



INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

Protocolo Institucional

ENFERMARIAS

Apartamentos / Oncologia / Vascular/ Masculino

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

Agosto
2021

Hospital São Vicente de Paulo
SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Protocolo Institucional ENFERMARIAS

Atualizada 31/08/2021

George Guedes Pereira
Superintendente IWGP

Waneska Lucena Nobrega de Carvalho
Médica CCIH

Sônia Maria Delgado
Divisão Assistencial

Giulianna Carla Marçal Lourenço
Gerente de Enfermagem

Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira
Coordenadora do Setor de Apartamentos/ Ala verde

Camila Cardoso França
Coordenadora do Setor de Masculino


Petúnia Gondim Cabral Sarinho
Coordenadora do Setor Vascular

Jessika Maciel Cruz
Coordenadora do setor de Oncologia

João Pessoa, PB - 2021

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 01 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Higiene das mãos	
EXECUTANTE:	Todos profissionais	
RESULTADOS ESPERADOS:	Reduzir microorganismos existentes nas mãos, reduzindo assim o risco de contaminação de seus clientes. Prevenção da disseminação de infecções. Se observada, pode evitar inúmeros casos de infecção hospitalar, diarreias, gripes e até mesmo a morte de pessoas. Vírus, fungos, bactérias e outros microrganismos são seres tão minúsculos que não vemos a olho nu, mas eles estão presentes em todos os lugares, até nos aparentemente limpos, em nossas mãos, principalmente embaixo das unhas	
MATERIAIS:	Água e sabão	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ficar em posição confortável sem tocar na pia, abrir a torneira molhando as mãos; 2. Ensaboar as mãos usando sabão líquido, por aproximadamente 15 segundos, mantendo os dedos para cima; 3. Friccionar bem uma mão a outra mantendo-as para cima; 4. Friccionar os espaços formados entre um dedo e outro; 5. Friccionar o dedo polegar direito e esquerdo; 6. Ensaboar as unhas, friccionando-as dentro da mão; 7. Mantendo as mãos em forma de concha e na posição vertical, enxaguá-las, retirando todo o sabão e resíduos; 8. Enxugar as mãos de preferência com toalha de papel descartável, iniciando a técnica pela ponta dos dedos até o centro das mãos. Só enxugar a região do pulso (articulação das mãos com os antebraços), depois de estar com as mãos enxutas. 	
CUIDADOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Caso sua torneira seja de abrir com uso das mãos, ensaboe o volante antes de lavar as mãos. Neste caso, jogue água na torneira e feche o volante da torneira com o auxílio de papel toalha. • Lembre-se que os melhores sabões, são os de coco ou glicerina, pode-se usar degermantes à base de polivinilpirrolidona e iodo. • Em certas ocasiões é recomendável usar uma escova para lavar embaixo das unhas 	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 2 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS/ TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Verificação de sinais vitais – Temperatura corporal	
EXECUTANTE:	Todos profissionais	
RESULTADOS ESPERADOS:	Indicar quanto é eficaz ou deficiente está o funcionamento do corpo. Os SSVV são bastante sensíveis a alterações fisiológicas, por essa razão os enfermeiros verificam nos intervalos regulares ou toda vez que considerarem apropriado monitorar o estado de saúde do paciente.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> -Termômetro; -Recipiente com algodão embebido com álcool a 70%; -Saco plástico ou cuba-rim para desprezar resíduos; -Caneta e bloco para anotações; -Acessórios para temperatura retal; 1. Vaselina ou óleo; 2. Luva de procedimento. 	
ATIVIDADES:	<p>Temperatura Axilar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Explicar ao paciente o que vai ser feito; 3. Fazer desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool 70% e certificar de que a coluna de mercúrio está abaixo de 35C; 4. Enxugar a axila do paciente (com a roupa do cliente, lençol ou outro, a umidade abaixa a temperatura da pele, não fornecendo a temperatura real do corpo; 5. Colocar o termômetro com reservatório de mercúrio no côncavo da axila, de maneira que o bulbo fique em contato com a pele; 6. Pedir ao cliente para comprimir o braço ao encontro ao corpo, colocando a mão no ombro oposto; 7. Após 5 minutos, retirar o termômetro, ler e anotar a temperatura; 8. Fazer desinfecção do termômetro em algodão embebido em álcool a 70% e sacudi-lo cuidadosamente até que a coluna de mercúrio desça abaixo de 35C, usando movimentos circulares; 9. Lavar as mãos. <p>Temperatura Inguinal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O método é o mesmo, variando apenas o local: o termômetro é colocado na região da virilha passando uma perna por cima da outra, de maneira que a parte da coluna de mercúrio fique entre a virilha e a perna. Aguarda-se 5 minutos para observação da temperatura do termômetro; 2. É mais comumente verificada nos recém nascidos. Neste caso, manter a coxa flexionada sobre o 	

abdome;

Temperatura Bucal:

1. Lavar as mãos;
2. Explicar ao cliente o que vai ser feito;
3. Colocar o termômetro sob a língua do cliente, recomendando que o conserve na posição, mantendo a boca fechada por 7 minutos;
4. Retirar o termômetro, limpar com algodão, ler a temperatura e anotá-la, escrevendo a letra B para indicar o local onde foi verificada;
5. Fazer o mercúrio descer e lavar o termômetro com água e sabão antes de guardá-lo.

Temperatura Retal:

1. Lavar as mãos;
2. Calçar as luvas;
3. Colocar o paciente em decúbito lateral;
4. Lubrificar o termômetro com vaselina ou óleo e introduzi-lo 2 cm pelo ânus;
5. Retirar o termômetro depois de 7 minutos e ler a temperatura;
6. Desinfetar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%;
7. Fazer o mercúrio descer;
8. Lavar o termômetro com água e sabão;
9. Retirar as luvas;
10. Lavar as mãos;
11. Anotar a temperatura escrevendo a letra R para indicar o local onde foi verificada.

CUIDADOS:

Fatores que afetam a temperatura do corpo:

- Ingesta alimentar;
- idade;
- Clima;
- Gênero exercício e atividade ritmo circadiana;
- Emoções, doenças ou traumas medicamentosos.

OBSERVAÇÕES:

Locais de verificação de temperatura:


- Oral;
- Retal;
- Axilar;
- Inguinal.

Variação normal:

- Oral 37

-Retal 37.5
-Axilar 36.4
-Inguinal 36.5 a 37C

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 03 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR: ENFERMARIAS/TODOS OS SETORES		
TAREFA: Verificação de sinais vitais - Pulso		
EXECUTANTE: Todos profissionais		
RESULTADOS ESPERADOS: Indicar quanto é eficaz ou deficiente está o funcionamento do corpo. Os SSVV são bastante sensíveis a alterações fisiológicas, por essa razão os enfermeiros verificam nos intervalos regulares ou toda vez que considerarem apropriado monitorar o estado de saúde do paciente.		
MATERIAIS: <ul style="list-style-type: none"> -Relógio com ponteiro de segundos; -Impresso próprio; -caneta. 		
ATIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao paciente; 3. Colocá-lo em posição confortável, de preferência deitado ou sentado com o braço apoiado e a palma da mão voltada pra baixo; 4. Colocar as polpas dos três dedos médios sobre o local escolhido para a verificação; 5. Pressionar suavemente até localizar os batimentos; Procurar sentir bem o pulso, pressionar suavemente a artéria e iniciar a contagem dos batimentos; 7. Contar as pulsações durante um minuto (avaliar frequência, tensão, volume e ritmo); 8. Lavar as mãos; 9. Registrar, anotar as anormalidades e assinar. <p>Pulso apical: *Verifica-se o pulso apical no ápice do coração à altura do quinto espaço intercostal</p>		
CUIDADOS: <p>Normalmente, faz-se a verificação do pulso sobre a artéria radial. Quando o pulso radial se apresenta muito filiforme, artérias mais calibrosas como carótida e femoral poderão facilitar o controle. Outras artérias, como a braquial, poplítea e a do dorso do pé (artéria pediosa) podem ser utilizadas para a verificação.</p>		
OBSERVAÇÕES: <p>Frequência Fisiológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Homem 60 a 70; -Mulher 65 a 80; -Crianças 120 a 125; -Lactentes 125 a 130. <p>Terminologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Normocardia; Frequência normal -Bradycardia: Abaixo do normal -Bradisfigmia: pulso fino e bradicárdico -Taquicardia: acima do normal -Taquisfigmia: pulso fino e taquicárdico. <p>As artérias mais usuais para verificação de pulso são:</p> <p>*Temporal;</p>		

*Carótida;
*Braquial;
*Radial;
*Ulnar;
*Femoral;
* Poplítea;
*Dorso do pé.

- Evitar verificar o pulso em membros afetados de pacientes com lesões neurológicas ou vasculares;

-Não verificar o pulso em membro com fístula arteriovenosa;


Nunca usar o dedo polegar na verificação, pois pode confundir a sua pulsação com a do paciente;

-Nunca verificar os pulsos com as mãos frias;


-Em caso de dúvida, repetir a contagem;

-Não fazer pressão forte sobre a artéria, pois isso pode impedir de sentir o batimento do pulso.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO SUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 04 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS/TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Verificação de sinais vitais - Respiração	
EXECUTANTE:	Todos profissionais	
RESULTADOS ESPERADOS:	Indicar quanto é eficaz ou deficiente está o funcionamento do corpo. Os SSVV são bastante sensíveis a alterações fisiológicas, por essa razão os enfermeiros verificam nos intervalos regulares ou toda vez que considerarem apropriado monitorar o estado de saúde do paciente.	
MATERIAIS:	-caneta e bloco de anotação.	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao cliente; 3. Deitar o cliente ou fazer com que se sente confortavelmente; 4. Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam movimentos respiratórios; 5. Colocar a mão no pulso do cliente a fim de disfarçar a observação; 6. Contar durante 1 minuto; 7. Lavar as mãos; 	
CUIDADOS:	-Não permitir que o paciente fale; -Não contar a respiração logo após esforço do paciente; -Como a respiração, em certo grau, está sujeita ao controle involuntário, deve ser contada sem que o paciente perceba, observar a respiração procedendo como se estivesse verificando o pulso.	
OBSERVAÇÕES:	<p>Frequência: Número de ventilação por minuto varia em pessoas saudáveis, de 16 a 20 inspirações por minuto. *A frequência de pulso afeta também a frequência respiratória</p> <p>Frequência rápida: -Taquipnéia: pode acontecer com temperatura alta ou doenças que afetam os sistemas cardíacos e respiratórios, acima de 20 lrpm.</p> <p>Frequência lenta: -Bradpnéia: drogas, doenças neurológicas, hipotermias, abaixo de 16 lrpm</p>	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 05 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Verificação de sinais vitais- PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	
EXECUTANTE:	Todos profissionais	
RESULTADOS ESPERADOS:	Indicar quanto é eficaz ou deficiente está o funcionamento do corpo. Os SSVV são bastante sensíveis a alterações fisiológicas, por essa razão os enfermeiros verificam nos intervalos regulares ou toda vez que considerarem apropriado monitorar o estado de saúde do paciente.	
MATERIAIS:	- Esfigmomanômetro; -Estetoscópio; -Álcool 70% para desinfecção das pêras;	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none">1. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;2. Certificar-se o cliente não esta com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou 30 minutos antes da medida;3. Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo e com temperatura agradável;4. Lavar as mãos;5. Posicionar o cliente deitado ou sentado;6. Estender o braço do cliente, mantendo-o na altura do coração e deixando-o livre;7. Localizar a artéria braquial por palpação;8. Colocar o manguito de tamanho adequado ao braço do paciente firmemente, cerca de 2 dedos acima da fossa ante-cubital (aproximadamente 2 dedos acima da prega do cotovelo).9. Posicionar os lhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide;10. Palpar o pulso radial, inflar o manguito até desaparecimento do pulso para estimar o nível da pressão11. sistólica, desinflar rapidamente e aguardar 1 minuto antes de inflar novamente;12. Colocar o estetoscópio no ouvido com curvatura voltada para frente (as olivas devem ter sofrido desinfecção com álcool 70%);13. Posicionar a campânula (diafragma) do estetoscópio sobre a artéria, na fossa ante-cubital, evitando compressão excessiva;14. Solicitar ao paciente que não fale durante o procedimento;15. Fechar a válvula de ar de pêra de modo que possa abri-la sem esforço;16. Inflar rapidamente, 10 em 10 mmHg, até ultrapassar em 20 a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica;17. Abrir a válvula de ar da pêra vagarosamente na velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo. Após a	

determinação da pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg por segundo, evitando congestão venosa e desconforto ao paciente;

18. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do ultimo som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder a deflação rápida e completa
19. Retirar todo o ar do manguito e remover o aparelho do braço do cliente;
20. Deixar a unidade em ordem;
21. Lavar as mãos;
22. Registrar os valores da pressão sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, tamanho do manguito usado e braço em que foi feita a medida. Registrar o valor obtido na escala evitando arredondamentos para valores terminados em zero ou cinco;
23. Esperar 1 a 2 minutos para realizar novas medidas.

CUIDADOS:

Pode-se considerar que a pressão máxima aumenta em 10 mmHg a cada 10 anos e a mínima em 5 mmHg a cada 20 anos.

OBSERVAÇÕES:

A medida é dada em mmHg- parâmetro normal:


-Crianças até 12 anos: 100x70 mmHg

-Adulto acima de 12 anos: 120x80 mmHg.


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 06 DATA DA EMISSÃO: 31/082021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR: ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES		
TAREFA: Eletrocardiograma		
EXECUTANTE: Todos profissionais		
RESULTADOS ESPERADOS: <div style="margin-left: 150px;"> detectar e registrar atividade elétrica do coração para localizar problemas cardíacos. Os sinais elétricos fazem o músculo cardíaco contrair à medida que viajam através do coração. Quando o coração contrai ele bombeia sangue para o resto do corpo. O eletrocardiograma mostra a rapidez das batidas do coração e seu ritmo e ainda registra a força e ritmo dos sinais elétricos à medida que eles passam por cada parte do coração. </div>		
MATERIAIS: Eletrocardiograma 5-Eletrodos		
ATIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> - Deitar o paciente em decúbito dorsal - Expor o tórax do paciente - Orientar o paciente, solicitar que ele não se movimente e que retire quaisquer objetos de metal que tiver usando; - Se necessário, realizar tricotomia em áreas que for posicionar os eletrodos; - Limpar área cutânea com álcool 70% para remover oleosidade da pele; - Verificar se todos os eletrodos estão aderidos; - Não colocar eletrodos sobre proeminências ósseas. - Identificar a fita com o nome, idade, data e horário; - Se o exame for feito em séries marcar com tinta de caneta os pontos dos eletrodos para que no exame seguinte sejam colocados nos mesmos pontos. 		
CUIDADOS: Não colocar eletrodos sobre proeminências ósseas.		
OBSERVAÇÕES: Eletrocardiograma padrão são 12 derivações: 6 periféricas (D1, D2, D3, AVR, AVL e AVF) 6 pré cordiais (V1, V2, V3, V4, V5 e V6) V1- 4º espaço intercostal direito V2- 4º espaço intercostal esquerdo V3- entre V2 e V4 V4- 5º espaço intercostal (linha média claviclar) V5- 5º espaço intercostal (linha axilar anterior) V6- 5º espaço intercostal (linha axilar média)		


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 07 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR: ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES		
TAREFA: Desfibrilação		
EXECUTANTE: Médico		
RESULTADOS ESPERADOS: Despolarizar imediatamente uma massa crítica de células miocárdicas quando elas se repolarizam, o nóculo sinusal comumente recaptura sua função como o marca passo.		
MATERIAIS: Desfibrilador		
ATIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> A- Abertura de vias aéreas e controle de cervical: verificar se a via aérea está desobstruída usando técnicas não invasivas; B- Respiração e Ventilação: usando a técnica do ver, ouvir e sentir para determinar se a respiração é adequada. Aplique 2 ventilações de resgate, cada ventilação deve ser aplicada em 1 segundo e com intervalo de 5 segundos; C- Circulação e controle de Hemorragia: avalie o pulso carotídeo (se houver pulso) não menos do que 5 e não mais do 10 segundos, a cada 2 minutos, realize a RCP de alta qualidade até a chegada do DEA; D- Desfibrilação: aplique choques quando indicado, aplique a RCP imediatamente após cada choque, iniciando por compressões torácicas. 		
CUIDADOS: <p>Se não houver pulso, conecte o DEA ou desfibrilador manual e siga as orientações, ou seja, as mensagens sonoras do DEA ou aplique um choque se estiver indicado através da leitura do monitor do desfibrilador manual identificando se o ritmo é passível de choque: FV e TV.</p>		

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 08 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR: ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES		
TAREFA: Intubação Oro traqueal		
EXECUTANTE: Médico		
RESULTADOS ESPERADOS: Ventilar e Aspirar secreções.		
MATERIAIS: <ul style="list-style-type: none"> - sistema de ventilação manual; - laringoscópio; - condutor; - tubo (avaliar numeração pelo porte do paciente e sexo); - seringa de 10 ml para insuflar o cuff. 		
ATIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> - lavar as mãos - deixar o paciente em decúbito dorsal - retirar prótese - após intubação insuflar o cuff - fixar o tubo - verifique a simetria da expansão torácica; - ausculte os sons respiratórios das regiões antero lateral de ambos os lados; - verifique o cuff(balão externo) e a pressão do balão; - fixe o tubo com cadarço na face do paciente; monitore os sinais vitais e sintomas de aspiração; - verifique a umidade; - administre a concentração de oxigênio conforme indicada para o caso; - se necessário introduza uma cânula de guedel na cavidade oral para evitar que o paciente morda a língua, causando lesão ou obstrua o tubo; 		
CUIDADOS: <ul style="list-style-type: none"> - com complicações que podem ocorrer devido a pressão do balão; - deve controlar a pressão do balão através do cuff, a pressão alta no balão pode gerar sangramento, isquemia e necrose por pressão, enquanto pressão baixa pode causar pneumonia aspirativa. Visando manter a pressão entre 20 e 25 mmHg. <p>Complicações imediatas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - traumatismo ou lesão em dentes ou tecidos moles; - aspiração de conteúdo gástrico; - hipoxemia e hiperapnia; - intubação esofágica; - lesão de laringe, faringe, esôfago ou traquéia; - intubação endobrônquica. <p>Complicações Tardias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - edema de glote; - otite ou sinusite; - traqueomalácia; - lesão das estruturas laríngeas; - estenose de traquéia. 		


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 09 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Aspiração Traqueal	
EXECUTANTE:	Enfermeiro	
RESULTADOS ESPERADOS:	Eliminar secreções que se acumulam nas vias aéreas superiores, pode ser feita na boca, traquéia, traqueostomia ou cânula de intubação. A necessidade de aspiração é determinada principalmente pela observação visual do acúmulo de secreções e pela ausculta pulmonar, para determinar a presença de secreções ou obstruções nas vias aéreas.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas de procedimentos; • Luva estéril (utilizar apenas em mão dominante para manipular o material estéril sobre a luva de procedimento); • Pacote para aspiração de secreções contendo uma cúpula de aço inox; • Sonda para aspiração- estéril; • Água destilada estéril em ampola; • Gaze estéril; • Seringa de 10 ml (se necessário); • Aspirador; • Óculos protetor e máscara; • Extensão de silicone ou látex- estéril; • Recipiente com saco para lixo; • Biombos (se necessário); • Toalha de rosto. 	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. lavar as mãos; 2. reunir o material e colocar em uma bandeja; 3. orientar o cliente sobre o procedimento; 4. colocar biombos se necessário para preservar individualidade do cliente; 5. dispor a bandeja sobre a mesa sobre a mesa de cabeceira; 6. dispor o recipiente com saco para lixo em local de fácil acesso; 7. proteger o tórax do cliente com uma toalha; 8. colocar máscara e óculos de proteção; 9. abrir o pacote de aspiração em uma parte da bandeja ou se espaço suficiente pode se fazer o uso de uma segunda bandeja possibilitando maior conforto e menor risco de contaminação; 10. abrir o invólucro da sonda para aspiração e colocá-la junto á cúpula no campo aberto; 11. abrir o invólucro da extensão de látex ou silicone e colocá-la junto à sonda, manter uma das extremidades estéril; 12. calçar luvas de procedimentos nas duas mãos; 13. calçar luva estéril na mão dominante; 14. com a mão enluvada com a luva de procedimento, colocar água destilada na cúpula e testar válvula 	

do vácuo e aspirador previamente montados;

15. com a mão enluvada com luva estéril, pegar a sonda e conectar em uma das extremidades da extensão de silicone ou látex;
16. com a mão enluvada com luva de procedimento, conectar a outra extremidade da extensão ao aspirador ou vácuo;
17. abrir o vácuo do aspirador;
18. pinçar, dobrar a extensão conectada á sonda com a mão enluvada com luva de procedimento;
19. umidificar a sonda com água destilada da cúpula;
20. introduzir a sonda de aspiração, desfazer a pinça ou a dobra da extensão;
21. aspirar a secreção fazendo movimentos rotatórios com a sonda por 5 segundos, cada vez o procedimento pode ser repetido por até 3 vezes;
22. usar a água da cúpula para limpar a sonda e extensão.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 10 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Curativo	
EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnico de enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	Limpar a ferida; Proteger a ferida de lesões mecânica; Prevenir contaminação exógena; Absorver secreções; Minimizar o acúmulo de fluídos por compressão; Inibir ou destruir microrganismos com curativos com propriedades anti-sépticas ou antimicrobianas; Proporcionar meio fisiológico que conduza á cicatrização; Imobilizar a ferida; Proporcionar conforto mental e físico ao paciente.	
MATERIAIS:	Feridas abertas: Bandeja contendo 1 pacote de curativo estéril; Gazes estéreis; Esparadrapo ou micropore; 1 lâmina de bisturi n 23 com cabo, estéril; 1 bacia; Ataduras de crepe; Chumaço de algodão estéril ou compressa estéril; Luvas estéreis. Desbridamento mecânico com instrumentos de corte: Bandeja contendo: 1 pacote de curativo estéril; Gaze estéril; Lâmina de bisturi com cabo; Luva estéril; Cuba redonda; Campo fenestrado; Soro fisiológico 0,9%.	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavar as mãos com solução anti-séptica; 2. Reunir o material necessário e levá-lo próximo ao local a ser realizado o curativo; 3. Explicar ao paciente o que será feito; 4. Fechar a porta para privacidade do paciente; 5. Proteger o paciente com biombo se necessário; 	

6. Colocar o paciente em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
7. Abrir pacote do curativo com técnicas assépticas;
8. Colocar as pinças com os cabos voltados para a borda do campo;
9. Colocar gazes em quantidade suficiente sobre o campo estéril;
10. Utilizar jatos suaves de água para auxiliar a remoção das gazes aderidas à lesão;
11. Remover com jatos suaves de água o excesso de exsudato e tecidos desvitalizados;
12. Calçar as luvas;
13. Remover o curativo anterior com pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo;
14. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica. Com movimentos suaves, a proceder à limpeza da lesão, obedecendo às normas básica de assepsia (do menos contaminado para o mais contaminado).
15. Anti-sepsia da pele ao redor da ferida com solução de clorexidina tópica (prevenção de colonização);
16. Lavar o leito da ferida com grande quantidade de água;
17. Colocar gazes ou compressas próximas a ferida para reter a solução drenada;
18. Se necessário, remover os resíduos de fibrina ou tecido desvitalizado, utilizando desbridamento cirúrgico;
19. Cobrir todo o leito da ferida (cobertura primária) em quantidade suficiente para manter o leito da ferida úmida, utilizando um curativo;
20. Ocluir a ferida com gaze estéril (cobertura secundária), e fixar com esparadrapo ou atadura de crepe quando necessário;
21. Deixar o paciente confortável;
22. Lavar as mãos;
23. Anotar na ficha de enfermagem- Ficha de Seguimento de Úlceras dos Membros Inferiores-, as características da ferida, coletando todas as informações disponíveis e assinar como responsável pelo preenchimento.

CUIDADOS:

A realização de um curativo deve obedecer aos princípios básicos de assepsia onde preconiza:

- Lavar as mãos antes e após o curativo;
- Obedecer aos princípios de assepsia;
- Remover assepticamente tecidos desvitalizados ou necrosados;
- Obedecer ao princípio de realização do procedimento do local menos para mais contaminado;
- Utilizar luvas não estéreis na possibilidade do contato com sangue ou demais fluidos corporais;
- Utilizar luvas estéreis em substituição ao material de curativo estéril ou em procedimento cirúrgicos (desbridamento).

OBSERVAÇÕES:

1. Há possibilidade de utilização de duas técnicas distintas para realização de curativos:

- Técnica asséptica ou estéril

As mãos devem ser lavadas com solução anti-séptica antes e após o curativo;

Deve ser utilizado material ou luvas estéreis para manipulação da lesão;

A limpeza deve ser feita com solução estéril e utilizar cobertura estéril;

Recomenda-se a utilização exclusiva da técnica estéril para o tratamento hospitalar de ferida, devido aos riscos aumentados de colonização das lesões.

- Técnica Limpa

As mãos devem ser lavadas com solução anti-sépticas ou água e sabão antes e após o curativo;

Pode ser utilizado material limpo para manipulação da lesão;

A limpeza da lesão poderá ser feita com água limpa e tratada, porém a cobertura da lesão deve ser preferencialmente estéril;

Esta técnica pode ser utilizada no tratamento domiciliar e criteriosamente nos tratamentos ambulatoriais;

Curativos removidos para inspeção da lesão devem ser trocados imediatamente.

2. Cobertura primária é a que permanece em contato direto com a ferida;

3. Cobertura secundária é a cobertura seca colocada sobre a cobertura primária.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 11 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Sondagem Vesical de Alívio	
EXECUTANTE:	Enfermeiro	
RESULTADOS ESPERADOS:	Esvaziar a bexiga dos pacientes com retenção urinária, controlar o volume urinário, preparar para as cirurgias principalmente as abdominais, promover drenagem urinária dos pacientes com Incontinência urinária, auxiliar no diagnóstico das lesões traumáticas do trato urinário.	
MATERIAIS:	pacote de cateterismo vesical esterelizado cuba-rim cuba redonda bolas de algodão ou gaze pinça Pean ou similar sonda uretal (nº 10 a 14,) luvas estéreis , biombo, frascos com PVPI e soro fisiológico pomada anestésica campo fenestrado seringa de 20 ml água destilada de 20 ml esparadrapo bolsa coletora de sistema fechado saco para lixo	
ATIVIDADES:	<p>Sondagem de alívio feminina:</p> <ul style="list-style-type: none">-orientar o paciente sobre o procedimento;-cercar a cama com o biombo (se necessário);-encaminhar o paciente para higiene íntima ou fazê-la se necessário;-colocar o material na mesa de cabeceira e prender o saco de lixo ou deixar o cesto de lixo perto;-colocar o paciente na posição ginecológica, protegendo-o com um lençol;-abrir com técnica asséptica o pacote de cateterismo sobre a cama entre as pernas do paciente;-colocar na cuba redonda o anti-séptico e o lubrificante na gaze;-abrir o invólucro da sonda vesical, colocando-a na cuba rim;-colocar a luva com técnica asséptica;-testar o balonete da sonda;-lubrificar a sonda;-colocar o campo fenestrado no períneo e aproximar a cuba rim;-afastar os pequenos lábios com o polegar e o indicador da mão esquerda e com a mão direita ou mão dominante fazer anti-sepsia no períneo com as gazes embebidas na solução anti-séptica, usando a pinça Pean. A anti-sepsia deverá ser no sentido púbis-ânus, na seqüência: grandes lábios, pequenos lábios, vestíbulo, usar a gaze uma vez e desprezá-la;limpar a região com soro fisiológico, obedecendo os mesmos princípios de assepsia descritos;-afastar com a mão direita a cuba redonda e a pinça;-continuar a manter, com a mão esquerda, exposto o vestíbulo e, com a mão direita ou dominante, introduzir a sonda lubrificada (a mais ou menos 10cm) colocar a outra extremidade na cuba rim para receber a urina drenada;-retirar a sonda (quando terminar a drenagem urinária) e o campo fenestrado;-controlar o volume urinário, colher amostra da urina ou guardá-la para o controle de diurese;-deixar a unidade e o material em ordem. <p>Sondagem de demora feminina:</p>	

- repetir a técnica da sondagem vesical de alívio;
- após a passagem da sonda insuflar o balãozinho com soro fisiológico, através da válvula existente na extremidade da sonda e puxá-la até sentir-se a ancoragem do balão no trigono vesical;
- retirar o campo fenestrado;
- conectar a sonda na extensão do coletor e prendê-lo na grade da cama;
- retirar as luvas;
- fixar a sonda com uma tira de esparadrapo na coxa da paciente saindo por cima da mesma.

Sondagem vesical de demora masculina

- orientar o paciente sobre o procedimento;
- colocar o paciente em decúbito dorsal e com as pernas afastadas;
- aplique o campo estéril sobre as coxas, logo abaixo do pênis, aplique assepticamente o campo fenestrado sobre o períneo, deixando o pênis exposto;
- posicione o kit estéril sobre o campo estéril entre as coxas do paciente e abra o coletor de urina, mantendo estéril a sua conexão;
- aplique lubrificante na ponta do cateter;
- fazer a anti-sepsia, se paciente não circuncidado, retraia o prepúcio com a mão não dominante, aperte o pênis logo abaixo da glândula, retraia o meato uretral entre o polegar e o indicador, mantenha a mão não dominante nesta posição, durante a inserção do cateter;
- com a mão dominante pegar as gazes com a pinça e com solução antisséptica higienizar o pênis, começar pelo meato, para baixo em direção a base, repita este usando movimentos circulares e avançar para baixo em direção a base, repita esse procedimento por até 3 vezes, substituindo a gaze a cada vez;
- aplique 8ml de pomada anestésica na uretra com a seringa ou bisnaga esterelizada;
- mantenha o pênis em posição perpendicular ao corpo do paciente, aplicando uma discreta tração para cima; peça ao paciente para simular que estivesse urinando, enquanto a sonda é inserida;
- introduza a sonda até que o fluxo urinário escoe pelo final do cateter;
- libere o pênis e segure firmemente o cateter com a mão não dominante;
- insufle o balonete ;
- libere a sonda com a mão não dominante e puxe suavemente até sentir uma resistência e então mova o cateter ligeiramente em direção a bexiga, desconecte a seringa;
- conecte o final da sonda ao sistema coletor de urina a não ser que já esteja conectado;
- fixe o cateter no alto da coxa ou no abdome inferior, com o pênis repousando sobre o abdome;
- remova as luvas, recolha equipamento utilizado, deixe unidade em ordem e lave as mãos

Sondagem vesical de alívio masculina:

- Prosseguir exatamente como nas técnicas de sondagem de demora;
- ao introduzir a sonda colete amostra de urina, quando necessário: colete cerca de 20ml segurando o final do cateter com a mão dominante, pinçando o cateter para interromper o fluxo;
- permita que a bexiga esvazie completamente, a não ser que exista restrição ao volume máximo drenado;
- retire lentamente a sonda de alívio;
- remova as luvas, organize a unidade.

Retirada da sonda vesical:

Material:


Bandeja contendo:

- luvas de procedimentos;
- seringa de 20 ml
- gaze.

Método:

- 1.explicar ao paciente sobre o cuidado e sua finalidade;
- 2.preparar o ambiente- colocar biombo (se necessário);
- 3.lavar as mãos;
- 4.levar o material junto ao paciente;
- 5.calçar as luvas de procedimento;
- 6.descobrir apenas a área necessária para realização do procedimento;
- 7.desinsuflar o balão da sonda vesical com auxílio da seringa;
- 8.tracionar a sonda vesical de modo contínuo e lento;
- 9.limpar o meato com gaze;
- 10.levar o coletor até o banheiro e desprezar a urina no vaso sanitário;
- 11.desprezar o coletor e sonda no lixo de materiais contaminados.


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 12 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Oxigeno terapia	
EXECUTANTE:	Enfermeiro e Técnico de enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	Manter o sangue apropriadamente saturado com O2, evitar ou aliviar a hipoxemia	
MATERIAIS:	Fluxômetro Umidificador Dispositivos comuns de O2 (Óculos nasais, máscaras simples, Máscaras com reservatório e de reinalação parcial, Máscara de Venturi	
ATIVIDADES:	<ul style="list-style-type: none"> • colocar umidificador com água destilada ou esterilizada até o nível indicado; • controlar a quantidade de litros por minuto • observar se a máscara ou cateter estão bem adaptados e em bom funcionamento; • dar apoio psicológico ao paciente; • avaliar o funcionamento do aparelho constantemente observando o volume de água do umidificador e a quantidade de litros por minuto; • explicar as condutas e as necessidades da oxigeno terapia ao paciente e acompanhantes e pedir para não fumar; • observar e palpar o epigástrico para constatar o aparecimento de distensão; • fazer revezamento das narinas a cada 8 horas (cateter); • avaliar com frequência as condições do paciente, sinais de hipóxia e anotar e dar assistência adequada; • manter vias aéreas desobstruídas; • controlar sinais vitais. 	
CUIDADOS:	<p>-não administrá-lo sem o redutor de pressão e o fluxômetro;</p> <p>-colocar aviso de “não fumar” na porta do quarto do paciente;</p> <p>-manter os torpedos de O2 na vertical, longe de aparelhos elétricos e de fontes de calor,;</p>	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 13 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Inalação	
EXECUTANTE:	Enfermeiros e técnicos	
RESULTADOS ESPERADOS:	Fluidificar as secreções aderidas à parede brônquica do paciente	
MATERIAIS:	- fonte de O2 ou ar comprimido; - nebulizador (há vários tipos) com a medicação e solução fisiológica; - intermediário de borracha; - cuba-rim; - lenço de papel; - saco plástico para resíduos.	
ATIVIDADES: 1.explicar ao cliente o cuidado a ser executado; 2.organizar o material, colocando a solução fisiológica com o medicamento no nebulizador; 3.preparar o cliente para receber o tratamento: em posição de Fowler, ou sentado em uma cadeira; 4.retirar o frasco umidificador e ligar o nebulizador á fonte de O2 ou ar comprimido, para que o fluxo aja diretamente sobre o medicamento que está no nebulizador; 5.regular o fluxo de O2 ou ar comprimido de acordo com prescrição médica; 6.instruir o paciente para respirar profundamente a medicação e expirar lentamente, permanecendo com a boca semi-aberta, sem conversar; 7.manter a nebulização até consumir a solução; 8.oferecer lenço de papel e orientar para escarrar, tossindo profundamente; 9.ajudar a saída da secreção, fazendo tapotagem ou vibração onde esta se se acumula, adotando uma posição que facilite sua drenagem; 10.providenciar a limpeza e ordem do material; 11.anotar o cuidado prestado, volume e característica do escarro eliminado.		

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 14 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Colocação das Luvas Estéreis	
EXECUTANTE:	Todos profissionais de enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	1.Atender as medidas de controle de infecção; 2. Principal medida para se evitar transmissão de microorganismos.	
MATERIAIS:	1. Pacote de luvas esterilizadas do tamanho adequado às mãos do profissional; 2. Mesa ou superfície limpa para abrir o pacote.	
ATIVIDADES:		
1. Abertura do pacote de luvas. Observar a posição correta das mesmas;		
2. Abertura do invólucro interno, tocando apenas a face externa;		
3. Disposição das mãos a fim de identificar a luva correspondente;		
4. Colocação da primeira luva, tocando apenas a dobra do punho;		
5. Observar disposições das luvas;		
6. Colocação da segunda luva, tocando apenas o interior da dobra;		
7. Puxando a luva sobre o punho com a primeira mão já enluvada;		
8. Mãos enluvadas só podem tocar materiais esterilizados;		
9. Para remoção, agarre uma das luvas na extremidade superior pelo lado externo;		
COMO CALÇAR LUVAS DE PROCEDIMENTO		
1. Lavar as mãos;		
2. Abrir o pacote de luvas sobre superfície seca, limpa e plana expondo-as;		
3. Segurar com o polegar e o indicador da mão direita a dobra do punho da luva esquerda expondo a abertura da luva;		
4. Unir os dedos da mão esquerda e, com a palma da mão voltada para cima, introduzir a mão esquerda na abertura apresentada;		
5. Tracionar lateralmente a luva com a mão direita até calcá-la;		
6. Colocar os dedos indicador, médio, anelar e mínimo da mão esquerda na dobra do punho da luva direita expondo a abertura da luva, mantendo elevado a polegar esquerdo;		

7. Unir os dedos da mão direita a abertura apresentada;
8. Tracionar lateralmente a luva com a mão esquerda até calçá-la totalmente, inclusive o punho
9. Unir os dedos da mão direita, introduzindo-os na dobra do punho da luva esquerda, desfazendo toda a dobra;
10. Ajustar as luvas.
11. Estique e puxe a extremidade superior da luva para baixo;
12. Insira os dedos da mão sem luva dentro da extremidade interna da luva ainda vestida;
13. Puxe a segunda luva de dentro para fora.


DESCALÇAR LUVAS CONTAMINADAS

1. Pegue a luva da mão dominante pela parte superior sem dobrá-la para dentro e puxe-a para fora;
2. Mantenha a luva retirada na mão não dominante;
3. Coloque dois dedos dentro da luva da mão dominante dentro da luva a ser retirada sem tocar a parte externa;
4. Puxe-a para baixo virando-a de avesso à medida que for sendo retirada;
5. Jogue as luvas contaminadas no lixo.

CUIDADOS:

O profissional de enfermagem coloca luvas esterilizadas não apenas na sala de cirurgia, mas em qualquer lugar onde seja realizado um procedimento estéril. É responsabilidade de cada profissional verificar o tamanho da luva que mais se ajusta ao uso pessoal e várias tentativas. As luvas devem ser grandes o bastante para serem colocadas com facilidade, mas pequenas o suficiente para não ficarem folgadas. A lavagem freqüente das mãos protege também o profissional de Saúde da autocontaminação

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 15 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Sondagem Nasogástrica SNG	
EXECUTANTE:	Enfermeiro	
RESULTADOS ESPERADOS:	Permitir a drenagem do conteúdo gástrico é uma das medidas de suporte oferecida pela enfermagem com prescrição médica, essa sondagem pode ser utilizada para realizar a gavagem e a lavagem do estomago.	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none">-sonda nasogástrica com tamanho apropriado;-bandeja;-estetoscópio;-adesivo para fixação da sonda (esparadrapo ou similar);luvas;-toalha de papel ou de rosto;-seringa de 20 ml;-copo descartável com água;-gaze;-gel anestésico;-esparadrapo para auxiliar na fixação da sonda;-cuba rim.	
ATIVIDADES:		
<ol style="list-style-type: none">1.orientar cliente para procedimento;2.lavar as mãos;3.preparar material;4.levar material ao quarto do cliente com uma toalha;5.colocar cliente em posição de Fowler;6.proteger tórax do paciente com toalha de rosto;7.calçar luvas;8.com auxílio de uma gaze, medir extensão da sonda a ser introduzida: da asa do nariz ao lóbulo da orelha, e do lóbulo da orelha até o apêndice xifóide;9.marcar mensuração com fita adesiva;10.lubrificar sonda com auxílio de uma gaze embebida em xilocaína gel;11.introduzir sonda em uma das narinas;12.pedir ao cliente para fazer movimento de deglutir, se possível, a fim de ajudar a introdução da sonda;13.fazer flexão do pescoço até ultrapassar a parede nasofaríngea;14.introduzir sonda até a marca;15.verificar se a sonda está localizada no estomago (técnicas descritas a seguir);16.fixar sonda de modo a se evitar compressão da asa do nariz;17.deixar cliente confortável;18.deixar unidade em ordem;19.retirar as luvas;20.lavar as mãos;21.realizar anotações de enfermagem.		
Técnicas para verificação da posição da sonda:		
Através da ausculta:		
<ol style="list-style-type: none">1.posicionar estetoscópio abaixo do apêndice xifóide;2.introduzir 10 ml de ar pela sonda com auxílio de seringa (rapidamente);		


3. auscultar “ruído hidroaéreo” produzido.

Obs: Não realizar mais que duas vezes consecutivas esta verificação, pois causará desconforto por excesso de ar.

CUIDADOS:

- interromper a passagem da sonda na presença de tosse e reiniciar o procedimento quando esta cessar;
- lubrificar com xylocaína o fio guia/mandril, antes de introduzi-lo na sonda(específica para a nutrição enteral);
- retirar vagarosamente o mandril com movimentos circulares e nunca reintroduzi-lo com a sonda no paciente;
- trocar a fixação diariamente, realizando massagens nas narinas para prevenir lesão;
- anotar volume e aspecto da secreção quando a sonda permanecer aberta.
- aspirar a sonda com uma seringa de 20 ml e verificar se a mesma não se encontra obstruída no caso do paciente apresentar vômito;
- realizar higiene oral e nasal duas vezes ao dia;
- permanecer no máximo 5 dias com a SNG de cloreto de polivinil (PVC), tipo Levine, para prevenir complicações como erosões, lesões de tecido e refluxo e substituí-la por sonda de poliuretano ou silicone, com permanência de até 6 meses.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 16 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Lavagem Gástrica	
EXECUTANTE:	Técnicos de enfermagem e enfermeiros	
RESULTADOS ESPERADOS:	remover substâncias tóxicas do estômago	
MATERIAIS:	<ul style="list-style-type: none">*Solução prescrita*Equipo macrogotas*Seringa de 20 mL*Frasco coletor*Luvas de procedimento*Toalha de papel* Sonda de grosso calibre	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none">1. Orientar cliente para procedimento;2. Lavar as mãos;3. Preparar solução prescrita;4. Calçar luvas de procedimento;5.Caso cliente não esteja sondado, proceder á técnica de sondagem nasogástrica;6. Caso esteja sondado, checar posicionamento da sonda nasogástrica;7. Drenar líquidos do estômago se houver;8. Colocar cliente em posição de Fowler, se não houver contra indicação;9. Introduzir parte da solução prescrita por meio de seringa ou frasco conectado ao equipo de soro e este á sonda;10. Infundir 200 a 300 mL de produto para lavagem gástrica;11. Deixar drenar líquido infundido anotando volume;12. Observar características do líquido drenado;13. Continuar com infusão da solução prescrita até o final ou até avaliar que não há necessidade de mais infusão;14. Drenar líquido infundido anotando o volume total;15. Deixar cliente confortável;16. Deixar unidade em ordem;17. Lavar as mãos;	


18.Realizar anotações de enfermagem

CUIDADOS:

A lavagem gástrica deve ser considerada somente se o paciente ingeriu uma dose potencialmente letal e o procedimento for realizado até 60 minutos da ingestão.

A lavagem deve ser continuada até se obter um retorno claro do volume instilado.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 18 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Restrição de Movimentos	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	Limitar os movimentos do cliente em caso de extrema necessidade.	
MATERIAIS:	Lençóis, ataduras de crepe ou braçadeiras	
ATIVIDADES:		
Tipos de restrição:		
<ul style="list-style-type: none">▪ lençóis;▪ faixas elásticas;▪ coletes;▪ tábuas;▪ talas;▪ cama com grade;▪ sacos de areia;▪ ataduras (simples e gessada);▪ aparelho de tração ortopédica.		
Restrição por meio de lençóis:		
Material:		
<ul style="list-style-type: none">• lençóis;• faixas de algodão;• dobrar os lençóis em diagonal até formar faixa de uns 25cm de largura		
Métodos:		
<ul style="list-style-type: none">• restrição do ombro: colocar a faixa sob as costas do cliente, passando pelas axilas, protegidas com algodão, cruzando sob o travesseiro e amarrando ao estrado da cabeceira da cama.• Restrição do abdome: são necessário 2 lençóis, colocar um dos lençóis sobre o abdome do cliente e o outro sob a região lombar, torcer juntas as pontas dos lençóis, amarrando-as no estrado da cama.• Restrição dos joelhos: passar a ponta do lado direito sobre o joelho direito e por baixo do esquerdo; a ponta do lado esquerdo sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito, amarrando as pontas no da cama.• Restrições com faixas: usadas nos punhos e tornozelos, lembrando de ter o cuidado de proteger a pele do cliente.		
Material:		
<ul style="list-style-type: none">• faixa de crepe de 15cm de largura e pelo menos 1m de comprimento;• algodão, algodão ortopédico, compressa (para proteção)		
Método:		
<ul style="list-style-type: none">• formar com a faixa uma figura em 8 e acompanhá-la pelos dois centros formando laço com nó;• colocar o membro em posição apropriada, prendendo-o com a argola formada pela faixa;• proteger a pele com um algodão ou outro, tendo também cuidado para não apertar demasiadamente a argola;• amarrar a extremidade da faixa no lado da cama.		
<ul style="list-style-type: none">• Restrição com colete: colete é uma vestimenta reforçada, sem mangas, com tiras largas e longas,		

saindo de cada lado da parte da frente e cujas pontas são amarradas nas laterais da cama.

Indicações:

- Na realização de determinados procedimentos, como punção venosa em lactente;
- Para evitar queda da cama de cliente agitado, semi-consciente, inconsciente ou com convulsões;
- Em caso de agitação pós-operatória, principalmente se operado do crânio e catarata;
- Em alguns tipos de exames e tratamentos;
- Em doentes mentais que constituem perigo para si e para os demais pacientes;
- Em crianças e adultos com afecções na pele para evitar que se coçam;
- Em casos em que o cliente não colabore para manutenção de sonda, cateter, curativo ou soro;
- Em cliente com alteração de comportamento, com lucidez prejudicada.


CUIDADOS:

- Avaliar criteriosamente a necessidade de fazer ou manter a restrição de movimentos, aplicando-a somente em casos de extrema necessidade;
- Em alguns casos, pode-se evitar restrições colocando grades na cama;
- Estar atento à presença de cianose local, ferimento da pele, edema do membro e palidez de extremidade no local da restrição;
- Não apertar demasiadamente a faixa: sempre deixar 2 dedos entre o local da restrição e amarração;
- Nunca restringir os membros sem restringir o abdome; por movimentos bruscos, o cliente pode se soltar, causando trauma de coluna;
- Nunca restringir os ombros sem restringir abdome;
- Quando se coloca a contenção no abdome, deve-se evitar ajustar o lençol sobre a região epigástrica;
- O cliente deve ser mantido em posição cômoda e anatômica;
- Remover a restrição visualizando a região contida, no mínimo 2 vezes ao dia;
- Ao remover as restrições, de forma alternada, massagear a área restrita e movimentar as articulações, caso não haja contra-indicação para isso;


Não comprimir artéria, plexos e nervos;

- Não fixar restrição de mão à cabeceira da cama;
- anotar sempre no relatório os clientes que estão com restrição e sua causa determinante.


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 19 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Tricotomia	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:	Retirar de pelos de determinada região com o objetivo de: <ol style="list-style-type: none"> 1. facilitar o acesso cirúrgico; 2. permitir a fixação de curativos, drenos, cateteres, eletrodos e sondas, sem tracionar os pelos; 3. melhorar a aparência do homem (tricotomia facial) 	
MATERIAIS:	Bandeja contendo: <ul style="list-style-type: none"> • cuba-rim; • recipiente com água; • luvas de procedimento; • aparelho de barbear; • sabão líquido; • saco plástico para lixo; • papel toalha; • gaze; • forro ou pano para proteger a cama; • se necessário: biombo e lâmpada auxiliar. 	
ATIVIDADES:	<ol style="list-style-type: none"> 1. explicar ao cliente o que vai ser feito; 2. preparar o ambiente: colocar biombo e posicionar a lâmpada de auxílio; 3. lavar as mãos; 4. trazer o material para junto do cliente; 5. prender o saco plástico em local de fácil acesso; 6. descobrir a área a ser tricotomizada; 7. calçar as luvas; 8. com o auxílio de gaze, passar o sabão líquido na área determinada; 9. esticar a pele com a mão não-dominante e, com cuidado, raspar os pelos em direção ao seu crescimento, evitando ferir a pele; 10. sempre que houver excesso de pelos no aparelho, retirá-los com auxílio do papel toalha; 11. lavar e secar a região tricotomizada, ou encaminhar o cliente para o banho; 12. providenciar a limpeza e a ordem do material, desprezando o barbeador descartável no recipiente para material perfuro cortante; 13. retirar as luvas; 14. lavar as mãos; 15. fazer as anotações de enfermagem. 	
CUIDADOS:	Se a área for grande, molhar pequenas porções de cada vez. Quando os pelos forem muito longos, cortar antes com a tesoura.	


Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giuliana Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 22 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	Administração medicamentos via oral	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem	
RESULTADOS ESPERADOS:		
MATERIAIS:	1. Copo descartável 2. Medicação. 3. Conta gotas. 4. Bandeja.	
ATIVIDADES:	1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação. 2. Lavar as mãos. 3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar. 4. Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas. 5. Explicar o procedimento ao paciente. 6. Oferecer a medicação. 7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido. 8. Lavar as mãos. 9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar. 10. Anotar na planilha de produção. 11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.	

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem


 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 23 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	PRECAUÇÕES PADRÃO	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnicos de enfermagem.	
RESULTADOS ESPERADOS:	Medidas de proteção	
MATERIAIS:	1. EPIs 2. Prevenção	
ATIVIDADES: 1. LAVE AS MÃOS OU USE SOLUÇÕES ANTISSEPTICAS antes e depois de cuidar do paciente. 2. USE LUVAS quando tocar em sangue e secreções corporais, mucosas ou lesão de pele de todos os pacientes, quando puncionar uma veia periférica. 3. USE AVENTAL quando houver risco de contaminação do uniforme com sangue e secreções corporais. 4. USE MÁSCARA, TOUCA E PROTETOR DE OLHOS quando houver risco de respingos de sangue e secreções na face. 5. DESPREZE AGULHAS E INSTRUMENTOS CORTANTES em recipientes rígidos. EX: Descarbox. 6. NUNCA REENCAPE AGULHAS.		

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 24 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR: ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES		
TAREFA: HIGIENE DO USUÁRIO		
EXECUTANTE: Enfermeiro, Técnicos de enfermagem.		
RESULTADOS ESPERADOS: Higiene e conforto		
<p>Atividade:</p> <p>01 - A higiene do paciente fica a cargo da Equipe de Enfermagem; 02 - Explicar sempre ao usuário o que vai ser feito; 03 - Preferencialmente realizar a higiene oral do usuário, antes do banho e após as refeições, com solução de Bicarbonato de Sódio, e quando se fizer necessário; 04 - Ao lidar com o usuário, de maneira direta, e imprescindível o uso de luvas para procedimentos; 05 - Cuidar durante o banho, para não expor, desnecessariamente, o usuário. A privacidade contribui muito para o conforto mental do paciente; 06 - Secar bem toda a superfície do corpo do paciente, principalmente as dobras; 07 - As portas do banheiro não devem ser trancadas, durante o banho; 08 - Deve-se testar a temperatura da água, antes do banho do usuário. Geralmente se usa água morna.</p> <p>- HIGIENE ORAL</p> <p>Definição: Consiste na limpeza dos dentes, gengivas, bochechas, língua e lábios. Condições patológicas que predisõem a irritação e a lesão da mucosa oral: (estado de coma, hipertemia).</p> <p>Finalidades Promover conforto ao paciente, Evitar halitose, Prevenir carie dentária, Conservar a boca livre de resíduos alimentares.</p> <p>- BANHO DE ASPERSAO (chuveiro)</p> <p>Material Roupa pessoal, Toalha de banho, Sabonete (individual), Pente, Luva de banho (opcional),</p> <p>Descrição do procedimento:</p> <p>01 - Lavar as mãos; 02 - Explicar ao usuário o que vai ser feito; 03 - Reunir o material e levar ao banheiro; 04 - Encaminhar o usuário ao banheiro (portas e janelas fechadas); 05 - Abrir o chuveiro e regular a temperatura da água e orientar o usuário sobre o manuseio da torneira; 06 - Ajudar o usuário a se despir, caso não consiga fazer sozinho; 07 - Iniciar o banho se a situação permitir, deixando o usuário sozinho; 08 - Enxugar ou ajudar o usuário a fazê-lo, observando as condições da pele e a reação do banho; 09 - Vestir e pentear o usuário caso não consiga fazê-lo sozinho; 10 - Colocar tudo no lugar e chamar o pessoal da limpeza para proceder à limpeza do banheiro; 11 - Lavar as mãos; 12 - Anotar no prontuário.</p>		


Obs: - Sentar na cadeira embaixo do chuveiro e muito mais seguro para os usuários idosos ou para os usuários que ainda estão muito fracos, facilitando para que lavem as pernas e pés, com menor probabilidade de escorregarem,
- Durante o banho deve-se assegurar a privacidade aos usuários, mas pedir-lhe para não trancar a porta e chamar se precisar de assistência. Manter-se perto do local.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Nº 25 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR:	ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES	
TAREFA:	ANOTACAO NO PRONTUARIO E RELATORIO DE ENFERMAGEM	
EXECUTANTE:	Enfermeiro, Técnicos de enfermagem.	
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none">-Contribuir com informações para o diagnostico e tratamento médico e de enfermagem;-Conhecer o paciente, família e comunidade;-Construir fator decisivo entre a vida e a morte através dos dados colhidos;-Auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisões específicas;-Verificar os problemas aparentes e inaparentes;-Planejar cuidados de enfermagem;-Analisar os serviços prestados;-Analisar os cuidados de enfermagem prestados;-Servir de base para qualquer documentação e anotação.	
MATERIAIS:	Caneta, Impressos da SAE	
ATIVIDADES:		
<p>Após todo atendimento será necessário e obrigatório o registro e tomando como base as observações os elementos principais a serem anotados são o seguinte:</p> <p>01 - A aparência;</p> <p>02 - Estado físico: queixas, observações em geral, alimentação, exames, testes, encaminhamento, eliminações, tratamentos dados, resultados dos cuidados prestados, medicamentos, contenções e demais observações colhidas pelo exame físico;</p> <p>03 - A conservação ou a comunicação;</p> <p>04 - O comportamento:</p> <p>Equilíbrio do pensamento (senso crítico, confusão, expressão de idéias, delírios, localização no tempo e espaço, etc.);</p> <p>Equilíbrio do estado perceptivo (alucinações, delírios);</p> <p>Equilíbrio de estado afetivo (emoções, sentimentos, capacidade para resolver situações, etc.);</p> <p>Equilíbrio no ajustamento social (dependência, isolamento, reação ao ambiente e pessoa);</p> <p>Capacidade de aprendizagem - inteligência;</p> <p>05 - Atividades;</p> <p>06 - Recomendações.</p> <p>Descrição do procedimento:</p> <p>01 - Usar termos descritos: Ex. o paciente esta ansioso, o paciente deambula constantemente no corredor, torcendo as mãos, apresentando expressão facial de preocupação;</p> <p>02 - Usar termos objetivos: aquilo que foi visto ou sentido e não de interpretação pessoal;</p> <p>03 - Usar termos concisos;</p> <p>04 - Considerar o aspecto legal das anotações: não permitindo rasuras, linha em branco entre uma e outra anotação, colocar nomes de pessoas;</p> <p>05 - Considerar o segredo profissional;</p> <p>06 - Observar a redação, ortografia, letra: Usar 3a pessoa gramatical: Ex. o enfermeiro atendeu imediatamente ao chamado da campainha;</p> <p>07 - Colocar horário;</p>		


08 - Colocar vias de administração e locais de aplicação de medicamentos;
09 - Fazer assinatura legível;
10 - Nunca anotar medicamentos ou tratamentos feitos por outras pessoas.

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFRIDO GUEDES PEREIRA</small>	PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	Nº 27 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS
SETOR: ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES		
TAREFA: AVALIAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA		
EXECUTANTE: ENFERMEIRO		
<p>ATIVIDADES:</p> <p>Situação/Queixa:</p> <p>pacientes com queixas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tosse produtiva ou não - dificuldades de respirar - resfriado recente - dor torácica intensa (ver mnemônico de avaliação) - fadiga - edema de extremidades - taquicardia - síncope <p>História passada de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asma /Bronquite - Alergias - Enfisema - Tuberculose - Trauma de tórax - Problemas cardíacos - Antecedentes com problemas cardíacos - Tabagismo <p>Mnemônico para avaliação da dor torácica: PQRST</p> <ul style="list-style-type: none"> - P- O que provocou a dor? O que piora ou melhora? - Q- Qual a qualidade da dor? Faça com que o paciente descreva a dor, isto é, em pontada, contínua, ao respirar,etc - R- A dor tem aspectos de radiação? Onde a dor está localizada? - S- Até que ponto a dor é severa? Faça com que o paciente classifique a dor numa escala de 1 a 10. - T- Por quanto tempo o paciente está sentido a dor? O que foi tomado para diminuir a dor? <p>Associar história médica passada de: doença cardíaca ou pulmonar anterior, hipertensão, diabetes e medicamentos atuais</p> <p>Sinais Vitais: Verifique PA e P . Observe hipotensão, hipertensão, pulso irregular, ritmo respiratório, cianose, perfusão periférica</p> <p>Procedimentos diagnósticos :</p> <p>Monitorização Cardíaca Eletrocardiograma Oximetria</p> <p>Encaminhamento para Área Vermelha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dor torácica ou abdômem superior acompanhada de náuseas, sudorese, palidez - dor torácica com alteração hemodinâmica - dor torácica e PA sistólica superior ou igual 180 , PAD igual ou superior a 120 		

- pulso arritmico ou FC superior a 120 bpm
- taquidispnéia , cianose, cornagem, estridor (ruídos respiratórios)
- FR menor que 10 ou superior a 22

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

 <small>INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA</small>	PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM	Nº 29 DATA DA EMISSÃO: 31/08/2021 REVISÃO: 02 VALIDADE: 2 ANOS										
SETOR: ENFERMARIAS / TODOS OS SETORES												
TAREFA: AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL												
EXECUTANTE: ENFERMEIRO												
<p>ATIVIDADES: Uma avaliação rápida da Saúde Mental consiste na avaliação dos seguintes aspectos:</p> <p>aparência comportamento discurso pensamento, conteúdo e fluxo humor percepção capacidade cognitiva história de dependência química</p> <p>Aparência: arrumada ou suja desleixado, desarrumado roupas apropriadas ou não movimentos extraoculares</p> <p>Comportamento: estranho ameaçador ou violento fazendo caretas ou tremores dificuldades para deambular agitação</p> <table border="1" data-bbox="140 1182 1066 1393"> <tr> <th>Pensamentos: (conteúdo)</th> <th>Pensamento: (fluxo)</th> </tr> <tr> <td>suicida</td> <td>aleatório, ao acaso</td> </tr> <tr> <td>ilusional</td> <td>lógico</td> </tr> <tr> <td>preocupação com o corpo</td> <td>tangencial</td> </tr> <tr> <td>preocupação religiosa</td> <td></td> </tr> </table> <p>Discurso: velocidade tom quantidade</p> <p>Humor: triste alto bravo com medo sofrendo</p> <p>Capacidade cognitiva: orientado memória função intelectual insight ou julgamento</p> <p>Percepção: baseado na realidade</p>			Pensamentos: (conteúdo)	Pensamento: (fluxo)	suicida	aleatório, ao acaso	ilusional	lógico	preocupação com o corpo	tangencial	preocupação religiosa	
Pensamentos: (conteúdo)	Pensamento: (fluxo)											
suicida	aleatório, ao acaso											
ilusional	lógico											
preocupação com o corpo	tangencial											
preocupação religiosa												

ilusões
alucinações

Agitação Psicomotora
História de Dependência Química
Antecedentes Psiquiátricos

Elaborado Por:	Autorizado por:	Revisado por:
Giulianna Carla Marçal Lourenço Gerente de Enfermagem	Maria Helena Alves Coutinho Gerente de Enfermagem	Ingrid Anny Pessoa de Andrade Sobreira Camila Cardoso França Petúnia Gondim Cabral Sarinho Coordenadoras de Enfermagem

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cipriano ZM, Melo AI, Schlemper CT. Manual de procedimentos e rotinas de enfermagem 1989. Florianópolis, Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina. 59-62.

DUGAS, B. W. Enfermagem Prática. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

Garcia TR, Nóbrega MML. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo: livro resumo. In: Anais do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000. p.680.

Silva ALR, Pereira A. Sistematização da assistência de enfermagem: o significado atribuído pela enfermeira. In: Anais do 56o Congresso Brasileiro de Enfermagem 2004 Out 24-29; Gramado, Brasil. Brasília (DF): ABEn- Nacional; 2005 [acesso em 2005 Abr 25]. Disponível em: <http://bstorm.com.br/enfermagem>.