



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM - PASSO FUNDO

RESOLUÇÃO Nº 6/2026 - CCENF - PF (10.43.03.21)

Nº do Protocolo: 23205.023889/2026-40

Passo Fundo-RS, 12 de agosto de 2026.

RESOLUÇÃO Nº 6/CCENF-PF/UFS 2026

Aprova o material didático intitulado “Roteiros para a Realização dos Procedimentos Básicos de Enfermagem – Volume I”, no âmbito do Curso de Graduação em Enfermagem do *Campus* Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFS.

O Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem do *Campus* Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFS, no uso de suas atribuições, considerando o disposto no Art. 5º, incisos IX, e XIX e no Art. 9º, inciso IV da Resolução nº 40/CONSUNI CGAE/UFS/2022, que aprova o Regulamento da Graduação da UFS, e considerando a necessidade de qualificar e sistematizar as atividades didático-pedagógicas relacionadas ao ensino dos procedimentos básicos de enfermagem;

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o material didático intitulado “Roteiros para a Realização dos Procedimentos Básicos de Enfermagem – Volume I”, como material de apoio didático-pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem do *Campus* Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFS.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Reunião Ordinária do Colegiado do Curso de Enfermagem do *Campus* Passo Fundo da UFS (por meio de sistema de videoconferência Google Meet), em Passo Fundo/RS, 09 de julho de 2026.

Profª Alessandra Regina Müller Germani

Presidente do Colegiado do Curso de Enfermagem do *Campus* Passo Fundo

(Assinado digitalmente em 12/08/2026 17:38)
ALESSANDRA REGINA MULLER GERMANI
COORDENADOR DE CURSO - TITULAR
CCENF - PF (10.43.03.21)
Matricula: ###060#8

Visualize o documento original em <https://sipac.uffs.edu.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **6**, ano: **2026**, tipo: **RESOLUÇÃO**, data de emissão: **12/08/2026** e o código de verificação: **c9b709d386**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
***CAMPUS* PASSO FUNDO**
CURSO DE ENFERMAGEM

Camila Amthauer
Fernanda Honnef
Maria Eduarda de Carli Rodrigues
Thaís Dresch Eberhardt

ROTEIROS PARA A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS
BÁSICOS DE ENFERMAGEM – VOLUME I

Passo Fundo, RS

2026

Camila Amthauer
Fernanda Honnef
Maria Eduarda de Carli Rodrigues
Thaís Dresch Eberhardt

**ROTEIROS PARA A REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS BÁSICOS DE
ENFERMAGEM – VOLUME I**

Roteiros apresentados ao Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, para padronização dos procedimentos básicos realizados pelos discentes e docentes do curso durante as atividades práticas.

Passo Fundo, RS

2026

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
Higienização simples das mãos	7
Higienização antisséptica das mãos	8
Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica	9
Calçar e retirar luvas estéreis	10
Colocação e retirada de equipamentos de proteção individual (EPI).....	11
Limpeza e desinfecção de superfícies	14
Manuseio de material esterilizado.....	16
Limpeza terminal.....	17
Limpeza concorrente	18
Arrumação da cama	19
Exame físico geral.....	21
Verificação da temperatura axilar	22
Verificação do pulso	23
Verificação da pressão arterial.....	24
Verificação da saturação de oxigênio	26
Verificação da frequência respiratória.....	27
Avaliação da dor	28
Mensuração de medidas antropométricas - Peso.....	29
Mensuração de medidas antropométricas - Estatura	30
Exame físico da pele e anexos	31
Higiene do cabelo e do couro cabeludo	32
Higiene oral	33
Higiene íntima	34
Banho de aspersão sem auxílio	36
Banho de aspersão com auxílio	37
Banho no leito	39
Posicionamento e reposicionamento no leito/poltrona/cadeira de rodas.....	42
Curativo de incisão cirúrgica.....	47
Curativo de ferida aberta.....	49
Retirada de pontos.....	51

Exame físico neurológico, cabeça e pescoço	53
Contenção Mecânica	54
Cuidados pós-morte.....	56

APRESENTAÇÃO

Os Roteiros para a Realização dos Procedimentos Básicos de Enfermagem – Volume I foram elaborados com o propósito de subsidiar o processo de ensino-aprendizagem das atividades práticas desenvolvidas no Laboratório de Habilidades do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Passo Fundo. O material busca padronizar os procedimentos, promover a segurança do paciente e fortalecer a formação técnica, científica e ética dos estudantes.

A construção destes roteiros teve início em 2024, a partir de uma demanda da Coordenação dos Laboratórios relacionada ao planejamento e à previsão de aquisição de materiais para as atividades práticas, encaminhada em 22 de outubro de 2024. Em resposta a essa necessidade, as professoras Alessandra Regina Müller Germani e Yaná Tamara Tomasi elaboraram a primeira versão dos roteiros, compartilhada em 18 de novembro de 2024.

A partir de julho de 2025, o material passou por um processo de revisão, atualização e expansão, conduzido pelas professoras Fernanda Honnef e Thaís Dresch Eberhardt, que reorganizaram, padronizaram e ampliaram os roteiros existentes, além de desenvolverem novos conteúdos fundamentados em evidências científicas, nas legislações vigentes e nas diretrizes nacionais e internacionais para a prática de enfermagem.

Em maio de 2026, com a constituição da Comissão de Elaboração dos Roteiros de Prática do Laboratório de Habilidades do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Passo Fundo, o trabalho passou a ser desenvolvido de forma colaborativa pelas professoras Fernanda Honnef, Thaís Dresch Eberhardt, Maria Eduarda de Carli Rodrigues e Camila Amthauer.

Além da revisão e validação dos materiais previamente elaborados, a comissão foi responsável pela construção de novos roteiros, pela atualização dos conteúdos e pela padronização do documento, consolidando este volume como um instrumento pedagógico construído coletivamente e alinhado às necessidades da formação em enfermagem.

Este primeiro volume contempla os procedimentos básicos de enfermagem desenvolvidos no componente curricular Fundamentos para o Cuidado Profissional I: Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem, oferecendo orientações fundamentadas em evidências científicas atualizadas e em recomendações de órgãos nacionais e internacionais. Ressalta-se que os roteiros não substituem o julgamento clínico, a supervisão docente ou a

consulta às normas institucionais e profissionais vigentes, devendo ser utilizados como material de apoio ao ensino, ao estudo e à prática.

Procedimento: Higienização simples das mãos
Materiais: - Sabonete líquido - Pia com água - Papel toalha
Descrição do procedimento: 1. Molhe as mãos com água; 2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos; 3. Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si; 4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa; 5. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais; 6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa; 7. Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa; 8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa; 9. Enxague bem as mãos com água; 10. Seque as mãos com papel toalha descartável; 11. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha; 12. A higienização simples das mãos deve ter duração de 40 a 60 segundos¹.
Referências: 1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higiene das Mãos. Brasília: Anvisa, 2026.

Procedimento: Higienização antisséptica das mãos
Materiais: - Antisséptico degermante - Pia com água - Papel toalha
Descrição do procedimento: A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante¹.
Referências: 1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higiene das Mãos. Brasília: Anvisa, 2026.

Procedimento: Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica**Materiais:**

- Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma ou outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%)

Descrição do procedimento:

1. Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.
2. Friccione as palmas das mãos entre si;
3. Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
4. Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
5. Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
6. Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
7. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
8. Aguarde as mãos ficarem secas;
9. A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos¹.

Referências:

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higiene das Mãos**. Brasília: Anvisa, 2026.

Procedimento: Calçar e retirar luvas estéreis**Materiais:**

- Luvas estéreis (6.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5)

Descrição do procedimento:

1. Selecionar as luvas conforme o tamanho adequado;
2. Higienizar as mãos;
3. Posicionar o material em superfície segura;
4. Abrir o pacote de luva, sem tocar nas luvas;
5. Com a mão dominante, retirar a luva pegando pela parte interna do punho;
6. Calçar a luva na mão não dominante atentando para não contaminar a parte externa;
7. Colocar a mão enluvada dentro da dobra do punho da outra luva;
8. Calçar a luva na mão não dominante atentando para não contaminar a mão enluvada;
9. Ajeitar as luvas externamente com as mãos enluvadas;
10. Após o uso, retirar a luva de uma das mãos puxando-a, externamente pelo punho, sobre a mão, virando-a pelo avesso. Quanto à outra luva, segurá-la pela parte interna do punho, puxando-a e virando-a pelo avesso¹.
11. Higienizar as mãos.

Referências:

1. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Colocação e retirada de equipamentos de proteção individual (EPIs)
Materiais:

- Luvas de procedimento (PP/P/M/G/GG)
- Avental ou capote
- Máscara de proteção respiratória
- Máscara cirúrgica
- Óculos
- Protetor facial
- Gorro ou touca
- Biombos
- Placas de isolamento (contato, gotículas, aerossóis)

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos¹;
2. Prepare todo o equipamento que você precisará levar para o quarto do paciente. Em alguns casos, o equipamento deverá permanecer no quarto (por ex. estetoscópio ou manguito de pressão)²;
3. Ordem de colocação dos EPIs: avental ou capote, máscara cirúrgica ou de proteção respiratória, óculos ou protetor facial, gorro ou touca, luvas¹;
4. Avental ou capote:
 1. Vista o avental ou capote primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura¹⁻²;
 2. Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos¹⁻²;
 3. Nunca amarre o avental ou capote pela frente¹;
5. Máscara cirúrgica:
 1. Verifique se a máscara não está danificada¹;
 2. Utilize o clip nasal como referência para identificar a parte superior¹⁻²;
 3. Coloque a máscara em seu rosto e prenda as alças atrás da cabeça, mantendo-as paralelas (nunca cruzadas)¹⁻²;
 4. Aperte o clip nasal ou a borda rígida da máscara para que ela se adapte ao formato do seu nariz², visando minimizar espaços entre a face e a máscara¹;
 5. Puxe a parte inferior da máscara para que ela cubra sua boca e seu queixo¹;
 6. Enquanto estiver em uso, evite tocar na parte da frente da máscara¹;
 7. Troque a máscara quando estiver úmida¹⁻², molhada ou contaminada²;
6. Máscara de proteção respiratória (máscara de alta filtragem do tipo N 95, PFF2 ou equivalente):
 1. Segurar o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes¹;
 2. Encaixar o respirador sob o queixo¹;
 3. Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça¹;
 4. Ajustar o clip nasal no nariz¹;
 5. Verificar a vedação pelos testes de pressão positiva e negativa:
 1. Verificação positiva da vedação: expire profundamente; uma pressão positiva dentro da máscara significa que não tem vazamento; se houver vazamento, ajuste a posição e/ou as alças de tensão; teste novamente a vedação; repita os passos até que a máscara esteja vedando corretamente¹;
 2. Verificação negativa da vedação: inspire profundamente, se não houver vazamento, a pressão negativa fará o respirador agarrar-se no

- seu rosto; o vazamento resultará em perda de pressão negativa na máscara devido à entrada de ar através de lacunas na vedação¹;
- f. A máscara de proteção respiratória deverá estar apropriadamente ajustada à face¹;
 - g. A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante e nunca deve ser compartilhada entre profissionais¹.
7. Óculos de proteção ou protetor facial:
- . Apoie a viseira do protetor facial na testa e passe o elástico pela parte superior da cabeça. No caso dos óculos, coloque da forma usual¹;
 - a. Os equipamentos devem ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência, sendo necessária a higiene correta após o uso, caso não possa ser descartado¹;
 - b. Sugere-se a limpeza e desinfecção, de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante¹.
8. Gorro ou touca:
- . O cabelo deve estar preso¹;
 - a. Colocar o gorro ou a touca na cabeça começando pela testa, em direção à base da nuca¹;
 - b. Adaptar na cabeça de modo confortável, cobrindo todo o cabelo e as orelhas¹;
 - c. Sempre que o gorro ou a touca apresentarem sinais de umidade, devem ser substituídos por outro¹.
9. Luvas:
- . Calce as luvas e estenda-as até cobrir o punho do avental de isolamento¹⁻²;
 - a. Troque as luvas sempre que for necessário ou quando for entrar em contato com outro paciente¹;
 - b. Troque as luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo, ou quando essa estiver danificada¹;
 - c. Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas¹;
 - d. Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas¹;
 - e. As luvas não devem ser reutilizadas¹;
 - f. O uso de luvas não substitui a higiene das mãos¹.
10. Entre no quarto do paciente. Arrume os materiais e equipamentos (se o equipamento precisar ser removido do quarto para ser reutilizado, coloque-o sobre uma toalha de papel limpa)²;
11. Exceto pela máscara, remova o EPI ainda no quarto, próximo à saída, ou na antessala do quarto de isolamento. Remova a máscara somente após deixar o quarto do paciente e fechar a porta¹.
12. Ordem de retirada dos EPIs: luvas, avental ou capote, gorro ou touca, óculos ou protetor facial, máscara cirúrgica ou de proteção respiratória¹;
13. Luvas:
- . Durante a retirada das luvas evite tocar o lado externo, pois elas estarão contaminadas¹;
 - a. Com as duas mãos enluvadas, segure a parte externa de uma luva na parte superior do pulso¹⁻²;
 - b. Retire esta primeira luva, afastando-se do corpo e do pulso até as pontas dos dedos, virando a luva de dentro para fora¹;
 - c. Segure a luva que você acabou de remover em sua mão enluvada¹;
 - d. Com a mão sem luva, retire a segunda luva inserindo os dedos dentro da luva na parte superior do pulso¹;
 - e. Vire a segunda luva do avesso enquanto a inclina para longe do corpo, deixando a primeira luva dentro da segunda¹;

- f. Descarte as luvas na lixeira. Não reutilize as luvas¹;
- g. Higienize as mãos¹⁻²;
- 14. Avental ou capote:
 - . Durante a retirada do avental ou capote, evite tocar o lado externo, pois estará contaminado¹;
 - a. Abra as tiras e solte as amarras¹⁻²;
 - b. Empurre pelo pescoço e pelos ombros, tocando apenas a parte interna do avental/capote¹;
 - c. Retire o avental/capote pelo avesso¹;
 - d. Dobre ou enrole em uma trouxa e descarte em recipiente apropriado¹;
 - e. Higienize as mãos¹;
- 15. Gorro ou touca:
 - . Puxe pela parte superior central, sem tocar nos cabelos¹;
 - a. Descarte a touca/gorro em recipiente apropriado¹;
 - b. Higienize as mãos¹;
- 16. Óculos de proteção ou protetor facial:
 - . Remova pela lateral ou pelas hastes, considerando que a parte frontal está contaminada¹;
 - a. A limpeza e a desinfecção devem ser realizadas de acordo com as instruções de reprocessamento do fabricante¹;
- 17. Máscara cirúrgica:
 - . Durante a retirada da máscara evite tocar a parte frontal, pois ela estará contaminada¹⁻²;
 - a. Segure as alças inferiores e depois as alças ou elástico superiores e remova-a¹⁻²;
 - b. Descarte em uma lixeira¹⁻²;
 - c. Higienize as mãos¹;
- 18. Máscara de proteção respiratória:
 - . Segurar o elástico inferior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo¹;
 - a. Segurar o elástico superior com as duas mãos, passando-o por cima da cabeça para removê-lo¹;
 - b. Remover a máscara segurando-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para não tocar na superfície interna¹;
 - c. Acondicione a máscara em um saco ou envelope de papel com os elásticos para fora, para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização¹;
 - d. Nunca coloque a máscara já utilizada em um saco plástico, pois ela poderá ficar úmida e potencialmente contaminada¹;
 - e. A guarda ou descarte devem obedecer aos procedimentos recomendados pelas autoridades sanitárias ou pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH do serviço de saúde¹;
 - f. Higienize as mãos¹.

Referências:

1. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Cartilha:** orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs). Brasília: COFEN, 2020.
2. POTTER, P. A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024.

Procedimento: Limpeza e desinfecção de superfícies
Materiais:

- Bandeja
- Termômetro
- Mesa de cabeceira
- Pano de limpeza de mobília
- Desinfetante ou Álcool 70%
- Sabão ou detergente de limpeza
- Luvas de procedimento (PP/P/M/G/GG)

Descrição do procedimento:

Nas superfícies onde ocorrer um pequeno derramamento de substâncias corporais ou sangue, incluindo respingos, como mobiliário, deve-se:

1. Calçar luvas de procedimento;
2. Remover a matéria orgânica com papel toalha ou pano;
3. Realizar limpeza com sabão ou detergente e água na superfície a ser desinfetada, com o auxílio de panos de limpeza de mobília;
4. Após limpeza do mobiliário, realizar a fricção com álcool a 70% ou outro desinfetante definido pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH);
5. Higienizar as mãos¹.

Desinfecção de Equipamentos – Exemplos:
Desinfecção de termômetro

1. Higienizar as mãos antes de manipular o termômetro;
2. Reunir os materiais necessários e verificar se o termômetro está íntegro, funcionando e sem rachaduras, resíduos ou sujidade visível;
3. Calçar luvas de procedimento, se o termômetro tiver sido utilizado em paciente em precaução específica ou se houver presença de matéria orgânica;
4. Realizar desinfecção friccionando toda a superfície externa do termômetro com gaze, algodão ou compressa umedecida com álcool 70% (iniciar pela haste/ponta sensora e seguir em direção ao corpo do termômetro/friccionar também a região do visor e botão, sem excesso de líquido);
5. Deixar o termômetro secar ao ar, sobre superfície limpa ou papel toalha limpo (Obs: não assoprar e não abanar);
6. Retirar as luvas, quando utilizadas, e realizar novamente a higienização das mãos;
7. Armazenar o termômetro em recipiente limpo, seco, identificado e protegido de poeira e umidade.

Desinfecção de esfigmomanômetro

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir os materiais necessários e verificar as condições de funcionamento do equipamento;
3. Calçar luvas de procedimento, caso o equipamento apresente sujidade visível ou tenha sido utilizado em paciente sob precauções específicas;
4. Inspeccionar o equipamento quanto à presença de sujeira, manchas, resíduos orgânicos, rachaduras ou danos;
5. Realizar a limpeza, quando houver sujidade visível: umedecer gaze ou pano macio com água e sabão/detergente neutro; friccionar delicadamente as superfícies externas do manguito, pera insufladora e manômetro; remover completamente os resíduos;
6. Secar o equipamento com papel toalha ou compressa limpa;

7. Realizar a desinfecção utilizando gaze ou compressa umedecida com álcool 70%, friccionando cuidadosamente (face interna e externa do manguito; fechos de velcro; tubulações externas; pera insufladora; válvula de controle de pressão; estrutura externa do manômetro ou monitor digital);
8. Garantir a fricção de toda a superfície, especialmente as áreas frequentemente manipuladas durante a aferição da pressão arterial;
9. Aguardar a secagem natural do álcool, sem utilizar panos ou toalhas para acelerar o processo;
10. Reorganizar e acondicionar o equipamento em local limpo, seco e protegido contra poeira, umidade e danos mecânicos;
11. Retirar as luvas, quando utilizadas, e realizar novamente a higienização das mãos.

Desinfecção da bandeja

1. Higienizar as mãos conforme;
2. Reunir os materiais necessários para limpeza e desinfecção;
3. Calçar luvas de procedimento, caso o equipamento apresente sujidade visível ou tenha sido utilizado em paciente sob precauções específicas;
4. Retirar todos os materiais da bandeja, verificando se há resíduos, materiais perfurocortantes ou materiais que necessitem de processamento específico;
5. Descartar adequadamente os resíduos, conforme as normas de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde;
6. Inspeccionar a bandeja quanto à presença de matéria orgânica, manchas, rachaduras, deformidades ou danos estruturais;
7. Realizar a limpeza:
8. Umedecer a bandeja com água corrente;
9. Aplicar detergente neutro;
10. Friccionar toda a superfície interna e externa com esponja macia ou pano não abrasivo;
11. Dar atenção especial aos cantos, bordas, alças e reentrâncias;
12. Remover completamente resíduos visíveis;
13. Enxaguar abundantemente para retirar todo o detergente;
14. Secar completamente a bandeja utilizando papel toalha descartável ou deixando secar em superfície limpa e protegida;
15. Realizar a desinfecção: aplicar álcool 70% ou desinfetante padronizado pela instituição; friccionar toda a superfície interna e externa da bandeja; garantir que todas as áreas recebam o produto desinfetante; aguardar a secagem natural do produto desinfetante, respeitando o tempo de contato recomendado pelo fabricante;
16. Armazenar a bandeja em local limpo, seco, protegido de poeira e organizado para uso posterior;
17. Retirar as luvas e realizar a higienização das mãos.

Referências:

1. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2010.

Procedimento: Manuseio de material esterilizado

Materiais:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Campos estéreis (de algodão) - Embalagens estéreis em papel grau cirúrgico - Seringa - Agulha hipodérmica |
|--|

Descrição do procedimento:
--

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalhar em ambiente limpo, calmo, seco, sem ventilação excessiva; 2. Higienizar as mãos; 3. Verificar se a embalagem está íntegra, seca, sem manchas, com identificação (tipo de material, data da esterilização ou da validade); 4. Trabalhar de frente para o material; manter distância entre o seu corpo e o material a ser manipulado; evitar tossir, espirrar, falar sobre o material exposto; não fazer movimentos sobre a área ou material estéril; 5. Pacote acondicionado em campo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Posicionar o pacote tocando na parte externa do campo, de modo que, ao abri-lo, inicie pela extremidade oposta ao manipulador; 2. Abrir as extremidades laterais; 3. Por último, abrir a extremidade em direção ao manipulador; 4. Não tocar a parte interna do pacote. 6. Seringa descartável: <ol style="list-style-type: none"> 1. Abrir os invólucros no local indicado pelo fabricante, próximo do êmbolo 2. Segurar no corpo da seringa, sem tocar a parte interna do êmbolo, a parte interna do cilindro e a ponta da seringa (bico). 7. Agulha descartável: <ol style="list-style-type: none"> 1. Abrir o invólucro no local indicado pelo fabricante, próximo ao canhão; 2. Adaptar a ponta da seringa ao canhão da agulha; 3. Manter a agulha protegida até o momento do uso; 4. Evitar tocar no canhão da agulha, segure-a na parte externa do protetor¹. |
|---|

Referências:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. Fundamentos de Enfermagem. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. |
|--|

Procedimento: Limpeza terminal
Materiais:

- Luvas de procedimento (PP/P/M/G/GG)
- Balde com água, sabão
- Panos de limpeza
- Álcool 70%
- Hamper

Descrição do Procedimento:

1. Calçar as luvas e arejar o ambiente;
2. Desocupar mesa de cabeceira, cadeira, cama e colocar os materiais de limpeza em local apropriado;
3. Remover os lençóis e colocar as roupas no hamper;
4. Limpar a mesa de refeição;
5. Limpar a mesa de cabeceira: partes interna e externa;
6. Limpar um dos lados do travesseiro, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira (parte limpa com parte limpa) e limpar o outro lado do
7. travesseiro (parte suja);
8. Limpar o colchão, no sentido da cabeceira para os pés; dobrá-lo ao meio, limpar a metade inferior da cabeceira do colchão;
9. Limpar a cama: grade da cabeceira, metade superior do estrado, laterais;
10. Elevar a cabeceira e limpar a parte inferior do estrado, laterais interna;
11. Abaixar a cama, virar o colchão dobrado em direção à cabeceira e limpar a outra metade dos pés;
12. Limpar a metade restante do estrado, as laterais e as grades dos pés;
13. Elevar a parte dos pés e limpar a parte inferior do estrado, as laterais internas e a manivela;
14. Limpar os pés da cama e a escada e nivelar a cama na horizontal;
15. Conforme a rotina, aplicar álcool 70% nas superfícies;
16. Variar o posicionamento do colchão para evitar deformidade;
17. Organizar o material e a unidade¹.

Referências

1. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Limpeza concorrente
Materiais: - Luvas de procedimento (PP/P/M/G/GG) - Panos de limpeza - Álcool 70% - Hamper
Descrição do Procedimento: 1. Calçar as luvas e arejar o ambiente; 2. Remover os lençóis e colocar as roupas no hamper; 3. Limpar a mesa de refeição; 4. Limpar a superfície da mesa de cabeceira; 5. Realizar a desinfecção em um dos lados do travesseiro, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira (parte limpa com parte limpa) e limpar o outro lado do travesseiro (parte suja); 6. Realizar a desinfecção do colchão, no sentido da cabeceira para os pés; 7. Realizar a arrumação do leito conforme o tipo de cama (aberta, fechada ou de operado); 8. Organizar o material e a unidade.
Referências —

Procedimento: Arrumação da cama
Materiais:

- Lençóis
- Impermeável
- Forros móveis (travessa)
- Cobertor
- Fronha
- Hamper

Descrição do Procedimento:
Cama fechada

1. Reunir o material: dois lençóis, um lençol móvel ou comum dobrado ao meio (opcional), uma colcha, uma fronha, um cobertor;
2. Colocar a cadeira aos pés da cama e sobre ela o travesseiro e a fronha;
3. Dispor a roupa de cama na cadeira, na sequência de uso: colcha, cobertor, lençol de cima, lençol móvel e lençol de baixo;
4. Dispor o lençol de baixo, fazendo o canto da cabeceira, parte dos pés e lateral da cama;
5. Estender o lençol móvel e prendê-los juntamente;
6. Colocar o lençol de cima, deixando o barrado rente ao colchão na cabeceira da cama;
7. Posicionar o cobertor, em cerca de 40 cm abaixo da cabeceira;
8. Estender a colcha rente ao colchão na cabeceira da cama, prendendo junto as três peças no canto dos pés da cama e deixando as laterais soltas;
9. Dobrar o travesseiro e colocar a fronha, posicionando-o na cabeceira da cama;
10. Finalizar no outro lado da cama e completar a arrumação;
11. Deixar a unidade em ordem com o mobiliário alinhado¹.

Cama aberta

1. Retirar os lençóis usados, colocá-los no hamper;
2. Seguir a mesma sequência da cama fechada, deixando o lençol de cima virado sobre o cobertor e a colcha na parte da cabeceira;
3. Colocar o travesseiro sobre a cama;
4. Deixar o cordão da campainha próximo ao paciente¹.

Cama aberta com paciente acamado

1. Separar as roupas de cama limpas.
2. Manter o paciente coberto apenas com o lençol de cima, exceto se sentir frio;
3. Pedir a colaboração do paciente, orientando-o e elevar a grade da cama;
4. Virá-lo para o lado oposto à cadeira com as roupas de cama;
5. Dobrar o lençol sujo sob o paciente, expondo a metade do colchão;
6. Estender as roupas limpas, seguindo a sequência;
7. Virar o paciente para o lado limpo e retirar o lençol de cima enquanto cobrimos o paciente com o limpo; retirar o lençol sujo e colocar no hamper;
8. Cuidar para não tracionar dispositivos e extensões, acidentalmente;
9. Completar a arrumação da cama e finalizar com a limpeza concorrente¹.

Cama de operado

1. Remover as roupas de cama usadas e proceder à limpeza terminal;

2. Dispor as roupas de cama na cadeira, na sequência anteriormente descrita;
3. Arrumar a cama: lençol de baixo, lençol móvel, lençol de cabeceira com pregas laterais.
4. O lençol de cima, cobertor e colcha podem ser dobrados na parte da cabeceira e dos pés; enrolar (ou não) lateralmente essas roupas, conforme a rotina da instituição;
5. Retirar o travesseiro, conforme o tipo de cirurgia;
6. Providenciar um suporte de soro, se necessário¹.

Referências

1. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Exame físico geral
Materiais necessários: • Estetoscópio • Esfigmomanômetro • Termômetro • Oxímetro de pulso • Espátula • Fita métrica • Algodão • Martelo de reflexos • Luvas de procedimento • Lanterna clínica
Procedimento: Realizar o procedimento de exame físico geral conforme Capítulo 3 – Histórico de Enfermagem e Exame Físico da referência abaixo.
Referência: POSSO, M. B. S. (Ed.). Semiologia e semiotécnica de enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

Procedimento: Verificação da temperatura axilar**Materiais necessários:**

- Bandeja
- Algodão com álcool a 70%
- Termômetro digital ou eletrônico

Descrição do procedimento:

1. Reunir o material¹;
2. Testar o termômetro;
3. Higienizar o material com álcool 70%;
4. Explicar o procedimento ao indivíduo¹;
5. Higienizar as mãos ²;
6. Posicionar o indivíduo de maneira confortável com exposição das axilas¹;
7. Colocar a extremidade do termômetro no centro da axila. Orientar o paciente baixar o braço e mantê-lo junto ao corpo¹;
8. Realizar a desinfecção do termômetro;
9. Registrar os valores exatos e o local em que a temperatura foi medida.
10. Comunicar o resultado para o paciente¹.

Referências:

1. BARROS, A. L. B L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Verificação do pulso**Materiais necessários:**

- Relógio com ponteiro de segundos

Procedimento:

1. Reunir o material¹;
2. Higienizar as mãos²;
3. Orientar o procedimento ao indivíduo²;
4. Colocá-lo sentado ou deitado, em posição confortável, com o braço apoiado e a palma da mão voltada para baixo²;
5. Com os dedos indicador e médio, localizar a artéria radial na face interna do punho, ou outra artéria conforme a necessidade ou indicação;
6. Quando sentir a artéria, pressionar levemente contra o osso (rádio) e contar os batimentos durante 1 min²;
7. Reposicionar o indivíduo de maneira confortável¹;
8. Registrar os valores exatos²;
9. Comunicar o resultado para o paciente
10. Higienizar as mãos.

Referências:

1. BARROS, A. L. B. L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Verificação da pressão arterial
Materiais necessários:

- Bandeja
- Algodão com álcool 70%
- Esfigmomanômetro com braçadeira e manguito de tamanhos adequados para o indivíduo
- Estetoscópio
- Suporte de braço para aferição de pressão arterial

Procedimento:

1. Reunir e higienizar o material¹;
2. Preparar o material e verificar a calibração do esfigmomanômetro, a integridade da borracha, da pera e das conexões¹;
3. Explicar o procedimento ao indivíduo¹;
4. Assegurar um ambiente silencioso com temperatura confortável³;
5. Assegurar que o indivíduo esteja 30 minutos sem ter fumado, ingerido alimentos/caféina e 90 minutos sem ter praticado exercício físico, sentado por pelo menos 5 minutos, de bexiga vazia e sem falar³;
6. Também deve-se assegurar que a pessoa não realizou mastectomia (remoção cirúrgica da mama) e que não possui fístula arteriovenosa (acesso vascular permanente, realizado cirurgicamente com a ligação de uma artéria a uma veia, utilizado por pacientes em hemodiálise), queimaduras, hemiparesia (diminuição da força motora de um dos lados do corpo) ou hemiplegia (ausência de força de um dos lados do corpo) no membro em que a pressão arterial (PA) será aferida, pois essas condições são contraindicações para aferição da PA¹;
7. Higienizar as mãos¹;
8. Posicionar o indivíduo sentado com as costas apoiadas na cadeira, pernas descruzadas e pés apoiados no chão³;
9. Posicionar o braço nu, apoiado na altura do coração e com a palma da mão direcionada para cima³;
10. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano¹;
11. Selecionar o manguito do tamanho adequado ao braço¹;
12. Colocar o manguito, sem folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, centralizar o meio da bolsa inflável sobre a artéria braquial³;
13. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial¹;
14. Estimar o nível da pressão arterial sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial. Deve-se palpar a artéria radial e insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso – este será o valor estimado da PAS; após, deve-se desinflar rapidamente o manguito¹;
15. Colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio, sem compressão excessiva, na fossa cubital³;
16. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS³;
17. Realizar a deflação lentamente (cerca de 2 mmHg/s)³;
18. Determinar a PAS na ausculta do primeiro som³;
19. Determinar a pressão arterial diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons³.
20. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa¹;
21. Realizar três medidas, com intervalo de 1 minuto e utilizar a média das duas últimas medidas. Se houver diferença > 10 mmHg, realizar medidas adicionais³.
22. Informar o valor da PA ao indivíduo¹;

23. Higienizar as mãos e organizar o material²;
24. Registrar os valores exatos¹.

Referência:

1. BARROS, A. L. B L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. BRANDÃO, A. A. *et al.* Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 122, n. 9, p. e20250624, 2025. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20250624>.
3. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Verificação da saturação de oxigênio
Materiais necessários: • Oxímetro de pulso • Álcool 70%
Procedimento: 1. Organizar o material; 2. Testar o oxímetro; 3. Higienizar as mãos; 4. Posicionar o indivíduo confortavelmente; 5. Orientar o paciente a respirar normalmente; 6. Quando usar o dedo como local de monitoramento, remova o esmalte para unhas em um dedo com acetona ou removedor de esmalte se houver autorização do paciente; 7. Ligar o oxímetro; 8. Manter o oxímetro no lugar até que a leitura atinja um valor constante; 9. Realize a leitura da saturação no visor digital; 10. Ajudar o paciente a voltar para uma posição confortável; 11. Informar o valor da saturação ao indivíduo; 12. Higienizar as mãos; 13. Registrar o valor exato¹.
Referência: POTTER, P. A.; <i>et al.</i> Fundamentos de Enfermagem. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024.

Procedimento: Verificação da frequência respiratória
Materiais necessários: • Relógio com ponteiros de segundos
Procedimento: 1. Organizar o material necessário¹ 2. Testar os equipamentos¹; 3. Higienizar as mãos² 4. Posicionar o indivíduo de maneira confortável¹; 5. Certificar-se que o tórax do paciente esteja visível¹; 6. Observar o ciclo respiratório completo (uma inspiração e uma expiração)³; 7. Contar a frequência respiratória durante 1 minuto. Em pacientes conscientes, colocar a mão no seu pulso radial, como se fosse controlá-lo, e observar os movimentos respiratórios sem que o paciente perceba¹; 8. Informar o valor da frequência respiratória ao indivíduo; 9. Higienizar as mãos²; 10. Registrar o valor exato¹.
Referência: 1. BARROS, A. L. B L. Procedimentos de enfermagem para a prática clínica. Porto Alegre: ArtMed, 2019. 2. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. Fundamentos de Enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 3. POTTER, P. A.; <i>et al.</i> Fundamentos de Enfermagem. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024.

Procedimento: Avaliação da dor**Materiais necessários:**

- Escala analógica numérica
- Escala analógica de faces

Procedimento:

1. Organizar o material necessário¹;
2. Higienizar as mãos²;
3. Posicionar o indivíduo de maneira confortável¹;
4. Escala analógica numérica: utilizar em avaliação de indivíduo alfabetizado, pois o mesmo deverá avaliar a intensidade da dor, dando um escore de 0 a 10, no qual 0 é nenhuma dor e 10 a dor mais forte que ele já sentiu, por exemplo³;
5. Escala analógica de faces: utilizar em avaliação de pacientes adultos e crianças acima de 3 anos. O paciente é quem aponta a intensidade da dor³;
6. Salienta-se que, além da intensidade, as características da dor que costumam ser investigadas incluem as seguintes: localização; intensidade; tipo (pontada, agulhada, facada, cortante, cólica, aperto, queimação, etc); extensão (localizada, difusa, etc); início e evolução; fatores de piora; disfunção (interferência nas atividades de vida diária)³;
7. Higienizar as mãos²;
8. Registrar o resultado verificado.

Referências:

1. BARROS, A. L. B L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
3. POTTER, P. A.; *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024.

Procedimento: Mensuração de medidas antropométricas - Peso
Materiais necessários: • Balança manual ou eletrônica
Procedimento: Mensuração de medidas antropométricas - Peso 1. Organizar o material necessário; 2. Testar os equipamentos; 3. Higienizar as mãos; 4. Testar, tarar e travar a balança, quando do tipo mecânica; 5. Auxiliar o indivíduo a subir na balança; 6. Preferencialmente, as pessoas devem ser pesadas em balança tipo plataforma, com roupas íntimas ou avental hospitalar e sem sapatos. Quando não houver privacidade que permita ao paciente despir-se, especialmente em ambulatório, ele deve ser pesado com o mínimo de roupa, descontando-se o peso de suas roupas logo após. 7. O paciente deve ser posicionado no centro da balança, com o peso igualmente distribuído entre os dois pés. 8. Auxiliar o indivíduo a descer da balança, vestir as peças de roupa e os calçados, se necessário; 9. Informar o valor do peso ao indivíduo; 10. Higienizar as mãos; 11. Registrar o valor exato.
Referência: 1. BARROS, A. L. B L. Procedimentos de enfermagem para a prática clínica. Porto Alegre: ArtMed, 2019. 2. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. Fundamentos de Enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Mensuração de medidas antropométricas - Estatura**Materiais necessários:**

- Antropômetro de madeira (para medir a altura) ou, na ausência deste, uma trena ou fita métrica com divisões em milímetros afixada à parede

Procedimento:

1. Organizar o material necessário;
2. Higienizar as mãos;
3. Posicionar o indivíduo de maneira confortável;
4. A pessoa deve ser medida em pé e sem sapatos. Deve estar ereta, com os dois pés unidos e todo o corpo encostado no antropômetro. Sua cabeça deve estar posicionada de modo que seja possível olhar horizontalmente – plano horizontal de Frankfurt, estabelecido pela borda superior do trago e pelo ponto mais baixo na margem orbital. O esquadro deve ficar acima da cabeça, fazendo pressão suficiente para comprimir o cabelo;
5. Informar o valor da altura ao indivíduo;
6. Higienizar as mãos;
7. Registrar o valor exato.

Referência:

1. BARROS, A. L. B L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Exame Físico da pele e anexos
Materiais necessários: Lanterna • Foco de luz • Esfigmomanômetro • Estetoscópio (para prova do laço) • Caneta esferográfica • Lâmina de vidro • Agulha (para teste de sensibilidade) • Régua transparente • Abaixador de língua
Procedimento: Realizar o procedimento de exame físico geral conforme Capítulo 22 – Exame da Pele e de seus Anexos.
Referência: BARROS, A. L. B. L. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2021.

Procedimento: Higiene do cabelo e do couro cabeludo**Materiais Necessários:**

- Luva de Procedimento (PP, P, M, G, GG)
- Xampu
- Forro impermeável
- Condicionador
- Toalha de banho
- Carrinho
- Biombo
- Papel-toalha
- Travesseiro
- Bacia
- Jarro com água morna.

Descrição do Procedimento:

1. Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado na prescrição médica e/ou de enfermagem¹;
2. Higienizar as mãos²;
3. Explicar o procedimento ao paciente e confirmar aceitação¹;
4. Colocar travesseiro sob os ombros do paciente e o forro impermeável²;
5. Colocar a bacia sob a cabeça do paciente;²
6. Com auxílio do jarro, umedecer o couro cabeludo e os cabelos²;
7. Aplicar pequena quantidade de xampu nas mãos, fazer movimento de fricção e lavar o couro cabeludo, em seguida massagear os cabelos na direção das raízes para as pontas²;
8. Derramar água para enxágue com auxílio do jarro², até a remoção de resíduos do xampu¹;
9. Aplicar e realizar o enxágue do condicionador se necessário¹;
10. Retirar a bacia e enrolar a toalha na cabeça do paciente²;
11. Pentear os cabelos¹;
12. Higienizar as mãos¹;
13. Organizar os materiais e a unidade²;
14. Checar a prescrição de enfermagem e realizar registros de enfermagem¹.

Referências

1. CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem** - Guia Prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
2. POSSO, M. B. S. (Ed.). **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

Procedimento: Higiene oral
Materiais:

- Bandeja
- 1 escova de dente com cerdas macias ou espátula
- Gaze não estéril e fita crepe
- Creme dental
- 1 cuba rim
- 1 toalha de rosto ou papel-toalha
- 2 copos com água
- Fio dental
- Antisséptico bucal sem álcool

Descrição do Procedimento:

1. Realizar identificação segura²;
2. Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente¹;
3. Realizar a higienização das mãos e calçar luvas²;
4. Reunir o material sobre a mesa acessória do paciente²;
5. Abaixar a grade lateral e auxiliar o paciente a adotar a posição adequada (sentada)²;
6. Estimular e/ou auxiliar o paciente a passar o fio dental²;
7. Colocar a toalha de rosto ou papel-toalha sobre o tórax do paciente e aproximar a cuba rim²;
8. Encorajar o paciente a escovar os próprios dentes. Caso ele não consiga, auxiliá-lo na execução do procedimento²;
9. Umedecer a escova de dente e aplicar o creme dental nas cerdas da escova²;
10. Escovar ou auxiliar a escovação dos dentes e da língua do paciente²;
11. Proceder à escovação da gengiva para os dentes na arcada superior e inferior, das bochechas, do palato e da língua para remover resíduos de alimentos e secreção¹;
12. Fornecer copo com água para o paciente e auxiliá-lo, conforme necessário para o enxágue da boca, desprezando seu conteúdo na cuba rim²;
13. Oferecer o antisséptico bucal²;
14. Em caso de próteses dentárias, retirar a prótese e realizar a higienização²;
15. Enxaguar a prótese e auxiliar o paciente na recolocação²;
16. No caso de pacientes inconscientes ou com dificuldades para expelir a água do enxágue bucal, realize a aspiração da cavidade oral conforme realiza a higiene¹;
17. Retirar as luvas e higienizar as mãos²;
18. Realizar anotação de enfermagem e checar a prescrição de enfermagem².

Referências

1. BARROS, A. L. B. L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. POSSO, M. B. S. (Ed.). **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

Procedimento: Higiene íntima
Materiais:

- Luvas de procedimento (PP, P, M, G, GG)
- 6 compressas para banho
- 1 jarro
- 1 bacia redonda
- 1 toalha de banho
- 1 hamper
- 1 biombo, se necessário
- Fralda

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento ao paciente e solicitar seu consentimento;
2. Realizar a desinfecção da mesa acessória com álcool a 70%;
3. Separar o material necessário para execução do procedimento: a água deve estar na temperatura de preferência do paciente;
4. Manter a privacidade do paciente, mantendo as portas e janelas fechadas, e fazer uso de biombo, se necessário;
5. Adequar a altura da cama de acordo com o profissional;
6. Higienizar as mãos;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. Expor somente a região perineal do paciente;
9. A higiene íntima deverá ser realizada da área menos contaminada para a mais contaminada;
10. Lavar e enxaguar a área da virilha com água e sabão e, posteriormente, secar;
11. Para a higiene externa da **vulva**, solicitar que o (a) paciente flexione os joelhos, lavar os grandes lábios e, posteriormente, afastá-los com uma mão e, com a outra, mover a compressa com água e sabão da área pubiana até a região anal, sempre utilizando uma porção limpa da compressa;
12. Para a higiene externa do **pênis**, deve-se segurar o pênis, mover a toalha em movimentos circulares no meato urinário; depois, em movimentos para baixo, da ponta do pênis para sua base, em direção à área pubiana. Para pessoas não circuncidados, deve-se retrair o prepúcio enquanto se lava o pênis; depois, retornar o prepúcio e lavar a bolsa escrotal;
13. Enxaguar bem as áreas lavadas;
14. Secar as áreas limpas;
15. Orientar o paciente a realizar a lateralização e continuar a higienização anal, enxaguando e secando a área, após autorização do paciente¹;
16. Desprezar as roupas de cama no hamper;
17. Realizar a colocação da fralda se necessário;
18. Cobrir o paciente;
19. Recolher o material;
20. Realizar a lavagem da bacia e do jarro no expurgo com água e sabão e, posteriormente, a desinfecção com álcool a 70%. Utilizar equipamentos de proteção individual específicos;
21. Realizar a desinfecção da mesa acessória com álcool a 70%;
22. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
23. Realizar anotação de enfermagem e checar a prescrição de enfermagem¹⁻².

Referências:

1. BARROS, A. L. B. L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.

2. POSSO, M. B. S. (Ed.). **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

Procedimento: Banho de aspersão sem auxílio**Materiais:**

- Roupa de uso pessoal
- Material de higiene (sabonete, toalha de banho)
- Material de higiene oral
- Material de higiene do cabelo e do couro cabeludo
- Roupa de cama

Descrição do Procedimento:

1. Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado na prescrição médica e/ou enfermagem;
2. Higienizar as mãos;
3. Explicar o procedimento ao paciente e solicitar seu consentimento;
4. Orientar sobre os cuidados durante o banho;
5. Proteger curativos e dispositivos, dentre outros, conforme orientação do protocolo institucional;
6. Reunir o material;
7. Encaminhar o paciente ao banheiro;
8. Supervisionar o paciente durante o banho;
9. Certificar-se de que o procedimento foi realizado;
10. Realizar limpeza concorrente do leito e troca de roupa de cama;
11. Checar o horário do banho e realizar os registros de enfermagem.

Referências

1. CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem** - Guia Prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Procedimento: Banho de aspersão com auxílio
Materiais:

- Cadeira de banho
- Luvas de procedimento (PP/P/M/G/GG)
- Roupa de uso pessoal
- Produtos de higiene pessoal (sabonete, xampu/condicionador, hidratante)
- Material para higiene oral
- Material para troca da roupa de cama (lençóis, álcool a 70%, papel-toalha, hamper, saco plástico)

Descrição do Procedimento:

1. Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado na prescrição médica e/ou de enfermagem;
2. Explicar o procedimento ao paciente e solicitar seu consentimento;
3. Higienizar as mãos;
4. Reunir o material e levar ao quarto do paciente;
5. Promover privacidade ao paciente colocando biombo ou fechando a porta do quarto;
6. Certificar-se de que a cadeira de banho tenha sido previamente limpa e posicione-a ao lado do leito, com as rodas travadas;
7. Abaixar a grade da cama;
8. Higienizar as mãos;
9. Calçar as luvas de procedimento;
10. Proteger curativos e dispositivos, dentre outros, conforme orientação do protocolo institucional;
11. Auxiliar/colocar o paciente cuidadosamente na cadeira de banho;
12. Cobrir o paciente com uma toalha/lençol para que não fique exposto;
13. Encaminhar o paciente ao banheiro;
14. Perguntar sobre a necessidade de utilizar o vaso sanitário;
15. Testar a temperatura da água na face interna de seu antebraço
16. Auxiliar/estimular o paciente na realização da higiene oral;
17. Higienizar as mãos;
18. Calçar luvas de procedimento;
19. Verificar a necessidade e a possibilidade de higiene do cabelo e do couro cabeludo e da tricotomia facial;
20. Auxiliar/lavar o rosto do paciente;
21. Lavar/auxiliar o paciente durante a higiene e proceder com a higiene íntima, que deve ser a última a ser realizada. Sempre que o paciente tiver condições, estimular o autocuidado;
22. A higiene corporal do paciente deve ser feita sempre da mesma maneira: utilizar compressa com água morna do chuveiro e sabonete, em seguida enxaguar e secar com uma toalha;
23. Cobrir o paciente com uma toalha/lençol para que não fique exposto;
24. Encaminhar o paciente ao quarto;
25. Realizar limpeza concorrente do leito e troca de roupa de cama;
26. Auxiliar o paciente na transferência da cadeira para o leito;
27. Aplicar hidratante corporal no paciente;
28. Auxiliar/colocar a roupa no paciente;
29. Estimular/pentear o cabelo do paciente;
30. Deixar o paciente confortável;
31. Cobrir o paciente;
32. Levantar a grade da cama;

33. Recolher o material e desprezar no expurgo em lixo apropriado;
34. Realizar desinfecção do material conforme protocolo institucional;
35. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
36. Checar o horário do banho e fazer os registros de enfermagem¹.

Referências

1. CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem** - Guia Prático. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Procedimento: Banho no leito
Materiais:

- Óculos de proteção
- Avental impermeável de manga longa
- 1 bandeja
- 1 cuba rim
- Material para higiene oral (escova de dente com cerdas macias ou espátula, gaze não estéril, fita crepe, creme dental, cuba rim, toalha de rosto ou papel toalha, copos com água, fio dental, antisséptico bucal sem álcool)
- 1 bacia de inox
- 1 jarro de inox com água morna
- Água na temperatura da preferência do paciente
- 6 compressas para banho (avaliar disponibilidade de toalhas de banho, se necessário, aumentar o número de compressas)
- Toalha de banho
- Toalha de rosto
- 3 lençóis (lençol de elástico, lençol sem elástico, móvel ou travessa)
- 1 impermeável
- 1 fronha
- Cobertor ou edredom
- 2 aventais descartáveis
- 1 sabonete neutro
- Creme hidratante
- 1 almotolia de álcool etílico a 70%
- 1 caixa de luva de procedimento
- 1 mesa acessória
- Bolas de algodão
- Hastes flexíveis com pontas de algodão
- 1 hamper
- Carrinho de banho
- Fita crepe
- 1 saco de lixo

(e, se necessário, xampu, condicionador, pente, tesoura ou cortador de unha, biombo, lâmina de barbear, 1 saco plástico para cobrir o acesso venoso e fita microporosa*)

Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos e separar o material necessário para a execução do procedimento¹;
2. Realizar a identificação segura do paciente², apresentar-se e explicar o procedimento (necessidade desse tipo de banho, como o procedimento será executado, quantas vezes o paciente necessitará desse procedimento por dia e o profissional que executará o procedimento)¹;
3. Solicitar o consentimento do paciente¹;
4. Manter a privacidade do paciente, mantendo as portas e janelas fechadas e utilizando o biombo, se necessário¹;
5. Adequar a altura da cama de acordo com o profissional¹;
6. Manter os lençóis dobrados ao lado da cama¹. Colocar a roupa de cama previamente dobrada no espaldar da cadeira ou na parte de baixo do carrinho de banho conforme a seguinte ordem: roupa de uso pessoal ou da instituição, cobertor ou edredom, fronha, lençol de cima, fralda, lençol móvel (ou travessa), impermeável (se necessário), lençol de baixo²;
7. Dispor a bandeja com material sobre a mesa de cabeceira ou carrinho de banho²;

8. Prender os sacos de lixo no carrinho de banho ou nos pés da cama²;
9. Higienizar as mãos¹;
10. Calçar as luvas de procedimento, caso o paciente possua um acesso venoso ou outros dispositivos, proteger com plástico para não molhar¹;
11. Encher a bacia (que será utilizada para a higienização) e o jarro (utilizado para o enxágue) com água na temperatura da preferência do paciente e trocar sempre que esfriar e/ou apresentar sujidade¹;
12. Soltar os lençóis do paciente e remover o travesseiro e o cobertor, mantendo-o coberto com lençol¹;
13. Manter a grade abaixada no lado do profissional que executará o procedimento e solicitar ao paciente que se mantenha em decúbito dorsal¹;
14. Certificar-se de que o paciente não está recebendo dieta via sonda enteral no momento³.
15. Elevar a cabeceira e proceder com higiene oral, se necessário (conforme descrição do procedimento);
16. Solicitar ao paciente que verifique se a temperatura da água está de acordo com sua preferência, durante todo o procedimento¹;
17. Iniciar o banho com a higiene ocular¹, se disponível, utilize bolas de algodão com água morna e limpe a região com movimento delicado no sentido nariz-orelha, utilizando as faces limpas da bola e trocando quando necessário². Essa higiene deve ser feita com água limpa, sem sabão; após, secar os olhos¹. Desprezar as bolas sujas no saco de lixo²;
18. Realizar higiene da face somente com água, utilizando a compressa de banho e; posteriormente, secar¹;
19. Higienizar as narinas com hastes flexíveis umedecidas em água morna, com movimentos circulares, trocando-as sempre que necessário;
20. Ensaboar e enxaguar a região frontal, malar, nasal, mentoniana, as orelhas e a região cervical exposta. Secar²;
21. Realizar a higiene do couro cabeludo e dos cabelos, se necessário (conforme descrição do procedimento);
22. Abaixar a cabeceira e retirar o pijama ou a camisola do paciente e mantê-lo coberto¹;
23. Realizar a higiene dos membros superiores com a compressa de banho e sabonete neutro, na direção do punho à axila, mantendo o restante do corpo coberto. Enxaguar com outra compressa¹ ou com uso do jarro, se disponível², removendo todo o sabão e secar. Trocar a compressa de banho sempre que necessário¹;
24. Posicionar as mãos do paciente na bacia e, posteriormente, lavá-las e secá-las¹. Se necessário, e após consentimento do paciente, aparar as unhas²;
25. Descobrir o tórax até o abdome na região suprapúbica e realizar a higienização, enxágue e secagem. Cobrir o tórax do paciente com toalha ou lençol limpo e seco¹; Se necessário, utilize bolas de algodão para higienizar a região umbilical². Cobrir o abdome com toalha limpa e seca ou com pijama limpo;
26. Dobrar uma das pernas do paciente, descobrindo-a, e realizar a higienização, enxágue e secagem no sentido do calcanhar à coxa. Repetir o procedimento com a outra perna. Cobrir os membros inferiores com toalha ou lençol limpo. Retirar o lençol sujo e desprezar no hamper¹;
27. Colocar os pés na bacia e realizar a higienização, o enxágue e a secagem dos pés, espaços interdigitais e dedos¹;
28. Realizar higiene íntima (conforme descrição do procedimento acima) trocando, posteriormente, as luvas de procedimento;

29. Após a higienização da parte da frente do corpo, levantar as grades e solicitar ao paciente que fique posicionado em decúbito lateral ou o auxilie realizando mudança de decúbito se não houver contraindicação¹;
30. Realizar a higienização das costas e das nádegas (região interglútea – na direção vulva/saco escrotal para o ânus) com sabão neutro e panos descartáveis/compressas, após a autorização do paciente e retirada de fralda quando necessário (descarte a fralda suja no saco de lixo)¹;
31. Enxaguar o paciente, secar com a toalha e cobrir com uma toalha limpa¹;
32. Empurrar os lençóis molhados próximos ao paciente, realizar a desinfecção desse lado da cama com álcool a 70%¹;
33. Colocar um lençol limpo após a desinfecção e solicitar ao paciente que se posicione em decúbito lateral, do outro lado da cama, sobre o lençol limpo, com as grades elevadas¹;
34. Retirar o lençol molhado e desprezar no hamper¹;
35. Realizar desinfecção do outro lado da cama com álcool a 70%¹;
36. Estender outro lençol limpo sem deixar dobras e amarrar ou realizar o envelope de arrumação do lençol. Cobrir o paciente com lençol limpo¹;
37. Inserir uma toalha limpa embaixo do quadril do paciente. Realizar e/ou auxiliar na higiene íntima com outra compressa de banho. Trocar a luva de procedimento¹;
38. Realizar hidratação da pele, evitando massagear as proeminências ósseas e regiões com hiperemia¹;
39. Retirar as luvas e higienizar as mãos;
40. Auxiliar/vestir a roupa no paciente, cobri-lo com lençol limpo, pentear e/ou auxiliar o paciente a pentear o cabelo, colocar o travesseiro;
41. Higienizar as mãos;
42. Elevar a cabeceira da cama e elevar as grades¹;
43. Realizar desinfecção da mesa acessória com álcool a 70%¹;
44. Guardar os pertences do paciente (sabonete, xampu e condicionador)¹;
45. Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
46. Recolher o material (jarro, bacia, hamper, luvas de procedimento e biombo), colocar no carrinho de banho¹;
47. Desprezar a água no expurgo, realizar a higienização da bacia e do jarro com água e sabão e, posteriormente, a desinfecção com álcool a 70%, utilizando equipamentos de proteção individual adequados¹;
48. Guardar a bacia e o jarro e retirar as luvas de procedimento¹;
49. Higienizar as mãos, utilizando a técnica correta¹;
50. Realizar anotação do procedimento e de checagem da prescrição de enfermagem¹.

Referências:

1. BARROS, A. L. B. L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. POSSO, M. B. S. (Ed.). **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
3. CARMAGNANI, M. I. S. *et al.* **Procedimentos de Enfermagem - Guia Prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

Procedimento: Posicionamento e reposicionamento no leito/poltrona/cadeira de rodas
Materiais:

- Coxins
- Travesseiro ou almofada
- Lençóis (lençol de elástico, lençol sem elástico, móvel ou travessa)
- Cadeira ou cadeira de rodas
- Maca
- Leito
- Manequim de baixa fidelidade

Descrição do procedimento:
Recomendações gerais para posicionamento e reposicionamento:

1. Elevar a cabeceira da cama em 30 graus ou menos, a fim de reduzir as forças de cisalhamento para a pele¹;
2. Mudar a posição do paciente imobilizado de acordo com a tolerância do tecido, nível de atividade e mobilidade, condição geral, objetivos gerais de tratamento, condição da pele e conforto¹⁻³;
3. Considerar o reposicionamento do paciente pelo menos a cada 2 horas, se permitido por sua condição geral^{1,2};
4. Reposicionar o indivíduo mesmo quando colocado em qualquer superfície de suporte⁴;
5. Ao reposicionar, utilizar instrumentos de posicionamento (coxins, travesseiros, almofadas de redistribuição de pressão), para proteger as proeminências ósseas¹;
6. Evitar posicionar o indivíduo sob as áreas do corpo com presença de lesão por pressão (LP)⁴;
7. Considerar a posição lateral de 30°, que deve impedir o posicionamento diretamente sobre a proeminência óssea¹⁻³;



Figura: Posição lateral de 30° em que os pontos de pressão são evitados. (Adaptado de Bryant RA, Nix DP, editores: *Acute and chronic wounds: current management concepts*, ed 5, St Louis, 2016, Elsevier).

8. Para evitar lesões de cisalhamento e atrito, usar um instrumento de transferência (p. ex.: lençóis móveis) para levantar em vez de arrastar o paciente quando mudar de posição¹; Manter os lençóis esticados, sem dobras;
9. Elevar os calcanhares de indivíduos em risco de desenvolvimento de LP, de modo que permaneçam sem contato com a superfície de suporte, utilizando um dispositivo projetado especificamente para suspensão de calcanhar ou travesseiro/almofada de

redistribuição de pressão. O calcanhar deve ficar livre completamente, de maneira a distribuir o peso da perna ao longo da panturrilha²⁻³;

10. Utilizar curativo preventivo de espuma multicamadas com adesivo de silicone macio como medida complementar à elevação dos calcanhares e ao reposicionamento regular para prevenção de LP nos calcâneos, quando houver disponibilidade desse recurso²;

11. Incentivar posição sentado fora da cama em uma poltrona ou cadeira de rodas apropriada por períodos de tempo limitados (aproximadamente 1 hora). Inclinar o assento para impedir que o indivíduo deslize para frente na cadeira ou cadeira de rodas, a fim de minimizar a fricção e o cisalhamento³;

12. Realizar pequenas mudanças periódicas na posição do corpo para indivíduos gravemente enfermos e/ou hemodinamicamente instáveis, a fim de manter um cronograma regular de reposicionamento³;

13. Avaliar e realizar a prescrição de enfermagem para a mudança de posicionamento periódico do indivíduo, de forma a reduzir o risco de desenvolvimento de lesão por pressão³.

Recomendações gerais para posicionamento na poltrona/cadeira de rodas

1. Selecionar uma poltrona ou cadeira de rodas que ofereça suporte adequado e estabilidade postural²;
2. Utilizar uma superfície de suporte para assento com propriedades de redistribuição de pressão para indivíduos em risco de LP quando estiverem em posição sentada^{2,4};
3. Inclinar o assento para impedir que o indivíduo deslize para frente na poltrona ou cadeira de rodas, a fim de minimizar a fricção e o cisalhamento²⁻³;
4. Selecionar uma posição sentada reclinada na qual:
 - os membros inferiores permaneçam elevados;
 - as pernas estejam adequadamente apoiadas;
 - os calcanhares permaneçam livres de contato com a superfície de suporte².
5. Quando a posição reclinada não for apropriada ou possível, deve-se garantir apoio adequado dos pés²;
6. Orientar e incentivar o paciente a realizar reposicionamentos o mais frequentemente possível, por meio de manobras de redistribuição de pressão e transferências de peso capazes de aliviar a pressão sobre os tecidos¹⁻²;
7. Limitar o tempo de permanência fora do leito para uma hora³ para indivíduos em risco de LP que não consigam reposicionar-se de forma independente enquanto sentados².

Movimentação do paciente para a cabeceira do leito:

1. Com a cama em posição horizontal, segurar no lençol móvel e orientar o paciente a flexionar os joelhos⁵;
2. Em movimento simultâneo ao impulso efetuado pelo paciente com os pés, deslocá-lo para a cabeceira⁵;
3. Para executar o procedimento com segurança são necessárias pelo menos duas pessoas⁵;
4. Se o paciente não puder colaborar, recomendam-se quatro pessoas, considerando apoio da cabeça, movimentação do tronco por meio do lençol móvel e controle dos membros inferiores⁵;
5. Manter os lençóis esticados, sem dobras. Deixar o paciente confortável.

Movimentação do paciente para um dos lados do leito em posição supina:

1. Abaixar a grade do leito do lado para o qual o paciente será movido⁶;
2. Ficar de frente para o lado do leito e encostar um de seus joelhos em sua armação⁶;

3. Manter os pés separados aproximadamente 45 cm, com o pé dianteiro apontando para o lado do leito e o traseiro fazendo um ângulo de 60° a 90° com o dianteiro⁶;
4. Mover o paciente com auxílio do lençol móvel⁶;
5. Manter os lençóis esticados, sem dobras. Deixar o paciente confortável.

Reposicionando o paciente de decúbito dorsal para o decúbito lateral:

1. Flexionar o joelho distal do paciente e colocar esta perna sobre a perna proximal⁶;
2. Colocar o braço distal do paciente cruzado sobre o tórax⁶;
3. O profissional deve posicionar seus pés afastados um do outro, sendo o dianteiro de frente para o lado do leito e o traseiro fazendo um ângulo de 60° a 90° com o dianteiro⁶;
4. Colocar uma das mãos sob o ombro distal do paciente e a outra sob o quadril distal⁶;
5. Flexionar os joelhos e pressionar o dianteiro de encontro ao leito à medida que desloca o peso para a perna traseira, puxando o paciente para o seu lado⁶;
6. Levantar a grade lateral de proteção, ir para o outro lado do leito, colocar os braços sob o ombro inferior do paciente⁶;
7. Colocar os pés afastados um do outro, sendo um para trás no mesmo ângulo descrito acima⁶;
8. Deslocar o peso para trás, enquanto exerce uma pequena força puxando suavemente o ombro para estabilizar o paciente na posição. O mesmo para os quadris⁶;
9. Reposicionar com o auxílio de apoios para um alinhamento correto e colocar coxins conforme a figura 2⁶.



Figura 2: descrição do posicionamento dos coxins em paciente lateralizado².

Auxiliar o paciente a sair da posição deitada e se sentar na beira do leito:

1. Com o paciente na posição supina no leito, elevar a cabeceira entre 30° e 45° e abaixar a altura do leito até o nível de seus quadris. Levantar a grade lateral superior do lado em que o paciente sairá do leito. Colocar calçados ou meias antiderrapantes;
2. Se o paciente for totalmente móvel, permitir que ele se sente sozinho na beira do leito, usando a grade lateral para se levantar;
3. Se o paciente precisar de auxílio para se sentar à beira do leito, vire-o de frente para você enquanto você se mantém do lado do leito em que o paciente sentará;
4. Ficar na posição contrária à dos quadris do paciente. Virar diagonalmente de frente para o paciente e para o canto mais distante do pé do leito;

5. Afastar os pés, formando uma base ampla de suporte com o pé mais perto da cabeceira do leito na frente do outro pé;
6. Colocar seu braço mais perto da cabeceira do leito sob a parte inferior do ombro do paciente, sustentando a cabeça e o pescoço dele. Colocar o outro braço sobre e ao redor das coxas do paciente;
7. Mover as pernas e os pés do paciente sobre a lateral do leito enquanto o paciente usa a barra lateral para empurrar e erguer a parte superior do corpo. Transferir o peso para a perna de trás para permitir que a parte superior das pernas do paciente caia para baixo. Não levantar as pernas. Ao mesmo tempo, continuar deslocando o peso para sua perna de trás e orientar o paciente a elevar seu tronco até a posição ereta;
8. Abaixar o leito de forma que o paciente possa se sentar à beira do leito com os pés no chão por 2 a 3 min. Faça com que o paciente flexione e estenda alternadamente os pés e mova as pernas para cima e para baixo sem tocar o chão. Pergunte se o paciente está sentindo tontura; em caso afirmativo, verifique a pressão arterial;
9. Faça o paciente relaxar e respirar profundamente algumas vezes até que a tontura passe e que o equilíbrio seja recuperado. Se a tontura durar mais de 60 s ou se a pressão arterial sistólica cair pelo menos 20 mmHg em questão de 3 min após se sentar com a coluna ereta, retorne o paciente ao leito. Verifique novamente a pressão arterial⁷.

Movimentação do paciente do leito para a poltrona ou cadeira de rodas:

1. Verificar as condições clínicas do paciente antes de retirá-lo do leito;
2. Solicitar auxílio de outra pessoa, se necessário;
3. Forrar a poltrona ou cadeira de rodas com lençol e colocar próximo ao leito;
4. Travar, se for cadeira de rodas;
5. Elevar a cabeceira do leito;
6. Auxiliar 'o paciente a aproximar-se da beira do leito e a sentar-se;
7. Usar a escadinha para o paciente apoiar os pés;
8. Ficar de frente para o paciente e orientá-lo para colocar as mãos sobre o seu ombro;
9. Colocar as mãos na região axilar do paciente e segurá-lo com firmeza, quando se levantar;
10. Certificar-se de que o paciente não manifesta sinais de tontura;
11. Movimentá-lo com cuidado em sentido de rotação, de maneira que o paciente se posicione de costas para a cadeira ou poltrona;
12. Auxiliar o paciente a sentar lentamente;
13. Utilizar o lençol móvel ou equipamento específico para transferi-lo para a poltrona, com auxílio, caso o paciente não coopere na movimentação;
14. Auxiliá-lo a se acomodar na cadeira e ajustar o descanso para os pés;
15. Calçar os chinelos e cobri-lo, se necessário⁵.

Movimentação do paciente da poltrona para o leito:

1. Ajustar a altura do leito até o nível da cadeira, quando possível;
2. Posicionar a cadeira na lateral do leito no meio do caminho entre a cabeceira e os pés do leito, com a cadeira virada para os pés do leito;
3. Certificar-se de que o cinto de marcha esteja aplicado no paciente e que ele envolva completamente a cintura dele. Certificar-se de que ele esteja bem acomodado e que não seja colocado sobre quaisquer linhas intravenosas, incisões, drenos ou sondas;
4. Fazer com que o paciente coloque as mãos nos braços da cadeira e se sente assim que você posicioná-lo à frente da cadeira;
5. Posicionar-se em frente ao paciente;

6. Instruir o paciente a se levantar na contagem de três enquanto você coloca ambas as mãos (palmas para cima) sob o cinto de marcha e dobra seus joelhos;
7. Deixar o paciente ficar em pé por alguns segundos para garantir que ele não fique tonto e que tenha um bom equilíbrio. Girar com o paciente. Ele deve virar de costas para a beira do leito. Então, fazer com que o paciente se sente na beira do colchão. Certificar-se de que ele esteja firmemente sentado e não esteja escorregando da beira do leito;
8. Com o paciente sentado na beira do leito, colocar seu braço mais próximo da cabeceira do leito sob o ombro do paciente enquanto apoia a cabeça e o pescoço dele. Dobrar os joelhos e manter a coluna reta;
9. Pedir ao paciente que ajude levantando as pernas quando você começar a movimentar. Na contagem de três, posicionado em uma base de suporte ampla, elevar as pernas do paciente enquanto vira o corpo dele e deitar os ombros sobre o leito. Lembre-se de manter a coluna reta.
10. Ajudar o paciente a se posicionar confortavelmente no leito⁷.

Movimentação do paciente do leito para a maca e vice-versa:

1. Remover o lençol de cima para facilitar a visualização do paciente.
2. Soltar o lençol móvel ou o lençol de baixo;
3. Dispor a maca de forma paralela ao leito, mantendo-a encostada, e travada;
4. Dois profissionais ficam ao lado da maca e outros dois ao lado da cama, segurando o lençol móvel ou lençol de baixo bem próximo ao paciente. Em movimento simultâneo, deslocar o paciente da cama para a maca;
5. Cobrir o paciente, acomodá-lo, elevar as grades⁵.

Referências:

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional/Guanabara Koogan. 2021.
2. NPIAP/EPUAP/PPPIA. National Pressure Injury Advisory Panel/European Pressure Ulcer Advisory Panel/Pan Pacific Pressure Injury Alliance. **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries**. Quick Reference Guide Prevention Recommendations. The International Guideline. Fourth edition. February 2026.
3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023**. Práticas de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Prevenção de Lesão por Pressão. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) Terceira Diretoria Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Brasília, 2023.
4. BARROS, A. L. B. L.; Lopes, J. L.; Moraes, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2019.
5. KAWAMOTO, E. E. **Fundamentos de enfermagem**/Emilia Emi Kawamoto, Julia Ikeda Fortes; atualizado por Lucia Tobase. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
6. ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.
7. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional/Guanabara Koogan, 2024.

Procedimento: Curativo de incisão cirúrgica
Materiais:

- Avental ou capote
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Luvas de procedimento (PP/P/M/G/GG)
- Bandeja
- Pacote de curativo esterilizado (1 pinças Kocher Reta ou Kelly reta, 1 pinça anatômica ou dente de rato)
- Pacotes de gaze estéril
- Solução fisiológica 0,9%
- Adesivo hipoalergênico ou fita microporosa
- Biombo
- Saco de lixo
- Lixeira para resíduo infectante
- Carrinho de curativo

Descrição do procedimento:

1. Realizar limpeza e desinfecção da bandeja e do carrinho de curativo com álcool 70%.
2. Reunir todo o material necessário, conforme o ambiente (domicílio/unidade de saúde/unidade hospitalar)¹.
3. Certificar-se da identidade do paciente (conferindo pulseira de identificação, prescrição médica e de enfermagem)¹⁻².
4. Manter o ambiente iluminado, limpo e livre de correntes de ar³.
5. Avaliar o grau de dor e aguardar a ação analgésica do medicamento. Se o paciente estiver com dor, verifique se foi prescrita medicação analgésica de resgate e administre-a 30 min antes da troca do curativo²⁻³.
6. Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado¹⁻².
7. Fechar a porta do quarto e/ou colocar biombo para garantir a privacidade do paciente¹.
8. Posicionar o paciente possibilitando acesso do profissional à ferida cirúrgica e conforto ao paciente, expondo somente a área necessária para a realização do curativo¹⁻³.
9. Higienizar as mãos; vestir equipamento de proteção individual (EPI) (máscara cirúrgica e óculos de proteção)¹.
10. Calçar as luvas de procedimentos¹.
11. Abrir o pacote de curativo e colocar gaze estéril em quantidade suficiente no campo, usando técnica asséptica¹.
12. Expor o cabo de uma das pinças, pegando-a pela ponta com o auxílio do campo, tocando somente na face externa. Utilizando essa pinça, dispor as demais com os cabos voltados para a borda do campo¹.
13. Umedecer com solução fisiológica as gazes em contato direto com a ferida antes da remoção¹.
14. Remover o curativo anterior com auxílio das luvas de procedimento¹⁻². Delicadamente remover o esparadrapo ou ataduras do atual curativo. Usar a mão não dominante para apoiar o curativo e, com a mão dominante, puxar o esparadrapo paralelamente à pele e em direção ao curativo. Se o curativo estiver colocado sobre uma área com pelos, remover o esparadrapo em direção ao crescimento dos pelos. Remover qualquer adesivo da pele².
15. Descartar o curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento na lixeira de resíduo infectante ou no saco plástico¹.
16. Observar o aspecto e as condições da ferida¹⁻².

17. Inspecionar a ferida cirúrgica²⁻³, observar complicações e sinais de infecção (calor, rubor, hiperemia, secreção)¹⁻².
18. Montar a pinça hemostática (Kelly) com gaze, auxiliada pela pinça de dissecação anatômica, e umedecê-la com soro fisiológico a 0,9%¹.
19. Limpar a ferida cirúrgica com a gaze ao longo das bordas de uma extremidade da incisão para outra (em sentido único); certificar-se de limpar cada lado da ferida separadamente. Repetir o processo usando nova gaze umedecida, até que toda a incisão fique limpa¹.
20. Repetir o processo com gazes secas².
21. Não friccionar para frente e para trás na linha de incisão¹.
22. Avaliar a incisão. Se não apresentar exsudato, mantê-la exposta até a remoção da sutura, uma vez que a indicação do curativo de incisão cirúrgica é ocluir por 24 a 48 horas após o fechamento. Recomendar ao paciente que higienize a incisão com água e sabão durante o banho, secando-a com toalha limpa e seca^{1,3-4}.
23. Se a ferida apresentar exsudato, cobrir com gazes esterilizadas e fita microporosa hipoalergênica ou atadura.
24. Recolher e encaminhar o material para o expurgo, acondicionar o pacote de curativo em local apropriado até encaminhá-lo à central de processamento de material e desprezá-lo no saco plástico em lixeira infectante¹.
25. Higienizar as mãos¹⁻².
26. Organizar a unidade do paciente¹.
27. Realizar limpeza e desinfecção da bandeja e do carrinho de curativo.
28. Higienizar as mãos.
29. Registrar a realização do procedimento no prontuário, descrevendo a presença ou não de exsudato, características, aspecto do leito da ferida, condições da pele, evolução da ferida e reações do paciente à terapêutica¹.
30. Comunicar a equipe médica em casos de sangramento excessivo, deiscências e/ou sinais flogísticos³.

Referências:

1. BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019. 482 p.
2. POTTER, P. A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024.
3. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.

Procedimento: Curativo de ferida aberta
Materiais:

- Simulador de feridas
- Avental ou capote
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Luvas de procedimento (PP/P/M/G/GG)
- Bandeja
- Pacote de curativo esterilizado (1 pinças Kocher Reta ou Kelly reta, 1 pinça anatômica ou dente de rato)
- Pacotes de gaze esteril
- Solução fisiológica 0,9%, 500 mL, aquecido (40-50°C)
- Dispositivo para transferência de soluções (Transofix)
- Agulha 25x8 mm
- Seringa de 20mL
- Adesivo hipoalergênico ou fita microporosa
- Coberturas especiais (hidrocoloide, espuma multicamadas, alginato, curativo com carvão ativado, gaze de rayon, hidrogel, filme transparente);
- Réguas de papel esterilizadas
- Biombo
- Saco de lixo
- Lixeira para resíduo infectante
- Carrinho de curativo
- Bacia
- Forro plástico

Descrição do procedimento:

1. Realizar limpeza e desinfecção da bandeja e do carrinho de curativo com álcool 70%;
2. Reunir todo o material necessário, conforme o ambiente (domicílio/unidade de saúde/unidade hospitalar)¹;
3. Certificar-se da identidade do paciente (conferindo pulseira de identificação, prescrição médica e de enfermagem)¹⁻²;
4. Manter o ambiente iluminado, limpo e livre de correntes de ar³;
5. Avaliar o grau de dor e aguardar a ação analgésica do medicamento. Se o paciente estiver com dor, verifique se foi prescrita medicação analgésica de resgate e administre-a 30 min antes da troca do curativo²⁻³;
6. Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado¹;
7. Fechar a porta do quarto e/ou colocar biombo para garantir a privacidade do paciente¹;
8. Posicionar o paciente possibilitando acesso do profissional à ferida e conforto ao paciente, expondo somente a área necessária para a realização do curativo¹⁻³;
9. Higienizar as mãos; vestir equipamento de proteção individual (EPI) (máscara, avental e óculos de proteção)^{1,5}.
10. Calçar as luvas de procedimentos¹;
11. Remover cuidadosamente as fitas adesivas com solução fisiológica a 0,9%; caso haja aderência aos tecidos recém-formados, umedeça com solução fisiológica a 0,9% até que se desprenda¹;
12. Descartar o curativo anterior e todo material utilizado durante o procedimento na lixeira de resíduo infectante ou no saco plástico¹;
13. Remover luvas de procedimentos utilizadas na remoção do curativo, descartar na lixeira de resíduo infectante ou no saco plástico e calçar novas luvas de procedimentos¹;

14. Observar o aspecto e as condições da ferida¹⁻²;
15. Inspeccionar a ferida²⁻³, observar complicações e sinais de infecção (calor, rubor, hiperemia, secreção)¹⁻².
16. Abrir o pacote de curativo e colocar gaze estéril em quantidade suficiente no campo, usando técnica asséptica¹;
17. Expor o cabo de uma das pinças, pegando-a pela ponta com o auxílio do campo, tocando somente na face externa. Utilizando essa pinça, dispor as demais com os cabos voltados para a borda do campo¹;
18. Realizar a limpeza da ferida com jatos de solução fisiológica a 0,9%, preferencialmente morna^{1,4} (exceto em lesões hemorrágicas, neoplásicas ou queimaduras¹) ou em temperatura ambiente, mediante irrigação com seringa de 20 mL com agulha 25x8 (21 G) a 20 cm de distância da ferida⁵. A limpeza deve ser exaustiva até a retirada dos debrís, crostas e do exsudato presente no leito da ferida⁴. Não friccionar a lesão¹;
19. Secar as bordas com gazes estéreis¹;
20. Realizar a mensuração com a régua de papel e registro fotográfico (esse último sempre que possível); dependendo do tamanho da ferida, pode ser mensurado a cada 15 dias ou semanalmente (na unidade hospitalar, o registro deve ser diário)¹;
21. Realizar avaliação da ferida determinando a fase de cicatrização em que se encontra e o tipo de tecido presente no leito da ferida, com o intuito de selecionar a cobertura mais indicada¹;
22. Aplicar a cobertura escolhida (curativo primário)¹;
23. Ocluir o curativo, conforme necessidade (cobertura secundária, gazes estéreis, compressas algodonadas, ataduras e/ou bota de Unna)¹;
24. Recolher todo o material e desprezar o material descartável utilizado em lixo apropriado¹;
25. Colocar o paciente em posição confortável¹.
26. Higienizar as mãos¹.
27. Deixar a unidade/local do paciente em ordem¹;
28. Realizar limpeza e desinfecção da bandeja e do carrinho de curativo.
29. Higienizar as mãos.
30. Registrar a realização do procedimento no prontuário, descrevendo a presença ou não de exsudato, características, aspecto do leito da ferida, condições da pele, evolução da ferida e reações do paciente à terapêutica¹.

Referências:

1. BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. POTTER, P. A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024.
3. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017.
5. MARTINS, E. A. P.; MENECHIN, P. Avaliação de três técnicas de limpeza do sítio cirúrgico infectado utilizando soro fisiológico. **Cienc Cuid Saude**; v. 11, supl., p. 204-210, 2012. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i5.17077

Procedimento: Retirada de pontos
Materiais:

- Avental ou capote
- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Luvas de procedimento (PP/P/M/G/GG)
- Bandeja
- Pacote de retirada de pontos (com 1 pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker; 1 tesoura Iris)
- Soro fisiológico 0,9%
- Biombo
- Saco de lixo
- Lixeira para resíduo infectante
- Carrinho de curativo
- Simulador para retirada de pontos

Descrição do procedimento:

1. Realizar limpeza e desinfecção da bandeja e do carrinho de curativo com álcool 70%;
2. Reunir todo o material necessário, conforme o ambiente (domicílio/unidade de saúde/unidade hospitalar)¹;
3. Certificar-se da identidade do paciente (conferindo pulseira de identificação, prescrição médica e de enfermagem)¹⁻²;
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado¹⁻²;
5. Fechar a porta do quarto e/ou colocar biombo para garantir a privacidade do paciente¹;
6. Posicionar o paciente possibilitando acesso do profissional à ferida cirúrgica e conforto ao paciente, expondo somente a área necessária para a retirada de pontos¹⁻³;
7. Higienizar as mãos; vestir equipamento de proteção individual (EPI) (máscara cirúrgica e óculos de proteção)¹;
8. Calçar as luvas de procedimentos¹;
9. Abrir o pacote de retirada de pontos, usando técnica asséptica¹;
10. Expor o cabo da pinça, pegando-a pela ponta com o auxílio do campo, tocando somente na face externa. Utilizando essa pinça, dispor da tesoura Iris com o cabo voltado para a borda do campo¹;
11. Remover a cobertura, se o curativo estiver ocluído³;
12. Remover resíduos da incisão cirúrgica, com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9%, se necessário³;
13. Inspecionar a ferida cirúrgica²⁻³, observar complicações e sinais de infecção (calor, rubor, hiperemia, secreção)¹⁻²;
14. Posicionar uma gaze próxima à incisão cirúrgica, para depositar os fios a serem retirados³;
15. Segurar a extremidade do fio cirúrgico com a pinça e cortar o fio, na parte inferior do nó³;
16. Retirar o fio cuidadosamente para evitar sangramentos³;
17. Manter ferida aberta;
18. Organizar a unidade do paciente¹;
19. Recolher e encaminhar o material para o expurgo, acondicionar o pacote de retirada de pontos em local apropriado até encaminhá-lo à central de processamento de material e desprezá-lo no saco plástico em lixeira infectante¹;
20. Higienizar as mãos¹⁻²;
21. Realizar limpeza e desinfecção da bandeja e do carrinho de curativo;
22. Higienizar as mãos;

23. Registrar a realização do procedimento no prontuário, descrevendo a presença ou não de exsudato, características, aspecto da sutura e reações do paciente à terapêutica¹.

Referências:

1. BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L.; MORAIS, S. C. R. V. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.
2. POTTER, P. A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024.
3. KAWAMOTO, E. E.; FORTES, J. I. **Fundamentos de Enfermagem**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Procedimento: Exame físico neurológico, cabeça e pescoço**Materiais Necessários:**

- Estetoscópio;
- Lanterna clínica;
- Martelo de reflexos;
- Algodão;
- Gaze;
- Objeto rombo (cabo do martelo neurológico);
- Diapasão (quando disponível);
- Escala de Coma de Glasgow;
- Instrumento de registro.

Descrição do Procedimento:

Realizar o procedimento de exame físico conforme Capítulo 7 e 8 – Exame Neurológico e Exame da Cabeça e Pescoço da referência abaixo.

Referências

BARROS, Alba L. B L. Exame Neurológico. In: BARROS, Alba L. B L. **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2021.

BARROS, Alba L. B L. Exame da Cabeça e do Pescoço. In: BARROS, Alba L. B L. **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2021.

Procedimento: Contenção Mecânica
Materiais Necessários:

- Contenção adequada (correia ou cinto, punho, luva, atadura)
- Acolchoamento (Compressa)
- Leito com grades laterais

Descrição do Procedimento:
Orientações gerais:

1. Avaliar a necessidade da contenção: verificar se há risco imediato ou iminente ao paciente, à equipe ou a terceiros e realizar exame físico geral, avaliando nível de consciência, comportamento, sinais de dor, *delirium*, intoxicação, abstinência ou outras causas clínicas de agitação¹;
2. Tentar medidas menos restritivas antes da contenção: sempre que possível, utilizar abordagem verbal calma, escuta ativa, redução de estímulos;
3. Selecionar o material e revisar as instruções do fabricante quanto à aplicação correta da contenção e determinar o dispositivo mais adequado²;
4. Comunicar a equipe de modo que esta esteja alinhada sobre a função de cada membro durante o procedimento;
5. Explicar o procedimento ao paciente e aos familiares: mesmo em situação de agitação, comunicar de forma clara e objetiva o que será realizado, o motivo da contenção e que ela será mantida pelo menor tempo possível;
6. Preservar a privacidade e a dignidade;
7. Preparar o ambiente: remover objetos que possam causar ferimentos, ajustar a altura do leito², manter grades elevadas quando indicado e garantir espaço para atuação segura da equipe;
8. Certificar-se de que o paciente esteja confortável e com alinhamento corporal correto²;
9. Inspecionar a área em que será aplicada a contenção; verificando se existe algum tubo ou dispositivo próximo ao local²;
10. Avaliar a condição da pele, sensibilidade, adequação da circulação e amplitude de movimento articular²;
11. Colocar as faixas ou dispositivos próprios nos membros indicados;
12. Acolchoar a pele e as saliências ósseas (conforme a necessidade) que ficarão por baixo da contenção e remover rugas ou dobras nas roupas²;
13. Realizar higiene das mãos²;
14. Remover a contenção ao menos a cada 2 h (TJC, 2020b) ou com maior frequência, conforme determinação das políticas institucionais²;
15. Reposicionar o paciente, promover conforto e medidas de eliminação²;
16. Avaliar a condição do paciente a todo momento. Se o paciente estiver agitado, violento ou não cooperativo, remover uma contenção por vez e/ou solicite assistência da equipe durante a remoção da contenção²;
17. Reavaliar a necessidade da contenção (suspender a contenção assim que possível);
18. Manter cuidados durante a contenção;
19. Registrar o procedimento em prontuário.

Contenção com correia ou cinto:

- A. Ajudar o paciente a sentar-se;
- B. Aplicar o cinto sobre roupas, avental ou pijamas;
- C. Certificar-se de colocar a contenção nos punhos e não no peito ou abdome;
- D. Colocar as amarras nos orifícios do cinturão;
- E. Ajudar o paciente a deitar-se se estiver na cama;
- F. Evitar apertar demais o cinto;
- G. **Opção:** colocar uma rede de contenção, se a intenção for limitar que o paciente role¹.

Contenção do membro (tornozelo ou punho):

- A. Enrolar a contenção ao redor do punho ou tornozelo com a parte macia voltada para a pele e fixar de forma firme (porém não apertada) com a faixa de Velcro®²;
- B. Fixar a contenção em local seguro (nunca nas grades móveis). A fixação deve permitir remoção rápida em caso de emergência².

Referências

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional/Guanabara Koogan. 2021.
2. POTTER, P. A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2024.

Procedimento: Cuidados Pós-Morte**Materiais Necessários:**

- Máscara cirúrgica
- Óculos de proteção
- Avental
- Luvas de Procedimento
- Biombo
- Bandeja
- Sistema de aspiração montado (cateter de aspiração de 10 a 14 French, extensões de silicone, frascos, se necessário)
- Pinça longa (Cheron)
- Tesoura ou bisturi, se necessário
- Algodão e/ou gaze não esterilizada
- Atadura crepe (3)
- Fita adesiva/esparrapado com os dados de identificação do paciente (nome completo, registro geral, data de nascimento, data e horário do óbito, setor e número do leito, nome do responsável pelos cuidados)
- Compressa de banho
- Bacia com água
- Papel-toalha (2)
- Sabonete líquido
- Recipiente para o descarte dos materiais
- Lençol (2)
- Hamper
- Prótese dentária, se houver
- Maca sem colchão
- Materiais para desinfecção terminal do leito

Descrição do Procedimento:

1. Desligar todos os dispositivos após a constatação escrita do óbito pelo médico responsável;
2. Higienizar as mãos;
3. Reunir os materiais necessários e encaminhá-los à unidade;
4. Colocar a bandeja com os materiais sobre a mesa de cabeceira;
5. Colocar o biombo, se necessário;
6. Posicionar a cama em decúbito horizontal com a cabeceira levemente elevada;
7. Posicionar a bacia com água próximo ao leito;
8. Paramentar-se com os equipamentos de proteção individual (EPI);
9. Soltar os lençóis da cama e retirar o travesseiro;
10. Fechar os olhos do paciente, pressionando as pálpebras. Caso não seja possível, fixá-las com tiras de fitas adesivas;
11. Retirar os cateteres, as cânulas e os drenos com auxílio de tesoura ou bisturi, se necessário, colocando-os em um recipiente de descarte;
12. Fazer curativo oclusivo nos sítios de inserção de dispositivos que estiverem drenando secreções, utilizando gazes e fita adesiva;
13. Aspirar secreções da naso e orofaringe, se necessário;
14. Colocar ou reposicionar a prótese dentária, se houver;

15. Tamponar os orifícios naturais do corpo (narinas, ouvidos e as regiões orofaríngea, vaginal e anal) com algodão seco, por meio de uma pinça longa, de tal maneira que o algodão não apareça;
16. Remover os curativos e refazê-los, quando necessário;
17. Fazer a higiene do corpo com compressa úmida com água e sabonete líquido na presença de sangue, secreções e outras sujidades;
18. Remover os lençóis sujos e molhados, desprezando-os no hamper;
19. Sustentar a mandíbula com atadura crepe ou com esparadrapo, amarrando-o no alto da cabeça;
20. Unir as mãos sobre a região epigástrica e fixá-las com atadura crepe ou esparadrapo;
21. Juntar os pés e fixá-los com atadura crepe ou fita adesiva;
22. Fixar a fita adesiva com os dados de identificação no tórax do paciente. Não retirar a pulseira de identificação;
23. Colocar um lençol limpo sob o corpo, utilizando-o para passar o corpo da cama para maca, e outro sobre;
24. Dobrar o lençol sobre o corpo, fixando-o com fita adesiva;
25. Retirar o EPI;
26. Higienizar as mãos;
27. Encaminhar o corpo ao local de destino (serviço de patologia/necropsia) após comunicação prévia;
28. Retornar com a maca ao setor e realizar a sua limpeza e desinfecção terminal;
29. Listar e guardar todos os pertences do paciente para entregar à família, protocolando em impresso próprio;
30. Providenciar a limpeza e a desinfecção terminal do leito, conforme procedimento operacional padrão (POP);
31. Recolher os materiais e providenciar seu destino adequado, encaminhando os descartáveis ao expurgo;
32. Realizar as anotações necessárias, incluindo data e hora do óbito, nome do médico que constatou o óbito, manobras de reanimação e medicações utilizadas, assinando e carimbando o relato¹.

Referências

1. BARROS, A. L. B. L. **Procedimentos de enfermagem para a prática clínica**. Porto Alegre: ArtMed, 2019.