Touca ou gorro descartável ● Luvas descartáveis ● Óculos ou protetor facial (se indicado) ● Sapato fechado ou proteção para calçados ● Área destinada para paramentação e desparamentação com pia e álcool gel.			

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

Paramentação

1. Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool em gel.
2. Vestir a touca cobrindo completamente os cabelos.
3. Colocar a máscara cirúrgica ou respirador PFF2/N95, ajustando corretamente ao rosto.
4. Vestir o avental, amarrando-o firmemente.
5. Calçar os sapatos ou cobrir com protetores.
6. Colocar os óculos ou protetor facial, se necessário.
7. Vestir as luvas, cobrindo a borda do avental.

Desparamentação

1. Remover as luvas com técnica adequada para evitar contaminação das mãos.
2. Higienizar as mãos imediatamente após retirar as luvas.
3. Remover o avental, evitando contato com a parte externa contaminada, descartando-o em recipiente apropriado.
4. Higienizar as mãos novamente.
5. Retirar os óculos ou protetor facial, se utilizado, e higienizar conforme protocolo.
6. Retirar a máscara pela parte das fitas ou elásticos, sem tocar na parte frontal.
7. Retirar a touca, descartando-a adequadamente.
8. Higienizar as mãos.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Realizar a paramentação e desparamentação em local apropriado.
- Nunca tocar a parte frontal da máscara ou avental durante a retirada.
- Descartar EPIs descartáveis em recipiente adequado para resíduos infectantes.
- Evitar uso prolongado de EPIs além do recomendado.
- Observar integridade dos EPIs antes do uso.

	Procedimento Operacional Padrão ACONDICIONAMENTO E CONTROLE DOS MATERIAIS/INSUMOS		Código: POP – 005	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25	
Responsável: Profissionais de saúde				
Quando: Ao início e/ou término das atividades diárias, ou quando se fizer necessário.				
Monitoramento: Todos os profissionais da unidade.				
Objetivo: Estabelecer as diretrizes e procedimentos para o correto acondicionamento, armazenamento, reposição, controle e monitoramento dos materiais utilizados, incluindo insumos hospitalares, produtos para saúde, medicamentos, nos atendimentos de enfermagem, garantindo a segurança do paciente, a rastreabilidade dos produtos.				
DEFINIÇÕES ● Materiais de uso contínuo: itens como seringas, agulhas, gazes, luvas, compressas, entre outros. ● Materiais críticos: materiais estéreis e de uso único que entram em contato com o sistema vascular ou tecidos internos. ● Acondicionamento: forma como o material é armazenado, preservado e protegido até o momento do uso. ● PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai): método de controle de validade em que os itens com vencimento mais próximo devem ser utilizados antes. RESPONSABILIDADES ● Equipe de Enfermagem: seguir corretamente os procedimentos de acondicionamento, identificar avarias, controlar vencimentos e registrar movimentações. ● Auxiliar ou Técnico de Apoio: colaborar com a organização, solicitação de pedidos de reposição e higienização dos locais de armazenamento.				

PROCEDIMENTOS

Recebimento de materiais

- Verificar a integridade da embalagem e validade do material no ato do recebimento.
- Recusar materiais com embalagens danificadas, lacres rompidos ou prazo de validade vencidos

Acondicionamento adequado

- Armazenar materiais em prateleiras limpas, secas, organizadas por tipo e categoria (estéreis, não estéreis, medicamentos, EPIs).
- Manter os itens afastados da parede e do chão (mínimo 10 cm).
- Evitar empilhamento excessivo e contato direto com luz solar ou fontes de calor.
- Separar produtos vencidos ou próximos do vencimento em área específica.

Controle de validade e rastreabilidade

- Utilizar o método PEPS (Primeiro que Entra, Primeiro que Sai).
- Realizar verificação mensal da validade dos materiais/insumos e medicamentos (todo dia 01 de cada mês).

Higienização do ambiente de armazenamento

- Limpeza diária com pano úmido e produto desinfetante de superfícies.
- Limpeza semanal geral das prateleiras e armários com produto adequado.
- Registrar a higienização em livro e check list

Descarte de materiais vencidos ou danificados

- Registrar o descarte em livro
- Acondicionar em saco branco leitoso, etiquetado como “produto vencido” e enviar para descarte (farmácia).
- Nunca utilizar produtos vencidos, com embalagem rompida ou sem rastreabilidade.

 	Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO CONTROLADO	Código: POP – 006	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Médicos, Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Estabelecer os critérios para administração segura e legal de medicamentos sujeitos a controle especial, assegurando a rastreabilidade, a segurança do paciente			
DEFINIÇÃO Medicamentos controlados são aqueles sujeitos a controle especial de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344/1998 da ANVISA, incluindo psicotrópicos, entorpecentes e outros que exigem receituário especial, controle rigoroso e registro específico.			
RESPONSABILIDADES Ao profissional de enfermagem cabe verificar a prescrição médica, conferir os dados do paciente e realizar o procedimento de acordo com as boas práticas. Ao responsável técnico compete supervisionar e garantir o cumprimento das normas legais e operacionais.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Prescrição médica legível e válida • Medicamento controlado conforme prescrição • Luvas de procedimento • Bandeja para organização dos itens • Algodão e álcool 70% (se injetável) • Seringa e agulha (se aplicável) • Ficha de Controle de Medicamentos de Uso Controlado (receituário) • Prontuário do paciente • Caneta azul ou preta para registro manual (sem rasuras), ou registro no sistema			
PROCEDIMENTO • Higienizar as mãos antes do preparo e administração. • Conferir a prescrição médica, observando todos os dados obrigatórios: nome completo do paciente, data de nascimento, nome do medicamento, dosagem, via de administração, horário, carimbo e assinatura do prescritor, além do CRM ou outro registro profissional válido. • Verificar os 13 certos da administração de medicamentos;			

- Retirar o medicamento do armazenamento exclusivo para controlados (em local trancado e identificado), observando validade e integridade;
- Realizar o preparo do medicamento em local adequado, com técnica asséptica, se necessário.
- Identificar o paciente e explicar o procedimento de forma clara.
Administrar o medicamento conforme via prescrita (oral, injetável etc.), observando eventuais reações imediatas.
- Registrar imediatamente no receituário de Medicamentos de Uso Controlado, contendo: data e hora da administração, nome do paciente, data de nascimento, nome do medicamento, dosagem, nome do profissional e assinatura legível.
Realizar o registro completo no prontuário do paciente, destacando a administração de medicamento controlado e eventuais observações clínicas e no prontuário eletrônico.
- Armazenar o receituário carimbado, devidamente preenchido, com o casco, no local trancado, sob responsabilidade do responsável técnico ou profissional designado.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Armazenar os medicamentos controlados em local exclusivo, trancado e de acesso restrito.
- Não deixar medicamentos controlados fora do armário sem necessidade.
- Nunca realizar a administração sem prescrição médica completa.
- Realizar contagem diária do estoque de medicamentos controlados.

Informar imediatamente o responsável técnico em caso de erro, extravio ou inconsistência de registros.

 	Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	Código: POP – 007	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Médicos, Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Padronizar o processo de administração de medicamentos aos pacientes internados ou em atendimento ambulatorial, garantindo segurança, eficácia e conformidade com normas legais e institucionais			
DEFINIÇÕES • Administração de medicamento: Processo de preparar, conferir e administrar substâncias terapêuticas ao paciente. • Prescrição médica: Ordem escrita ou eletrônica autorizando o uso de medicamento. • 13 certos da administração: Certificação dos elementos fundamentais: • Paciente certo • Medicamento Certo • Via de administração certa • Prescrição certa • Horário Certo • Dose Certa • Ação certa • Tempo de administração certo • Compatibilidade certa • Registro Certo da Administração • Orientação Certa • Forma Certa • Resposta Certa			

RESPONSABILIDADES

- Enfermeiros e técnicos de enfermagem:
 - Preparar e administrar os medicamentos conforme prescrição.
 - Verificar os 13 certos antes da administração.
 - Registrar corretamente no prontuário.
 - Observar o paciente durante e após a administração.
- Enfermeiros e coordenação de enfermagem:
 - Capacitar a equipe e supervisionar a correta administração.
 - Investigar e registrar eventos adversos.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS

- Medicamentos conforme prescrição
- Seringas, agulhas, dispositivos para administração
- Equipamentos para preparo (balança, copos medidores)
- EPIs conforme necessidade
- Prontuário do paciente
- Material para higiene das mãos (álcool gel, sabonete líquido)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

- Confirmar a prescrição médica atualizada.
- Higienizar as mãos antes do preparo.
- Conferir os 13 certos da administração:
- Preparar o medicamento em ambiente limpo e seguro.
- Informar o paciente sobre o medicamento e seu propósito.

- Administrar o medicamento conforme via prescrita (oral, venosa, intramuscular, etc.).
- Observar o paciente para possíveis reações adversas.
- Registrar a administração no prontuário e sistema de controle.
- Descartar materiais perfuro cortantes e resíduos conforme norma.
- Em caso de dúvida ou intercorrência, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Nunca administrar medicamentos sem prescrição médica válida.
- Atentar para alergias e contraindicações do paciente.
- Evitar interrupções durante a administração.
- Garantir o uso correto dos EPIs.
- Não deixar medicamentos preparados sem supervisão.
- Observar datas de validade e condições de armazenamento.

REGISTROS GERADOS

- Prontuário do paciente com registro da administração
- Relatórios de eventos adversos e incidentes.

 	Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO VIA AURICULAR	Código: POP – 008	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Padronizar a técnica de administração de medicamentos por via auricular (ótica), assegurando a eficácia do tratamento, a segurança do paciente e o cumprimento das normas de boas práticas em saúde.			
DEFINIÇÃO Administração de medicamentos por via auricular consiste na instilação de soluções ou suspensões medicamentosas diretamente no conduto auditivo externo, com finalidade terapêutica local.			
RESPONSABILIDADES • Compete ao profissional de enfermagem realizar o procedimento com técnica asséptica, conforme prescrição médica. • Cabe ao responsável técnico supervisionar, treinar e assegurar que o procedimento seja executado conforme protocolo.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Medicamento prescrito (gotas otológicas) • Luvas de procedimento • Gaze estéril • Cotonete ou aplicador, se necessário (sem inserção profunda) • Bandeja para organização do material • Prontuário do paciente • EPI, se necessário			

PROCEDIMENTO

Higienizar as mãos com água e sabão ou preparação alcoólica.

Conferir a prescrição médica e os 13 certos da administração;

Preparar o material sobre a bandeja.

Identificar o paciente corretamente e explicar o procedimento.

Calçar as luvas de procedimento.

Posicionar o paciente deitado de lado, com a orelha a ser tratada voltada para cima.

Realizar a higiene externa da orelha com gaze ou cotonete, sem introduzir objetos no canal auditivo.

Aquecer o frasco do medicamento entre as mãos por alguns segundos para evitar tontura ou desconforto.

Instilar o número de gotas prescrito no conduto auditivo externo, sem encostar o bico do frasco à orelha.

Manter o paciente na posição deitada por aproximadamente 2 a 5 minutos para favorecer a penetração do medicamento.

Se necessário, pode-se ocluir levemente a orelha com gaze estéril (sem compressão).

Descartar os materiais utilizados em recipientes apropriados.

Remover as luvas e higienizar novamente as mãos.

Realizar registro completo no prontuário do paciente.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Verificar integridade do frasco e validade do medicamento.
- Nunca introduzir objetos no conduto auditivo.
- Utilizar frascos individuais ou com técnica de assepsia rigorosa.
- Observar sinais de infecção, dor intensa, secreção purulenta ou reação adversa ao medicamento.
- Não administrar em pacientes com suspeita ou confirmação de perfuração timpânica, a não ser sob orientação médica específica.

REGISTROS

Registrar no prontuário: nome do medicamento, dose, horário, via utilizada, nome e assinatura do profissional e eventuais intercorrências.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 009	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
ADMINISTRAÇÃO VIA INTRADÉRMICA			
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Padronizar a técnica de administração de medicamentos por via intradérmica, garantindo segurança ao paciente e efetividade no procedimento.			
DEFINIÇÃO Administração intradérmica consiste na introdução de pequena quantidade de medicamento ou antígeno na derme, geralmente com finalidade diagnóstica (ex: teste de alergia, tuberculina) ou vacinação específica.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Luvas de procedimento • Algodão ou gaze estéril • Álcool 70% • Seringa de 1 mL (tuberculina) com escala de 0,01 mL • Agulha fina (13 mm x 0,45 mm – 26G ou 27G) • Medicamento/teste prescrito • Bandeja ou suporte com materiais • Descartable ou coletor de perfurocortantes • Ficha de registro de procedimento			
PROCEDIMENTO 1. Higienizar as mãos conforme protocolo. 2. Separar os materiais e organizar na bandeja.			

3. Conferir prescrição médica e checar 13 certos da administração.
4. Explicar o procedimento ao paciente, garantindo seu consentimento.
5. Calçar luvas de procedimento.
6. Escolher o local de aplicação: geralmente face anterior do antebraço (terço médio).
7. Realizar assepsia da pele com álcool 70%, de forma circular e deixar secar.
8. Aspirar o medicamento na seringa com cuidado para não gerar bolhas de ar.
9. Esticar a pele do local de aplicação com o polegar e indicador.
10. Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima, em ângulo de 10 a 15º, apenas até o bisel.
11. Injetar lentamente o conteúdo (geralmente 0,1 mL) observando formação de pápula (bolha) no local.
12. Retirar a agulha sem massagear a pele.
13. Descartar o material perfurocortante em recipiente adequado.
14. Realizar higienização das mãos.
15. Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- A aplicação deve ser superficial; se não formar pápula, o procedimento deve ser repetido em outro local.
- Nunca massagear o local após a aplicação.
- Observar o paciente para reações locais ou sistêmicas.
- Armazenar corretamente os testes ou vacinas conforme recomendação do fabricante.
- Garantir validade e lote do produto administrado no registro.

REGISTROS

- Registro em prontuário: data, hora, local de aplicação, nome do produto, nome do profissional executante/CARIMBO.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 010	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
ADMINISTRAÇÃO VIA INTRAMUSCULAR			
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Quando solicitado através de prescrição médica			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Padronizar e orientar a técnica de administração de medicamentos por via intramuscular (IM), assegurando a eficácia do tratamento, a segurança do paciente e a prevenção de eventos adversos ou complicações locais.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS			
• Bandeja com campo limpo • Seringa e agulha apropriadas (normalmente 3 a 5 mL com agulha 25 x 7 mm ou 30 x 7 mm, conforme a região) • Algodão ou gaze estéril • Álcool 70% • Medicamento prescrito (verificar validade, integridade e identificação) • Luvas de procedimento • Descartable para materiais perfuro cortantes • Etiqueta de identificação (se necessário)			
ÁREAS DE ADMINISTRAÇÃO INTRAMUSCULAR			
Região Anatômica	Indicações comuns	Observações	
Dorso Glútea (quadrante superior externo)	Adultos, volumes maiores (até 5 mL)	Evitar em pacientes com risco de lesão do nervo ciático, observar localização correta da aplicação.	
Ventre Glútea	Adultos (até 5 ml), crianças volumes menores são indicados, como 1,5 a 2 ml para adolescentes, e até 1,5 ml para crianças a partir dos 6 anos	Em casos de crianças, idosos ou indivíduos mais magros, o volume a ser aplicado deve ser ainda menor, geralmente não ultrapassando 2 ml em cada aplicação	
Vasto lateral da coxa	Crianças (Até 2 anos) e adultos	Área segura e bem vascularizada	
Deltóide (ombro)	Volumes pequenos (até 2 ml)	Somente quando outra região não for adequada	

Faixa etária	Comprimento da agulha	Ângulo da agulha
Neonato	13 - 20mm	45-90°
Até 1 ano	20 - 25mm	90°
2 a 6 anos	25 – 30mm*	90°
6 a 11 anos	25 – 30mm*	90°

*Em região do músculo deltoide pode ser necessário agulha com comprimento menor, de acordo com a massa muscular.

Faixa etária / Região	Deltoide	Ventro-glútea	Dorso-glútea	Vasto lateral
Neonatos	-	0,5ml	-	0,5ml
Até 1 ano	-	0,5 - 1,0ml	-	0,5 - 1,0ml
2 a 6 anos	0,5ml	1,5 - 2,0ml	1,0 - 2,0ml	1,5 - 2,0ml
6 a 11 anos	0,5 – 1,0ml	2,0 - 3,0ml	2,0 - 3,0ml	1,5 – 2,0ml

Fonte: Souza, 2017.

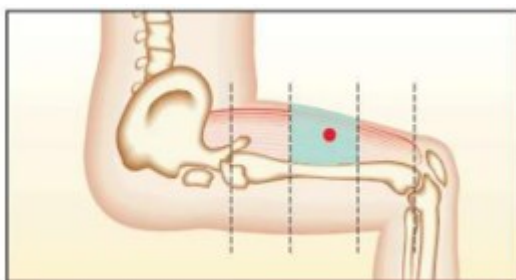


Imagem: Localização Vasto Lateral. Fonte: Google imagens< músculo vasto lateral> acesso em 14 de Julho de 2025

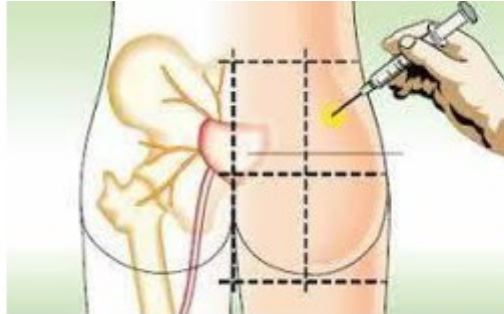
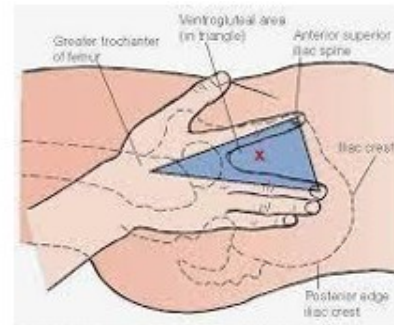
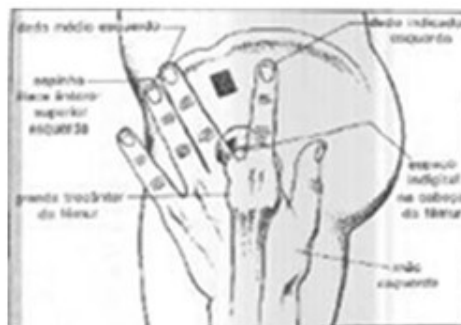
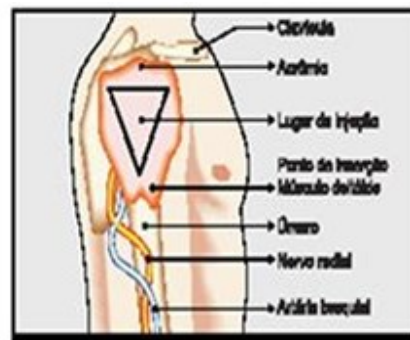
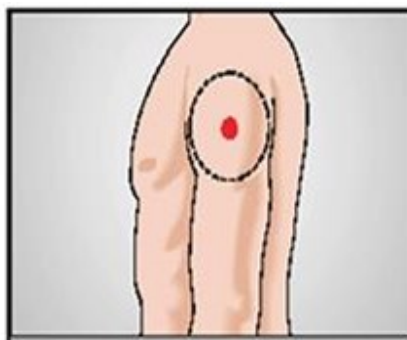


Imagem: Localização Dorso Glútea. Fonte: Google imagens< músculo dorso glúteo> acesso em 14 de Julho de 2025



Fonte: Google imagens: músculo Ventro glúteo: acesso em 14 de Julho de 2025.



Fonte: Google imagens: músculo Deltoide: acesso em 14 de outubro de 2025.

PROCEDIMENTOS

Preparo

1. Higienizar as mãos com água e sabão ou preparação alcoólica.
2. Separar todo o material necessário.
3. Conferir a prescrição: nome do paciente, nome do medicamento, dose, via e horário.
4. Verificar validade, aspecto físico e lote do medicamento.
5. Calçar luvas de procedimento.
6. Realizar a aspiração do medicamento com técnica asséptica.
7. Retirar bolhas de ar da seringa.

Administração

1. Posicionar o paciente de forma confortável e expor o local da aplicação.
2. Higienizar o local com álcool 70% em movimentos circulares.
3. Introduzir a agulha com movimento firme em ângulo de 90°.
4. Aspirar levemente (opcional, conforme protocolo institucional).
5. Injetar o medicamento lentamente.
6. Retirar a agulha e aplicar leve pressão com algodão/gaze no local, sem massagear.
7. Descartar o material em local apropriado (Descarpack).

Pós-procedimento

- Observar o paciente por pelo menos 15 minutos para sinais de reação.
- Orientar o paciente quanto a possíveis efeitos colaterais locais (dor, vermelhidão, endurecimento).
- Registrar no prontuário do paciente: nome do medicamento, dose, horário, local de administração, profissional responsável e observações.

CUIDADOS ESPECIAIS E PRECAUÇÕES

- Não administrar mais de 5 mL em um único local.
- Não reutilizar agulhas ou seringas.
- Em caso de dor intensa, sangramento excessivo ou reação adversa, comunicar o responsável técnico imediatamente.
- Em crianças, idosos ou pacientes com atrofia muscular, considerar o uso de agulhas menores.
- Sempre checar alergias prévias.

REGISTROS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Ficha de Controle de Medicamentos (receituário/ se controlado)
- Prontuário do paciente
- Relatório de Evento Adverso (se aplicável)

 	Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO VIA INTRAVENOSA	Código: POP – 011	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Padronizar o procedimento de administração de medicamentos e soluções por via intravenosa, assegurando qualidade, segurança, eficácia terapêutica, e minimização de riscos ao paciente.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Prescrição médica (completa e legível) • Bandeja de procedimentos limpa • Seringa e agulhas descartáveis adequadas • Equipo macrogotas ou microgotas (quando houver infusão contínua) • Dispositivo de punção venosa periférica (scalp ou cateter) • Luvas de procedimento • Álcool 70%, gaze estéril • Etiquetas de identificação do medicamento (nome, dose, diluente, horário) • Medicamento prescrito • Receptáculo para descarte de perfurocortantes • Soro fisiológico 0,9% (se necessário) • Fita ou curativo estéril para fixação • Oxímetro de pulso (para monitoramento, se necessário)			
INDICAÇÕES • Administração de medicamentos de ação rápida • Medicações com necessidade de titulação controlada • Situações que exigem absorção imediata • Volume significativo de reposição hidroeletrolítica			
PROCEDIMENTO 1. Higienizar as mãos. 2. Reunir e organizar o material. 3. Checar a prescrição médica: paciente, medicação, dose, diluição, via e horário. 4. Identificar o paciente com, no mínimo, dois identificadores (nome completo e data de nascimento). 5. Calçar luvas de procedimento.			

Preparo do Medicamento

1. Conferir nome, validade, integridade e concentração do fármaco.
2. Realizar assepsia do frasco/ampola.
3. Realizar diluição conforme especificações do fabricante ou protocolo institucional.
4. Identificar a seringa ou frasco com etiqueta padrão.

Punção Venosa (se ainda não instalada)

1. Selecionar o membro superior adequado, evitando áreas de articulação.
2. Realizar antissepsia com gaze e álcool 70%.
3. Realizar punção venosa com técnica asséptica.
4. Fixar o dispositivo com fita ou curativo estéril.
5. Testar a permeabilidade com soro fisiológico.

Administração do Medicamento

1. Realizar conexão segura da seringa ou equipo à via instalada.
2. Administrar lentamente, observando as reações do paciente (velocidade conforme protocolo da medicação).
3. Em infusão contínua, regular o gotejamento conforme prescrição.
4. Em caso de desconforto, dor, ardência, extravasamento ou reação, interromper a administração e comunicar o enfermeiro.

Pós-procedimento

1. Lavar a via com solução salina (flush), se necessário.
2. Observar sinais locais (edema, eritema, infiltração) e sistêmicos (alergia, náuseas, desconforto).
3. Registrar todas as informações no prontuário: nome do medicamento, dose, diluição, horário, via, reações e nome do profissional.
4. Descartar materiais utilizados em local apropriado.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Verificar incompatibilidade entre medicamentos, principalmente em vias múltiplas.
- Manter rigoroso controle asséptico durante todo o procedimento.
- Nunca administrar medicações sem checagem dupla.
- Não reutilizar materiais.
- Monitorar continuamente pacientes com risco de reações adversas.
- Utilizar dispositivos de segurança para punção venosa quando disponíveis.

 	Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO VIA NASAL	Código: POP – 012	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Padronizar o procedimento de administração de medicamentos por via nasal (gotas, sprays ou soluções), visando garantir segurança, eficácia terapêutica e evitar riscos de contaminação ou eventos adversos.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Luvas de procedimento • Medicamento em forma nasal (spray, gotas, gel) • Lenço descartável • Bandeja de materiais • Prontuário do paciente • Equipamento de proteção individual (EPI), se necessário			
PROCEDIMENTO 1. Higienizar as mãos conforme protocolo institucional. 2. Conferir a prescrição médica e os 9 certos da administração do medicamento. 3. Preparar os materiais e organizar na bandeja. 4. Identificar corretamente o paciente e explicar o procedimento. 5. Posicionar o paciente sentado ou com a cabeça levemente inclinada para trás. 6. Calçar as luvas de procedimento. 7. Orientar o paciente a assoar o nariz suavemente antes da aplicação.			

8. Aplicar o medicamento da seguinte forma:

- Gotas: instilar no número de gotas conforme prescrição em cada narina.
- Spray: introduzir o bico do frasco no vestíbulo nasal e acionar o jato enquanto o paciente inspira levemente.

9. Solicitar que o paciente permaneça com a cabeça inclinada por 1 a 2 minutos, sem assoar o nariz.

10. Limpar qualquer excesso com lenço ou gaze.

11. Retirar as luvas e realizar novamente a higienização das mãos.

12. Registrar o procedimento no prontuário.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Observar se o paciente possui sangramento nasal, desvio de septo ou alergias aos componentes do medicamento.
- Não compartilhar frascos entre pacientes.
- Verificar se o frasco está limpo e dentro da validade.
- Não exceder a frequência de uso recomendada, principalmente em descongestionantes

REGISTROS

Registrar no prontuário: nome do medicamento, dose, narina utilizada, horário da administração, nome do profissional e intercorrências, se houver.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 013	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
ADMINISTRAÇÃO VIA OCULAR			
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Estabelecer o padrão para a administração segura e eficaz de medicamentos por via ocular (colírios, pomadas oftálmicas), garantindo a correta aplicação e prevenção de contaminações e eventos adversos.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Luvas de procedimento • Algodão ou gaze estéril • Soro fisiológico 0,9% • Colírio ou pomada oftálmica prescrita • Recipiente de descarte • Prontuário do paciente para registro			
PROCEDIMENTO 1. Higienizar as mãos de acordo com protocolo. 2. Conferir a prescrição médica e os “9 certos” da administração de medicamentos. 3. Separar os materiais em bandeja individualizada. 4. Explicar o procedimento ao paciente e solicitar que fique em posição confortável (sentado ou em decúbito dorsal). 5. Calçar luvas de procedimento. 6. Se necessário, higienizar a área ocular com gaze e soro fisiológico, do canto interno para o externo. 7. Solicitar que o paciente olhe para cima, evitando piscar. 8. Com o dedo indicador, puxar delicadamente a pálpebra inferior para formar o saco conjuntival. 9. Administrar o número de gotas conforme prescrição, sem encostar o frasco no olho ou nas pálpebras. ■ No caso de pomadas, aplicar uma pequena faixa no saco conjuntival inferior. 10. Solicitar que o paciente feche os olhos suavemente por 1 a 2 minutos. 11. Retirar excesso de medicamento com gaze estéril.			

12. Se mais de um colírio for prescrito, respeitar o intervalo de pelo menos 5 minutos entre as aplicações.
13. Retirar as luvas e realizar higienização das mãos.
14. Registrar o procedimento no prontuário.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Verificar data de validade e aspecto do medicamento antes da aplicação.
- Não encostar o frasco ou bico da pomada no olho do paciente.
- Medicamentos oftálmicos devem ser de uso exclusivo de um paciente.
- Observar e relatar sinais de reação alérgica ou irritação.
- Armazenar os colírios conforme orientação do fabricante (alguns requerem refrigeração).

REGISTROS

- Registrar no prontuário do paciente: nome do medicamento, dose, olho aplicado (direito, esquerdo ou ambos), horário, profissional responsável e intercorrências, se houver.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 014	
	ADMINISTRAÇÃO VIA ORAL	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Orientar a equipe de enfermagem quanto ao procedimento correto e seguro de administração de medicamentos por via oral, garantindo eficácia terapêutica, minimizando riscos ao paciente e promovendo a conformidade com as normas sanitárias vigentes			
Administração por via oral consiste na introdução do medicamento no organismo através da boca, podendo ser em forma de comprimidos, cápsulas, líquidos, pós, entre outros.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Luvas de procedimento (se necessário) • Copo descartável com água • Bandeja individual com o(s) medicamento(s) prescrito(s) • Medicamento(s) conforme prescrição (comprimidos, cápsulas, xaropes, soluções) • Colher dosadora ou seringa dosadora (se necessário) • Prontuário do paciente • Recipiente para descarte de resíduos (copo, embalagem)			
PROCEDIMENTO 1. Higienizar as mãos conforme protocolo. 2. Conferir a prescrição médica e os 9 certos da administração (paciente, medicamento, dose, horário, via, forma farmacêutica, validade, alergias, registro). 3. Separar os medicamentos individualmente na bandeja, com identificação. 4. Explicar o procedimento ao paciente e confirmar sua identificação. 5. Posicionar o paciente sentado ou com a cabeceira elevada. 6. Calçar luvas de procedimento, se necessário (contato com secreções, lesões, etc.). 7. Administrar o medicamento conforme tipo: a. Comprimidos/cápsulas: oferecer com água. b. Líquidos: medir com seringa dosadora ou colher dosadora. 8. Orientar o paciente a não deitar imediatamente após administração. 9. Descartar copos e embalagens usadas em recipiente apropriado. 10. Higienizar as mãos novamente. 11. Realizar o registro do procedimento no prontuário do paciente.			

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Observar se o paciente tem dificuldade de deglutição ou contraindicação para uso oral.
- Nunca partir ou esmagar comprimidos sem orientação do fabricante ou farmacêutico.
- Verificar a possibilidade de interações medicamentosas ou alimentos que interferem na absorção.
- Observar se o medicamento deve ser administrado com estômago cheio ou em jejum.
- Monitorar possíveis reações adversas ou sinais de intolerância.

REGISTROS

Realizar registro completo no prontuário: data, hora, nome do medicamento, dose, via, profissional executante, intercorrências, se houver.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 015	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
ADMINISTRAÇÃO VIA SUBCUTÂNEA			
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Normatizar e padronizar a técnica de administração de medicamentos por via subcutânea (SC), visando garantir a eficácia terapêutica, a segurança do paciente e a prevenção de eventos adversos ou erros de medicação			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Seringa com graduação compatível com o volume a ser administrado (1 mL ou 3 mL) • Agulha 13 x 4,5 mm ou 12 x 4 mm (insulina) – variável conforme o biotipo do paciente • Álcool 70% • Algodão ou gaze estéril • Medicamento prescrito • Luvas de procedimento • Descarpac (coletor de materiais perfurocortantes) • Bandeja limpa para organização dos materiais			
REGIÕES RECOMENDADAS PARA APLICAÇÃO SUBCUTÂNEA			
Local		Observações	
Face anterior da coxa		Boa absorção e fácil acesso	
Abdome (ao redor do umbigo, a pelo menos 5 cm de distância)		Região de escolha para insulina, com absorção uniforme	
Face externa do braço		Menor área, indicada para pequenos volumes	
Região dorsal superior		Menor sensibilidade, ideal para pacientes com dor	

PROCEDIMENTO

Preparo do profissional e do ambiente

1. Higienizar as mãos com água e sabão ou preparação alcoólica.
2. Separar e organizar o material em bandeja limpa.
3. Conferir a prescrição médica ou de enfermagem: nome do paciente, nome do medicamento, dose, via e horário.
4. Conferir a validade, integridade e identificação do medicamento.
5. Calçar luvas de procedimento.

Preparo do medicamento

1. Realizar aspiração com técnica asséptica, utilizando seringa adequada.
2. Retirar bolhas de ar cuidadosamente.
3. Identificar a seringa, se necessário.

Administração

1. Posicionar o paciente confortavelmente, com a região escolhida exposta.
2. Realizar antisepsia do local com álcool 70%.
3. Com a mão não dominante, pinçar a pele formando uma prega cutânea.
4. Introduzir a agulha em ângulo de 45° (ou 90°, se a agulha for curta ou o paciente tiver camada adiposa espessa).
5. Injetar lentamente o medicamento.
6. Retirar a agulha e aplicar leve pressão com algodão seco.
7. Descartar o material em recipiente apropriado.
8. Higienizar as mãos.

9. Pós-procedimento

- Observar o local por reações imediatas (vermelhidão, dor, edema).
- Orientar o paciente sobre possíveis efeitos locais e gerais.
- Registrar no prontuário do paciente todos os dados da administração (medicamento, dose, via, local, horário, profissional, reações).

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Alternar os locais de aplicação em pacientes com uso contínuo (como insulínod dependentes).
- Utilizar seringas específicas para insulina, quando indicado.
- Não massagear o local após a aplicação.

- Em caso de nódulo, dor persistente ou reação local, comunicar o enfermeiro responsável.

REGISTROS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Prontuário do paciente
- Ficha de Controle de Administração de Medicamentos
- Ficha de Controle de Insulina (quando aplicável)

Notificação de Evento Adverso (se houver)

 	Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO VIA SUBLINGUAL	Código: POP – 016	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Necessidade de administrar substâncias terapêuticas ao paciente, conforme prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Padronizar a técnica de administração de medicamentos por via sublingual, assegurando eficácia terapêutica, segurança do paciente, e conformidade com as normas técnicas e sanitárias vigentes.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS ● Prescrição médica ● Medicamento sublingual (comprimido, pastilha ou outra forma farmacêutica) ● Recipiente ou bandeja de medicação ● Luvas de procedimento (se necessário) ● Copo descartável com água (para limpeza prévia da cavidade oral, se indicado) ● Equipamentos de emergência (caso haja risco de reação adversa) ● Registro de enfermagem (prontuário físico ou eletrônico)			
INDICAÇÕES ● Situações em que é necessária rápida absorção medicamentosa sem passar pelo trato gastrointestinal, como: ○ Angina (ex: nitrato sublingual) ○ Crises hipertensivas ○ Náuseas ou vômitos (quando via oral não é indicada) ○ Pacientes com dificuldade de deglutição de comprimidos grandes ○ Situações que exigem ação medicamentosa imediata			

PROCEDIMENTO

Preparo

1. Higienizar as mãos.
2. Checar a prescrição médica: nome do paciente, medicamento, dosagem, via e horário.
3. Conferir o nome comercial e genérico, lote, validade e integridade da embalagem.
4. Separar o medicamento em recipiente adequado.
5. Identificar o paciente corretamente com, no mínimo, dois identificadores.

Execução

1. Explicar o procedimento ao paciente, esclarecendo a importância de manter o medicamento sob a língua até completa dissolução.
2. Solicitar ao paciente que, se possível, higienize a boca com um pequeno gole de água.
3. Orientar para não mastigar, engolir ou deglutir o comprimido.
4. Administrar o medicamento sob a língua, com auxílio de luvas se necessário.
5. Permanecer com o paciente até o fim da dissolução e observar reações imediatas.
6. Orientar o paciente a não ingerir alimentos ou líquidos por cerca de 5 a 10 minutos após a administração (exceto se prescrito de forma diferente).

Pós-procedimento

1. Observar o paciente quanto a reações adversas, alergias, alterações de consciência, pressão arterial ou frequência cardíaca.
2. Higienizar as mãos.
3. Realizar o registro completo em prontuário, com nome do medicamento, dosagem, via, horário, profissional que administrou e efeitos observados.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Confirmar se o paciente tem alergia ou contraindicação ao medicamento.
- Nunca administrar via sublingual caso o paciente esteja inconsciente ou tenha distúrbios da deglutição graves.
- Não utilizar se houver lesões ativas sob a língua.
- Monitorar continuamente em casos de medicamentos de ação cardiovascular (ex: nitratos).
- Respeitar a dose prescrita e intervalos de tempo entre administrações.
- Nunca substituir a via prescrita sem autorização médica.

REGISTROS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Prontuário do paciente
- Ficha de Controle de Administração de Medicamentos
- Termo de consentimento (se necessário)
- Notificação de Evento Adverso (se aplicável)

 	Procedimento Operacional Padrão ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO POR VIA INALATÓRIA	Código: POP – 017	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Umidificar a via aérea, dilatar os brônquios e/ou eliminar secreções.			
Materiais: • Copo do nebulizador; • Máscara de nebulização; • Medicação prescrita; • Soro Fisiológico; • Seringa; • Inalador;			
Procedimentos: 1. Higienizar as mãos; 2. Verificar a prescrição; 3. Preparar o material; 4. Colocar a quantidade prescrita de soro fisiológico e medicamentos no copo de inalação; 5. Fechar o copo e colocar a máscara de inalação de acordo com o tamanho do cliente; 6. Conectar a extensão ao copo de inalação e a outra extensão ao inalador; 7. Orientar o cliente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento; 8. Pedir ao cliente para segurar o copo de colocar a máscara entre a boca e nariz; 9. Ligar o inalador; 10. Manter a inalação durante o tempo indicado; 11. Observe o cliente se apresenta possíveis reações aos medicamentos prescritos; 12. Interromper a inalação se ocorrer reações ao medicamento; 13. Desligue o inalador; 14. Oferecer papel toalha para o paciente para secar a umidade do rosto; 15. Anotar o procedimento e observações no prontuário do cliente; 16. Levar o material desacoplado para lavagem e desinfecção; Higienizar as mãos.			

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 018	
	ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER NASAL E MÁSCARA FACIAL	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Este POP é aplicável a todos os profissionais de enfermagem envolvidos na administração de oxigenoterapia em pacientes atendidos NO Pronto Socorro			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Objetivo: Padronizar o procedimento de administração de oxigênio suplementar por meio de cateter nasal e máscara facial, promovendo a oxigenação adequada e segura aos pacientes, prevenindo complicações e garantindo a efetividade do suporte respiratório			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Fonte de oxigênio com fluxômetro regulador • Umidificador de oxigênio (quando indicado) • Cateter nasal (óculos nasal) ou máscara facial simples/venturi/reservatório, conforme necessidade • Estetoscópio • Oxímetro de pulso • Algodão com álcool 70% • Luvas de procedimento • Fita adesiva hipoalergênica (se necessário) • Registro de enfermagem (ficha/prontuário)			
INDICAÇÕES • Hipoxemia leve a moderada (cateter nasal) • Hipoxemia moderada a grave ou necessidade de alta concentração de O₂ (máscara facial) • DPOC, pneumonias, crises asmáticas, reações anafiláticas, insuficiência respiratória leve, entre outros			

PROCEDIMENTO

Preparo

1. Higienizar as mãos.
2. Reunir e organizar os materiais.
3. Confirmar a prescrição médica quanto à necessidade de O₂, tipo de dispositivo e fluxo (L/min).
4. Posicionar o paciente confortavelmente, em decúbito elevado ou semi-Fowler.
5. Avaliar sinais vitais e saturação periférica de oxigênio (SpO₂) antes da instalação.

Instalação por Cateter Nasal (Óculos Nasal)

1. Acoplar o fluxômetro e o umidificador à fonte de oxigênio, se necessário.
2. Regular o fluxo conforme prescrição (geralmente entre 1 e 6 L/min).
3. Introduzir as extremidades do cateter em cada narina do paciente.
4. Passar a alça do cateter por trás das orelhas e ajustar sob o queixo.
5. Certificar-se de que o paciente esteja confortável e o dispositivo bem posicionado.

Instalação por Máscara Facial

1. Escolher a máscara adequada (simples, com reservatório ou Venturi, conforme necessidade clínica).
2. Acoplar a máscara ao tubo de oxigênio e iniciar o fluxo conforme prescrição (geralmente entre 5 e 15 L/min).
3. Ajustar a máscara ao rosto do paciente, cobrindo boca e nariz.
4. Verificar se há vazamentos e se o paciente tolera bem o uso.

Monitoramento

- Avaliar a SpO₂ a cada 15 minutos na primeira hora e depois conforme estabilidade.
- Observar sinais de desconforto, sonolência, cianose, taquipneia ou sinais de hiperventilação.
- Realizar trocas do cateter ou máscara a cada 24 a 72 horas, ou necessidade.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Nunca administrar oxigênio sem prescrição médica (exceto em situação de emergência).
- O oxigênio é um gás inflamável: manter longe de fontes de calor e faísca.
- Monitorar o paciente para sinais de hipóxia ou hiperóxia.
- Em pacientes com DPOC, utilizar baixos fluxos e monitorar rigorosamente.
- Avaliar constantemente a pele do rosto, atrás das orelhas e nariz para evitar lesões por pressão.

Higienizar os dispositivos conforme recomendação do fabricante e/ou substituir quando necessário.

 	Procedimento Operacional Padrão MONITORAMENTO DE SINAIS VITAIS	Código: POP – 019	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Todos os profissionais de enfermagem e equipe multidisciplinar envolvida na administração de medicamentos no Pronto Socorro.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Médicos, Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: • Padronizar a rotina de aferição de sinais vitais no adulto, verificando os padrões basais para frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e temperatura; • Identificar, registrar e intervir diante de possíveis alterações; • Colaborar no diagnóstico e tratamento de doenças.			
MATERIAIS • Luvas de procedimento (quando necessário); • Avental e máscara descartável (quando o paciente estiver em precaução de contato); • Bandeja; • Copo descartável com algodão; • Almotolia com álcool 70%; • Termômetro; • Esfigmomanômetro no tamanho adequado para o paciente; • Estetoscópio; • Relógio com ponteiro de segundos; • Folha de registro e caneta esferográfica;			
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS			
<u>1) Verificação de Frequência Respiratória:</u>			
1º. Realizar a Técnica de higienização das mãos;			
2º. Reunir o material;			
3º. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;			

- 4º. Calçar as luvas de procedimento (quando risco de contato com fluidos corporais, pele não íntegra ou paciente em precaução de contato);
- 5º. Posicionar o paciente de forma confortável;
- 6º. Colocar a mão no pulso radial do cliente como se fosse controlar o pulso e disfarçar, observando os movimentos respiratórios;
- 7º. Observar a elevação e descida do tórax do cliente, enquanto toca em seu pulso;
- 8º. Monitorar através de um relógio com ponteiros de segundo, por um minuto, quantos movimentos respiratórios são realizados nesse período (movimento respiratório completo que equivale a inspiração e expiração totalizando uma frequência respiratória);
- 9º. Se preferir verificar a frequência respiratória através da ausculta pulmonar, com auxílio do estetoscópio colocar o diafragma na região do hemitórax do cliente, na linha hemiclavicular, logo abaixo da clavícula e monitorar através de um relógio quantos movimentos respiratórios são efetuados em um minuto;
- 10º. Anotar o valor obtido e analisar se está dentro dos limites aceitáveis (Quadro 1);
- 11º. Organizar o local e posicionar o paciente de modo confortável;
- 12º. Realizar novamente a assepsia das olivas do diafragma do estetoscópio com algodão embebido com álcool a 70%;
- 13º. Retirar as luvas de procedimento (se utilizada) e higienizar as mãos;
- 14º. Realizar a anotação de enfermagem no prontuário físico e/ou eletrônico

Valores de Referência Para Frequência Respiratória:

Idade	Frequência Respiratória
Recém-nascido	30-60
Lactentes (6 meses)	30-50
Entre 6 meses e 2 anos	25-32
Criança	20-30
Adolescente	16-20
Adulto	12-20

Fonte: POTTER et al. 2018

2) Verificação de Pulso Periférico e Pulso Apical (Frequência Cardíaca):

1º. Realizar a Técnica de higienização das mãos;

2º. Reunir o material;

3º. Explicar o procedimento ao cliente e sua finalidade;

4º. Calçar as luvas de procedimento (quando risco de contato com fluidos corporais, pele não íntegra ou paciente em precaução de contato);

5º. Posicionar o cliente de forma confortável;

6º. Se necessário, aquecer as mãos friccionando-as;

7º. Colocar as polpas digitais dos dedos indicadores e médio sobre a pele, acima do local onde passa a artéria escolhida, sem fazer muita pressão nos dedos. Os locais mais indicados são a artéria temporal, carótida e radial;

8º. Sentir as pulsações e contá-las por um minuto com o auxílio de um relógio;

9º. Para ausculta do pulso apical, realizar a assepsia das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool 70%. Deve-se colocar o estetoscópio no hemitórax esquerdo, na linha hemiclavicular, aproximadamente no 5º espaço intercostal esquerdo e colocar o diafragma do estetoscópio neste local. Auscultar as pulsações por um minuto com o auxílio de um relógio;

10º. Anotar o valor obtido e analisar se está dentro dos limites aceitáveis;

11º. Organizar o local e posicionar o cliente de modo confortável;

12º. Retirar as luvas de procedimento (se utilizadas) e higienizar as mãos;

13º. Realizar a anotação de enfermagem no prontuário físico e/ou eletrônico

Valores de referência – Frequência Cardíaca:

Idade	Frequência Cardíaca ou Pulso
Lactentes	120 a 160 bpm
Crianças	90 a 140 bpm
Pré-escolar	80 a 110 bpm
Adolescente	60 a 90 bpm
Adulto	60 a 100 bpm

Fonte: POTTER et al. 2018.

3) Verificação de Temperatura Axilar:

- 1º. Higienizar as mãos;
- 2º. Reunir o material;
- 3º. Explicar o procedimento ao cliente e sua finalidade;
- 4º. Calçar as luvas de procedimento (quando risco de contato com fluidos corporais, pele não íntegra ou paciente em precaução de contato);
- 5º. Posicionar o cliente de forma confortável;
- 6º. Colocar o termômetro higienizado na região axilar, com o bulbo em contato direto na pele do cliente e solicitar que permaneça com o braço comprimido sobre o tórax. Caso contrário, segurar o braço do cliente;
- 7º. Retirar o termômetro após emissão do sinal sonoro e realizar a leitura;
- 8º. Anotar o valor obtido e analisar se está dentro dos limites aceitáveis;
- 9º. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool 70%;
- 10º. Organizar o local e posicionar o cliente de modo confortável;
- 11º. Retirar as luvas de procedimento (se utilizadas) e higienizar as mãos;
- 12º. Realizar a anotação de enfermagem no prontuário eletrônico e/ou físico

Valores de Referência – Temperatura:

Valores normais e as variações da temperatura corporal	
Hipotermia	Abaixo de 35,5° C
Afebril	35,5° C – 36,9° C
Subfebril	37,0° C - 37,7° C
Febre	Acima de 37,8° C
Febre Moderada	38,0° C - 39,0° C
Febre alta	Acima de 39,0° C
Febre muito alta	Acima de 40,0 C

Fonte: < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/aceso-a-informacao/procedimento-operacional-padrao/divisao-de-enfermagem/2023/pop-divenf-001-v-1-2023-verificacao-de-sinais-vitais-no-adulto.pdf>>.

4) Verificação de Pressão Arterial Não Invasiva em Membro Superior :

- 1º. Higienizar as mãos;
- 2º. Reunir o material;
- 3º. Explicar o procedimento ao cliente e sua finalidade;
- 4º. Calçar as luvas de procedimento (quando risco de contato com fluidos corporais, pele não íntegra ou paciente em precaução de contato);
- 5º. Posicionar o cliente de forma confortável, com a posição do braço a nível do coração e com a palma da mão voltada para cima. Se estiver sentado oriente a manter os pés no chão sem cruzar as pernas. Na posição supina o cliente não deve estar com as pernas cruzadas;
- 6º. Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;
- 7º. Com o manguito selecionado, do tamanho adequado ao braço do cliente, colocá-lo sem deixar folgas de 2 a 3 centímetros acima da fossa cubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial;
- 8º. Deixar o mostrador do manômetro aneróide visível;
- 9º. Solicitar que o cliente não fale durante a mensuração;
- 10º. Fechar a válvula de pressão do bulbo no sentido horário até travar;
- 11º. Localizar a artéria radial com os dedos indicadores e médio, insuflar o manguito lentamente observando o manômetro até o desaparecimento da pulsação. Insuflar mais 30 mmHg do valor onde parou de sentir a pulsação arterial;
- 12º. Sobre a artéria braquial, na região da fossa cubital, colocar o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva, ajustar a parte superior do estetoscópio com as olivas para frente e bem-posicionadas, sobre os canais auditivos;
- 13º. Abrir a válvula de pressão do bulbo lentamente no sentido anti-horário, observando o manômetro;
- 14º. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), e após, aumentar a velocidade de abertura da válvula;
- 15º. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder com a abertura completa da válvula deixando o ponteiro do manômetro em zero;
- 16º. Retirar o aparelho do braço e deixar o cliente em posição confortável;
- 17º. Anotar o valor obtido, analisar se está dentro dos limites aceitáveis (Quadro 4);

18º. Retirar as luvas de procedimento (se utilizadas) e higienizar as mãos;

19º. Realizar a anotação de enfermagem no prontuário eletrônico AGHU (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários).

Classificação da Pressão Arterial adulto acima de 18 anos:

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	120-129 e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139 e/ou	85-89
Hipertensão estágio I	140-159 e/ou	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179 e/ou	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020).

5) Procedimento para Verificação da Pressão Arterial Não Invasiva em Membro Inferior:

1º. Higienizar as mãos;

2º. Reunir os materiais;

3º. Calçar as luvas de procedimento;

4º. Explicar o procedimento ao cliente e sua finalidade;

5º. Posicionar o paciente de forma confortável em decúbito dorsal com os membros no mesmo nível do coração;

6º. Localizar a artéria pediosa ou a artéria tibial posterior, por palpação na região do pé. A artéria pediosa pode ser palpada a alguns centímetros acima da inserção dos pododáctilos, aproximadamente na direção do espaço entre o 1º e o 2º pododáctilo. Já a artéria tibial posterior localiza-se entre o maléolo e calcâneo;

7º. Posicionar o manguito de tamanho adequado a 5 centímetros acima do maléolo e deixar o manômetro aneroide visível;

8º. Solicitar que o cliente não fale durante a mensuração;

9º. Fechar a válvula de pressão do bulbo no sentido horário até travar;

10º. Insuflar o manguito e permanecer com a outra mão palpando a artéria. Insuflar o manguito até que a pulsação na artéria pare;

11º. Esvaziar o manguito e aguardar alguns segundos, para insuflar o manguito novamente. Insuflar o manguito até aproximadamente 30 mmHg acima do ponto onde a pressão arterial desapareceu;

12º. Colocar o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva sobre a artéria, ajustar a parte superior do estetoscópio com as olivas para frente e bemposicionadas sobre os canais auditivos;

13º. Abrir a válvula de pressão do bulbo lentamente no sentido anti-horário e observar o manômetro;

14º. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som de Korotkoff (Pressão Sistólica) e o ponto em que foi ouvido o último som de Korotkoff (Pressão Diastólica);

15º. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento e depois proceder com a abertura completa da válvula, deixando o ponteiro do manômetro em zero;

16º. Retirar o aparelho da perna e deixar o cliente em posição confortável;

17º. Anotar o valor obtido e analisar o resultado, levando em conta que a pressão medida no membro inferior pode ser mais elevada que no braço;

18º. Retirar as luvas de procedimento (se utilizadas) e higienizar as mãos;

19º. Realizar a anotação de enfermagem no prontuário eletrônico e/ou físico.

OBSERVAÇÕES:

- Para verificar a pressão arterial de adultos, estes devem estar de repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo, evitar bexiga cheia, não ter praticado atividades físicas nos últimos 60 a 90 minutos, não ter ingerido bebidas alcoólicas ou café e não ter fumado 30 minutos antes;
- Manguito pequeno resulta em uma pressão arterial falsamente elevada e manguito grande resulta em uma pressão arterial falsamente baixa;
- A verificação da pressão arterial nos membros inferiores deve ser realizada quando houver contra-indicação para medir a pressão nos membros superiores, tais como: presença de um cateter e cirurgia de remoção de gânglios linfáticos;
- A pressão sistólica medida na perna pode ser mais elevada do que no braço devido ao fenômeno da amplificação do pulso distal;
- PROIBIDO o uso de termômetros e esfigmomanômetros de coluna de mercúrio em serviços de saúde.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 020	
	VERIFICAÇÃO OXIMETRIA DE PULSO PORTÁTIL DE DEDO	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Médicos, Enfermeiro (a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Médicos, Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Padronizar a técnica de verificação da saturação periférica de oxigênio (SpO ₂) e da frequência cardíaca por meio de oxímetro de pulso digital portátil, assegurando resultados confiáveis para apoio diagnóstico e condutas clínicas.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Oxímetro de pulso portátil com sensor de dedo • Pilhas ou fonte de energia em boas condições • Ficha de avaliação clínica ou prontuário do paciente • Álcool 70% e algodão para higienização (se necessário) • Luvas de procedimento (se aplicável)			
INDICAÇÕES • Avaliação de pacientes com sintomas respiratórios ou doenças pulmonares • Monitoramento em casos de COVID-19, gripe, asma, DPOC, entre outros • Verificação de sinais vitais em avaliações de rotina • Apoio à decisão de encaminhamento e conduta clínica			
CONTRAINDICAÇÕES E FATORES QUE INTERFEREM NA LEITURA • Unhas com esmalte escuro, unhas postiças ou sujeira • Mãos frias ou com má perfusão periférica • Movimento excessivo durante o procedimento • Luz ambiente intensa direta sobre o sensor • Hipoperfusão periférica (choque, hipotensão grave)			

PROCEDIMENTO

Preparo

1. Higienizar as mãos.
2. Explicar o procedimento ao paciente.
3. Certificar-se de que o oxímetro está higienizado e com carga adequada.
4. Solicitar ao paciente que esteja em repouso por pelo menos 5 minutos antes da leitura.

Execução

1. Posicionar o paciente sentado ou em repouso.
2. Escolher um dedo limpo, seco e sem esmalte ou interferência. Preferencialmente o dedo indicador ou médio.
3. Colocar o oxímetro de forma firme, sem apertar.
4. Manter o dedo estável até que o aparelho estabilize a leitura (geralmente 10 a 20 segundos).
5. Observar e anotar os valores de **SpO₂ (%)** e **frequência cardíaca (bpm)**.
6. Remover o aparelho e higienizá-lo conforme protocolo.

Pós-procedimento

1. Informar o resultado ao paciente, se pertinente.
2. Registrar no prontuário ou ficha de evolução de enfermagem.
3. Encaminhar para avaliação médica, se valores estiverem fora da normalidade.

VALORES DE REFERÊNCIA

- **SpO₂ normal:** 95% a 100%
- **Alerta clínico:** SpO₂ < 94% (avaliar contexto clínico)
- **Urgência/emergência:** SpO₂ ≤ 90% (avaliar encaminhamento imediato)
- **Frequência cardíaca normal (adultos):** 60 a 100 bpm

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Garantir que o paciente esteja em repouso e ambiente tranquilo
- Higienizar adequadamente o sensor após cada uso
- Manter o equipamento calibrado e com carga
- Não utilizar o aparelho sobre curativos, dedos com lesões ou edema
- Registrar todo o procedimento e conduta associada

REGISTROS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Ficha de sinais vitais
- Evolução de enfermagem

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 021	
	CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Realizar o controle glicêmico do cliente de acordo com prescrição médica ou conforme avaliação da necessidade.			
Materiais: • Bandeja. • Glicosímetro. • Fitas reagentes. • Lancetas ou agulhas 13 x 4,5 para punção digital. • Luvas de procedimento. • Bolas de algodão com SF 0,9% ou ABD. • Álcool 70%.			
RESPONSABILIDADES • Profissionais de enfermagem: ○ Realizar o procedimento conforme protocolo. ○ Registrar o valor obtido no prontuário do paciente. ○ Comunicar valores alterados à equipe médica/ e a Enfermeira (o).			
PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO) <i>Realização do controle de glicemia capilar:</i> 1. Higienizar as mãos. 2. Calçar luvas de procedimento. 3. Conferir a prescrição médica e o horário da glicemia. 4. Reunir o material e verificar o funcionamento do glicosímetro. 5. Confirmar a identidade do paciente.			

6. Explicar o procedimento ao paciente.
7. Higienizar o dedo escolhido com algodão embebido em álcool 70%.
8. Realizar punção lateral do dedo com lanceta estéril.
9. Desprezar a primeira gota de sangue.
10. Coletar a segunda gota com a tira reagente já inserida no glicosímetro.
11. Aguardar o resultado e registrar no prontuário.
12. Pressionar o local da punção com algodão seco.
13. Descartar materiais utilizados em recipientes adequados.
14. Retirar as luvas e higienizar as mãos.
15. Comunicar imediatamente a equipe médica em caso de hipoglicemia (<70 mg/dL) ou hiperglicemia significativa (>180 mg/dL ou conforme protocolo institucional).

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Nunca reutilizar lancetas.
- Armazenar tiras reagentes em local seco e longe da luz.
- Realizar controle de qualidade do glicosímetro regularmente.
- Em pacientes com distúrbios circulatórios periféricos, escolher o local de punção com cautela.
- Documentar o valor e a conduta adotada em caso de alterações.

REGISTROS GERADOS

- Anotação do valor de glicemia no prontuário eletrônico ou físico
- Registro em planilha de controle (se aplicável)
- Notificação de eventos adversos (se ocorrerem)

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 022	
	PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Aplica-se aos profissionais de enfermagem que realizam punção venosa periférica em pacientes hospitalizados ou ambulatoriais. (Enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem/ auxiliares de Enfermagem)			
Quando: Sempre que for realizar o procedimento.			
Monitoramento: Enfermeiro (a)			
Objetivo: Padronizar o procedimento de punção venosa periférica para garantir a segurança do paciente e do profissional, minimizando riscos de infecção e complicações.			
DEFINIÇÕES E SIGLAS ● Punção venosa periférica: Técnica invasiva para inserção de cateter em veia periférica para administração de medicamentos, líquidos ou coleta de sangue.			
MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS ● Cateter venoso periférico com calibre adequado ao paciente ● Luvas de procedimento descartáveis ● Álcool 70% ou antisséptico (clorexidina) ● Torniquete/garrote ● Seringa e agulha (se necessário) ● Esparadrapo, micropore ou curativo adesivo ● Algodão ou gaze estéril ● Recipiente para descarte de material perfuro cortante ● Material para higienização das mãos			

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

1. Identificar o paciente e explicar o procedimento.
2. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimentos descartáveis.
3. Selecionar veia adequada, geralmente em membros superiores.
4. Aplicar torniquete/ garrote para facilitar a visualização da veia.
5. Limpar o local da punção com antisséptico (álcool 70%), realizando movimentos circulares de dentro para fora.
6. Inserir o cateter com ângulo adequado, observar retorno venoso.
7. Remover o mandril e fixar o cateter com esparadrapo ou curativo adesivo.
8. Soltar o torniquete e descartar materiais pérfuro cortantes.
9. Higienizar as mãos e registrar o procedimento no prontuário.
10. Observar o local da punção para sinais de complicação (sinais flogísticos)

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Manter técnica asséptica rigorosa para evitar infecções.
- Evitar punções em áreas com sinais de inflamação ou infecção.
- Trocar o catéter A CADA 72 HORAS OU SE COMPLICAÇÕES.
- Monitorar sinais de flebite, extravasamento e dor local.
- Garantir descarte correto dos materiais pérfuro cortantes.

REGISTROS GERADOS

- Registro do procedimento no prontuário do paciente
- Relatórios de eventos adversos relacionados ao procedimento.

 	Procedimento Operacional Padrão CUIDADOS COM LESÃO POR PRESSÃO	Código: POP – 023	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Aplica-se a todos os profissionais da equipe multiprofissional envolvidos no cuidado direto a pacientes com risco ou presença de úlceras por pressão.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Médicos, Enfermeiros (as), Técnicos (as) e auxiliares de enfermagem			
Objetivo: Estabelecer orientações e procedimentos para prevenção, avaliação e tratamento das úlceras por pressão (lesões decorrentes de pressão prolongada), visando a promoção da cicatrização, prevenção de infecções e melhoria da qualidade de vida do paciente			
DEFINIÇÕES E SIGLAS ● Úlcera por pressão (UPP): Lesão localizada na pele e/ou tecidos subjacentes causada por pressão prolongada ou pressão em combinação com cisalhamento. ● Escala de Braden: Instrumento utilizado para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão.			
RESPONSABILIDADES: ● Equipe de enfermagem: ○ Avaliar o risco de úlcera por pressão utilizando escala validada. ○ Realizar cuidados diários de higiene, limpeza e curativos adequados. ○ Realizar reposicionamento frequente do paciente. ○ Registrar evolução e intercorrências no prontuário. ● Equipe multidisciplinar: ○ Avaliar nutricionalmente o paciente e indicar suporte adequado. ○ Fornecer orientações sobre manejo da dor e reabilitação.			

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS

- Materiais para curativos (gazes estéreis, filmes transparentes, alginatos, hidrocoloides, entre outros conforme indicação)
- Soluções fisiológicas e antissépticos
- Produtos para proteção da pele (barreiras, cremes hidratantes)
- Equipamentos para avaliação e registro (câmera para foto, ficha de acompanhamento)
- Dispositivos para alívio de pressão (colchões especiais, almofadas)
- Material para higiene pessoal do paciente
- EPIs conforme necessidade

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

1. Avaliar o paciente quanto ao risco de desenvolvimento de úlceras por pressão com a Escala de Braden na admissão e periodicamente.
2. Realizar higiene diária, mantendo a pele limpa e seca.
3. Promover reposicionamento do paciente a cada 2 horas, evitando pressão contínua sobre áreas vulneráveis.
4. Avaliar a integridade da pele e características da úlcera (tamanho, profundidade, exsudato, odor).
5. Realizar curativos adequados ao estágio da úlcera, utilizando produtos específicos conforme protocolo.
6. Garantir suporte nutricional e hidratação adequada para favorecer cicatrização.
7. Controlar a dor com uso de analgesia prescrita e técnicas de conforto.
8. Registrar todas as avaliações, procedimentos e evolução da lesão no prontuário.
9. Comunicar a equipe multidisciplinar sobre mudanças no quadro clínico.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Utilizar técnica asséptica rigorosa durante os curativos para evitar infecção.
- Evitar uso de materiais que possam traumatizar ainda mais a pele.
- Garantir conforto do paciente e evitar atrito nas áreas acometidas.
- Manter ambiente limpo e seguro para o paciente.
- Monitorar sinais de infecção local e sistêmica, comunicando prontamente.

REGISTROS GERADOS

- Fichas de avaliação de risco (Escala de Braden)
- Prontuário com registros de curativos e evolução da lesão
- Relatórios de eventos adversos relacionados à úlcera

ANEXOS

- Anexo I – Escala de Braden para avaliação de risco (elaboração própria)

Escala de Braden				
Utilizada para avaliação do grau de risco de desenvolvimento de lesão por pressão.				
Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma Limitação
Umidade	1. Completamente Molhada	2. Muito Molhada	3. Ocasionalmente Molhada	4. Raramente Molhada
Atividade	1. Acamado	2. Confinado à cadeira	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
Mobilidade	1. Totalmente imóvel	2. Bastante limitado	3. Levemente limitado	4. Não apresenta limitações
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequado	3. Adequado	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema em potencial	3. Nenhum Problema	—
TOTAL	Risco Brando 15 a 16 pontos		Risco Moderado 12 a 14 pontos	Risco Severo Abaixo de 11 pontos

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 024	
	REALIZAÇÃO DE CURATIVOS	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Enfermeiro (a), Técnico (a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro (a).			
Objetivo: Estabelecer os procedimentos padronizados para a realização de curativos em feridas agudas ou crônicas, promovendo a cicatrização, prevenindo infecções e garantindo a segurança e o conforto do paciente.			
MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS			
• Luvas de procedimento e luvas estéreis • Campo estéril • Pinças e tesouras estéreis • Soro fisiológico 0,9% ou solução antisséptica (conforme protocolo) • Gaze estéril • Curativos especiais (hidrocolóide, hidrogel, alginato, filme transparente, entre outros) • Esparadrapo ou fita microporosa • Máscara e avental (se necessário) • Recipiente para descarte de resíduos e perfuro cortantes • Sabonete líquido e álcool gel para higienização das mãos			

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

1. Conferir a prescrição e identificar o paciente corretamente.
2. Higienizar as mãos com água e sabão ou álcool gel.
3. Explicar o procedimento ao paciente, preservando sua privacidade.
4. Posicionar o paciente adequadamente.
5. Colocar luvas de procedimento e remover curativo anterior, observando características da ferida.
6. Descartar o curativo retirado e luvas usadas.
7. Higienizar novamente as mãos e calçar luvas estéreis.
8. Abrir campo estéril e organizar materiais.
9. Irrigar a ferida com soro fisiológico ou solução prescrita.
10. Limpar a ferida do centro para as bordas com gaze estéril.
11. Aplicar cobertura adequada conforme tipo de ferida e protocolo.
12. Fixar o curativo com esparadrapo ou outro método conforme necessidade.
13. Retirar as luvas e realizar higiene das mãos.
14. Registrar no prontuário: tipo de ferida, aspecto, material utilizado, intercorrências e data/hora.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Utilizar técnica asséptica rigorosa durante todo o procedimento.
- Evitar reutilização de materiais.
- Usar EPIs sempre que houver risco de exposição a fluidos biológicos.
- Observar sinais de infecção: vermelhidão, dor, edema, exsudato purulento ou febre.
- Garantir conforto e privacidade ao paciente.

REGISTROS GERADOS

- Registro do procedimento de curativo no prontuário do paciente
- Fichas de avaliação e evolução da ferida (se aplicável)
- Controle de uso de materiais e descartes.

 	Procedimento Operacional Padrão COLETA DE AMOSTRAS LABORATORIAIS	Código: POP – 025	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Aplica-se aos profissionais da equipe de enfermagem responsáveis pela coleta de sangue, urina, secreções e outros materiais biológicos de pacientes do Pronto socorro ou ambulatoriais.			
Quando: Sempre eu se fizer necessário, com pedido médico (SADT)			
Monitoramento: Enfermeiro (a).			
Objetivo: Padronizar os procedimentos para a coleta de amostras laboratoriais, assegurando a qualidade das amostras, a rastreabilidade, o conforto do paciente e a confiabilidade dos resultados.			
RESPONSABILIDADES - Profissionais da coleta e enfermagem: - Executar a coleta seguindo técnica asséptica e identificando corretamente as amostras. - Preencher e conferir a requisição do exame. - Garantir a segurança do paciente e o correto acondicionamento da amostra			
MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS - Luvas de procedimento - Jaleco e máscara (se necessário) - Coletor de amostras (tubos, frascos, swabs, potes estéreis) - Agulhas, seringas, sistema a vácuo ou scalp - Torniquete/garroto - Algodão e álcool 70% - Etiquetas de identificação e requisição de exames - Recipiente para descarte de pérfuro cortantes - Caixa térmica ou local refrigerado para transporte - Material para higienização das mãos			

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

Para coletas em geral:

1. Conferir a prescrição médica e requisição de exames.
2. Identificar corretamente o paciente com no mínimo dois identificadores (nome completo e data de nascimento).
3. Higienizar as mãos e calçar luvas de procedimento.
4. Explicar o procedimento ao paciente, garantindo seu conforto e privacidade.
5. Selecionar os materiais adequados conforme o tipo de exame.
6. Realizar a coleta da amostra com técnica asséptica.
7. Identificar imediatamente a amostra coletada com etiqueta legível.
8. Acondicionar adequadamente o material conforme exigência técnica (temperatura, transporte, vedação).
9. Descartar materiais utilizados conforme normas de biossegurança.
10. Higienizar as mãos novamente.
11. Registrar o procedimento no sistema/livro de coleta.
12. Encaminhar as amostras ao setor técnico/laboratório conforme protocolo.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Confirmar jejum, uso de medicamentos ou orientações específicas antes da coleta.
- Utilizar técnica asséptica rigorosa para evitar contaminações.
- Nunca reutilizar materiais de coleta.
- Manter as amostras sob condições adequadas até o processamento.
- Descartar resíduos em recipientes apropriados para resíduos infectantes e perfuro cortantes.
- Informar ao paciente sobre possíveis reações pós-coleta (hematomas, tonturas, etc.) e prestar assistência, se necessário.

● REGISTROS GERADOS

- Requisição de exames devidamente preenchida
- Registro da coleta no prontuário do paciente

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 26	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
MÉTODO PROPEDÊUTICOS			
Responsável: Este POP aplica-se a enfermeiros (as) devidamente habilitados e regularmente inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (Coren), atuando em consultas, avaliações e exames físicos em clínicas, consultórios, atendimentos domiciliares e demais serviços autorizados à prática da enfermagem clínica			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro (a).			
Objetivo: Normatizar a realização dos métodos propedêuticos pelo profissional de enfermagem na avaliação clínica do paciente, garantindo segurança, confiabilidade, humanização e qualidade na assistência.			
RESPONSABILIDADES ● Enfermeiro(a): Executar a anamnese, exame físico e os métodos propedêuticos conforme o escopo profissional, registrar adequadamente e tomar condutas clínicas com base nos achados. ● Técnico/Auxiliar de Enfermagem: Não executam métodos propedêuticos, mas podem atuar no preparo do ambiente, apoio ao paciente e organização do material.			
DEFINIÇÃO Método propedêutico é o conjunto de técnicas utilizadas para obtenção de dados clínicos do paciente, por meio de anamnese (entrevista) e exame físico sistematizado, a fim de elaborar diagnósticos de enfermagem, planos de cuidado e orientações terapêuticas.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS ● Estetoscópio ● Esfigmomanômetro (manual ou digital) ● Termômetro digital ou infravermelho ● Lanterna clínica ● Fita métrica ● Martelo neurológico (quando aplicável) ● Luvas de procedimento ● Fichas de avaliação física/anamnese ou prontuário eletrônico ● Maca, lençol e divisória para privacidade			

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

1 Preparo do ambiente e paciente

1. Higienizar as mãos.
2. Garantir local limpo, privativo, iluminado e com temperatura adequada.
3. Explicar o procedimento ao paciente e obter consentimento verbal.
4. Preservar a privacidade e o conforto do paciente durante a avaliação.

2 Anamnese

1. Identificação do paciente
2. Queixa principal
3. História da moléstia atual
4. Histórico pregresso (patologias anteriores, alergias, internações, uso de medicamentos)
5. Hábitos de vida (alimentação, sono, atividades físicas, uso de álcool, tabaco)
6. História familiar
7. Avaliação psicossocial e emocional
8. Avaliação do autocuidado e apoio familiar

3 Exame físico (métodos propedêuticos)

A sequência tradicional inclui:

1. Inspeção

- Observação geral do estado físico, postura, movimentos, coloração da pele e mucosas, sinais aparentes de desconforto.

2. Palpação

- Verificação de textura da pele, turgor, temperatura, dor à palpação, nódulos, massas, batimentos e pulsos periféricos.

3. Percussão

- Realizada em regiões torácicas e abdominais para avaliar som, presença de ar, líquido ou massa. Técnica executada por profissional treinado.

4. Ausculta

- Utilização do estetoscópio para ouvir sons cardíacos, respiratórios, intestinais e vasculares. Requer ambiente silencioso.

5. Avaliação por sistemas corporais

- Sistema respiratório
- Sistema cardiovascular
- Sistema gastrointestinal
- Sistema geniturinário
- Sistema músculo-esquelético
- Sistema neurológico
- Estado mental e nível de consciência
- Sinais vitais (PA, FC, FR, temperatura, SpO2, glicemia capilar, se necessário)

6. Registro dos achados

1. Anotar todas as informações coletadas no prontuário do paciente.
2. Formular diagnósticos de enfermagem com base no raciocínio clínico.
3. Iniciar plano de cuidado e/ou encaminhar para outros profissionais, se necessário.

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Realizar a avaliação com técnica adequada e com ética profissional.
- Garantir a privacidade, empatia e escuta ativa durante toda a consulta.
- Não realizar exames invasivos que extrapolem a competência do enfermeiro.
- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual conforme o risco biológico.
- Manter os instrumentos higienizados e calibrados.
- Registrar com clareza, objetividade e sem rasuras.

REGISTROS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Ficha de anamnese e exame físico
- Prontuário individual do paciente
- Formulário de plano de cuidado
- Registro de evolução de enfermagem
- SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem)

 	Procedimento Operacional Padrão		Código: POP – 27	
	Utilização de Luvas de Látex / Estéril		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.				
Quando: Diante de algum procedimento que haja risco de contaminação direta ou indiretamente.				
Monitoramento: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.				
Objetivo: Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.				
Orientações: 1. Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes. 2. Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente 3. Troque também durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada. 4. Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas. 5. A luva estéril deve ser utilizada somente para procedimentos que necessitam de ambientes totalmente estéreis como cateterismo, aspirações traqueais e afins. 6. Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos dos profissionais.				
Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual e o seu uso não substitui a higienização das mãos!				
Procedimento: 1. <u>Colocação de Luva Estéril:</u> a. Higienizar as mãos; b. Selecionar o par de luvas compatível com as suas mãos; c. Verificar as condições do invólucro; d. Abrir a embalagem externa, puxando a camada superior. Retirar a embalagem interna manuseando somente a parte externa; e. Abrir a embalagem interna sobre superfície limpa e seca, e expor as luvas esterilizadas de modo que os punhos fiquem voltados para você; f. Com o polegar e o indicador da mão não dominante, segurar o punho dobrado da luva esterilizada para a mão dominante; g. Erguer e segurar a luva com os dedos voltados para baixo. Cuidar para que ela não toque objetos não esterilizados;				

- h. Inserir a mão não dominante na luva e puxá-la. Deixar o punho dobrado até que a outra luva seja colocada;
- i. Mantendo o polegar para fora, deslizar os dedos da mão enluvada por baixo do punho da outra luva e levantá-la;
- j. Inserir a mão não dominante na luva;
- k. Ajustar as luvas nas duas mãos, tocando apenas as áreas esterilizadas.

Figura 2. Técnica para calçar as luvas estéreis



2. Remoção das luvas de látex e estéril:

- a. Pince o látex na região do punho e puxe em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre;
- b. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso;
- c. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida;
- d. A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova a mão completamente;
- e. Escorregue o dedo indicador da mão, sem luva, por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à ponta do dedo com luva até que quase metade do dedo esteja sob a luva;
- f. Gire o seu dedo a 180° e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fazer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virada ao avesso;
- g. Pegue as luvas firmemente por meio da superfície não contaminada (o lado que estava inicialmente tocando sua mão). Libere totalmente o contato com a primeira luva removida. A seguir retire a sua segunda mão do contato com as luvas descartando-as adequadamente;
- h. Descarte o par de luvas no lixo de classificação de infectante.
- i. Lave as mãos com água corrente e sabão.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 028	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO			
Responsável: Enfermeiro(a)			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o cliente, prevenindo infecção do trato urinário.			
Materiais: • Bandeja. • Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze). • Sonda vesical folley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias). • Solução anti-séptica (PVPI tópico/clorexidina). • Bolsa coletora (sistema fechado). • Esparadrapo e/ou micropore. • Luva estéril. • Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaina gel). • Saco plástico para lixo. • Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.			
Procedimentos: 1. Higienizar as mãos. 2. Reunir o material. 3. Explicar o procedimento ao cliente; 4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade do cliente. 5. Colocar o cliente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário). 6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do cliente, próximo aos genitais. 7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos. 8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril. 9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda. 10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica. 11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml. 12. Fazer 7 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las.			

13. Assepsia do meato uretral:
14. Limpar primeiramente com movimento único e firme os grandes lábios ao lado mais distantes de cima para baixo, no sentido ântero-posterior (clitóris-ânus). Desprezar o algodão.
15. Fazer o mesmo procedimento com o outro lado.
16. Afastar os grandes lábios com a mão não-dominante, usando o dedo polegar e indicador e proceder da mesma maneira a limpeza dos pequenos lábios.
17. Fazer a limpeza do meato urinário, com movimento uniforme no sentido ântero-posterior.
18. E por último fazer a limpeza diretamente no meato urinário. Lembrando que se deve usar uma bola de algodão embebida de solução antisséptica para cada área.
19. Colocar a pinça sobre o campo.
20. Colocar o campo fenestrado com a mão dominante.
21. Manter a mão não dominante na genitália.
22. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da sonda na cuba rim.
23. Aplicar xilocaina na ponta da sonda.
24. Avisar a paciente sobre introdução da sonda e pedir para relaxar a musculatura do quadril.
25. Pedir a cliente que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato uretral.
26. Avançar a sonda por um total de 5 a 7,5 cm no adulto ou até que a urina flua para fora da extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5 cm. Não forçar em caso de resistência.
27. Liberar os grandes lábios e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante. Insuflar o balão.
28. Insuflar o balonete e conectar a sonda na extensão da bolsa coletora.
29. Certificar se a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até notar resistência e descalçar as luvas.
30. Fixar a sonda na parte interna da coxa.

OBSERVAÇÕES:

- Pela Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar- publicação sobre Prevenção de Infecção do Trato Urinário, “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização” (APECIH, 2009, p.4).
- Pela ANVISA não existe rotina preconizada para o tempo de permanência da sonda. O orientado é retirá-la o mais rápido possível. Haverá a necessidade de avaliação pelos membros da instituição para verificar a funcionalidade e a condição de troca.

 	Procedimento Operacional Padrão CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO	Código: POP – 029	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Enfermeiro(a)			
Quando: Sempre que se fizer necessário.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Realizar a técnica de cateterismo vesical de demora de forma segura para o cliente, prevenindo infecção do trato urinário.			
Materiais: • Bandeja. • Pacote estéril de cateterismo vesical (cuba-rim, cuba redonda, gazes, seringa 20 ml, pinça, ampola de água destilada e campo fenestrado, bolas de algodão ou gaze). • Sonda vesical folley (duas vias) ou cateter vesical de irrigação (três vias). • Solução anti-séptica (PVPI tópico). • Bolsa coletora (sistema fechado). • Esparadrapo e micropore. • Luva estéril. • Lubrificante hidrossolúvel (Xilocaina gel). • Saco plástico para lixo. • Material para higiene externa pré-sondagem: sabão líquido, jarro com água morna, comadre, toalha, impermeável, luvas de procedimento e luvas de banho.			
Procedimentoss: 1. Higienizar as mãos. 2. Reunir o material. 3. Explicar o procedimento ao cliente; 4. Preservar a privacidade do cliente, levando-o para uma sala fechada e individual. Caso seja feito em domicílio, realizar em um ambiente que preserve a privacidade do cliente. 5. Colocar o cliente em posição ginecológica, expondo apenas os genitais (feminina); o cliente do sexo masculino deve ser posicionado em decúbito dorsal horizontal com as coxas ligeiramente abduzidas e realizar higiene íntima com água morna e sabão (quando necessário). 6. Colocar o pacote de cateterismo vesical sobre a cama entre as pernas do cliente, próximo aos genitais. 7. Abrir o pacote aproximando o campo das nádegas da paciente, mantendo os princípios assépticos. 8. Abrir a embalagem da sonda vesical colocando-a no campo estéril. 9. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda. 10. Calçar luvas estéreis de acordo com a técnica. 11. Testar o balonete da sonda e aspirar a água destilada com seringa de 20 ml (observar o volume máximo de resistência da sonda em cc);			

12. Fazer 7 trouxinhas com a gaze ou usar as bolas de algodão e utilizar a pinça com a mão direita para pinçá-las.
13. Assepsia do meato uretral:
14. Quando o cliente não é circuncisado, retirar o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis pela diáfise, exatamente abaixo da glândula. Retrair o meato uretral entre o polegar e o indicador. Manter a mão não-dominante nessa posição durante todo o procedimento.
15. Fazer a limpeza da glândula com movimentos circulares de cima para baixo (da glândula para o corpo e a base do pênis) repetir o procedimento 3 vezes.
16. Colocar a pinça sobre o campo.
17. Colocar o campo fenestrado com a mão dominante.
18. Manter a mão não dominante na genitália.
19. Pegar a sonda com a mão dominante, deixando a ponta da sonda na cuba rim.
20. Aplicar xilocaína na ponta da sonda.
21. Avisar a paciente sobre introdução da sonda e pedir para relaxar a musculatura do quadril.
22. Levantar o pênis, para posicionar perpendicularmente ao corpo do cliente, e aplicar uma tração suave.
23. Pedir ao cliente que faça força para baixo, como se fosse urinar, e introduzir lentamente a sonda através do meato urinário.
24. Avançar a sonda por 17 a 22,5 cm no adulto ou até que a urina flua na extremidade da sonda. Quando a urina aparecer, avançar a sonda por mais 2,5 a 5cm. Em caso de resistência não forçar.
25. Abaixar o pênis e segurar firmemente a sonda com a mão não-dominante. Insuflar o balonete e reduzir o prepúcio.
26. Insuflar o balonete e conectar a sonda na extensão da bolsa coletora.
27. Certificar se a sonda está na bexiga, tracionando-a delicadamente até notar resistência e descalçar as luvas.
28. Fixar a sonda no ápice da coxa ou na parte inferior do abdome, permitir uma folga na sonda para evitar tensão sobre a mesma.

OBSERVAÇÕES:

- Pela Associação Paulista de Controle de Infecção Hospitalar- publicação sobre Prevenção de Infecção do Trato Urinário, “A manutenção de sistema de drenagem de urina fechado constitui uma das medidas mais importantes na prevenção de infecção associada à cateterização” (APECIH, 2009, p.4).
- Pela ANVISA não existe rotina preconizada para o tempo de permanência da sonda. O orientado é retirá-la o mais rápido possível. Haverá a necessidade de avaliação pelos membros da instituição para verificar a funcionalidade e a condição de troca.

 	Procedimento Operacional Padrão SONDAGEM NASO/OROGÁSTRICA	Código: POP – 030	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Enfermeiro(a)			
Quando: Sempre que se fizer necessário e com prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Indicado ao cliente que não pode alimentar-se por meios naturais; para que consiga receber os nutrientes, líquidos e medicamentos prescritos para a sua sobrevivência e assim, manter, pelo menos, o mínimo de dignidade possível.			
Materiais: • Bandeja; • Sonda gástrica; • Seringa de 10 ou 20ml; • Abaixador de língua; • Lanterna; • Cuba rim; • Gaze; • Espadrapo e/ou micropore®; • Toalha d papel; • Estetoscópio; • Saco plástico para lixo; • EPI's (Luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção). • Biombo (quando necessário);			
Procedimentos: 1. Higienizar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente e familiares; 3. Realizar exame físico dirigido (Sinais vitais, nível de consciência, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen e pele); 4. Colocar o paciente em Fowler; 5. Organizar o material e colocar na mesa de cabeceira; 6. Conferir se a sonda não possui defeitos de fabricação e testar a lubrificação do fio guia; 7. Manter a privacidade do cliente e usos de biombo quando for necessário; 8. Calçar as luvas de procedimento, a máscara e os óculos; 9. Proteger tórax do cliente com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o cliente use). Oferecer a cuba rim ao cliente e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo de vômito. 10. Instruir o cliente a relaxar e respirar normalmente enquanto avalia as narinas e selecionar a que tiver com maior fluxo de ar; 11. Medir a distancia de introdução da sonda: descartar a medida da ponta da sonda, colocar a extremidade da mesma da pirâmide nasal ao lóbulo da orelha, depois do			

- lóbulo da orelha a região epigástrica, acrescente de 2 a 3 cm a mais por prevenção. Marcar com o esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;
12. Identifique visualmente o comprimento da sonda necessária para atingir a região orofaríngea;
 13. Avisar ao cliente que o procedimento irá começar;
 14. Orientar o cliente a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida.
 15. Quando sentir resistência ao passar, pedir para fletir a cabeça em direção ao tórax e solicitar que degluta.
 16. Interromper a introdução da sonda se o cliente começar a tossir ou engasgar, observar: **cianose, angustia respiratória, e dispnéia**. Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo.
 17. Após o paciente relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda enquanto o cliente engole a seco, até que a distância marcada com esparadrapo atinja a narina do paciente.
 18. **Atenção:** pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão. **FIQUE ATENTO A OUTROS SINAIS DE HIPÓXIA!!!!;**
 19. Localização da sonda (testes):
 - a) **Teste 1:** Pedir ao cliente para abrir a boca e examinar, com o auxílio do abaixador e da lanterna, se a sonda não enrolou na cavidade oral e está descendo corretamente pela orofaringe;
 - b) **Teste 2:** Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se retorna conteúdo gástrico. Se não for obtido o conteúdo, coloque o paciente em decúbito lateral direito (DLD) e aspire normalmente.
 - c) **Teste 3:** Conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a região epigástrica (sonda gástrica) e injetar 10 ml de ar, enquanto ausculta o abdome do paciente.
 20. Depois da introdução, inspecionar o nariz e a orofaringe para irritação (sondas muito justa ou tracionando o tecido irão ocasionar lesões em curto tempo);
 21. Perguntar ao cliente se ele está confortável;
 22. Observar para dificuldade respiratória ou vômito;
 23. Fixar a sonda;
 24. Orientar a Família e/ou cuidador(es) aos cuidados com a sonda;
 25. Caso seja utilizado a sonda enteral, retire o fio guia;
 26. Anotar o procedimento no prontuário do cliente e marcar o retorno para trocar a sonda.

OBSERVAÇÕES:

27. Para manter a sonda desobstruída:
 - a) Irrigue a sonda com 30 a 50 ml de água a pós 30 minutos do término da dieta;
 - b) Irrigue a sonda com 30 a 50 ml de água logo após administrar as medicações;
 - c) Fique atento quanto a restrições hídricas, pois as irrigações após as dietas e medicamentos deverão ser acrescentadas ao volume total administrado no dia;
28. Alterne a fixação da sonda na direção do lado interno e externo do nariz, para evitar pressão constante na mesma área nasal. Inspeção diariamente quanto a rubor e lesão.
29. Proporcione higiene nasal diariamente.
30. O posicionamento da sonda para dieta é especialmente importante, porque sondas para dieta de pequeno calibre podem deslizar para o interior da traquéia sem que sejam provocados sinais imediatos de angústia respiratória, tais como tosse, engasgamento, arquejamento ou cianose. Contudo, é comum o cliente tossir se a sonda penetrar na laringe. Não use o fio-guia para reposicionamento da sonda.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 031	
	SONDAGEM NASO/ROENTERAL	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Enfermeiro(a)			
Quando: Sempre que se fizer necessário e com prescrição médica.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Indicado ao cliente que não pode alimentar-se por meios naturais; para que consiga receber os nutrientes, líquidos e medicamentos prescritos para a sua sobrevivência e assim, manter, pelo menos, o mínimo de dignidade possível.			
Materiais: • Bandeja; • Sonda enteral com fio guia; • Seringa de 10 ou 20ml; • Abaixador de língua; • Lanterna; • Cuba rim; • Gaze; • Esparadrapo e/ou micropore®; • Toalha d papel; • Estetoscópio; • Saco plástico para lixo; • EPI's (Luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção). • Biombo (quando necessário)			
Procedimentos: 1. Higienizar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente e familiares; 3. Realizar exame físico dirigido (Sinais Vitais, nível de consciência, cavidade nasal e oral, tórax, abdômen e pele); 4. Colocar o paciente em Fowler; 5. Organizar o material e colocar na mesa de cabeceira; 6. Conferir se a sonda não possui defeitos de fabricação e testar a lubrificação do fio guia; a) Introduzir um pouco de água na sonda e puxar levemente o fio guia para que o líquido escorra pelo lúmen e facilite a remoção posterior do mesmo; 7. Manter a privacidade do cliente e usos de biombo quando for necessário; 8. Calçar as luvas de procedimento, a máscara e os óculos; 9. Proteger tórax do cliente com a toalha e remover óculos e próteses dentárias (caso o cliente use). Oferecer a cuba rim ao cliente e explicar que assim que atravessar a orofaringe a sonda poderá ativar o reflexo de vômito.			

10. Instruir o cliente a relaxar e respirar normalmente enquanto avalia as narinas e selecionar a que tiver com maior fluxo de ar;
11. Medir a distancia de introdução da sonda: descartar a medida da ponta da sonda, colocar a extremidade da mesma da pirâmide nasal ao lóbulo da orelha, depois do lóbulo da orelha ao apêndice xifoide e acrescentar mais 10 a 15 cm. Marcar com o esparadrapo até onde a sonda deve ser inserida;
12. Identifique visualmente o comprimento da sonda necessária para atingir a região orofaríngea;
13. Avisar ao cliente que o procedimento irá começar;
14. Orientar o cliente a estender o pescoço para trás (contra o travesseiro) e introduzir a sonda na narina escolhida.
15. Quando sentir resistência ao passar, pedir para fletir a cabeça em direção ao tórax e solicitar que degluta.
16. Interromper a introdução da sonda se o cliente começar a tossir ou engasgar, observar: **cianose, angustia respiratória, e dispnéia**. Recuar a sonda ligeiramente para trás caso ele continue tossindo.
17. Após o paciente relaxar, avançar cuidadosamente com a sonda enquanto o cliente engole a seco, até que a distância marcada com esparadrapo atinja a narina do paciente.
18. **Atenção:** pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão. **FIQUE ATENTO A OUTROS SINAIS DE HIPÓXIA!!!!;**
19. Localização da sonda (testes):
20. **Teste 1:** Pedir ao cliente para abrir a boca e examinar, com o auxílio do abaixador e da lanterna, se a sonda não enrolou na cavidade oral e está descendo corretamente pela orofaringe;
21. **Teste 2:** Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se retorna conteúdo gástrico. Se não for obtido o conteúdo, coloque o paciente em decúbito lateral Direito (DLD) e aspire normalmente.
22. **Teste 3:** Conectar a seringa à extremidade da sonda. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a região epigástrica (sonda gástrica) e injetar 10 ml de ar, enquanto ausculta o abdome do paciente.
23. Inspecionar o nariz e a orofaringe para irritação depois da introdução.
24. Perguntar ao cliente se ele está confortável.
25. Observar para dificuldade respiratória ou vômito.
26. Fixar a sonda.
27. Orientar a Família e/ou cuidador(es) aos cuidados com a sonda;
28. Posicionar o paciente em DLD Orientando-o a permanecer nesta posição;
29. Não retirar o fio guia até a confirmação da posição da sonda no intestino, que só poderá ser feita pelo Raio X;
30. Caso retire o fio: orientar os familiar(es) e/ou cuidador(es) para não recoloca-la com a sonda dentro do paciente;
31. Anotar o procedimento no prontuário do cliente e marcar o retorno para trocar a sonda.

OBSERVAÇÕES:

32. Para manter a sonda desobstruída:
33. Irrigue a sonda com 30 a 50 ml de água a pós 30 minutos do término da dieta;
34. Irrigue a sonda com 30 a 50 ml de água logo após administrar as medicações;

35. Fique atento quanto a restrições hídricas, pois as irrigações após as dietas e medicamentos deverão ser acrescentadas ao volume total administrado no dia;
36. Alterne a fixação da sonda na direção do lado interno e externo do nariz, para evitar pressão constante na mesma área nasal. Inspeção diariamente quanto a rubor e lesão.
37. Proporcione higiene nasal diariamente.
38. O posicionamento da sonda para dieta é especialmente importante, porque sondas para dieta de pequeno calibre podem deslizar para o interior da traquéia sem que sejam provocados sinais imediatos de angústia respiratória, tais como tosse, engasgamento, arquejamento ou cianose. Contudo, é comum o cliente tossir se a sonda penetrar na laringe. Não use o fio-guia para reposicionamento da sonda.

 	Procedimento Operacional Padrão TÉCNICA DE ASPIRAÇÃO EM TRAQUEOSTOMIA / TUBO OROTRAQUEAL	Código: POP – 32	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Enfermeiro(a), Fisioterapeuta ou Médico(a)			
Quando: Paciente com excesso de secreções pulmonares que interrompa o fluxo de ar das vias respiratórias.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Limpeza e manutenção das vias aéreas livres e permeáveis garantindo melhor ventilação e oxigenação ao paciente prevenindo complicações no quadro clínico geral do paciente.			
Materiais: • SF a 0,9%; • Seringa; • Sonda para aspiração traqueal (endotraqueal, orotraqueal, nasotraqueal); • Extensão de silicone estéril. • Aspirador elétrico ou a vácuo; • Gazes; • EPI's (Óculos, luva estéril, máscara, jaleco de manga longa ou avental);			
Procedimentos: 1. Realizar a higienização das mãos; 2. Aferir os sinais vitais; 3. Colocar os equipamentos de proteção individual 4. Colocar todo o material que será utilizado próximo ao leito do paciente; 5. Explicar a finalidade do procedimento ao paciente quando este estiver consciente; 6. Proteger os olhos do paciente das secreções; 7. Elevar o decúbito a 30° ou 40°; 8. Testar o funcionamento do aspirador antes de utilizá-lo; 9. Abrir a embalagem da sonda de aspiração de forma a expor apenas a parte que será conectada à fonte de aspiração; 10. Segurando o invólucro com uma mão (esquerda) e a sonda com a outra (direita) para evitar contaminação e vice-versa se o profissional for canhoto; 11. Da mesma forma, ligar a fonte de sucção com a mão esquerda e desconectar a macronebulização ou ventilador (se for o caso), segurando a sonda com a mão direita durante a aspiração e vice-versa se o profissional for canhoto; 12. Introduzir a sonda de aspiração na cânula ou tubo traqueal, sem sucção até o ponto de resistência estimulando o reflexo da tosse, liberando o vácuo durante a expiração; Manter a sonda de aspiração por um tempo máximo de 15 segundos,			

13. tirando-a da traquéia suavemente em movimentos de rosca; dar intervalos de alguns segundos entre cada aspiração, intercalando com oxigênio, caso necessário;
14. Instilar Soro Fisiológico a 0,9% na cânula ou tubo com uma seringa estéril, conforme a secreção esteja espessa ou se constate a presença de rolhas;
15. Repetir a aspiração quantas vezes se fizer necessário, sempre intercalando com a ventilação do paciente;
16. Após o procedimento, desconectar a sonda da fonte de aspiração e descartá-la;
17. Lavar o sistema de aspiração com Soro Fisiológico a 0,9% ou água destilada e desligar o aspirador;
18. Desconectar a extensão de silicone e enviá-la para a esterilização e quando não for possível, proteger a extremidade como invólucro da sonda de aspiração.

OBSERVAÇÃO: a secreção aspirada deve ser desprezada a cada seis horas ou quando necessário e, o recipiente deve ser lavado com água e detergente.

 	Procedimento Operacional Padrão ELETROCARDIOGRAMA	Código: POP – 033	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Médico(a), Enfermeiro(a) e Técnico(a) de Enfermagem.			
Quando: Sempre que for realizar o procedimento.			
Monitoramento: Enfermeiro(a).			
Objetivo: Obter registro gráfico da atividade cardíaca para obtenção de diagnóstico, avaliação da terapêutica medicamentosa e evolução clínica.			
Materiais: • Eletrocardiógrafo; • Álcool a 70%; • Algodão seco ou gaze; • Biombo; • Cardioclip; • Dispositivo para realização de tricotomia (se necessário); • Eletrodo descartável ou eletrodo de sucção; • Gel condutor; • Lençol. • Papel milimetrado;			
Procedimentos: 1. Checar a prescrição; 2. Reunir os materiais necessários; 3. Lave as mãos; 4. Apresente-se ao paciente e explique o procedimento que será realizado; 5. Promova a privacidade do Cliente (utilizar o biombo quando necessário); 6. Checar o funcionamento do eletrocardiógrafo; 7. Solicitar a retirada e/ou retirar objetos metálicos e/ou eletrônicos dos seus bolsos e/ou aderidos no seu corpo e que possam ser removidos (ex.: chaves, celulares, moedas, brincos, pulseiras, piercings metálicos; dentaduras removíveis, dentre outros); 8. Aferir a PA do Cliente sentado; 9. Solicitar e/ou posicionar o paciente em decúbito dorsal, com membros superiores e inferiores paralelos ao corpo, de forma não adjacentes e relaxados; 10. Expor tornozelos, punhos e colo; 11. Cobrir o paciente, com o auxílio do lençol, para que o mesmo não fique totalmente exposto; 12. Conectar o eletrocardiógrafo à rede de energia, atentando-se à voltagem da tomada. Seguir as orientações de utilização segundo o fabricante; 13. Ligar o eletrocardiógrafo; 14. Inserir papel milimetrado no local indicado;			

15. Solicitar ao paciente que permaneça em repouso, evite tossir, conversar ou se mexer, enquanto o ECG está sendo registrado;
16. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
17. Colocar cardioclip em membros superiores e inferiores, usando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
18. Os cardioclips deverão ser posicionados da seguinte maneira (Figura 1):
 - a) **PÁ AMARELO** = pulso esquerdo;
 - b) **PÁ VERDE** = tornozelo esquerdo;
 - c) **PÁ VERMELHO** = pulso direito;
 - d) **PÁ PRETO** = tornozelo direito;

Figura 1. Posicionamento dos Cardioclips

Posicionamento dos Cardioclips

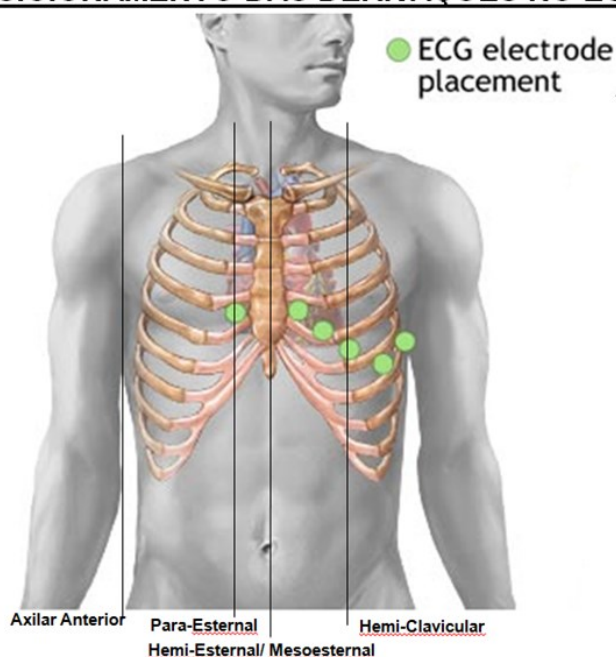


Fonte: BD.

19. Os cabos para as derivações monopolares e bipolares deverão seguir os arranjos anteriores sendo ligadas as cores dos cabos nos cardioclips correspondente;
20. Colocar os eletrodos descartáveis ou de sucção (preferencialmente) no tórax, utilizando gel condutor ou outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
21. Para obtenção dos registros das derivações precordiais, deverá seguir o seguinte arranjo no paciente (Figura 2):
 - a) **V1** = 4º espaço intercostal na linha para-esternal direita;
 - b) **V2** = 4º espaço intercostal na linha para-esternal esquerda;
 - c) **V3** = intervalo entre V2 e V4;
 - d) **V4** = 5º espaço intercostal na linha hemi-clavicular esquerda;
 - e) **V5** = 5º espaço intercostal na linha axilar anterior esquerda ou seguir a linha horizontal do V4 até a linha axilar esquerda;
 - f) **V6** = 5º espaço intercostal na linha hemi-axilar esquerda ou seguir a linha horizontal do V4 até a linha hemi-axilar esquerda;

Figura 2. Posicionamento das Derivações Precordiais

POSICIONAMENTO DAS DERIVAÇÕES NO ECG



Fonte: BD.

22. Verificar os Leds de alerta para: pilha/bateria, memória, saturação, ruído, eletrodo, filtro, ganho, velocidade, modo de operação, up/down, calibração e derivações e, caneta e haste de plotagem. Corrigir problemas que forem detectados;
23. Avisar ao Cliente para relaxar e não se mexer para que seja registrado o exame;
24. Inicie o exame e avalie se o registro efetuado está compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
25. Caso o exame apresente interferências no traçado:
 - a) Confira o posicionamento das derivações;
 - b) Certifique se o cliente está com algum metal ou;
 - c) Se existe uma possível interferência no equipamento;
26. Após verificar, faça um novo registro do exame;
27. Após a impressão, retire os cardioclips e eletrodos de sucção ou de adesivos do colo do cliente;
28. Realize a limpeza do tórax, membros superiores e membros inferiores, principalmente quando utilizado o gel condutor;
29. Realize a limpeza dos cardioclips e dos eletrodos de sucção;
30. Ajude o cliente a se levantar e oriente que o exame terminou, para que posa vestir-se e pegar os seus pertences;
31. Retire e/ou destaque a folha do ECG;
32. Identifique o exame com:
 - a) Nome completo do paciente;
 - b) Idade;
 - c) Data de nascimento;
 - d) Data e hora da realização do exame;
 - e) Valor da PA aferida;
 - f) Carimbo e assinatura do profissional;

33. Oriente que o exame é feito em papel termossensível e deverá protegê-lo de temperaturas elevadas para que não perca o registro do ECG;
34. Despreze os materiais utilizados nos lixos apropriados;
35. Organize os materiais utilizados, como cabos, cardioclips e os eletrodos de sucção;
36. Lave as mãos;
37. Mantenha o ambiente limpo e organizado.

OBSERVAÇÕES:

- O paciente deve estar em repouso absoluto para a realização do procedimento, no mínimo 15 minutos e 30 minutos para quem estava fumando;
- Realizar tricotomia nos homens, caso seja necessário;
- Realizar limpeza imediata e eficaz das porções metálicas dos cardioclips e eletrodos de sucção, para não acumular sujidades e consequente alteração na capacidade de aquisição dos potenciais elétricos;
- Alertar o paciente quanto a possibilidade de pequenas lesões na utilização de eletrodos de sucção, que devem evoluir com regressão do hematoma em dois dias;
- Utilizar a convenção de programação com: ganho N, velocidade de aquisição de 25mm/s, modo automático e derivação DII;
- É possível alteração na disposição das derivações precordiais quando as mesmas estiverem voltadas para a direita (V1R, V2R, V3R, V4R, V5R, V6R) e com derivações posteriores à esquerda (V7, V8, V9, V10, V11, V12). Nos referidos casos, deve-se identificar as novas derivações no ECG;
- Em situações em que o cardioclip não pode ser utilizado nos membros, devido a amputações, imobilizações e/ou traumas, deve ser utilizado eletrodos descartáveis nas porções proximais dos membros;

 	Procedimento Operacional Padrão ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO (PARTO NORMAL)	Código: POP – 034	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Médico (a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento: Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem e equipe multiprofissional envolvida na assistência ao parto normal.			
Objetivo: Estabelecer diretrizes para a assistência segura, humanizada e baseada em evidências durante o trabalho de parto (parto vaginal), assegurando o bem-estar materno e fetal, e a conformidade com as normas sanitárias vigentes.			
DEFINIÇÕES ● Trabalho de Parto: Conjunto de eventos fisiológicos que culminam com a dilatação do colo uterino e expulsão do feto. ● Parto Vaginal: Nascimento do feto por via vaginal, com ou sem intervenções. ● Assistência Humanizada: Conjunto de ações voltadas ao acolhimento, respeito às escolhas da parturiente e promoção de práticas baseadas em evidências.			
RESPONSABILIDADES ● Coordenador / RT de Enfermagem: ○ Garantir a capacitação da equipe envolvida na assistência ao parto. ○ Supervisionar a implementação do POP. ● Enfermeiro: ○ Prestar assistência direta à parturiente conforme o protocolo. ○ Garantir o preenchimento adequado dos registros. ○ Identificar sinais de risco e acionar a equipe médica se necessário. ● Técnico de Enfermagem: ○ Auxiliar nas rotinas de preparo do ambiente e monitoramento da gestante. ○ Realizar cuidados de higiene, conforto e apoio emocional.			

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Prontuário da paciente
- Cartão da gestante
- Kit de parto estéril
- Luvas estéreis e de procedimento
- Avental e gorro descartável
- Campo cirúrgico estéril
- Bolsa de reanimação neonatal (em standby)
- Monitor fetal (cardiotocógrafo ou sonar Doppler)
- Oxímetro de pulso

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Acolher a gestante de forma humanizada e verificar documentação.
- Realizar avaliação clínica inicial: sinais vitais, toque vaginal, ausculta fetal..
- Monitorar a evolução do trabalho de parto;
- Estimular a mobilidade, posições confortáveis e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor.
- Garantir ambiente privativo, silencioso e com iluminação adequada.
- No período expulsivo:
 - Preparar o campo estéril e orientar a gestante sobre a condução do parto.
 - Acompanhar e proteger o períneo, reduzindo intervenções invasivas desnecessárias.
- Após o nascimento:
 - Posicionar o RN sobre o abdômen da mãe (contato pele a pele).
 - Clampear o cordão umbilical após 1 a 3 minutos ou quando cessar a pulsação.
 - Avaliar sinais maternos e administrar ocitocina profilática se indicado.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 035	
	ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PÓS-PARTO	Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Médico(a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento: Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem e equipe multiprofissional envolvida na assistência na sala de parto normal.			
Objetivo: Padronizar os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido logo após o nascimento, promovendo segurança, conforto térmico, vínculo mãe-bebê e prevenção de intercorrências neonatais.			
DEFINIÇÕES ● Recém-nascido (RN): Indivíduo nascido há menos de 28 dias. ● Contato pele a pele: Ato de posicionar o RN sobre o tórax da mãe imediatamente após o nascimento. ● Apgar: Escala de avaliação clínica do RN no 1º e 5º minuto de vida. ● Profilaxia neonatal: Medidas de prevenção imediata como vitamina K e colírio ocular. (Quando disponível).			
RESPONSABILIDADES ● Enfermeiro(a): ○ Coordenar os cuidados pós-parto imediato do RN. ○ Avaliar o Apgar e condições clínicas iniciais. ○ Registrar as condutas assistenciais no prontuário. ● Técnico de enfermagem: ○ Auxiliar na secagem e pesagem do RN. ○ Administrar medicações profiláticas conforme prescrição. ● Médico pediatra (se presente): ○ Realizar exame clínico inicial do RN. ○ Definir necessidade de intervenções específicas.			

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Toalhas limpas e aquecidas (Em berço aquecido)
- Luvas de procedimento
- Seringa e agulha para aplicação de vitamina K
- Colírio oftálmico profilático (Quando disponível)
- Campo limpo ou campo aquecido
- Balança neonatal
- Termômetro axilar
- Etiquetas de identificação do RN

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Posicionar o RN sobre o tórax materno (contato pele a pele), garantindo cobertura com toalha limpa e seca.
- Avaliar Apgar no 1º e 5º minuto.
- Realizar clampeamento do cordão após 1 a 3 minutos ou quando cessar a pulsação.
- Secar completamente o RN, mantendo aquecido.
- Aplicar vitamina K 1 mg IM e colírio oftálmico conforme prescrição médica.
- Identificar o RN com pulseira ou etiqueta.
- Realizar pesagem e mensuração.
- Encaminhar ao Hospital de Referência.

9. REGISTROS

- Ficha de assistência neonatal
- Registro no prontuário da mãe e do RN
- Registro da aplicação de profilaxias e Apgar
- Preenchimento de Declaração de Nascido Vivo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado neonatal imediato deve priorizar vínculo, conforto térmico e segurança clínica. A equipe deve estar capacitada e os materiais sempre disponíveis, considerando as exigências da Vigilância Sanitária quanto ao controle de infecções e segurança do paciente.

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 036	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
PSIQUIATRIA			
Responsável: Médico (a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento: Aplica-se a todos os profissionais de saúde da unidade, envolvidos direta ou indiretamente no atendimento de pacientes em surto psicótico.			
Objetivo: Estabelecer um protocolo de conduta para abordagem segura, acolhedora e eficaz ao paciente em surto psicótico, garantindo o cuidado integral e a integridade física do paciente, da equipe e de terceiros			
DEFINIÇÕES Surto psicótico: condição aguda caracterizada por perda do contato com a realidade, podendo incluir delírios, alucinações, agitação psicomotora, comportamento desorganizado e agressividade. Contenção: medida terapêutica e excepcional usada para proteger o paciente e terceiros, devendo ser prescrita por profissional habilitado.			
MATERIAIS NECESSÁRIOS • Luvas de procedimento • Máscaras cirúrgicas ou PFF2 (quando necessário) • Avental descartável • Seringas e materiais para administração de medicamentos (caso prescrito) • Registro de atendimento e evolução • Número de contato de suporte especializado ou SAMU			
PROCEDIMENTO • Manter a calma e garantir a segurança do ambiente, afastando objetos que possam ser utilizados de forma agressiva. • Avaliar sinais de desorganização do pensamento, alucinações, delírios ou risco de autoagressão/heteroagressão. • Evitar contato físico direto sem necessidade e abordar o paciente com voz calma e postura acolhedora. • Se necessário, solicitar apoio de outros membros da equipe ou acionar o serviço de emergência. • Registrar o comportamento observado, intervenções realizadas e a resposta do paciente. • Em caso de contenção física ou farmacológica, garantir prescrição médica e seguir as normativas éticas e legais.			

- Após estabilização, realizar acolhimento e orientação à família e planejar encaminhamento ao serviço de saúde mental.
- Preenchimento de Ficha de Contenção Física e/ou Mecânica (anexada).

CUIDADOS E PRECAUÇÕES

- Evitar atitudes ameaçadoras ou que possam gerar confronto.
- Priorizar o diálogo e escuta ativa.
- Garantir sigilo, respeito à dignidade e proteção dos direitos do paciente.
- Atuar em equipe, buscando suporte multiprofissional.

REGISTROS

- Ficha de atendimento
- Registro de intercorrência ou incidente, registro de ficha de Contenção Física e/ou Química.
- Evolução de enfermagem com descrição objetiva do episódio
- Comunicação ao responsável legal ou acompanhante (se aplicável)



FORMULÁRIO DE CONTENÇÃO

PACIENTE: _____ DATA: ____/____/____

DATA DE INTERNAÇÃO: ____/____/____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

DATA DO INÍCIO DA CONTENÇÃO: ____/____/____

HORA DO INÍCIO DA CONTENÇÃO: ____:____

MOTIVO DA CONTENÇÃO

- ☐ RISCO DE AUTO OU HETEROAGRESSÃO
- ☐ RISCO DE QUEDA
- ☐ RISCO DE RETIRAR DISPOSITIVOS INVASIVOS INADVERTIDAMENTE
- ☐ RISCO DE FUGA
- ☐ SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA
- ☐ OUTRO _____

TIPO DA CONTENÇÃO

- ☐ QUÍMICA - ESPECIFIQUE A MEDICAÇÃO _____
- ☐ MECÂNICA - ESPECIFIQUE O SEGMENTO DO CORPO _____

RETIRADA DA CONTENÇÃO

RELATAR O MOTIVO QUE PROPORCIONOU A RETIRADA DA CONTENÇÃO:

EVENTOS ADVERSOS OCORRIDOS DECORRENTE A CONTENÇÃO:

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

Anexo: elaboração própria

 	Procedimento Operacional Padrão	Código: POP – 037	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
ISOLAMENTO DE PACIENTES			
Responsável: Médico (a), Enfermeiro(a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento:. Aplica-se a todos os profissionais da assistência, higienização, apoio e visitantes em unidades onde houver pacientes em regime de isolamento.			
Objetivo: Estabelecer normas e condutas para a implementação e manutenção de medidas de isolamento, visando à prevenção da disseminação de agentes infecciosos entre pacientes, profissionais e visitantes.			
DEFINIÇÕES E SIGLAS			
● Isolamento: Conjunto de medidas aplicadas para limitar a transmissão de agentes infecciosos. ● Precauções padrão: Medidas aplicadas a todos os pacientes, independentemente de diagnóstico. ● Precauções baseadas na transmissão: Medidas adicionais baseadas no modo de transmissão do agente.			
RESPONSABILIDADES			
● Profissionais da assistência: ○ Implementar e manter as medidas de isolamento conforme tipo indicado. ○ Registrar o início e término do isolamento no prontuário. ○ Orientar acompanhantes e visitantes sobre cuidados e EPIs. ● Equipe de Higienização: ○ Cumprir protocolos específicos para limpeza de áreas de isolamento.			
MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS			
● Placa ou aviso de isolamento na porta do quarto ● EPIs: luvas, máscaras (cirúrgica ou N95), aventais, óculos de proteção ou face shield ● Dispensadores de álcool 70% e pia com sabão líquido ● Recipientes para descarte de resíduos contaminados ● Termômetro infravermelho (se aplicável)			

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

Etapas para implantação e condução de isolamento hospitalar:

1. Identificar a necessidade de isolamento a partir de critérios clínicos, laboratoriais ou por surto institucional.
2. Comunicar imediatamente a equipe multiprofissional.
3. Definir o tipo de isolamento conforme a patologia ou agente suspeito/confirmado:
 - Precaução por contato
 - Precaução por gotículas
 - Precaução por aerossóis
 - Precaução combinada
4. Afixar placa de isolamento visível na entrada do quarto ou leito.
5. Orientar equipe assistencial, visitantes e acompanhantes sobre as medidas de precaução.
6. Garantir a disponibilidade e uso correto de EPIs.
7. Realizar higienização rigorosa das mãos antes e após contato com o paciente ou superfícies próximas.
8. Evitar a entrada de materiais não essenciais no quarto.
9. Realizar a limpeza terminal após alta, óbito ou transferência do paciente, conforme protocolo.
10. Registrar diariamente no prontuário as condições clínicas e necessidade de manutenção ou suspensão do isolamento.

9. CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Nunca reutilizar EPIs descartáveis.
- Garantir a ventilação adequada em quartos de isolamento por aerossóis.
- Evitar a movimentação do paciente fora do quarto. Se necessário, garantir uso de máscara e comunicação prévia ao setor de destino.
- Garantir treinamento e reforço contínuo da equipe sobre as medidas.

 	Procedimento Operacional Padrão CUIDADOS AO PACIENTE GRAVE	Código: POP – 038	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento: Aplica-se a todos os profissionais de enfermagem e equipe multiprofissional envolvida na assistência direta ao paciente crítico.			
Objetivo: Estabelecer diretrizes técnicas e operacionais para a prestação de cuidados intensivos a pacientes em estado crítico, assegurando qualidade assistencial, segurança do paciente, humanização do atendimento e conformidade com os protocolos institucionais			
RESPONSABILIDADES • Equipe de Enfermagem: ○ Realizar monitoramento contínuo dos sinais vitais. ○ Garantir a higiene, integridade da pele e posicionamento adequado. ○ Executar e registrar procedimentos técnicos com precisão. • Equipe Médica: ○ Definir plano terapêutico e condutas clínicas diárias. ○ Supervisionar condutas invasivas e medicamentosas. • Nutrição Clínica: ○ Avaliar e prescrever dieta enteral/parenteral conforme estado clínico.			
MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS • Monitor multiparamétrico • Bomba de infusão contínua • Ventilador mecânico • Materiais para aspiração traqueal • Kits para higiene oral e corporal • Sondas, cateteres, materiais de punção • Equipamentos de proteção individual (EPIs) • Carrinho de emergência com desfibrilador			

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

Admissão do paciente grave:

- Realizar avaliação inicial completa e registrar no prontuário.

Avaliação inicial (ABCDE):

- **A – Via aérea com controle da coluna cervical:** verificar permeabilidade, aspirar secreções, instalar cânula se necessário.
 - **B – Respiração e ventilação:** avaliar frequência, expansão torácica, uso de musculatura acessória, instalar oxigênio.
 - **C – Circulação:** verificar pulso, pressão arterial, perfusão periférica; coletar exames laboratoriais; iniciar reposição volêmica.
 - **D – Déficit neurológico:** avaliar pupilas, escala de coma de Glasgow, reatividade.
 - **E – Exposição:** despir o paciente para avaliação completa e proteger do frio.
- Estabelecer acessos venosos seguros (AVC ou AVP).
 - Iniciar monitorização multiparamétrica: FC, FR, SpO₂, PA, temperatura, diurese

Cuidados contínuos:

1. Realizar verificação de sinais vitais conforme protocolo institucional.
2. Garantir posicionamento corporal adequado e mudanças de decúbito a cada 2 horas;
3. Manter higiene corporal diária e higiene oral;
4. Verificar e manter integridade de dispositivos invasivos (AVC, sondas, tubos);
5. Controlar balanço hídrico quando necessário;
6. Registrar todos os procedimentos no sistema de prontuário eletrônico e/ou físico;
7. Utilizar protocolo de sedação, analgesia e escala de Ramsay (se necessário).
8. Comunicar prontamente qualquer alteração clínica à equipe médica.

Situações de emergência:

- Acionar o time de resposta rápida conforme protocolo.
- Garantir vias aéreas pervias e oxigenação adequada.
- Manter compressões torácicas eficazes em caso de PCR (parada cardiorrespiratória).
- Registrar evento adverso e medidas adotadas.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Realizar higienização das mãos antes e após cada procedimento.
- Manter cabeceira elevada em pacientes
- Verificar fixação dos dispositivos invasivos a cada plantão.
- Utilizar EPIs em todos os atendimentos.
- Aplicar protocolos de prevenção de úlcera por pressão

REGISTROS GERADOS

- Prontuário eletrônico e/ou físico com evolução multiprofissional
- Formulário de admissão e evolução diária, SAE (sistematização da Assistência de Enfermagem);
- Controle de balanço hídrico (quando necessário);
- Planilhas de monitoramento de dispositivos;
- Notificações de eventos adversos.

 	Procedimento Operacional Padrão MANUSEIO DE VENTILADOR MECÂNICO	Código: POP – 039	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento: Aplica-se a toda a equipe (enfermagem, fisioterapia, médicos), responsável pelo manejo direto dos ventiladores mecânicos em pacientes com suporte ventilatório invasivo.			
Objetivo: Estabelecer critérios técnicos para o correto manuseio, monitoramento e segurança no uso de ventiladores mecânicos em pacientes críticos, promovendo uma ventilação eficaz, segura e livre de eventos adversos.			
DEFINIÇÕES E SIGLAS ● VM: Ventilação Mecânica ● CVM: Ciclo de Ventilação Mecânica ● FiO₂: Fração inspirada de oxigênio ● PEEP: Pressão positiva ao final da expiração ● Vt: Volume corrente ● VMI: Ventilação mecânica invasiva			
RESPONSABILIDADES ● Equipe de enfermagem: ○ Garantir a segurança e integridade do circuito. ○ Monitorar alarmes e sinais de desconexão. ○ Realizar higiene do circuito conforme rotina institucional. ● Fisioterapeuta, Médico, equipe de Enfermagem: ○ Programar os parâmetros ventilatórios conforme prescrição médica. ○ Avaliar mecânica respiratória e efetividade da VM. ○ Realizar aspiração traqueal quando necessário.			

- Médico:
 - Indicar e ajustar o modo de ventilação.
 - Avaliar resposta clínica e gasométrica. (quando disponível)
 - Prescrever condutas de desmame ventilatório.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS

- Ventilador mecânico funcional e calibrado
- Circuito respiratório estéril
- Sonda de aspiração fechada (preferencial)
- Oxímetro de pulso
- Fonte de O₂ medicinal e ar comprimido
- EPIs: luvas, máscara N95, avental e proteção ocular

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

Antes de conectar o paciente:

- Verificar integridade física do ventilador e funcionamento dos alarmes.
- Ligar o equipamento e testar o circuito com balão teste.
- Conectar ao ponto de gás medicinal e verificar pressão e vazão.
- Montar o circuito respiratório com filtro HME ou umidificador aquecido (Quando disponível)
- Higienizar as mãos e paramentar-se com EPI adequado.

Conexão e monitoramento:

1. Conectar o tubo orotraqueal ou traqueostomia ao circuito respiratório.
2. Programar os parâmetros iniciais conforme prescrição médica (modo, Vt, FR, FiO₂, PEEP).
3. Avaliar expansão torácica, ausculta pulmonar e saturação periférica (SpO₂).
4. Ajustar alarmes:
 - Alta/baixa pressão da via aérea
 - Apneia
 - Desconexão
 - Volume corrente alto/baixo
5. Monitorar continuamente:
 - Pressões inspiratórias
 - Volume corrente efetivo
 - Frequência respiratória total
 - Saturação de oxigênio
6. Registrar os dados no prontuário a cada turno ou sempre que houver alteração.

Troca e cuidados com o circuito:

- Trocar o circuito respiratório (recomenda-se cada 7 dias ou se houver sujidade visível).
- Realizar aspiração de vias aéreas conforme necessidade clínica, sempre em sistema fechado (Quando disponível), com técnica asséptica.
- Garantir fixação do tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia.
- Manter cabeceira do leito elevada a 30º–45º.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Nunca desligar alarmes do ventilador sem justificativa clínica e autorização médica.
- Em caso de queda de energia, acionar protocolo de contingência e utilizar sistema de bateria do equipamento.
- Realizar higienização das mãos antes e após manipular o ventilador.
- Inspeccionar diariamente o sistema para prevenir vazamentos, obstruções ou condensações excessivas.
- Em caso de falha do equipamento, substituir imediatamente e registrar a ocorrência.

REGISTROS GERADOS

- Evolução multiprofissional no prontuário
- Registro dos parâmetros ventilatórios
- Checagem de alarmes e circuitos
- Formulário de ocorrência (se necessário)

 	Procedimento Operacional Padrão CONTROLE E MONITORAMENTO CONTÍNUO	Código: POP – 040	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25
Responsável: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.			
Quando: Sempre que necessário			
Monitoramento: Aplicável à equipe multiprofissional (enfermagem, fisioterapia, medicina) atuante na emergência e unidades de internação com suporte avançado de monitorização.			
Objetivo: Padronizar as ações de monitoramento contínuo dos sinais vitais, parâmetros fisiológicos e condições clínicas dos pacientes críticos, a fim de garantir a detecção precoce de alterações e eventos adversos, assegurando segurança e eficácia na assistência.			
DEFINIÇÕES E SIGLAS ● Monitorização contínua: acompanhamento ininterrupto dos sinais fisiológicos por meio de dispositivos eletrônicos. ● SpO₂: Saturação periférica de oxigênio ● FC: Frequência cardíaca ● FR: Frequência respiratória ● PAM: Pressão arterial média ● PVC: Pressão venosa central ● ETCO₂: Capnografia			
RESPONSABILIDADES ● Profissionais de enfermagem: ○ Configurar, operar e checar equipamentos de monitoramento; ○ Registrar dados clínicos no prontuário eletrônico e/ou físico; ○ Comunicar alterações imediatas à equipe médica. ● Equipe médica: ○ Definir parâmetros-alvo para monitoramento individualizado; ○ Avaliar dados monitorados e tomar condutas; ○ Avaliar parâmetros ventilatórios e respiratórios;			

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS

- Monitor multiparamétrico (com ECG, SpO₂, PA, FR, T^oC)
- Cabos, sensores e extensores apropriados e em bom estado
- Oxímetro de pulso portátil
- Sensor de temperatura
- Capnógrafo (Quando disponível, para pacientes em VM)
- Prontuário eletrônico e/ou físico
- Fonte de energia ininterrupta (gerador)

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

Início da monitorização:

- Higienizar as mãos e paramentar-se com EPI.
- Checar integridade física e funcional dos cabos e sensores.
- Conectar o paciente ao monitor multiparamétrico, respeitando posição anatômica correta:
 - ECG: eletrodos torácicos (derivação padrão de 3 ou 5 vias)
 - PA: manguito calibrado (tamanho adequado ao braço)
 - SpO₂: sensor periférico (dedo, orelha ou testa)
 - FR: através do capnógrafo ou impedância torácica
 - Temperatura: método conforme prescrição
- Iniciar a monitoração com parâmetros e alarmes ativados.

Monitoramento contínuo:

1. Verificar e registrar sinais vitais conforme frequência definida pelo protocolo (a cada 1h, 2h, 4h e 6h, conforme a necessidade).
2. Checar alarmes sonoros e visuais: nunca deixar desligados.
3. Garantir bom posicionamento dos sensores, evitando artefatos.
4. Identificar alterações significativas e notificar o médico.
5. Registrar todos os dados em prontuário eletrônico e/ou físico

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Nunca desligar alarmes sem justificativa técnica e autorização.
- Trocar eletrodos ECG diariamente ou conforme sujidade.
- Higienizar sensores reutilizáveis com desinfetante apropriado.
- Não realizar monitorização com equipamentos danificados ou sem manutenção.
- Redobrar atenção em pacientes instáveis, sob sedação ou com ventilação mecânica.

REGISTROS GERADOS

- Gráfico de sinais vitais (prontuário eletrônico)
- Registro de alarme e intercorrências clínicas
- Planilha de calibração de equipamentos invasivos

 	Procedimento Operacional Padrão ENCAMINHAMENTO PARA SETORES INTERNOS OU EXTERNOS		Código: POP – 041	
		Elaborado: 15/08/2025	Revisado: 25/08/25	
Responsável: Médico (a), Enfermeiro (a), Técnico(a) de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem.				
Quando: Quando necessário				
Monitoramento: Aplicável à equipe multiprofissional				
Objetivo: Estabelecer as diretrizes para o encaminhamento seguro, eficiente e documentado dos pacientes para setores internos do hospital ou para serviços externos, garantindo a continuidade da assistência e a satisfação do paciente.				
DEFINIÇÕES E SIGLAS • Encaminhamento: transferência planejada do paciente para outro setor ou serviço para continuidade do tratamento. • Setor interno: unidades ou departamentos dentro da instituição (ex: enfermaria). • Serviço externo: unidades de saúde fora da instituição. (Através do SIRESP/CROSS, hospitais de referência) • Equipe multiprofissional: profissionais da saúde envolvidos no atendimento e transporte do paciente. • Prontuário: documento que registra o histórico clínico e assistencial do paciente.				
RESPONSABILIDADES • Médico: ○ Avaliar necessidade de encaminhamento. ○ Prescrever e solicitar a vaga conforme a necessidade do quadro do paciente e indicar os cuidados necessários. ○ Comunicar a equipe envolvida no encaminhamento. • Enfermeiro: ○ Organizar e garantir a preparação do paciente para a transferência. ○ Abrir sistema SIRESP/ CROSS, para o médico inserir a vaga no sistema. ○ Assegurar que todos os registros e documentos acompanhem o paciente. ○ Supervisionar a equipe de transporte e o preparo do ambiente receptor.				

- **Equipe de transporte:**

- Realizar o transporte com segurança, respeitando as condições clínicas do paciente.
- Comunicar qualquer intercorrência durante o transporte.

- **Recepção do setor receptor:**

- Confirmar recebimento do paciente.
- Registrar o atendimento inicial e condições do paciente na chegada.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS NECESSÁRIOS

- Documentação clínica completa e atualizada
- Prontuário eletrônico ou físico
- Equipamentos para suporte durante transporte (carrinho, maca, cilindro de oxigênio, monitor portátil)
- Equipamentos de proteção individual (EPIs) para equipe de transporte
- Medicamentos e insumos necessários para suporte durante o deslocamento

PROCEDIMENTO OPERACIONAL (PASSO A PASSO)

1. Avaliação e decisão de encaminhamento:

- Médico avalia o estado clínico e necessidade de transferência.
- Define o tipo de vaga, solicita via SIRESP/CROSS e indica cuidados específicos.

2. Preparação para transferência:

- Enfermeiro prepara o paciente, estabiliza sinais vitais e reúne documentação.
- Verifica disponibilidade do setor receptor.

3. Comunicação:

- Contatar a equipe do setor receptor para informar dados e previsão de chegada.
- Registrar comunicação no prontuário.

4. Transporte:

- Equipe de transporte realiza deslocamento com monitoramento constante.
- Utilizar equipamentos necessários para suporte durante o trajeto.

5. Recepção do paciente:

- Setor receptor recebe, avalia e registra o paciente.
- Confirmar documentação e comunicar médico assistente sobre chegada.

6. Registro e feedback:

- Documentar todo o processo no prontuário.
- Reportar quaisquer intercorrências para análise e melhoria contínua.

CUIDADOS, PRECAUÇÕES E SEGURANÇA

- Garantir estabilidade clínica antes da transferência.
- Utilizar equipamentos e medicamentos necessários durante o transporte.
- Manter comunicação clara e eficaz entre todos os envolvidos.
- Respeitar protocolos de biossegurança para evitar contaminações.
- Registrar e comunicar imediatamente qualquer evento adverso.

REGISTROS GERADOS

- Pedido e autorização de
- Prontuário com registros do processo de transferência
- Relatório de transporte, se aplicável
- Comunicação escrita entre setores

REFERÊNCIAS:

REFERÊNCIAS ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde – MS. Resolução da diretoria colegiada – RDC no 145, de 21 de março de 2017. Disponível em < <https://cvs.saude.sp.gov.br/zip/res%20rdc%20145.17.pdf>>. Acesso em: 31 de Julho de 2025.

HU-UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Ministério da Educação. EBSERH. Protocolo Higiene das mãos. PRT.CCIRAS.001. 11ª edição. Publicação: Resolução nº 104, de 19 de junho de 2023 – Boletim de Serviço nº 366, de 23 de junho de 2023. Disponível em: . Acesso em: 31 de Julho de 2025.

HU-JF. Hospital Universitário- Universidade Federal de Juiz de Fora. Procedimento de Enfermagem nº 04 – Sinais Vitais. Juiz de Fora: HU-JF, 2019. Disponível em < HU-UFGD. Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Ministério da Educação. EBSERH. Protocolo Higiene das mãos. PRT.CCIRAS.001. 11ª edição. Publicação: Resolução nº 104, de 19 de junho de 2023 – Boletim de Serviço nº 366, de 23 de junho de 2023. Disponível em: . Acesso em: 31 de Julho de 2025.

KREUNING, EB; GRAUBE, SL; MENEGHETE, MC; FONTANA, RT; RODRIGUES, FCP; BITTENCOURT, VLL. Protocolo de aferição da pressão arterial em membros inferiores. Rev. Baiana Enferm. 2018;32: e27394. Disponível em: < <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27394>> . Acesso em: 31 de Julho de 2025.

POSSO, Maria Belén Salazar. Semiologia e Semiotécnica de enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

MOZACHI, N. O Hospital: manual do ambiente hospitalar. Curitiba, Editora Manual Real Ltda. Ed. 3, 2009. POSSO, Maria Belén Salazar. Semiologia e Semiotécnica de enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 2010. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2020. Disponível em: . Acesso em 31 de Julho de 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO – Segurança do Paciente – Guia para a Prática – São Paulo – 2022. Disponível em: < <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Seguranca-do-Paciente-WEB.pdf>> . Acesso em 31 de Julho de 2025.

COREN-MS. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. **PARECER TÉCNICO Nº 013/2015:** Realização do exame Eletrocardiograma por profissionais de Enfermagem. COREN-MS. Disponível em: <<http://ms.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2015/06/Parecer-013-2015-Realizacao-do-exame-Eletrocardiograma-por-profissionais-de-Enfermagem.pdf>>. Acesso em: 20/07/2025.

FISCHBACH, F.T. **Manual de Enfermagem:** exames laboratoriais e diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

POTTER P.A.; PERRY A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SOUZA, A. B. G. Manual Prático de Enfermagem Pediátrica. 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017

VASCONCELOS, C.C.C.S. **Eletrocardiograma**. Natal, 2010.

ALCÂNTRA, M. R. et al. Teorias de Enfermagem: a importância para implementação da sistematização da assistência de Enfermagem. **Rev Cie Fac Edu Mei Amb.**, v. 2, n. 2, p. 115-132, 2011.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. spe, p. 134-141, 2013.

CHEEVER, K. H. **Brunner e Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. V I e II. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

FÁVERO, N.; TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. C. Atividades de assistência direta do enfermeiro e respectiva anotação. **Enfermagem Atual**, v. 3, n. 4, p. 18-26, 1980.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU, 1979.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

SOUZA, E. N. **Casos clínicos para a enfermagem**. Porto Alegre: Moirá Editora, 2010.

SPRINGHOUSE, C. **Incrivelmente fácil**: Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. Brasília: Anvisa, 2007.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde**: limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília: Anvisa, 2012.

GEOVANINI, T.; JUNIOR, A.G.O. **Manual de Curativos**. Degermação das Mãos e calçamento de Luvas. 2. ed. revisada e ampliada. São Paulo: Corpus

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. ANVISA, Ago/2009.