



APOSTILA DIGITAL

Nível:
Médio



EDIÇÃO 2024

FORMATO [PDF]

Quem Somos

A Domina Concursos, especialista no desenvolvimento e comercialização de apostilas digitais e impressas para Concurso Públicos, tem como foco tornar simples e eficaz a forma de estudo. Com visão de futuro, agilidade e dinamismo em inovações, se consolida com reconhecimento no segmento de desenvolvimento de materiais para concursos públicos. É uma empresa comprometida com o bem-estar do cliente. Atua com concursos públicos federais, estaduais e municipais. Em nossa trajetória, já comercializamos milhares de apostilas, sendo digitais e impressas. E esse número continua aumentando.

MISSÃO

Otimizar a forma de estudo, provendo apostilas de excelência, baseados nas informações de editais dos concursos públicos, para incorporar as melhores práticas, com soluções inovadoras, flexíveis e de simples utilização e entendimento.

VISÃO CONCURSOS

Ser uma empresa de Classe Nacional em Desenvolvimento de Apostilas para Concursos Públicos, com paixão e garra em tudo que fazemos.

VALORES

- Respeito ao talento humano
- Foco no cliente
- Integridade no relacionamento
- Equipe comprometida
- Evolução tecnológica permanente
- Ambiente diferenciado
- Responsabilidade social



HABILITADA P/ IMPRESSÃO



PROIBIDO CÓPIA

Não é permitida a revenda, rateio, cópia total ou parcial sem autorização da Domina Concursos, seja ela cópia virtual ou impressa. Independente de manter os créditos ou não, não importando o meio pelo qual seja disponibilizado: link de download, Correios, etc...

Caso houver descumprimento, o autor do fato poderá ser indiciado conforme art. 184 do CP, serão buscadas as informações do responsável em nosso banco de dados e repassadas para as autoridades responsáveis.





★★★★★
NOVA DIDÁTICA

CONCURSOS



→ **Conhecimento
Específico**



EDIÇÃO **2024**

FORMATO **[PDF]**

Fundamentos De Enfermagem

Pode – se considerar que a enfermagem sempre esteve voltada para atender as necessidades de assistência de saúde da sociedade. Ela originou-se do desejo de manter as pessoas saudáveis, assim como propiciar conforto, cuidado e confiança ao enfermo. “A enfermagem como profissão, é a única na medida, em que se dedica humanista, às reações dos pacientes e de suas famílias, frente aos problemas reais e potenciais”.

SAÚDE: é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade.

DOENÇA : é um processo anormal no qual o funcionamento do organismo de uma pessoa está diminuído ou prejudicado em uma ou mais dimensões.

Necessidades Humanas Básicas

Necessidades fisiológicas: Estas são as necessidades mais básicas (oxigênio, hidratação, nutrição, temperatura, excreção, repouso, sexo). Uma vez satisfeitas estas necessidades passamos a nos preocupar com outras coisas.

Necessidades de segurança: No mundo conturbado em que vivemos procuramos fugir dos perigos, buscamos por abrigo, segurança, proteção, estabilidade e continuidade. A busca da religião, de uma crença deve ser colocada neste nível da hierarquia.

Necessidades sociais: O ser humano precisa amar e pertencer. O ser humano tem a necessidade de ser amado, querido por outros, de ser aceito por outros. Nós queremos nos sentir necessários a outras pessoas ou grupos de pessoas. Esse agrupamento de pessoas pode ser, no seu local de trabalho, na sua igreja, na sua família, no seu clube ou na sua torcida. Todos estes agrupamentos fazem com que tenhamos a sensação de pertencer a um grupo.

Necessidades de "status" ou de estima: O ser humano busca ser competente, alcançar objetivos, obter aprovação e ganhar reconhecimento.

Necessidade de auto-realização: O ser humano busca a sua realização como pessoa, a demonstração prática da realização permitida e alavancada pelo seu potencial único. O ser humano pode buscar conhecimento, experiências estéticas e metafísicas, ou mesmo a busca de Deus. Os profissionais de saúde preocupam-se que estas necessidades básicas sejam proporcionadas

Símbolos Da Enfermagem

Resolução COFEN-218/1999

(Aprova o Regulamento que disciplina sobre Juramento, Símbolo, Cores e Pedra utilizados na Enfermagem)

Aprova o Regulamento que disciplina sobre Juramento, Símbolo, Cores e Pedra utilizados na Enfermagem. O Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, no uso de suas atribuições legais e estatutárias; CONSIDERANDO os estudos e subsídios contidos o PAD-COFEN Nº 50/98, sobre " padronização de Juramento, Pedra, Cor, e Símbolos a serem utilizados nas Solenidades de Formaturas ou representativas da Profissão ", pelo Grupo de Trabalho constituído através da Portaria COFEN-49/98; CONSIDERANDO as diversas consultas sobre o tema, que constantemente são efetuadas; CONSIDERANDO inexistir legislação, normatizando a matéria; CONSIDERANDO deliberação do Plenário em sua Reunião Ordinária de nº 273; realizada em 28.04.99.

Simbologia Aplicada À Enfermagem:

Os significados dados aos símbolos utilizados na Enfermagem são os seguintes:

- Lâmpada: caminho, ambiente
- Cobra: magia, alquimia;

- Cobra + cruz: ciência;
 - Seringa: técnica
 - Cor verde: paz, tranqüilidade, cura, saúde
 - Pedra Símbolo da Enfermagem: Esmeralda
 - Cor que representa a Enfermagem: Verde Esmeralda
 - Símbolo: lâmpada, conforme modelo apresentado.
 - Brasão ou Marca de anéis ou acessórios: Enfermeiro: lâmpada e cobra + cruz
- Técnico e Auxiliar de Enfermagem: lâmpada e seringa

Infecção

É uma ação exercida no organismo decorrente da presença de agentes patogênicos, podendo ser por bactérias, vírus, fungos ou protozoários.

Infecção Hospitalar

É uma infecção adquirida durante a internação do paciente-cliente. Pode se manifestar durante a internação ou mesmo após alta hospitalar. A infecção hospitalar está associada com a hospitalização ou com procedimentos hospitalares.

Fatores de risco para ocorrer a infecção

a) idade, b) doenças de base, c) desnutrição, d) uso prolongado de medicamentos, e) tempo de hospitalização, f) procedimentos invasivos, g) técnica de uso e processamento de materiais inadequados.

Fontes ou reservatórios de microrganismos

Os microrganismos apresentam muitas fontes ou reservatórios para desenvolver-se, entre eles :

- o próprio organismo, insetos, animais, objetos inanimados, alimentos. Tipos de infecções

a) Endógena : pode ocorrer quando parte da flora natural do paciente sofre alterações, convertendo-se em patógenos por modificação de sua estrutura. Exemplo: candidíase vaginal.

b) Exógena : resulta de microrganismos externos ao indivíduo que não fazem parte da flora natural. Exemplo: bactérias, vírus, fungos, entre outros.

Modo De Transmissão

a) Contato : Exemplos de doenças que necessitam isolamento de contato: Infecções por bactérias multirresistentes, Clostridium difficile, Difteria cutânea, Enterovirus, Hepatite A, Herpes simples, herpes zoster, Impetigo, abcessos, celulite ou úlceras de decúbito, ou outras infecções por Staphylococcus aureus cutâneo, Parainfluenza, VSR, Rotavirus, Escabíose, Pediculose, Shigella, Febre hemorrágica (Ebola)

A transmissão por contato pode ser :

- direta: transferência física direta de um indivíduo infectado e um hospedeiro suscetível. Exemplo: manusear um paciente infectado e logo em seguida manipular outro sem lavar as mãos (infecção cruzada).

- indireta: contato pessoal do hospedeiro suscetível com objetos inanimados contaminados. Exemplo: agulhas, roupas de camas, fômites (comadres, papagaio), entre outros.

b) Gotículas : o agente infeccioso entra em contato com mucosas nasal ou oral do hospedeiro

susceptível, através de tosse ou espirro . Exemplo : Adenovírus, Difteria faríngea, Haemophilus influenza tipo b (meningite tipo b), Influenza (gripe), Parotidite, Mycoplasma pneumoniae, Pertussis, rubéola, Faringite ou pneumonia estreptocócica .

c) Pelo ar : núcleos secos de gotículas, ou seja, resíduos de gotículas evaporadas que permanecem suspensas no ar, quando o indivíduo infectado espirra, fala, tosse, etc. . Exemplo : tuberculose, sarampo e varicela.

d) por vetores : insetos, mosquitos, pulgas, carrapatos, piolhos

e) por veículos : itens contaminados. Exemplo : sangue, secreções, soluções, entre outros.

O profissional de saúde pode intervir para evitar que as infecções se desenvolvam ou dissemellem, adotando medidas preventivas adequadas. O profissional exerce papel importante para minimizar a disseminação de infecções. Por exemplo: uma simples lavagem das mãos, adotar técnicas adequadas no momento de um banho no leito. Os profissionais também podem contrair infecções dos pacientes, caso suas técnicas sejam inadequadas no controle de transmissão de infecção.

Sistema De Precauções E Isolamento

O objetivo básico de um sistema de precauções e isolamento é a prevenção da transmissão de um microrganismo de um paciente portador, são ou doente, para outro paciente, tanto de forma direta ou indireta. Esta prevenção abrange medidas referentes aos pacientes, mas também aos profissionais de saúde:

Precaução Padrão: É o conjunto de técnicas que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde para atendimento de todos os pacientes, independentemente de seu diagnóstico. Deverão ser usadas quando existir risco de contato com sangue, fluidos corpóreos, pele não íntegra e mucosas. É recomendada para todas as situações, independente da presença ou ausência de doença transmissível comprovada. Os materiais que compõem o conjunto de precauções padrão são:

- luvas de procedimentos
- avental de manga longa, descartável ou não
- máscaras simples
- óculos protetor Isolamento

Entende-se por isolamento o estabelecimento de barreiras físicas de modo a reduzir a transmissão dos microrganismos de um indivíduo para outro.

a) Isolamento reverso : este isolamento é estabelecido para proteger das infecções um indivíduo imunocomprometido.

Materiais : Quarto privado, Luvas de procedimentos, Máscara comum, Avental de manga longa

b) Isolamento para transmissão por via aérea ou gotículas: Quarto privado.

Caso não seja possível dar um quarto a cada doente, junte doentes com a mesma doença. Use máscara N95 se o doente tem tuberculose em fase contagiosa.

C) Isolamento por transmissão por contato

Quarto privado. Se não for possível, agrupe os doentes por doença. Use sempre luvas de procedimentos. Lave as mãos antes e depois de retirar as luvas. Use avental se vai estar em contato próximo com o doente.

Áreas e Artigos hospitalares

Áreas hospitalares

a) Área crítica : são aquelas que oferecem risco potencial para aquisição de infecções em

decorrência á procedimentos invasivos freqüentes, manejo de substâncias infectantes e por admitirem pacientes susceptíveis á infecções. Exemplo : UTI, CC, Unidade de queimados, entre outros.

b) Área semi-crítica: são todas aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento. Exemplo: enfermarias

C) Área não crítica : são áreas que não são ocupadas por pacientes. Exemplo: almoxarifado, copa, farmácia Artigos hospitalares

a) Artigos críticos : são os artigos que penetram o sistema vascular, bem como todos os que estejam diretamente conectados com este sistema. Exemplo: cateteres vasculares (scalp, jelcos, intracath), equipos, polifix, torneirinhas

b) Artigos semi-críticos: entram em contato com mucosas íntegras ou pele não intacta. Exemplo: materiais de terapias respiratórias (cânula endotraqueal, sondas de aspiração, cateteres de O2), endoscópios e sondas em geral.

c) Artigos não críticos : são aqueles que entram em contato apenas com a pele íntegra. Exemplo: termômetros, esfigmomanômetro, estetoscópios, entre outros.

Terminologias básicas

- Limpeza : remoção mecânica da sujidade depositada em superfícies inanimadas.
- Desinfecção : processo aplicado á artigos, qual elimina microrganismos na forma vegetativa.
- Esterilização : processo de destruição total de microrganismos, inclusive esporulados.
- Assepsia : conjunto de práticas através das quais se evita a propagação de microrganismos em objetos.
- Antissepsia : medidas propostas para inibir crescimento de microrganismos em pele e mucosas, através da aplicação de soluções antissépticas.

Lavagem Das Mão

A principal via de transmissão de infecção hospitalar são as mãos da equipe de saúde, sua adequada lavagem é de grande importância .

Finalidade

Eliminar microrganismos, consequentemente evitar propagação de infecções

Eliminar da pele substâncias tóxicas e medicamentosas. Proteger-se contra agressões do meio.

Materiais

Sabonete líquido Toalhas de papel Método

Abrir a torneira e molhar as mãos sem encostar-se a pia.

Ensaboar as mãos e pulsos, fazendo fricção com sabão por 30 segundos, especialmente nos espaços interdigitais, unhas, extremidades dos dedos.

Enxaguar em água corrente.

Secar as mãos com toalhas de papel. Fechar a torneira utilizando papel toalha.

Observações

Retirar relógios, jóias. Ao lavar as mãos NÃO encostar-se a pia ou torneira (se isso ocorrer repetir todo o procedimento). Existem torneiras manuais, com pedais. As mãos são as partes mais

contaminadas a serem lavadas, por isso a água deve fluir da área menos contaminada para a mais contaminada (dos pulsos para as periferias). Esfregar e friccionar mecanicamente. Friccionar os dedos e polegares assegura que todas as superfícies estão sendo limpas. Manter unhas cortadas e lixadas. Ao secar as mãos deve-se iniciar da área mais limpa (periferia) para a menos limpa (antebraço) para evitar contaminação.

Luvas

As luvas são utilizadas com frequência pelos profissionais de saúde. Tipos

a) Luvas de procedimentos : utilizada para manipular pacientes, principalmente em possível contato com sangue ou fluidos corpóreos, assim como, em casos de contato com pele não íntegras ou mucosas . É recomendada para todas as situações independentemente da presença ou ausência de doenças transmissíveis comprovadas. Usada também em casos de isolamentos.

Finalidade

- Reduzir a possibilidade da equipe, entrar contato com organismos infecciosos.
 - Reduzir a possibilidade da equipe, transmitir sua flora endógena aos pacientes
 - Reduzir a possibilidade da equipe tornar-se transitoriamente colonizada por microrganismos que possam ser transmitidos a outros pacientes (infecção cruzada)
- b) Luvas esterilizadas ou cirúrgicas : agem como barreira para a transmissão bacteriana . As bactérias podem contaminar uma ferida ou objeto estéril.

Método Para Calçar As Luvas

- Realizar a lavagem das mãos
- Remover o invólucro externo da embalagem, abrindo cuidadosamente as laterais
- Pegar a embalagem interna e coloca-la sobre uma superfície plana e limpa, logo acima do nível da cintura.
- Identificar as luvas da mão direita e esquerda. Cada luva apresenta um punho de aproximadamente 5 cm de largura .
- Com o polegar e o dedo indicador da mão não dominante, pegar a borda do punho da luva da mão dominante (tocar somente a superfície interna da luva)
- Retirar do campo.
- Puxar cuidadosamente a luva sobre a mão dominante, preocupando-se com o punho para a luva não enrolar, sem soltar o punho.
- Com a mão dominante enluvada, colocar os dedos indicador, médio, anelar e mínimo sob o punho da segunda luva.
- Puxar cuidadosamente a segunda luva sobre a mão não dominante com cuidado evitando-se contaminação.
- Uma vez que a segunda luva já tenha sido calçada, entrelaçar os dedos de ambas as mãos para que as luvas se ajustem.
- Os punhos normalmente escorregam para baixo após colocação.

Método De Retirada Das Luvas Estéreis

Após o procedimento estéril, o profissional despreza as luvas das mãos, da seguinte maneira :

- Segurar o punho da luva da mão dominante, com os dedos polegar, indicador e médio da mão não dominante sem tocar a pele.
- Retirar vagarosamente de modo que a mesma permaneça do lado avesso.
- Segura-la na mão não dominante.
- Colocar o dedo indicador da mão dominante sem luva, sob o punho da luva da outra mão de modo a tocar somente abaixo da luva (na pele).

Retira-la de modo que fique no avesso desprezando em seguida em recipiente adequado (o par).

Preparo Da Cama Hospitalar

O preparo da cama hospitalar consiste em arruma-la, de acordo com as características do paciente que vai ocupá-la.

Tipos de preparo

- Cama fechada
- Cama aberta
- Cama para operado
- Cama com paciente (banho no leito)

Cama fechada

É aquela que está desocupada, aguardando chegada (admissão) do paciente.

Material: 2 lençóis (de cima e de baixo), 1 toalha de rosto, 1 toalha de banho, 1 fronha, 1 cobertor, 1 colcha.

Método de Dobradura:

Usar movimentos amplos, segurando a ponta superior e o lado mais próximo do lençol.

- Dobrar duas vezes no sentido da largura (ponta com ponta).
- Dobrar uma vez no sentido de comprimento e colocar no espaldar da cadeira Ordem na qual a roupa deverá ser colocada no espaldar da cadeira: toalhas, fronha, colcha, cobertor, lençol de cima, lençol de baixo . Método:

- Reunir o material necessário e levá - lo ao quarto.
- Afastar a mesa de cabeceira .
- Colocar a cadeira aos pés da cama e sobre ela, o travesseiro e o cobertor.
- Colocar a roupa na espaldar da cadeira, empregando a técnica de dobradura, observando ordem de uso
- Pegar o lençol sobre o centro do colchão.
- Ajeitar o primeiro lençol, prendendo-o por baixo fazendo a dobra ao cobrir o canto.
- Estender o lençol de cima, colocando a bainha rente ao colchão, deixando -o solto.
- Colocar o cobertor na mesma técnica e também deixa-lo solto.

- Colocar a colcha utilizando técnica anterior, prendendo o lençol de cima, o cobertor e colcha (todos juntos), realizando a dobradura nos pés da cama.

- Na cabeceira superior dobrar as três peças juntamente (lembrar da estética).
- Cobrir o travesseiro com a fronha, deixando-o em pé na cabeceira superior.
- Ajeitar as toalhas na cabeceira inferior da cama. Cama aberta
- É aquela que está sendo ocupada por um paciente que pode deambular

Material: 2 lençóis (de cima e de baixo), fronha, cobertor, colcha, luvas de procedimentos, hamper
Método:

- Método utilizado anteriormente (cama fechada)

Neste método (cama aberta) o travesseiro permanece abaixado na cabeceira superior e abre-se o lado que o paciente vai entrar e deitar na cama. Não se esquecer de fazer a limpeza concorrente do colchão, cabeceiras.

Cama Para Operado

É realizada para receber o paciente que está na sala de cirurgia sob anestesia. Finalidade:

Proporcionar conforto e segurança ao paciente. Facilitar colocação do paciente no leito. Prevenir infecção

Materiais: 2 lençóis (de cima e de baixo), 1 lençol móvel (dependendo da cirurgia), 1 cobertor, 1 colcha, 1 forro de cabeceira, comadre ou papagaio suporte para soro

Método:

- Reunir o material necessário.
 - Retirar toda a roupa da cama enrolando-as com cuidado e colocando-as no hamper.
- Dobrar a roupa e coloca-la no espaldar da cadeira e 4m ordem de uso.
- Realizar a limpeza concorrente do colchão e cabeceira.
 - Estender o lençol de baixo na mesma técnica das camas anteriores.
 - Colocar o lençol móvel no centro da cama.
 - Colocar as demais roupas sem prender os cantos.
 - Nos pés, dobrar as roupas até o meio do colchão.
 - Na cabeceira, dobrar as roupas até o meio do colchão.
 - Realizar dobradura (envelope) e enrolar.
 - Dobrar o forro de cabeceira em leque.
 - Não colocar travesseiro

Cuidados De Higiene Corporal No Leito

Banho no leito

Materiais: 2 lençóis (de cima e de baixo), 1 lençol móvel, 1 cobertor, 1 colcha, 1 fronha, 1 toalha de banho, compressas (esfregão), sabão (de preferência líquido), 1 jarro, 1 bacia, 1 camisola, biombo,

luvas de procedimentos

Procedimento:

- Explicar o procedimento ao paciente.
- Preparar as roupas de cama em ordem de uso, colocar biombo.
- Oferecer comadre ou papagaio ao paciente.
- Lavar as mãos.
- Abaixar grades laterais, acomodar o paciente em alinhamento corporal adequado.
- Retirar as roupas de cima e coloca-las no hamper, com exceção do lençol.
- Retirar a camisola do paciente. Se o paciente estiver com venoclise, retirar primeiramente do membro superior sem punção.
- Cobri-lo, levantar as grades.
- Encher o jarro com água morna.
- Retirar o travesseiro se permitido.
- Dobrar o esfregão. Molha-lo e torce-lo.
- Lavar os olhos do paciente com água morna. Usar diferentes áreas do esfregão para cada olho. Lavar os olhos da comissura palpebral externa para a interna.
- Lavar região frontal, face, nariz, pescoço e orelhas.
- Lavar o braço do paciente com água e sabão, fazendo movimentos longos e firmes, partindo da área distal para a proximal e axila
- Imergir a mão do paciente na bacia com água e lava-la não esquecendo as unhas.
- Com o esfregão molhado com água e sabão, lavar tórax com movimentos longos e formes, trocando as áreas do esfregão.
- Em casos de mulheres pode ser necessário erguer as mamas .
- Lavar abdome, dando atenção especial ao umbigo.
- Cobrir peito e abdome. Expor pernas, cobrindo períneo.
- Flexione as pernas do paciente, imergir pé dentro da bacia com água, lavar do tornozelo ao joelho e do joelho a coxa.
- Esfregar o pé, as interdigitais, unhas, retirar bacia.
- Lavar períneo (técnicas seguintes).
- Auxiliar o paciente a assumir posição lateral, lavar pescoço, tórax posterior, região lombar, como movimentos firmes e longos. Por último dobras da pele das nádegas e ânus.
- Trocar o leito de acordo a técnica, colocando roupas sujas no hamper sem balança-las.
- Hidratar e massagear pele do paciente.
- Colocar camisola sem dar nós ou laços.

- Pentear os cabelos.
- Colocar desodorante nas axilas.
- Realizar limpeza concorrente nos móveis do paciente .
- Auxilia-lo no desjejum e higiene oral (técnicas seguintes).
- Elevar grades.
- Lavar as mãos manter material em ordem. Observação:
- Os procedimentos devem ser repetidos do outro lado.
- Trocar água se necessário.
- Cobrir o paciente, não deixa-lo exposto.
- Se necessário realizar higiene dos cabelos (técnica seguinte), que deverá ser realizada primeiramente logo após lavagem do rosto

Cortar Unhas Se Necessário Cuidados Perineais**a) Higiene perineal feminino** Colocar a comadre sob a paciente

- Não deixar áreas do corpo expostas desnecessariamente.
- Auxiliar a paciente a flexionar os joelhos e afasta-los.
- Molhar a genitália, lavar cuidadosamente as pregas da pele . Com a mão não dominante afastar grandes lábios. Com a mão dominante lavar a região com o esfregão com água e sabão, em direção anterior para a posterior, trocando as áreas do esfregão.
- Separar os pequenos lábios e expor o meato urinário e introito vaginal. Repetir o procedimento da região anterior para a posterior mudando áreas do esfregão.

- Se necessário utilizar mais de um esfregão .

- Enxaguar

- Retirar comadre, enxugar a região Observação :

Se houver presença de fezes, retira-las primeiro com papel higiênico antes de iniciar o procedimento.

b) Higiene perineal masculina

- Explicar o procedimento ao paciente.

- Colocar a comadre.

- Levantar o pênis. Segura-lo com a mão dominante.

- Afastar cuidadosamente o prepúcio.

- Lavar a glande, meato urinário, trocando áreas do esfregão (retirar todo o esmegma).

Com movimentos firmes e delicados lavar o corpo do pênis.

- Lavar cuidadosamente o escroto. Levanta-lo e lavar períneo, enxaguar.

Retirar comadre e secar a região. Higiene oral

Materiais:

- Pasta de dente ou antisséptico bucal.
- Escova de dentes ou material preparado com abaixador de língua e gazes.
- Copo com água Cuba-rim Procedimento:
 - Determinar a habilidade do paciente a segurar a escova de dentes.
 - Explicar o procedimento.
 - Se o paciente não for debilitado: Colocar a pasta de dente na escova, Molhar a escova, Segurar a cuba-rim e copo com água e auxilia-lo na escovação.

Se O Paciente For Dependente:

Colocar antisséptico oral no copo descartável, Molhar o abaixador de língua, Molhar crostas e placas presentes nos lábios, Cuidadosamente higienizar : bochechas internas, palato, língua e lábios, Enxugar lábios, Trocar os abaixadores de língua quantas vezes forem necessárias.

Observação:

- Retirar placas cuidadosamente para evitar sangramentos.
- Não enxaguar em casos de antissépticos antibacterianos. Limpeza de próteses dentárias

Quando o paciente fizer uso de próteses dentárias :

- Retirar as próteses com gaze cuidadosamente e coloca-las na cuba rim.
- Leva-las ao banheiro e lava-las no lavatório em água corrente.
- Devolve-las ao paciente delicadamente.
- Antes de coloca-las, realizar higiene oral adequadamente, observando presença de ferimentos na cavidade oral, comunicar e anotar alterações.

Lavagem dos cabelos no leito

- Determinar se existem qualquer risco que possa contra indicar a lavagem dos cabelos.
- Explicar o procedimento ao paciente.
- Arrumar materiais em local conveniente.
- Colocar a bacia sob a cabeça do paciente com o jarro derramar água cuidadosamente aos cabelos.
- Realizar espuma, massageando bem o couro cabeludo, enxaguar até que os cabelos fiquem sem sabão.
- Repetir o processo sempre que necessário.
- Aplicar condicionador nas pontas se necessário.

Enrolar a cabeça do paciente na toalha

Observações: após o banho, troca da cama, por último pentear os cabelos a fim de remover emaranhados, secar bem.

banho de aspersão (chuveiro)

- Providenciar todos os produtos de higiene e roupas requisitadas pelo paciente.
- Coloca-los ao alcance do chuveiro.
- Auxiliar o paciente no banheiro s/n.
- Abrir o chuveiro e equilibrar a temperatura da água, demonstrando ao paciente para saber se está a gosto.
- Instruir o paciente para não trancar a porta do banheiro.
- Não sair do quarto. Devemos manter atenção. Enquanto o paciente realiza seu banho, preparar cama aberta conversando com o mesmo a fim de detectar anormalidades.
- Auxiliar o paciente a sair do chuveiro, se necessário auxilia-lo a se enxugar.
- Auxiliar o paciente a se vestir e calçar os chinelos.
- Auxiliar o paciente a ir para o leito e deitar s/n.
- Deixar o quarto do paciente em ordem e realizar a limpeza concorrente. Observação: se necessário utilizar cadeira de banho

POSICIONAMENTO

Há diferentes posições com a finalidade de proporcionar conforto, realizar exames, tratamentos e cirurgias.

- A enfermagem deve conhecê-las para ajudar o paciente a adotar posições específicas .
- Decúbito dorsal, horizontal ou supina.
- O paciente se deita de costas no colchão, com extremidades inferiores apoiadas em coxim e superiores sobre o abdome. Sob a cabeça coloca-se um travesseiro.
- Cobre-se o paciente com lençol. Esta posição é muito utilizada para exame físico.

Posição de Fowler: Posição em que o paciente fica semi sentado, com apoio sob os joelhos. É indicada para descanso, para pacientes com dificuldades respiratórias.

Decúbito ventral ou de prona: É a posição em que o paciente fica deitado sobre o abdome, com a cabeça lateralizada . É indicada para exames da coluna vertebral e região cervical.

Decúbito lateral ou Sims: O paciente assume posição lateral esquerda ou direita. O membro inferior que está sob o corpo deve permanecer esticado e o membro inferior acima deve permanecer flexionado. Essa posição é utilizada para enemas, repouso.

Genupeitoral: O paciente se mantém ajoelhado sobre o colchão com o tórax na cama. Os membros superiores ficam flexionados nos cotovelos, repousam sobre a cama, auxiliando a amparar o paciente. Esta posição é utilizada para exames vaginais e retais.

Ginecológica: A pessoa fica deitada de costas, com as pernas flexionadas em suportes (perneiras). Cobre-se a paciente com lençol em diagonal. Esta posição é utilizada para cirurgias por vias baixas, exames ginecológicos.

Litotômica: É considerada uma modificação da ginecológica. A paciente é colocada em decúbito dorsal, com ombros e cabeça ligeiramente elevados. As coxas, bem afastadas uma da outra são flexionadas sobre o abdome. Essa posição é utilizada para partos normais, cirurgias ou exame do períneo, vagina e bexiga.

Trendelenburg: Posição em que o corpo fica inclinado, com a cabeça em plano mais baixo que o restante do corpo. É indicada para facilitar drenagem de secreções brônquicas e para melhorar o retorno venoso.

Cuidados com A Pele

A fragilidade da epiderme ocorre por :

- Raspagem ou descamação de sua superfície pelo uso de lâminas de barbear secas.
- Remoção de fitas adesivas.
- Técnicas inadequadas de posicionamento do paciente.
- Ressecamento excessivo que causa fissuras.
- Exposição constante da pele à umidade.
- Uso incorreto de sabões, cosméticos.
- Banhos muito quentes ou frios.
- Fricção excessiva.

Riscos para o comprometimento com a pele

- Imobilização
- Redução da sensibilidade
- Alterações nutricionais
- Secreções e excreções da pele
- Insuficiência vascular
- Dispositivos externos

ÚLCERAS POR PRESSÃO

É uma lesão com tendência a necrose dos tecidos. É causada pela irrigação sanguínea deficiente, ocasionada por pressão demorada e consequente falta de nutrição dos tecidos. Ocorre nos pacientes com afecções graves do sistema nervoso, sobretudo nos hemiplégicos e paraplégicos, em pacientes em estado de coma ou politraumatizados incapacitados de mover-se na cama. A úlcera de pressão caracteriza-se por uma crosta enegrecida, formada de tecido mortificado, com tendência a eliminar-se. Tende a aumentar de tamanho se a região não for protegida e principalmente, se não for diminuída a pressão sobre o corpo, pela mudança de posição.

Classificação da Úlcera de Pressão

Esta classificação verifica o comprometimento tecidual:

- Estágio I: comprometimento da epiderme;
- Estágio II: comprometimento até a derme;
- Estágio III: comprometimento até o subcutâneo;
- Estágio IV: comprometimento do músculo e tecido adjacente. Causas imediatas
 - Pressão (longas horas na mesma posição)
 - Fricção (rugas e migalhas na roupa de cama, defeitos do colchão)

Umidade (paciente molhado por suor, urina e fezes)

- Falta de asseio corporal
- Aplicação imprópria de aparelhos de gesso ou restrição
- Excesso de calor e frio Cuidados preventivos
- Usar posicionadores e protetores (coxins, colchão caixa de ovo)
- Sentar o paciente fora do leito, com freqüência, sempre que seu estado permitir
- Incentivar deambulação precoce
- Reduzir qualquer pressão sobre pontos do corpo, zelando principalmente pelas proeminências ósseas
- Mudar constantemente de posição
- Manter cama limpa, seca, com lençóis bem esticados
- Zelar pela higiene pessoal
- Realizar massagem com dersani ou creme hidratante
- Executar movimentos passivos
- Incentivar dietas hiperproteícas se não houver restrição CURATIVO

É o tratamento de qualquer tipo de lesão da pele ou mucosa. Sua principal finalidade é a limpeza da lesão, com o menor trauma possível, contribuindo para o processo da cicatrização.

Tipos de curativos

O curativo pode ser :

- a) Aberto: curativos em feridas sem infecção, que após a limpeza podem permanecer abertos, sem proteção de gazes . Exemplo : incisão cirúrgica (cesárea)
- b) Oclusivo: curativo que após a limpeza da ferida e aplicação de medicamentos cpm) é ocluído ou fechado com gazes, micropore ou ataduras de crepe .
- c) Compressivo: é o que faz compressão para estancar hemorragias ou vedar bem uma incisão .
- d) Com Irrigação: utilizado em ferimentos com infecção dentro de cavidades, com indicação de irrigação com soluções salinas .
- e) Com drenagem: são utilizados drenos em ferimentos com grande quantidade de exsudato (Penrose, Kehr), tubular ou bolsas de Karaya.

Medidas de antisepsia:

- Realizar degermação das mãos antes de manipular o material esterilizado
- Diminuir o tempo de exposição da ferida ou dos materiais esterilizados
- Não falar ao manipular o material esterilizado ou fazer o tratamento da ferida estando com infecções das vias aéreas (usar máscara comum)
- Usar máscaras e aventais em caso de exsudato abundante
- Realizar o curativo sempre da região limpa para a contaminada Soluções mais utilizadas:

a) Creme de Sulfadiazina de prata + nitrato de cerium:

- Antisséptico
- Composição: sulfadiazina de prata micronizada e nitrato cerium hexahidratado;
- Ações: eficaz contra uma grande variedade de microrganismos, tais como: bactérias, fungos, protozoários e alguns vírus; promove melhor leito de enxertia e ação imunomoduladora;
- Indicação: tratamento de queimaduras, e feridas que não evoluem com coberturas oclusivas e feridas extensas ;
- Contra-indicação: presença de hipersensibilidade aos componentes;
- Reações adversas: disfunção renal ou hepática, leucopenia transitória
- Troca com período máximo de 24 horas.

b) Placa de Hidrocolóide:

- Composição: possuem duas camadas: uma externa, composta por filme ou espuma de poliuretano, flexível e impermeável à água, bactérias e outros agentes externos; e uma interna, composta de partículas hidroativadas, à base de carboximetilcelulose, gelatina e pectina, ou ambas– que interagem com o exsudato da ferida, formando um gel amarelado, viscoso e de odor acentuado;
- Ações: absorve o excesso de exsudato, mantém a umidade, proporcionam alívio da dor, mantém a temperatura em torno de 37°C ideal para o crescimento celular, promovem o desbridamento autolítico;
- Deve ser aplicada diretamente sobre a ferida, deixando uma margem de 2 a 4cm ao redor da mesma, para melhor aderência;
- Pode ser recortada, não precisa de tesoura estéril pois, as bordas da placa não entraram em contato com o leito da ferida;
- Impermeável a fluidos e microrganismos (reduz o risco de infecção);
- Indicação: feridas com médio exsudato, com ou sem tecido necrótico, queimaduras superficiais.
- Contra-indicação: feridas infectadas e altamente exsudativas;
- Troca: no 7º dia.

c) Grânulos de Hidrocolóide:

- São compostos por partículas de carboximetilcelulose, que, na presença de exsudato, formam um gel na cavidade da ferida;
- Devem ser sempre usados associados à placa de hidrocolóide, pois auxiliam a ação da mesma.
- Devem ser trocados juntamente com as placas;
- Indicação: feridas profundas, cavitárias;

d) Alginato de cálcio:

- Composição: fibras de ácido algínico (ácido gulurônico e ácido manurônico) extraído das algas marinhas marrons (*Laminaria*). Contém também íons de cálcio e sódio;
- Apresenta-se em forma de placa e deve estar associado à gaze aberta ou gaze dupla (cobertura secundária);

Ações: através da troca iônica promove a hemostasia; absorve exsudato, forma um gel que mantém a umidade, promove a granulação, auxilia o desbridamento autolítico;

- Manusear com luvas ou pinças estéreis;
- Pode ser recortado, mas deve-se utilizar tesoura estéril;
- Indicação: feridas infectadas com exsudato intenso com ou sem tecido necrótico e sangramento;
- Contra-indicação: feridas com pouca drenagem de exsudato;
- Troca: cobertura primária até 07 dias ou quando saturar e a troca da cobertura secundária ocorrerá quando a gaze dupla ou aberta umedecer.

e) Carvão ativado e prata:

- Composição: tecido de carvão ativado, impregnado com prata (0,15%) envolto externamente por uma película de nylon (selada);
- Cobertura primária, e estéril; requer uma cobertura secundária (gaze aberta ou dupla);
- Manusear com luvas estéreis;
- Ações: absorção de exsudato, microbicida, eliminação de odores desagradáveis, desbridamento autolítico e manutenção da temperatura em torno de 37° C;
- Indicações: feridas fétidas, infectadas e bastante exsudativas;
- Não pode ser cortado devido a liberação de prata no leito da ferida, o que pode ocasionar queimadura dos tecidos pela prata ou formar granuloma devido resíduos a do carvão;
- Troca: até 07 dias;
- Contra-indicações: ferida com pouco exsudato, com presença de sangramento, exposição óssea e tendinosa e em queimaduras.

f) Hidrogel Amorfo:

- Composto de goma de co-polímero, que contém grande quantidade de água; hoje, alguns possuem alginato de cálcio ou sódio;
- Deve ser usado sempre associado à cobertura oclusivas ou gaze; Ações: mantém a umidade e auxilia o desbridamento autolítico;
- Não adere ao leito da ferida;
- Indicação: fornecer umidade ao leito da ferida;
- Contra-indicações: feridas excessivamente exsudativas. g) Creme Hidratante:
- Composição: 8% de uréia, 5% de glicerina, 3% de óleo de amêndoas doces e ácido esteárico.
- Ação: a uréia presente no creme facilita a penetração de moléculas de água até camadas mais profundas da pele;

- Indicação: hidratação tópica;

- Contra-indicações: pele friável, relato de alergia à qualquer componente do produto. h) PAPAÍNA :

É uma enzima proteolítica extraída do látex da caricapapaya.

Indicação: em todo tecido necrótico, particularmente naqueles com crosta.

Mecanismo de ação: atua como desbridante natural

Modo de usar: preparar a solução (cpm) em frasco de vidro, irrigar a lesão e deixar gaze embebida na solução, ou ainda há os que já vem preparados em pomadas.

Materiais: Pacote de pinças para curativos, SF 0,9 % morno, Seringa de 20 ml, agulhas, algodão umedecido com álcool á 70%, Pacotes com gazes, Micropore e esparadrapo, Tesoura, Luvas de procedimentos e esterilizadas, Proteção para a roupa de cama. Quando indicado pela prescrição médica ou de enfermagem : Almotolia com antissépticos, Pomadas, Cremes, Ataduras. Observação : A solução fisiológica deverá ser aquecida no momento da realização do curativo e desprezada logo após o término . Não reutilizar.

Método:

Explicar o procedimento ao paciente Preparar o ambiente :

- Fechar janelas para evitar correntes de ar e poeira
- Desocupar mesa de cabeceira
- Colocar biombo se necessário
- Separar e organizar o material de acordo o tipo de curativo
- Levar a bandeja com o material e colocar sobre a mesa de cabeceira.
- Descobrir a área a ser tratada com luvas de procedimentos e proteger a cama
- Colocar o paciente em posição apropriada
- Abrir o campo estéril para curativos e sem contaminar colocar os demais materiais esterilizados a serem utilizados.
- Calçar luva esterilizada.
- Se o curativo for com irrigação, limpar a ferida com jatos de SF 0,9% usando a seringa sem agulha (para ocorrer pressão).
- Com auxílio da pinça limpar e secar delicadamente as bordas da ferida, mudando as áreas da gaze. Evitar atrito da gaze com o tecido de granulação para evitar que o mesmo seja lesado.
- Secar o centro da ferida com a gaze realizando movimentos circulares a fim de mudar áreas da mesma.
- Se indicado colocar o medicamento
- Ocluir o curativo
- Deixar o paciente confortável
- Deixar ambiente e materiais em ordem
- Lavar mãos
- Realizar anotações de enfermagem registrando classificação do curativo, quantidade de exsudato, aspecto, odor. Presença de tecido de granulação e condições de pele circundante.

Observações:

- Antes de realizar o curativo observar o estado do paciente, ler as anotações sobre o tipo de curativo e prescrições para verificação de medicamentos.
- Curativos úmidos por secreções, água do banho, devem ser trocados.

- Quando o paciente necessitar de vários curativos, iniciar pela incisão fechada e limpa, seguindo –se as lesões abertas não infectadas e por último os curativos com infecção.

- Em feridas com exsudato, com suspeita de infecção, antes de realizar o curativo pode ser necessário a coleta de material para bacterioscopia (swab)

- Em casos de uso com KmNO4 tomar os seguintes cuidados:

- protege-lo da luz

se acastanhado (o que indica oxidação) despreza-lo e preparar nova solução para uso.

Feridas com drenos

Limpar e secar o dreno e a pele com SF0,9% Colocar uma gaze sob o dreno, isolando-o da pele

Colocar outra gaze sobre o dreno, protegendo-o ou bolsa de karaya conforme indicação. Atentar para que o dreno não apresente dobras para garantir boa drenagem

Anotar volume, aspecto, odores do material drenado.

Verificação De Sinais Vitais (SSVV)

As alterações da função corporal geralmente se refletem nos sinais vitais podendo indicar enfermidade. Por essa razão devemos verificar e anotar com precisão.

Os Sinais Vitais (SSVV) referem-se a :

Temperatura (T), Pulso ou Batimentos Cardíacos (P), Respiração (R), Pressão Arterial (PA)

Materiais: Esfigmomanômetro, Estetoscópio, Termômetro, Recipiente com algodão, Almotolia com álcool á 70%, Relógio com ponteiros de segundos.

Verificação da temperatura

A temperatura corporal pode ser verificada na região axilar, inguinal, bucal ou retal. No entanto no ambiente hospitalar sua verificação é realizada em região axilar. Valor normal 37,2º C

Terminologias específicas

Normotermia : temperatura corporal normal Afebril : ausência da elevação da temperatura

Febrícula : quando a temperatura corporal encontra-se entre 37,3º C a 37,7º C

Hipertermia : quando a temperatura corporal encontra-se acima do valor normal Entre 37,8º a 40, 9º C Hiperpirexia : a partir de 41º C

Hipotermia : temperatura corporal abaixo do valor normal Método:

Explicar o procedimento ao paciente

Realizar a assepsia do termômetro com algodão embebido em álcool á 70%

Em casos de termômetros digitais zera-lo; em caso de termômetros de mercúrio sacudi-lo cuidadosamente até que a coluna de mercúrio desça abaixo de 35ºC

Colocar o termômetro com o bulbo em contato direto com a pele na região axilar Pedir ao paciente para comprimir o braço com a mão ao ombro oposto

Retirar após 3 a 5 minutos Verificar o valor e registrar Comunicar e registrar alterações Realizar assepsia do termômetro Verificação do pulso

O pulso é a onda de contração e expansão das artérias, resultante dos batimentos cardíacos. O valor

normal em adultos é de 60 a 100 bpm.

Artérias mais utilizadas para a verificação do pulso: Radial (pulso)

Braquial (região interna do braço) Carótida (próximo a laringe) Poplítea (atrás do joelho)

Pediosa (dorso do pé).

Terminologias Básicas:

Pulso normocárdico : batimento cardíaco normal

Pulso ritmico : os intervalos entre os batimentos são iguais Pulso arritmico : intervalos entre os batimentos desiguais

Taquisfigmia ou taquicardia : pulso acelerado, acima do valor normal Bradisfigmia ou bradicardia : frequência cardíaca abaixo do valor normal Pulso filiforme : fraco, quase que imperceptível

Método:

Explicar o procedimento ao paciente

Manter o paciente confortável (deitado ou sentado), com o braço apoiado

Colocar os dedos indicador e médio sobre a artéria, fazendo leve pressão (o suficiente para sentir a pulsação)

Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem Contar batimentos em período de um minuto

Repetir contagem, em casos de dúvidas Anotar o valor e comunicar alterações

Observações :

Não usar o polegar para verificação do pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a pulsação do paciente

Aquecer as mãos

Não fazer pressão forte sobre a artéria, pois isso pode impedir de sentir os batimentos

Verificação da respiração

A respiração consiste no ato de inspirar e expirar, promovendo a troca de gases entre o organismo e o ambiente . Valor normal 16 a 20 rpm

Terminologias básicas:

Eupnéia : respiração normal Taquipnélia : respiração acelerada

Bradipnélia : diminuição do número de movimentos respiratórios Apnélia : ausência de movimentos respiratórios

Dispnéia : dor ou dificuldade ao respirar Método:

Deitar o paciente ou senta-lo

Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os dois movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório

Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação Contar os movimentos respiratórios durante um minuto

Anotar o valor

Comunicar e registrar anormalidades Observações:

Não permitir que o paciente fale durante o procedimento Não contar respiração após esforços físicos

Verificação Da Pressão Arterial

A pressão arterial consiste na pressão do fluxo sanguíneo na parede das artérias. Valor normal varia de indivíduo para indivíduo, portanto é difícil definir exatamente.

Terminologias Básicas:

Hipertensão arterial: PA acima da média de 150x90 mmHg

Hipotensão arterial: Pa abaixo da média de 100x60 mmHg

Convergente : quando a sistólica e a diastólica se aproximam. Exemplo: 120x100 mmHg Divergente : quando a sistólica e a diastólica se afastam. Exemplo: 120x40mmHg Método:

Explicar o procedimento ao paciente

Realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio Manter o paciente deitado ou sentado, com o braço apoiado Deixar o braço descoberto, evitando – se compressão

Colocar o manguito 4 cm acima da prega do cotovelo, prendendo-o sem apertar demasiado, nem deixar muito frouxo

Não deixar as borrachas se cruzarem para não ocorrer alterações Colocar o manômetro de modo que fique bem visível

Localizar com o dedo indicador e médio, a artéria braquial Colocar o estetoscópio no ouvido

Fechar a válvula de ar e insuflar rapidamente até 180 ou 200 mmHg

Abrir vagarosamente a válvula, observando o manômetro, os pontos em que são ouvidos os primeiros batimentos

Observar o ponto em que houve desaparecimento dos sons

Retirar todo o ar do manguito, remove-lo e deixar o paciente confortável Anotar os valores

Comunicar e anotar alterações

Realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio Manter materiais em ordem

Observação:

Sendo necessário verificar a PA novamente, manter o manguito no braço sem compressão, em casos de dúvidas repetir verificação (esvaziar completamente o manguito, antes de fazer nova verificação).

Qualquer verificação dos SSVV deve ser realizada com o paciente descansado (aproximadamente 10 minutos) antes da verificação.

Medidas Antropométricas

É o ato de verificar peso e altura .

Finalidade:

Acompanhar o crescimento pondo-estatural

Detectar variações patológicas do equilíbrio entre peso e altura . Método de verificação do peso

Forrar a balança com papel toalha Regular ou tarar a balança

Solicitar ao paciente que use roupas leves

Auxiliar o paciente a subir na balança, sem calçados, colocando-o no centro da mesma, com os pés unidos e os braços soltos ao lado do corpo

Mover o indicador de quilos até a marca do peso aproximado do paciente Mover o indicador de gramas até equilibrar o fiel da balança

Ler e anotar o peso indicado na escala Auxiliar o paciente a descer da balança

Colocar os mostradores em zero e travar a balança Método de verificação de estatura

Colocar o paciente de costas para a escala de medida

Suspender a escala métrica, fazendo com que a haste repouse sobre a cabeça do paciente (cuidadosamente)

Manter o paciente em posição ereta, com a cabeça em posição anatômica com os pés unidos. Travar a haste

Auxiliar o paciente a descer da balança Realizar a leitura e anotar

Destrarvar e descer a haste

Observação : Para verificação de peso e estatura de crianças existem balança e régua apropriada, onde a criança permanece deitada

Alimentação Do Paciente

Sabemos que a alimentação contém nutrientes necessários ao organismo e que a deficiência de vitaminas e nutrientes podem desencadear patologias graves. Sendo a alimentação uma necessidade humana básica, que o alimento possui finalidades importantes no organismo, precisa ser bem digerido e assimilado, a enfermagem deve favorecer cuidados eficientes:

Método para alimentar pacientes acamados, capaz de alimentar-se sozinho

Verificar se a dieta está de acordo a prescrição médica Auxiliar o paciente a sentar-se

Colocar a bandeja sobre a mesa de refeição

Colocar o prato, copos e talheres ao seu alcance, cortar carnes, pães se for necessário

Se o paciente recusar a refeição ou deixar de comer alimentos adequados á sua dieta, persuadi-lo, explicando-lhe o valor dos mesmos

Terminada a refeição, retirar a bandeja e oferecer materiais para higiene oral e lavagem das mãos Deixar o paciente confortável

Registrar alterações observadas

Método para alimentar pacientes acamados, incapazes de alimentar-se sozinho

Verificar se a dieta está de acordo a prescrição

Colocar o paciente em posição de fowler, se não houver contra-indicações Colocar a bandeja sobre a mesa de refeição

Servir pequenas porções do alimento de cada vez, com cuidado e paciênciia, estimulando o paciente a aceitar toda a refeição.

Se o paciente estiver impossibilitado de ver, descrever-lhe os alimentos antes de começar a alimentá-lo. Limpar a boca do paciente, sempre que necessário

Terminada a refeição, oferecer-lhe água Remover a bandeja

Realizar a higiene oral do paciente, deixa-lo confortável e a unidade em ordem

Realizar anotação: hora da alimentação, tipo de dieta, reações do paciente e alterações observadas.
Observações:

Evitar interromper a alimentação do paciente para qualquer outro cuidado Os alimentos quentes devem ser servidos quentes e frios, servidos frios

Servir os alimentos em pequenas porções, dando ao paciente oportunidade de repetir e saborear o alimento

Adequar os alimentos as condições de mastigação

Alimentação Por Gavagem

É o método empregado para introduzir alimentos no estômago, por meio de sonda nasogástrica (SNG), sonda nasoenteral (SNE) ou gastrostomia.

Indicações:

Pacientes inconscientes

Pacientes que recusam alimentação

Cirurgias em cavidade oral que exigem mucosa oral limpa e em repouso Pacientes debilitados ou com impossibilidade de deglutição

Materiais: Suporte para frasco de alimento, Equipo, Frasco com o alimento, Seringa de 20 ml, Estetoscópio, Luvas de procedimentos.

Observação: Quando a dieta for, em quantidade pequena, pode ser introduzida com a seringa sem o êmbolo.

Método:

Explicar o procedimento ao paciente

Preparar o ambiente, desocupando mesa de cabeceira Lavar as mãos e calçar as luvas

Separar e organizar o material, retirando o ar do equipo com a própria dieta

Levar o material para o quarto e colocar o frasco de dieta no suporte, protegendo equipo

Dobrar a extremidade da sonda, adaptar a seringa, aspirar para verificação de conteúdo gástrico. Se houver conteúdos, comunicar a enfermeira ou médico sobre a quantidade e aspecto.

Dobrar extremidade da sonda, retirar a seringa e adaptar o equipo da dieta, controlando gotejamento cautelosamente.

Terminada a introdução do alimento, introduzir o frasco de água a fim de remover partículas que ficaram aderidas.

Fechar a sonda

Deixar o paciente confortável, em decúbito de fowler ou decúbito lateral direito Providenciar a ordem e a limpeza do local

Anotar o cuidado, descrevendo observações. Observações:

Sempre que for conectar ou desconectar seringas ou equipos na sonda do paciente, dobrar a extremidade a fim de prevenir distençao abdominal e flatulência.

Se não houver restrição hídrica, hidratar paciente pela sonda

A dieta administrada lentamente esfria e deterioriza e rapidamente pode ocasionar diarréias.
Proceder da mesma forma para administrar medicamentos pela sonda.

Alimentação Pela Gastrostomia:

Consiste na introdução de alimentos líquidos no estômago, por meio de uma sonda nele colocada através de uma cirurgia na parede abdominal

Observações : Segue materiais e método anterior (SNG ou SNE)

Sondagem Nasogástrica

É a introdução de uma sonda gástrica plástica através da narina até o estômago . Objetivos

Drenar conteúdo gástrico (sonda aberta com coletor) Realizar lavagem gástrica

Administrar alimentos e medicamentos.

Materiais: Sonda gástrica, Lubrificante anestésico (xylocaína gel), 1 seringa de 20 ml, micropore / esparadrapo, gazes, luvas de procedimentos, tesoura, algodão umedecido com álcool á 70%, toalha de rosto ou papel toalha.

Método:

Realizar lavagem das mãos Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente

Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira Colocar o paciente em decúbito de fowler Colocar a toalha sobre o tórax do paciente Calçar as luvas

Medir a sonda do lóbulo da orelha, este até a ponta do nariz, seguindo -se ao apêndice xifóide e marcar com um pedaço de esparadrapo discreto

Passar a xylocaína na sonda a ser introduzida

Fletir a cabeça do paciente para a frente com a mão não dominante, a fim de fechar o acesso da sonda as vias respiratórias

Orientar o paciente que ao sentir a sonda em região orofaríngea o mesmo deve deglutir Introduzir a sonda na narina do paciente até o ponto demarcado

Testar localização da sonda através da aspiração de conteúdos e/ ou ausculta de ruidos em região epigástrica injetando 10 ml de ar com a seringa e auscultando com o estetoscópio

Fixar a sonda de modo que não atrapalhe o campo visual e não traumatize a narina

Recolher o material

Manter ambiente limpo e organizado

Anotar: o procedimento realizado, número da sonda, volume e aspecto de secreções drenadas e intercorrências.

Administração De Medicamentos

A administração de medicamentos é um dos deveres de maior responsabilidade da equipe de enfermagem. Requer conhecimentos de farmacologia e terapêutica no que diz respeito à ação, dosagem, efeitos colaterais, métodos e precauções na administração das drogas.

É de grande utilidade seguir o roteiro para a correta administração de medicamentos:

O paciente tem alguma alergia

Que medicamentos forma prescritos

Existem cuidados de enfermagem específicos na administração destas drogas Cuidados na administração de medicamentos

Ao preparar a bandeja de medicamentos, faze-lo atentamente e não conversar Ler com atenção a prescrição médica, em casos de dúvidas esclarece-las antes Ler o rótulo do medicamento atentamente

Colocar a identificação no medicamento antes de coloca-lo na bandeja Não tocar diretamente em comprimidos, cápsulas ou drágeas Identificar o paciente antes de administrar o medicamento

Lembrar a regra dos 5 certos : medicamento certo, paciente certo, dose certa, hora certa, via certa Checar a prescrição o horário que o remédio foi dado, rubricando ao lado

Quando o medicamento por algum motivo deixou de ser dado, bolar o horário e anotar no prontuário.

Preparo E Administração De Medicamentos Por Via Oral (VO)

Materiais: copinhos descartáveis Método:

Identificar o recipiente com a fita contendo: nome do paciente, número do leito, medicamento, dose, via e hora.

Colocar os medicamentos no recipiente identificado. Dilui-lo quando necessário.

Antes de administrar certificar-se do nome certo do paciente

Colocar o (s) medicamento (s) em sua boca quando o mesmo estiver impossibilitado de faze-lo ou dar o copinho em suas mãos quando estiver possibilidado de faze-lo

Oferecer-lhe água

Verificar se o paciente deglutiui a medicação. Checar

Observação: NUNCA deixar o medicamento sobre a cabeceira do paciente.

Cuidados gerais com drogas administradas por VO Não misturar medicamentos líquidos Medicamentos em pó devem ser diluídos em água

Pacientes inconscientes não devem receber o medicamento por VO

Deve-se dissolver medicamentos para pacientes que apresentam dificuldade de deglutição

Ao administrar digitálicos verificar pulsação . Se estiver abaixo de 60 bpm, não administrar, comunicar a enfermeira ou médico e relatar na anotação de enfermagem.

Preparo e administração de medicamentos por via sub-lingual (SL) Método:

Separar o medicamento

Colocar o medicamento sob a língua do paciente e pedir para abster-se de engolir a saliva até o medicamento se dilua por completo

Checar

Observação: quando o comprimido for em drágeas fura-lo com agulha, utilizando luvas de procedimentos

Preparo E Administração De Medicamentos Por Via Parenteral

É a administração de medicamentos pelas vias : Intradérmica (ID)

Subcutânea (SC) Intramuscular (IM)

Endovenosa (EV) ou Intravenosa (IV)

Complicações Que Podem Ocorrer :

Infecções : podem ser local (urticária) ou sistêmica (sepses) . As infecções podem resultar da contaminação do medicamento ou material .

Fenômenos alérgicos : aparecem em decorrência á susceptibilidade do indivíduo ao produto usado . Pode ser local ou geral

Embolias : resultam da introdução de bolhas de ar, óleos ou cristais das drogas

Traumas : podem ser psicológicos (medo, tensão, choro) ou tissulares (lesões da pele, hematomas, equimoses, dor, parestesias, paralissias, nódulos, necrose)

Preparo Do Medicamento Em Ampola

Certificar-se do medicamento a ser aplicado, dose, via e paciente a que se destina

Antes de abrir a ampola, certificar-se que toda a medicação está no corpo da ampola e não no gargalo Realizar assepsia do gargalo da ampola com algodão embebido em álcool á 70%

Proteger os dedos antes de quebrar a ampola com o próprio algodão Abrir a embalagem da seringa e da agulha na técnica

Mater a seringa com os dedos polegar e indicador e segurar a ampola entre os dedos médio e indicador da outra mão

Introduzir a agulha na ampola e proceder a aspiração do conteúdo, invertendo levemente a ampola, sem encostar em sua borda

Virar a seringa para cima, reencapa-la e expelir o ar

Se a droga for EV, certificar-se que não será preciso o uso de bureta Se a droga for IM, não diluir

Manter agulha protegida com o protetor próprio e o êmbolo da seringa em sua própria embalagem Identificar a seringa e coloca-la na bandeja.

Preparo do medicamento em frasco-ampola

Retirar a parte deslocável da tampa metálica, realizar desinfecção da tampa de borracha com algodão embebido em álcool á 70%

Realizar a assepsia da ampola de diluente (AD) e abri-la. Preparar a seringa com a agulha de maior calibre (40x12)

Aspirar a ampola de AD da ampola e introduzi-la no frasco – ampola

Homogeneizar a solução, fazendo rotação do frasco, evitando-se a formação de espuma. Aspirar o medicamento

Retirar o ar da seringa, não esquecendo de proteger a agulha . Se for intramuscular trocar a agulha por uma própria para administração (30x7).

Administração De Medicamentos Por Via SC

Locais para aplicação

Parte externa e superior dos MMSS Face lateral externa das coxas

Região abdominal com 5 dedos de distância da cicatriz umbilical (alta vascularização)

Materiais: seringa de 1 ml (100UI), agulhas apropriadas (13x3,8 ou 13x4,5), álcool á 70%, algodão, etiqueta com identificação, luvas de procedimentos.

Método:

Preparar a medicação

Explicar o procedimento ao paciente

Expor a área de aplicação e proceder a antisepsia Permanecer com algodão na mão não dominante Segurar a seringa com a mão dominante

Com a mão não dominante, fazer prega na pele Introduzir a agulha em ângulo de 90º

Se não houver contra-indicação, aspirar para verificar se não atingiu vasos sangüíneos Injetar o medicamento

Esvaziada a seringa, retirar rapidamente a agulha e com algodão fazer leve pressão Observar o paciente a fim de perceber alterações

Checar

Observação : realizar rodízios a fim de se evitar lipodistrofia

Administração De Medicamentos Por Via IM

Locais para aplicação

região deltóide (apenas vacinas) região do glúteo

região antero-posterior das coxas vasto lateral da coxa

Método:

Preparar o medicamento

Explicar o procedimento ao paciente e expor a área de aplicação

Com os dedos polegar e indicador segurar o corpo da seringa Com a mão não dominante, proceder a antisepsia do local Ainda com a mão não dominante segurar o músculo firmemente

Introduzir a agulha firmemente com o báculo voltado para o lado, em sentido as fibras musculares Com a mão não dominante, puxar o êmbolo, aspirando verificando se não atingiu vasos sangüíneos Introduzir o medicamento

Terminada a administração retirar agulha rapidamente fazendo leve pressão no local Checar

Administração De Medicamentos Por Via EV

Locais de aplicação

Veias superficiais de grande calibre Método:

Preparar a injeção

Expor a área de aplicação, verificando condições da veia Colocar forro para proteção do leito

Calçar luvas

Garrotear sem compressão exagerada aproximadamente 4 cm do local escolhido

Pedir para o paciente abrir e fechar a mão várias vezes a após fecha-la e conserva-la fechada Realizar a antisepsia do local com movimentos longos e firmes de baixo para cima

Fixar a veia com o polegar da mão não dominante s/n O báculo da agulha deve estar voltado para cima

Evidenciada a presença de sangue pedir para o paciente abrir a mão . Soltar o garrote Injetar o

medicamento lentamente, observando reações do paciente

Terminada a administração, apoiar o local com algodão

Retirar a agulha, comprimir o local e orientar o paciente a permanecer com o braço estendido (não dobrar) Checar

Observações:

Não administrar drogas que contenham precipitados ou flóculos

Não misturar medicamentos na mesma seringa Revezar locais de aplicação

NUNCA dar “tapinhas” para aparecimento das veias (pode lesar o vaso e causar embolias por presença de coágulos)

Administração De Medicamentos Por Via EV Em Pacientes Com Venoclise

Preferencialmente a administração deve ser realizada por infusor lateral (polifix ou torneirinha)

Caso seja equipo simples em scalp :

Fechar equipo e desconectá-lo do scalp e protege-lo evitando -se contaminação do mesmo Adaptar a seringa ou bureta no scalp

Aspirar . Administrar medicamento lentamente

Terminada a aplicação, adaptar novamente o equipo de soro no scalp, evitando a entrada de ar
Controlar gotejamento cpm.

Enemas

É a introdução de solução laxativa no intestino. Indicações:

Ativar funcionamento intestinal melhorando constipação Preparar paciente para cirurgias e exames

Para fins terapêuticos Tipos:

a) Lavagem intestinal ou Enteroclisma : para casos de introdução de grande quantidade de líquidos (1000 a 2000 ml), geralmente gota a gota . Preparado cpm

b) Clister ou fleet – enema : é introduzido em pequenas quantidades (130 ml), geralmente introduzido por material industrializado . Já vem preparado

Materiais: Xylocaína gel, Sonda retal (enteroclisma), Forro de proteção para o leito, Biombo, Equipo (enteroclisma), Comadre, Suporte para o soro (enteroclisma), Frasco de fleet – enema cpm.

Método para aplicação de enteroclisma

Explicar o procedimento ao paciente Colocar o paciente em decúbito de SIMS Colocar o forro sob o paciente

Expor o paciente somente o necessário

Calçar as luvas

Lubrificar a sonda retal com a xylocaína gel, em uma extensão de aproximadamente 5 a 8 cm Retirar o ar da sonda com a própria solução

Afastar a prega interglútea e introduzir a sonda, controlar gotejamento vagarosamente

Quando a solução estiver acabando, pinçar e retirar a sonda, desprezando-a no lixo do banheiro.

Orientar o paciente a reter a solução por alguns minutos, posiciona-lo na comadre se for paciente

acamado ou encaminha-lo ao banheiro se deambular

Providenciar ordem e limpeza do local

Anotar no relatório: hora, efeito (satisfatório ou sem sucesso), aspecto das fezes, reações apresentadas. TRICOTOMIA

É a retirada dos pêlos de uma determinada área, tendo por finalidade manter uma área limpa para determinados procedimentos, facilitando o acesso cirúrgico, permitindo a fixação de curativos, drenos, cateteres e sondas sem tracionar os pelos.

Material .

- cuba rim

- recipiente com água morna

- luvas de procedimento

- aparelho de barbear, com lâmina nova, sabão líquido, papel toalha, Gazes, biombo Método:

Explicar o procedimento ao paciente Preparar o ambiente

Organizar o material

Descobrir a área a ser tricotomizada Calçar as luvas

Com o auxílio da gaze, passar o sabão líquido na área

Esticar a pele com a mão não dominante e com cuidado, raspar os pêlos em delação ao seu crescimento, evitando ferir a pele

Sempre que houver excesso de pêlos no aparelho enxagüá-lo Lavar e secar a região ou encaminhar o paciente ao banho Desprezar a lâmina no descarpack

Deixar o ambiente em ordem

Tirar as luvas e lavar as mãos

Anotar os cuidados prestados e as observações feitas

Materiais: frasco de aspiração, sonda estéril de aspiração, luva esterilizada (traquéia), máscara descartável, óculos protetor , luva de procedimento (nasal e oral), frasco de água destilada

Procedimento:

Lavar as mãos Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente Conectar o frasco de aspiração ao vácuo Conectar a extensão

Abrir a extremidade da embalagem na técnica a extensão

Colocar a máscara e o avental de mangas longas e o óculos protetor Abrir o vácuo

Calçar a luva estéril

Retirar a sonda da embalagem sem contaminá-la segurando-a com a mão dominante Desconectar o aparelho de ventilação

Introduzir a sonda de aspiração sem ocluir o orifício "y"

Ocluir o orifício "y" com o polegar após a introdução da sonda

Retirar a sonda sem fazer movimentos rotatórios (pode lesar traquéia) tracionando-a para fora

Repetir quantas vezes forem necessárias

Realizar aspiração nasal Realizar aspiração oral

Desconectar e desprezar a sonda de aspiração, a luva no lixo infectante.

Manter o vácuo aberto ao término da aspiração, lavar com a AD até total limpeza do circuito.

Recolher o material

Anotar no prontuário: horário, quantidade, aspecto, odor e consistência da secreção aspirada, bem como o padrão respiratório do paciente.

Lavar frasco de aspiração no expurgo

Seqüência de aspiração:

1º traqueostomia ou cânula endotraqueal 2º cavidade nasofaríngea

3º cavidade oral

Verificação De Glicemia Capilar

Teste realizado para identificar a taxa de glicose através da gota de sangue, utilizando glicômetro.

Materiais: glicômetro, 1 lanceta, lancetador / caneta, luvas de procedimento, algodão umedecido com álcool á 70 %, fita teste

Procedimento

Reunir o material

Armar o lancetador e adaptar a lanceta Explicar o procedimento ao paciente

Escolher o local mais adequado para a punção (face lateral da polpa digital) Conectar a fita no glicômetro

Realizar a antisepsia do local e disparar o lancetador Colocar a gota de sangue no local indicado na fita teste Realizar a leitura do resultado

Retirar a fita e desprezá-la juntamente com a lanceta Realizar a desinfecção do glicômetro

Registrar o resultado no prontuário Checar o procedimento

Valor normal : 70 a 110 mg / dl Comunicar alterações

Verificação De Glicosúria E Cetonúria

É a realização do teste através da fita reagente para detecção indireta de glicose e/ ou cetona presentes na urina.

Materiais: luvas de procedimentos e fita reagente

Método:

Higienizar as mãos.

Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente Calçar luvas

Coletar a urina em recipiente

Imergir a área reagente da fita na urina retira-la em seguida

Aguardar o tempo determinado para a leitura, conforme orientação do fabricante

Comparar a cor da área reagente com a escala de cores impressas no rótulo do frasco e realizar a leitura Recolher o material

Anotar o resultado no prontuário, comunicando alterações.

Troca De Água Do Frasco De Drenagem De Tórax (Selo D'água)

É o procedimento de substituição do líquido drenado no frasco do dreno de tórax por água destilada estéril Objetivo:

Manter fluxo de drenagem

Permitir a mensuração do líquido drenado

Materiais: Esparadrapo, Frasco de AD estéril 500ml, Cortoplast, Luvas de procedimentos, Algodão umedecido com álcool á 70 %, Cálice graduado.

Método:

Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente

Higienizar as mãos realizar a desinfecção do frasco de AD com o algodão e álcool Abrir o frasco com o cortoplast

Calçar as luvas Pinçar o dreno

Abrir o frasco de drenagem

Retirar a tampa segurando com cuidado para não contaminar a ponta interna do frasco Desprezar o conteúdo no cálice graduado, verificando volume e aspecto do resíduo drenado

Colocar a AD no frasco, fazendo movimentos circulares para desprender qualquer material que esteja aderido a parede do frasco

Desprezar este conteúdo no cálice

Repetir o processo

Colocar 100 ml de AD no frasco para a realização do selo d'água

Colocar a tampa do frasco de drenagem imergindo a ponta interna na água, Despinçar a extensão do dreno

Colocar uma fita de esparadrapo no lado externo do frasco, marcando o nível de água com a caneta . Anotar data, hora da troca

Recolher materiais, manter local limpo e organizado

Anotar no prontuário : o procedimento realizado, aspecto, volume e intercorrências Observações :

Deve haver borbulhamento, caso contrário comunicar e anotar

Ao medir o volume, não esquecer de subtrair o volume da AD colocada anteriormente Por segurança, é recomendado que o procedimento seja realizado por duas pessoas

Documentação

Prontuário Médico

É o conjunto de documentos escritos que identificam o paciente, registram a evolução da doença, os

tratamentos prescritos e cuidados de enfermagem executados, bem como condições de alta, transferências.

Nele deve ser registrado a descrição concisa da história clínica do paciente e da família, seus hábitos e antecedentes pessoais, sua condição física e estado mental, diagnóstico médico e de enfermagem e o resultado de exames realizados. O prontuário é útil para o paciente, equipe médica, equipe da enfermagem e outros profissionais envolvidos no processo de atendimento.

Valor do prontuário médico

Auxilia no diagnóstico e tratamento Constitui valioso material para ensino

Oferece dados e informações para pesquisas e estatísticas É documento para fins legais

Anotação de Enfermagem

Consiste nos registros realizados pela equipe de enfermagem, em impresso próprio, a respeito dos cuidados prestados ao paciente. A anotação de enfermagem faz parte do prontuário médico sendo considerada um documento legal, por ser o testemunho escrito da prática de enfermagem. Todas as informações contidas nele são utilizadas pela equipe de saúde durante o tratamento.

Finalidade:

Estabelecer comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais. Servir de base para elaboração de cuidados

Acompanhar evolução do paciente

Constituir documento legal para o paciente ou equipe de enfermagem referente à assistência prestada Contribuir para a auditoria de enfermagem

Colaborar para ensino e pesquisa

O que anotar :

Condições físicas

- estado da pele : coloração, presença de lesões, ressecamento, turgor cutâneo
- possibilidades de locomoção

Manifestações emocionais

- alegria, tristeza, temor, ansiedade, agitação, lucidez, confusão mental

O que o paciente mantém

- soro, cateteres, sondas

Procedimentos realizados

- banho, curativos, medicamentos

Aceitação alimentar (desjejum, almoço, lanche, jantar)

- boa aceitação, recusa, aceitação parcial Intercorrências (e a quem foi comunicado)
- algias, êmese, sangramentos, entre outros eliminações fisiológicas (diurese e evacuação)
- aspecto, quantidade, odor, presença de muco, sangue, coloração

Por ser um documento legal, a anotação de enfermagem deve obedecer a alguns cuidados para o registro :

Usar letra legível

Escrever com caneta (nunca á lápis) de cor azul ou vermelha de acordo a instituição Registrar horários

Anotar todo procedimento prestado

Ser claro, objetivo Se errar, não rasurar

A descrição deve ser concisa (resumida e exata) Usar abreviaturas padronizadas

Não deixar espaços nem pular linhas

Identificar com nomes as pessoas que deram informações. Ex : a mãe Registrar medidas de segurança adotadas para proteger o paciente

Fechar com um traço espaço de linhas, assinar carimbar em caso de funcionário. Em caso de alunos assinarem e colocar o nome do colégio.

Passagem De Plantão

A passagem de plantão tem como objetivo assegurar o fluxo de informações entre as equipes de enfermagem, nos diferentes turnos, que se sucedem no período de 24 horas . Pode ser considerada um elo de ligação no processo de trabalho da enfermagem com o outro turno subsequente . É esta ligação que assegura a continuidade da assistência.

Admissão Hospitalar

Regras gerais

A maneira de receber um paciente depende da rotina de cada hospital. Em caso, porém, o atendimento deverá ser afável e gentil, sendo realizado por alguém que possa dar todas as informações necessárias.

Deve-se :

Mostrar as dependências do setor e aposento, explicando as normas e rotinas sobre :

- horário de banhos, refeições, visitas médicas, visitas de familiares, repouso, recreação, serviços religiosos, pertences pessoais necessários.

- Relacionar e guardar roupas seguindo a rotina do local.
- Entregar pertences de valores á família, anotando no prontuário.
- Apresenta-lo á companheiros de quarto.
- Se necessário, encaminha- lo ao banho e vestir roupas apropriadas.
- Preparar o prontuário.

- Comunicar serviço de nutrição e demais serviços interessados. Verificar SSVV, peso, altura e anotar.

Fazer anotações de enfermagem referentes a :

- hora de entrada
- condições da chegada (deambulando, de maca, cadeira de rodas, acompanhamento)
- sinais e sintomas observados
- orientações dadas

- alergias e uso de medicamentos de rotina
- se apresenta patologias (diabetes, hipertensão arterial, entre outros)
- se foi realizada cirurgias anteriores

Alta Hospitalar

A alta do paciente, em decorrência a implicações legais, deve ser dada por escrito e assinada pelo médico . Tipos

- a) Alta hospitalar por melhora : aquela dada pelo médico porque houve melhora do estado geral do paciente, sendo que este apresenta condições de deixar o hospital
- b) Alta a pedido : aquela em que o médico concede a pedido do paciente ou responsável, mesmo sem estar devidamente tratado. O paciente ou responsável por ela assina o termo de responsabilidade.
- c) Alta condicional ou licença médica : aquela concedida ao paciente em ocasiões especiais, com a condição de retornar na data estabelecida (dia das mães, pais, natal, entre outros) . Também deve ser assinado o termo de responsabilidade .

Papel Da Enfermagem

Avisar o paciente após alta registrada em prontuário pelo médico

Orientar o paciente e familiares sobre cuidados precisos pós alta (repouso, dieta, medicamentos, retorno) Preencher pedido de alta (de acordo regras da instituição)

Providenciar medicamentos (conforme regulamento da instituição) Reunir pertences do paciente e providenciar suas roupas

Auxilia-lo no que for necessário Realizar anotações de enfermagem contendo :

- hora de saída
- tipo de alta
- condições do paciente
- presença ou não de acompanhante
- orientações dadas
- meio de transporte (ambulâncias, carro próprio)

Preparar prontuário e entrega-lo conforme rotina da instituição

Transferência

É realizada da mesma forma que a alta . Deve-se avisar os diversos serviços, conforme rotina . A unidade para onde o paciente está sendo transferido deverá ser comunicada com antecedência, a fim de que esteja preparada para receber-lo. O prontuário deve estar completo e ser entregue na outra unidade. O paciente será transportado de acordo às normas da instituição e seu estado geral.

Ordem E Limpeza

Limpeza é a eliminação de todo o material estranho (resíduos, material orgânico, poeiras, entre outros), com uso de água, detergentes e ação mecânica . A limpeza antecede os procedimentos de desinfecção e esterilização. Os hipocloritos são desinfetantes amplamente utilizados, porém podem ser inativados na presença de sangue ou outra matéria orgânica, daí a necessidade de limpeza anterior. O Serviço de Limpeza é de grande interesse nos hospitais e demais Serviços de Saúde, não

só porque essa é a primeira impressão do serviço ao paciente, mas também pela importância no controle de infecções hospitalares . A enfermagem deve participar ativamente na manutenção da ordem e limpeza, quer atuando diretamente ou orientando o pessoal responsável por esse trabalho.

Limpeza geral ou terminal

É realizada pela equipe da limpeza . Consiste na limpeza geral e total do quarto e leito do paciente. Nesta limpeza, a enfermagem participa retirando mobiliários do quarto, limpando-os e recolocando-os novamente ao quarto.

Indicações:

Quando ocorre óbito

Quando o paciente é transferido para outra unidade Quando o paciente tem alta hospitalar

Quando o paciente é acamado deve ser realizada a cada 15 dias, dependendo do caso, uma vez por semana Limpeza diária ou concorrente

É realizada diariamente . Consiste na limpeza de partes do imobiliário do local, como cabeceira da cama do paciente, mesa de cabeceira, cadeiras, poltronas, posto de enfermagem, mesas, cadeiras, bandejas, pias, entre outros .

Objetivos:

Manter o local limpo e organizado

Impedir propagação de microorganismos no local Materiais: Álcool a 70%, Panos de limpeza.

CUIDADOS COM RESÍDUOS

O destino dos resíduos merece atenção especial, não por se constituir fonte de infecção, mas também pela possibilidade de reciclagem .

Baseado na ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) devem ser divididos em :

a) Resíduos Infectantes : acondicionar em saco plástico branco leitoso, com símbolo de infectante . Exemplo : materiais com material orgânico, como : swab, compressas, drenos, curativos, etc . . .

b) Resíduos Comuns : acondicionar em saco plástico comum preto. Exemplo : papel toalha, restos de alimentos, copos descartáveis, entre outros . . .

Materiais infectados e perfurocortantes

A preocupação dos profissionais de saúde com os perfurocortantes é antiga, pois estes representam riscos potenciais aos trabalhadores da área.

Tipos de coletores

O mais comumente utilizado em hospitais sã os Descartex ou Descarpack . São caixas de papelão, amarelo, montados com proteções que evitam a liberação de materiais contaminados para seu exterior.

Causas mais frequentes de acidentes ocupacionais

Locais inadequados para a fixação de coletores Descarte inadequado

Reencapamento de agulhas usadas Falhas técnicas no procedimento Recomendações

Não ultrapassar linha demarcatória da caixa

Após preenchimento, fechar a caixa e segura-la pelas alças

Posicionar a caixa em suporte adequado, evitando-se coloca-la no chão enquanto estiver sendo

usada

O coletor não deve ser posicionado muito alto, ou seja acima dos olhos do profissional . Deve –se mantê-lo na altura dos olhos

Manter o coletor fora do alcance de respingos, ou seja, afastado de pias, torneiras e saídas de líquidos.

Cateterismo Vesical

É a introdução de um cateter ou sonda, através da uretra até a bexiga, para esvaziamento vesical .

Cateterismo vesical de alívio

É a introdução de um cateter, sem “cuff”, através da uretra até a bexiga, para esvaziamento vesical momentâneo .

Objetivos:

Promover esvaziamento vesical na retenção urinária (neurológicas e pós anestésicas)

Realizar coleta de amostra de urina para exames

Materiais:

Luva estéril, Cateter vesical com calibre adequado ao paciente, Seringa de 20 ml (sexo masculino), Xylocaína gel, Pacote de cateterismo vesical (contem cuba rim, cúpula, pinça), Pacotes de gazes estéreis, Almotolia com antisséptico (PVPI) Polividine tópico, Comadre, Biombo s/ n, Agulha 40x12.

Método

Lavar as mãos Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente

Abrir campo estéril entre os MMII do paciente que deve permanecer em decúbito dorsal e colocar nele as gazes, seringa, agulha, sonda, com cuidado para não contaminar.

Desprezar uma porção de PVPI no lixo a fim de desinfetar ponta da almotolia Colocar uma proporção na cúpula

Calçar luvas esterilizadas na técnica adequada

Realizar antisepsia da região perineal (conforme técnica de higienização perineal demonstrada em banho no leito masculina ou feminina), com as gazes embebidas na solução com auxílio da pinça

No sexo masculino: colocar 20 ml de xylocaína gel na seringa, colocar agulha e retirar o ar . Retirar a agulha, introduzir a xylocaína na uretra.

No sexo feminino : manter paciente em posição dorsal com os MMII flexionados, lubrificar com a xylocaína

o cateter

Introduzir sonda na uretra por aproximadamente 10 cm, utilizando mão dominante estéril Observar o retorno da urina

Retirar e desprezar o cateter ao término da drenagem Recolher material, deixando local limpo e organizado

Registrar : o procedimento, calibre do cateter utilizado, aspecto, volume da urina e intercorrências

Cateterismo vesical de demora

É a introdução de um cateter com “cuff”, através da uretra até a bexiga, para esvaziamento vesical permanente.

Objetivos

Controlar debito urinário

Manter pertuito uretral nas obstruções urinárias anatômicas ou funcionais prolongadas Realizar irrigação vesical em casos de cirurgias da próstata Instilar medicamentos na bexiga

Materiais:

Luvas estéreis, Sonda de Foley 2 vias, Seringa de 20 ml (sexo masculino), Agulha 40x12, 1 ampola de AD, Xylocaína, pacote de cateterismo vesical, gazes estéreis, almotolia com PVPI, coletor de urina sistema fechado, micropore / esparadrapo, tesoura

Método:

Lavar as mãos Reunir o material

Explicar o procedimento ao paciente

Abrir pacote contendo o coletor sistema fechado e deixa-lo preso no leito

Manter paciente em posição dorsal (sexo feminino com MMII flexionados e afastados; sexo masculino MMII estendidos e afastados)

Abrir campo entre os MMII e nele colocar todos os materiais estéreis a serem utilizados Desprezar PVPI em lixo e após colocar uma proporção na cúpula

Calçar luvas estéreis Testar cuff da sonda

Realizar a antisepsia da região com gazes embebidas na solução com auxílio da pinça utilizando as técnicas anteriores

No sexo masculino injetar 20 ml de xylocaína conforme técnica anterior Em sexo feminino lubrificar a sonda na xylocaína

Introduzir o cateter até a saída da urina, dobrar sonda

Retirar a tampa de proteção da extremidade do coletor de urina e conecta-lo a sonda Aspirar 10 ml de AD e inflar o cuff

Tracionar o cateter até perceber a resistência do balão Fixar a sonda sem traciona-lo

Manter local limpo e organizado

Registrar o procedimento aspecto e volume da urina e intercorrências

Preparo Do Corpo Pós Morte

É o preparo feito no corpo após constatação do óbito Objetivo:

Manter o corpo livre de odores, evitando extravasamento de secreções Vestir o corpo

Posicionar de forma anatômica, antes da rigidez

Materiais: 2 rolos de ataduras de crepe , Algodão, gaze não estéril, Esparadrapo, luvas de procedimentos, 1 pinça cheron, avental de manga longa

Procedimento:

Reunir o material

Explicar o procedimento á família Manter privacidade do local e corpo

Colocar o avental e calçar luvas de procedimento

Retirar travesseiros, deixando o corpo em decúbito dorsal Retirar sondas, cateteres, ocluindo os orifícios com gaze Higienizar o corpo S/N

Tamponar ouvidos, nariz, orofaringe, região anal e vaginal e garrotear região peniana com gaze
Vestir o corpo

Imobilizar mandíbula, pés, mãos, usando ataduras

Colocar o corpo sobre a maca, sem colchão, cobri-lo com lençol Desprezar luvas e avental

Higienizar as mãos

Transportar o corpo ao necrotério

Anotar no prontuário o procedimento realizado

OBS : Se o paciente fizer uso de próteses coloca-la imediatamente após o óbito Manter pálpebras fechadas, com a fita adesiva. O corpo não deverá ser tamponado quando houver restrição religiosa (judaica) ou se houver necessidade de necropsia.

Terminologias Básicas

- Abscesso : acúmulo de pus numa cavidade
- Afasia : dificuldade em falar
- Anorexia : falta de apetite
- Anúria : ausência de urina na bexiga
- Caquexia : emagrecimento intenso e generalizado
- Cefaléia : dor de cabeça
- Cianose : coloração arroxeadas de pele e mucosas
- Colostomia : abertura cirúrgica da parede abdominal com exteriorização do cólon para eliminação de fezes
- Diurese : volume urinário
- Disfagia : dificuldade para deglutiir
- Disúria : dor á micção
- Evacuação : fezes
- Êmese : vômito
- Exsudato : secreção
- Enterorragia : fezes com presença de sangue vivo
- Hematomas : manchas arroxeadas em decorrência extravasamento de sangue abaixo da epiderme
- Hematúria : urina com presença de sangue
- Hematêmese : vômito com presença de sangue

- Hemoptise : escarro com sangue
- Hiperemia : rubor, em uma região do corpo
- Icterícia : coloração amarelada de pele e mucosas
- Flebite : inflamação de uma veia
- Melena : fezes com presença de sangue digerido
- Micção : ato de urinar
- Necrose : morte do tecido com apresentação de tecido enegrecido
- Odor : cheiro
- Oligúria : diminuição do débito urinário (100 a 500 ml / 24 horas)
- Poliúria : aumento do volume urinário
- Polaciúria : aumento das micções
- Piúria : urina com presença de pús
- Sialorréia : salivação em excesso
- Sinais flogísticos : sinais de infecção (rubor, calor, dor, presença de secreção, edema)
- Úlcera : perda de substância do revestimento cutâneo ou mucoso
- Débito bilioso : débito esverdeado (bile).

Siglas Padronizadas

SSVV – sinais vitais

- PA – pressão arterial
 - P – pulso
 - T – temperatura
 - R – respiração
 - MMSS – membros superiores
 - MMII – membros inferiores
 - MSD – membro superior direito
 - MSE – membro superior esquerdo
 - SVD – sonda vesical de demora
 - SVA – sonda vesical de alívio
 - SNG – sonda nasogástrica
 - SNE – sonda nasoenteral
- BI – bomba de infusão

Aferição De Sinais Vitais

Os sinais vitais são indicadores das funções vitais e podem orientar o diagnóstico inicial e o acompanhamento da evolução do quadro clínico do paciente. São eles: Pressão arterial; Pulso; Respiração; Temperatura.

Os sinais vitais são medidos para estabelecer os padrões basais, observar tendências, identificar problemas fisiológicos e monitorar a resposta do paciente ao tratamento.

Pressão arterial: A pressão arterial (PA) é a pressão exercida pelo sangue no interior das artérias. Depende da força desenvolvida pela sístole ventricular, do volume sanguíneo e da resistência oferecida pelas paredes das artérias. O sangue sempre está sob pressão no interior das artérias. Durante a contração do ventrículo esquerdo (sístole) a pressão está no seu valor máximo, sendo chamada pressão sistólica ou máxima. Durante o relaxamento do ventrículo esquerdo (diástole) a pressão está no seu valor mínimo ou basal, sendo chamada pressão diastólica ou mínima.

A **pressão arterial** é medida em milímetros de mercúrio (mmHg). O primeiro número, de maior valor, corresponde à pressão sistólica, enquanto o segundo, de menor valor, corresponde à pressão diastólica. Não há um valor preciso de pressão normal, mas, em termos gerais, diz-se que o valor de 120/80 mmHg é o valor considerado ideal para um adulto jovem, entretanto, medidas até 140 mmHg para a pressão sistólica e 90 mmHg para a diastólica também podem ser aceitas como normais.

A posição em que o paciente se encontra (em pé, sentado ou deitado), atividade física recente e manguito inapropriado também pode alterar os níveis da pressão. Pacientes, particularmente, sob o risco de alteração dos níveis tencionais, são aqueles: com doença cardíaca, doença renal, diabetes, hipovolemia ou com lesão craniana ou coluna espinhal.

O local mais comum de verificação da pressão arterial é no braço, usando como ponto de auscultação a artéria braquial. Os equipamentos usados são o esfigmomanômetro e o estetoscópio.

Pulso: Pulso é a onda provocada pela pressão do sangue contra a parede arterial cada vez que o ventrículo esquerdo se contrai. Em locais onde as artérias de grosso calibre se encontram próximas à superfície cutânea, pode ser sentido à palpação. Cada onda de pulso sentida é um reflexo do débito cardíaco, pois a frequência de pulso equivale à frequência cardíaca. Débito cardíaco é o volume de sangue bombeado por cada um dos lados do coração em um minuto.

• **Taquicardia:** é o aumento da frequência cardíaca (acima de 100 bpm nos adultos).

• **Bradicardia:** é a diminuição da frequência cardíaca (abaixo de 60 bpm nos adultos).

Os melhores locais para se palpar o pulso são onde artérias de grosso calibre se encontram próximas à superfície cutânea e possam ser comprimidas contra uma superfície firme (normalmente um osso). As artérias radiais, ao nível dos punhos, são mais comumente usadas na checagem do pulso em vítimas conscientes.

As artérias carótidas, ao nível do pescoço, são normalmente usadas para palpação do pulso em vítimas inconscientes. Pode-se também sentir o pulso palpando as seguintes artérias: femoral, na raiz da coxa, braquial no braço, axila na axila, e pedioso no dorso do pé. Também podemos medir o pulso pela auscultação cardíaca, no ápice ou ponta do coração, no lado esquerdo do tórax, levemente abaixo do mamilo (pulso apical).

Respiração: é o processo através do qual ocorre troca gasosa entre a atmosfera e as células do organismo. A frequência respiratória normalmente é verificada através da inspeção visual, observando-se as expansões e contrações do tórax, também, pode ser palpada pelo tato, colocando-se as mãos sobre o tórax do paciente. A avaliação da respiração inclui: frequência respiratória (movimentos respiratórios por minuto – rpm), caráter (superficial e profunda) e ritmo (regular e irregular). Deve se avaliar sem que a vítima perceba, preferencialmente enquanto se palpa o pulso radial, para evitar que a vítima tente conscientemente controlar a respiração.

Temperatura: Existem vários fatores que influenciam no controle da temperatura corporal, sendo influenciada por meios físicos e químicos e o controle feito através de estimulação do sistema nervoso.

A temperatura reflete o balanceamento entre o calor produzido e o calor perdido pelo corpo. A temperatura do corpo é registrada em graus Celsius (centígrados).

O termômetro clínico de vidro, mais usado, tem duas partes: o bulbo e o pedúnculo. O bulbo contém mercúrio; um metal líquido, o qual se expande sob a ação do calor e sobre pelo interior do pedúnculo, indicando a temperatura em graus e décimos de graus. Normalmente os termômetros clínicos são calibrados em graus e décimos de graus, na faixa de temperatura de 35 °C a 42°C. Não é necessária uma faixa de temperatura mais ampla, pois raramente o ser humano sobrevive com temperatura corporal fora desta faixa.

O índice normal de temperatura é de 37 °C, admitindo-se variações de até 0,6 °C para mais ou para menos. As crianças têm temperaturas mais altas que os adultos, porque seu metabolismo é mais rápido. Tem-se observado que a temperatura do corpo é mais baixa nas primeiras horas da manhã, e mais alta no final da tarde ou no início da noite.

A temperatura corporal pode ser medida nos seguintes locais:

- **Boca – Temperatura Oral:** Coloca-se o termômetro de vidro sob a língua do paciente, na bolsa sublingual posterior, mantendo o termômetro por 3 a 8 minutos com lábios fechados. O método oferece temperatura central e é indicado para aqueles que respiram pela boca com suspeita de infecção grave.
- **Canal anal – Temperatura Retal:** Para o adulto, inserir 03 centímetros do termômetro lubrificado no ânus. Não forçar o termômetro. Mantê-lo no local de 2 a 4 minutos. É contra-indicado após cirurgia do reto ou ferimento no reto e em pacientes com hemorróidas.
- **Axila – Temperatura axilar:** Mais utilizado, tendo em vista a facilidade. Coloca-se o termômetro no centro da axila, mantendo o braço do paciente de encontro ao corpo, e mantê-lo ali de 3 a 8 minutos. O método é conveniente, mas é contra-indicado para crianças pequenas; em pacientes com estado mental alterado, trauma facial ou distúrbio convulsivo; após fumar ou beber líquidos quentes ou frios; durante administração de oxigênio por cânula ou máscara; e na presença de sofrimento respiratório.

Aferição De Sinais Vitais: Um Indicador Do Cuidado Seguro Em Idosos

Os sinais vitais (SSVV) são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Podem servir como mecanismos de comunicação universal sobre o estado do paciente e da gravidade da doença. Esses parâmetros, medidos de forma seriada, contribuem para que o enfermeiro identifique os diagnósticos de enfermagem, avalie as intervenções implementadas e tome decisões sobre a resposta do paciente à terapêutica.

No contexto da assistência aos idosos, os SSVV são indicadores que merecem atenção especial, devido à grande variação em sua saúde fisiológica, cognitiva e psicosocial. Os SSVV incluem a aferição fisiológica da pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura.¹

A aferição da pressão arterial no idoso deve ser feita com os mesmos cuidados destinados para os adultos jovens. Seus valores podem ser tecnicamente mensuráveis com o auxílio de esfigmomanômetros e estetoscópios.³ Conforme consta nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,⁴ as medidas de pressão arterial são satisfatórias quando a pressão arterial sistólica apresenta-se com valores abaixo de 130 mmHg e a pressão arterial diastólica valores abaixo de 85 mmHg. A frequência cardíaca é rotineiramente avaliada pelo pulso radial por um período de 60 segundos e a sua normalidade se mostra na faixa de 60-100 batimentos por minuto. A frequência respiratória tem significado semiológico quando superior a 24 incursões respiratórias por minuto.³ A temperatura corporal apresenta faixa de normalidade entre 36 a 37°C.

Acompanhar esses parâmetros é importante pelo elevado risco de alterações nos seus limites em decorrência do envelhecimento, considerada a fase de maior vulnerabilidade tanto pela idade, quanto pelas comorbidades. Devido à perda de mecanismos homeostáticos de proteção relacionados à senescência, os idosos estão sujeitos a agravos com danos, o que contribui para o aumento do tempo de permanência e os custos com serviços de saúde.

O intuito da avaliação seriada dos SSVV é contribuir na prevenção de danos e identificação precoce à ocorrência de eventos que possam afetar a qualidade das ações cuidativas. Além disso, auxilia na

redução dos riscos, ao mínimo aceitável, de danos desnecessários associados à assistência à saúde,¹¹ por meio do alcance da qualidade e da segurança do paciente, atributos prioritários para todos os profissionais envolvidos no processo do cuidar.

A aferição e registro completos continuam sendo grande desafio à equipe de enfermagem e aos serviços de saúde. Falhas nas anotações dos SSVV em prontuários prejudicam a veiculação das informações, comprometendo a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem e a perspectiva de cuidado do paciente. Contudo, no cuidado aos idosos, esperamos que os profissionais de saúde considerem a observação e as relações paciente-profissional para além dos parâmetros tradicionais, devido à vulnerabilidade e especificidade associadas às mudanças decorrentes do envelhecimento.

Mesmo com a obrigatoriedade legal da equipe de enfermagem em registrar todas as atividades desenvolvidas na assistência ao paciente, de forma clara, completa, padronizada e identificada em prontuário,¹⁵ há a necessidade de avaliação rigorosa dos registros consistentes na prática de enfermagem, a fim de evitar potenciais danos aos pacientes. Estudos mostram que os idosos estão mais sujeitos aos incidentes, e relatam ainda que, antes da ocorrência de um evento, ocorreram registros incompletos dos SSVV, com destaque para a frequência respiratória, que usualmente é o sinal vital menos documentado.

Estudo em andamento sobre análise de registros de 260 internações de idosos em uma clínica cirúrgica identificou 5.321 incidentes, dentre os quais 71% eram referentes à anotação incompleta de SSVV. Chamou a atenção principalmente, o não registro da frequência respiratória (39,4%). A literatura também evidencia a aferição incompleta dos SSVV em idosos nesse mesmo contexto.

A aferição dos SSVV parece simples, mas pode interferir na evolução e desfecho do quadro clínico e cirúrgico dos pacientes. É uma atividade independente e rotineira da enfermagem, pois não requer aparelhagem específica e o seu produto é utilizado por todos os demais profissionais da equipe de saúde. Para tanto, surge o questionamento sobre as razões desta realidade, já que a enfermagem também é responsável pela assistência individualizada e por práticas seguras.

Diante dessa realidade, a compreensão dos fatores que influenciam a aferição e o registro incompleto dos SSVV em idosos torna-se imprescindível, considerando a susceptibilidade desse segmento populacional e a severidade do fato, para que se possa refletir e direcionar estratégias que propiciem a incorporação de práticas seguras, visando à qualidade dos serviços de assistência à saúde. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi analisar a importância atribuída, as barreiras e os benefícios percebidos pela equipe de enfermagem, relacionados ao registro dos parâmetros dos SSVV em idosos hospitalizados.

Metodologia

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em junho de 2014, em hospital universitário da região centro-oeste do Brasil, referência para a realização de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade.

A população do estudo contemplou 13 profissionais da equipe de enfermagem, quatro enfermeiros e nove técnicos de enfermagem. A seleção foi aleatória, por sorteio, mediante escala de serviço, em diferentes turnos de trabalho para assegurar a participação de profissionais atuantes em diferentes momentos.

O total de participantes foi definido por meio da saturação das falas, de acordo com cada temática abordada. A inclusão de novos participantes não contribuiria de forma significativa para o aperfeiçoamento da reflexão sobre a temática.^x

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas individuais, em local privativo, que foram gravadas com consentimento prévio e norteadas pelos seguintes questionamentos: "Em sua opinião, qual a importância da aferição dos sinais vitais em idosos na sua prática cotidiana?"; "Quais são os fatores facilitadores e dificultadores desta prática em seu ambiente de trabalho?".

Os dados foram transcritos na íntegra para formar o corpus de análise e codificados com a letra E, seguido de um número cardinal, conforme a ordem da coleta de dados.

Realizamos a leitura exaustiva do material transscrito buscando realizar a análise de conteúdo,²⁸ modalidade temática, que sugere a identificação de categorias a partir da pré-análise, exploração do material, tratamento, inferência e interpretação dos resultados. As categorias temáticas foram pré-determinadas conforme o Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock,²⁹ que propõe a análise em quatro dimensões:

Susceptibilidade percebida: refere-se à percepção subjetiva do risco de a pessoa contrair determinada condição ou doença.

Severidade percebida: é avaliada tanto pelo grau de estimulação emocional criado em torno dela, como pelas consequências biológicas, sociais, emocionais e financeiras que poderá acarretar.

Benefícios percebidos: referem-se à crença na efetividade da ação e na percepção dos resultados positivos e das barreiras percebidas.

Barreiras percebidas: diz respeito aos aspectos negativos percebidos pelo indivíduo em relação às ações em saúde. Ele pode perceber essas ações como caras, inconvenientes, desagradáveis, dolorosas ou que exigem tempo disponível. Essas qualificações das ações se tornam barreiras e criam motivos conflitantes.

Esse estudo está vinculado ao projeto "Análise das ocorrências de eventos adversos em um hospital da rede sentinel na região centro-oeste", aprovado pelo comitê de ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob protocolo n. 064/2008. Os aspectos éticos seguiram as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.³⁰

Resultados E Discussão

Participaram do estudo nove técnicos de enfermagem, sendo dois homens e sete mulheres; e quatro enfermeiros, sendo dois homens e duas mulheres. A idade variou entre 24 e 58 anos e quatro atuavam no período noturno. O tempo de trabalho na instituição para quatro profissionais foi de até cinco anos, quatro possuíam entre seis e 11 anos e cinco tinham 12 anos ou mais; cinco possuíam mais de um vínculo empregatício.

As dimensões do Modelo de Crenças em Saúde deram origem a duas categorias e quatro subcategorias:²⁹ "monitorização de sinais vitais em idosos" tendo como subcategorias "necessidade de controle do estado clínico" e "vulnerabilidade do estado clínico". "segurança no cuidado ao idoso", com as subcategorias "escassez de pessoal e material" e "atitudes pessoais para a continuidade do processo".

Monitorização De Sinais Vitais Em Idosos

A monitorização dos SSVV se refere ao acompanhamento e controle dos parâmetros relacionados à pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura dos pacientes, que nos idosos podem variar em decorrência da vulnerabilidade associada ao envelhecimento. Essa categoria emergiu a partir das respostas relacionadas à importância atribuída pela equipe à verificação dos SSVV, agrupadas de acordo com a severidade percebida (necessidade de controle do estado clínico) e com a susceptibilidade percebida (vulnerabilidade do estado clínico), a seguir (Quadro 1).

Categoria	Subcategorias	Dimensão	Frases representativas
Monitorização de sinais vitais em idosos	Necessidade para controle do estado clínico	Severidade percebida	<p>[...] O acompanhamento do paciente para saber se está tendo algum tipo de intercorrência ou instabilidade para poder chamar o médico e para estar internando nisso [...] (E6);</p> <p>[...] é importante porque você está verificando o andamento do paciente [...] (E5);</p> <p><i>Eu acho vital... o principal cuidado que temos que prestar com o idoso é dos sinais vitais (E7);</i></p> <p>[...] para se ter parâmetros confiáveis, tem que ter uma aferição de sinais vitais com mais rigor (E8);</p> <p>[...] a colega da noite dá a entender que às 6h aferiu. E às vezes ela não aferiu a pressão [...] (E10);</p> <p>[...] os enfermeiros desconfiaram muito e então você fica com aquela dúvida [...] (E9);</p>
	Vulnerabilidade do estado clínico		<p>[...] os idosos têm mais facilidade de apresentar qualquer problema do que os mais novos. Porque geralmente a cirurgia dos idosos é mais difícil que a dos mais novos [...] (E11);</p> <p>[...] no idoso você tem que ficar mais atento, principalmente aqueles que já são hipertensos, que já fazem uso de medicação contínua. Tem hora que a pressão está lá embalado, hora está lá em cima [...] (E12);</p> <p>[...] É de suma importância, pois o idoso tem uma instabilidade maior do que os pacientes mais jovens. Então, para mim, para se ter um parâmetro confiável, tem que ter uma aferição de sinais vitais com mais rigor [...] (E13).</p>

Quadro 1 - Síntese dos relatos de profissionais de enfermagem sobre a importância da verificação dos sinais vitais em idosos, classificados conforme as dimensões do Modelo de Crenças de Rosenstock

O idoso possui condições fisiológicas e fisiopatológicas diferenciadas pela idade, possuindo características próprias, como as patologias que afetam mais o sistema locomotor e os sentidos em relação às demais faixas etárias. Assim, a saúde do idoso depende do apoio e acompanhamento de profissionais especializados e adequados à sua realidade.³¹ A síntese das respostas indica que os enfermeiros e técnicos em enfermagem consideram necessário o controle do estado clínico, revelando a importância dos SSVV na prática cotidiana, e reconhecendo a vulnerabilidade do estado clínico dos idosos.

A percepção de cada um está relacionada às crenças e aos comportamentos aprendidos e incorporados em sua convivência social de forma subjetiva.³² Diante desta realidade podemos destacar a influência destas crenças como indicador favorável na prática em saúde.

Apesar de a percepção mudar de pessoa para pessoa, no cenário da presente pesquisa, foi possível inferir que a percepção da susceptibilidade e da severidade da "monitorização dos sinais vitais em idosos", consensualmente, pode estar sendo um determinante positivo para o comportamento dos profissionais de enfermagem. Percebe-se que a tomada de decisão do profissional de saúde baseia-se na fragilidade, vulnerabilidade e na dependência que o idoso tem quando está limitado. Seu comportamento pode estar delineado em uma necessidade natural de garantir resultados positivos acerca de suas crenças ou pelas regras e censuras impostas pela própria sociedade.

A susceptibilidade e severidade foram expressas pelos sentimentos de preocupação com as alterações dos SSVV e a credibilidade dos parâmetros aferidos, evidenciadas em falas que destacavam a carência de manutenção de equipamentos, como esfigmomanômetro, estetoscópio, bem como, a falta de termômetros. Tal sentimento expressou dúvida e insegurança dos profissionais quanto à confiabilidade das aferições, demonstrando reconhecimento da exposição a que a vida do paciente está sujeita. Isso nos remete à reflexão da necessidade de um serviço que integre a atividade do profissional e a manutenção dos aparelhos, visando obter valores reais e legíveis.

Somente o sistema de gerenciamento de manutenção preventiva e corretiva não será útil, se não estiver efetivamente vinculado a um sistema de administração dos recursos humanos com melhoria do desempenho profissional, por meio de treinamento e supervisão das ações de enfermagem. É preciso garantir que todo o pessoal que compõe a equipe, execute seu trabalho com qualidade, atendendo aos padrões de conformidade e de desempenho dos equipamentos, de forma eficiente e operacional. Só é possível oferecer cuidado digno, se existir ambiência de trabalho digna, ou seja, condições técnicas, capital humano e recursos materiais disponíveis e bem administrados para se alcançar processos resolutivos na atenção em saúde.³³

Por outro lado, a descontinuidade do cuidado expressada pelo registro incompleto dos SSVV em idosos no período noturno, reforça o distanciamento entre o bom discurso adotado na entrevista e a real prática desempenhada, convergida em muitos dos depoimentos.

Segurança No Cuidado Ao Idoso

Esta categoria teve origem a partir das respostas relacionadas à segurança no cuidado ao idoso, agrupadas de acordo com as barreiras percebidas (escassez de material e pessoal) e com os benefícios percebidos (atitudes pessoais para a continuidade do processo) (Quadro 2). Inclui temáticas referentes aos aspectos organizacionais e gerenciais, necessários à redução das técnicas inseguras nos processos assistenciais e uso das melhores práticas, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente.

Categoria	Subcategoria	Dimensão	Falas representativas
Segurança no cuidado ao idoso	Escassez de pessoal e material	Barreiras percebidas	<p>[...] às vezes o paciente volta do centro cirúrgico ou no próprio momento da admissão, a gente recebe dois ou três pacientes [...] (E2); [...] não tem um técnico para cada enfermaria em duas enfermarias. Geralmente tem três ou quatro, com 12 a 18 pacientes [...] (E4); [...] ontem eu recebi uma paciente idosa, eu fiquei sozinha dando assistência para ela porque os outros funcionários não tinham condições de me ajudar [...] (E8); [...] nem sempre nós temos o equipamento disponível. E quando temos, a quantidade não é suficiente [...] (E3); [...] é muita coisa de manhã, às vezes você fica com três banhos no leito cedo [...] (E10); [...] não tem nada facilitador, só dificultador [...] (E8).</p>
	Atitudes pessoais para a continuidade do processo	Benefícios percebidos	<p>[...] facilidade é o que os meninos estão fazendo, estão trazendo os materiais de casa [...] (E4); [...] quando a gente compra os nossos próprios aparelhos. Compra os termômetros e os aparelhos de verificar os sinais vitais, a pressão arterial, no caso [...] (E9); [...] Mas acaba que por mais que tenha pouco pessoal, apesar de todas as dificuldades, todos os sinais são verificados [...] (E6).</p>

Quadro 2 - Síntese dos relatos de profissionais de enfermagem sobre a segurança no cuidado ao idoso, classificados conforme as dimensões do Modelo de Crenças de Rosenstock

A utilização de equipamentos trazidos da própria casa como fator facilitador foi marcante nas falas dos profissionais. Os depoimentos dos participantes são muito semelhantes, considerando essa atitude necessária para o cumprimento das atividades básicas durante o plantão, denotando o sentimento de restrição e condicionamento à prática correta quando lhes era atribuída qualquer atividade. Muitos deles expressaram insatisfação, acomodação e conformismo com a atual realidade de seu trabalho na instituição.

Nesse contexto, muitas vezes, ao tentar realizar a monitorização completa dos parâmetros, o profissional se utiliza de meios alternativos para suprir as necessidades do serviço, geralmente de recursos materiais não disponíveis. Tal fato pode ser responsável pelo prejuízo na prestação de uma assistência de qualidade, necessária à recuperação precoce do paciente.

As inúmeras barreiras percebidas pela equipe de enfermagem em seu ambiente de trabalho podem anular os esforços positivos, influenciando negativamente na monitorização completa dos SSVV. Por meio das falas, os fatores intervenientes que mais predominaram foram: a indisponibilidade e a inacessibilidade aos materiais e equipamentos como termômetro, estetoscópio e esfigmomanômetro, além da sobrecarga de trabalho e do estresse, evidenciados na subcategoria "escassez de pessoal e material".

Os entrevistados acreditam que o fato de laborarem sem condições básicas de trabalho, traduz um sentimento de descaso por parte da instituição com a equipe e com os pacientes atendidos, gerando desmotivação para cumprirem os seus deveres. Nesse cenário, a segurança do paciente vem confrontar as práticas gerenciais e organizacionais como potenciais riscos para o comprometimento da assistência apropriada à saúde. Partindo desse pressuposto, a aplicação dos conhecimentos, das tecnologias e a relação da equipe com o paciente, parece não terem sido alcançados, comprometendo a concepção de Donabedian que defende esses domínios como determinantes da qualidade do cuidado em saúde.

Ainda que a instituição não forneça condições para a aferição adequada dos SSVV, desvela-se que muitos profissionais da equipe de enfermagem têm tentado fazer o que é viável diante do conhecimento atual e do contexto organizacional, na tentativa de se alcançar o melhor resultado possível, mediante os recursos disponíveis. Tal atitude pode ser evidenciada pelas falas de vários profissionais entrevistados, demonstrando um sentimento de instabilidade e frustração frente à limitação de recursos oferecidos para realização adequada dos processos de trabalho. Apesar da multiplicidade de valores, os profissionais insinuam que a mobilização da equipe, por meio da motivação e adequadas condições de trabalho, proporcionariam mudanças na instituição e pressupõe-se a necessidade de mudanças e investimentos financeiros pelos órgãos competentes.

Neste estudo, as evidências apresentadas pelos profissionais nos levam a refletir sobre a proposta de educação permanente de outros estudos para transformar as práticas profissionais,³⁶⁻³⁸ pois esta pode não obter resultados positivos quando não associada a uma estrutura organizacional mínima e motivação dos profissionais para o desenvolvimento de suas atividades. A crença que ele tem sobre a disponibilidade e efetividade de suas ações é que determinam a iniciativa e direção de suas atitudes. Pode ser frustrante trabalhar sem padrões mínimos para um atendimento de qualidade, acarretando maior susceptibilidade aos incidentes.

Do mesmo modo, elucidamos que a dinâmica organizacional do trabalho na clínica cirúrgica tem gerado uma sobrecarga de movimento e tensão ocupacional e, por outro lado, existe uma cultura de balanização por parte da equipe, em se tratando da dinâmica atual de trabalho da aferição completa dos SSVV. É possível que exista pouca integração entre atividades acadêmicas e da própria instituição, sendo essa junção inerente e fundamental para as ações nesse campo. Entretanto, essa busca de relações torna-se necessária para se conduzir uma reflexão com vistas à intervenção por parte da gerência, a fim de desenvolver estratégias que possam reorganizar o processo de trabalho, de forma efetiva, para minimizar riscos de incidentes aos idosos.

Coleta de Material para Exame Laboratorial

Como a maioria dos exames laboratoriais possui como amostra o sangue, abaixo serão descritas as técnicas para a correta coleta do sangue observando todos os itens que incluem um adequado procedimento realizado pelo técnico de enfermagem capacitado para tal.

A técnica de coleta de sangue descrita por Motta (2008) instrui:

- **Material Necessário:** 1 par de luvas de procedimento, 1 scalp nº 21 ou 23, ou agulha 30x06 ou 30x07, uma seringa de 10 ml, 1 garrote, 2 bolas de algodão, 5 ml de álcool a 70% e tubos para a coleta de acordo com o pedido do exame.
- **Procedimento:** orientar o paciente sobre a coleta, identificar o tubo de coleta (nome, data, hora e RG), realizar a antisepsia do local da punção após a palpação, colher o material, colocar nos tubos previamente identificados, encaminhar junto com o pedido ao laboratório. OBS: os tubos de coleta devem vir identificados pelo laboratório quanto ao conteúdo, como por exemplo, tubos cinzas: glicemia.

A Recomendação sobre a Coleta de Sangue Venoso pela SBPC/ML (2009) descreve:

Etapas que o profissional deve seguir na coleta de sangue venoso: verificação da solicitação médica e cadastro do pedido; apresentação ao paciente; explicação ao paciente ou ao familiar quanto ao procedimento que será realizado obtendo o consentimento; realização da assepsia das mãos entre os atendimentos dos pacientes; realização da identificação dos pacientes: conscientes (por meio da comparação dos dados pessoais com os dados do pedido do exame), inconscientes, muito jovens ou que não falam a língua do flebotomista (confirmação de dados com o acompanhante ou equipe de enfermagem, registrando o nome da pessoa que forneceu as informações, comparar os dados com os que constam no pedido).

OBS: as dúvidas referentes à identificação do paciente devem ser resolvidas antes da coleta. Pacientes semiconscientes, comatosos ou dormindo (o paciente deverá ser despertado antes da coleta, em pacientes internados, se não for possível identificá-lo entrar em contato com o enfermeiro ou médico assistente, nos pacientes em coma, deve-se ter cuidado adicional na prevenção de movimentos bruscos ou vibrações quando a agulha estiver sendo introduzida), pacientes não identificados em sala de emergência (utilizar identificação provisória enquanto não se estabelece a definitiva); verificação do cumprimento do preparo e jejum do exame e questionamento sobre eventual alergia ao látex.

Local para punção venosa: o local de preferência para a coleta do sangue é a fossa antecubital; mesmo sendo possível a coleta de sangue em qualquer veia dos membros superiores as mais utilizadas são as veias cubital mediana e cefálica, sendo a cefálica mais propensa a hematoma e dolorosa para punção. Em pacientes que possuem acesso venoso difícil nesta região é recomendada a punção no dorso da mão, e não recomendado puncionar as veias na parte inferior do punho; punções em região de membros inferiores só podem ser realizadas mediante a autorização médica.

De preferência não coletar sangue de membro que está recebendo terapias endovenosas; evitar áreas de cicatrizes de queimaduras; somente puncionar o mesmo membro pós-mastectomia após autorização médica; evitar coleta em locais onde há o hematoma devido a propensão de alteração no resultado do exame e, nos casos em que não há outra veia disponível, puncionar distalmente ao hematoma; a coleta de sangue em fistulas arteriovenosas, enxertos ou cânulas vasculares só pode ser feita mediante a autorização médica; é recomendado evitar a coleta em veias trombosadas.

Localização da Veia: a identificação da veia a ser punctionada para coleta pode ser feita por meio da observação de uma veia calibrosa; da orientação ao paciente para baixar o braço e abrir e fechar a mão; da realização da massagem suave no membro superior do paciente na direção do punho para o cotovelo, na palpação da veia com o dedo indicador (evitando realizar palpação com o dedo polegar), na fixação da veia com os dedos nos casos de flacidez e na utilização do transluminador.

Está contraindicada a batida com os dedos sobre a veia do paciente para localização, já que este procedimento provoca hemólise e consequente alteração do resultado do exame. Na identificação da veia pode-se utilizar o torniquete, solicitando ao paciente que abre e fecha a mão, entretanto, aguardar dois minutos após a retirada do torniquete para a realização da coleta.

Procedimento:

- Verificar se o material está completo para a realização do procedimento
- Abrir o material para coleta na frente do paciente
- Lavar as mãos
- Calçar as luvas de procedimento: tendo o cuidado para que as mesmas não sejam rasgadas; devem ser trocadas a cada coleta, e nos casos de pacientes alérgicos ao látex ou mesmo quando o funcionário for alérgico substituir o uso por luvas de outro material;
- **Posicionar o paciente corretamente:** o paciente pode estar sentado para a realização da coleta do sangue, sendo importante que a poltrona tenha encosto e descanso para os membros superiores, a posição correta do braço do paciente sentado para a punção é sobre o descanso da cadeira, inclinada para baixo e estendida, sendo que o cotovelo não pode estar dobrado; em pacientes deitados no leito o uso de um travesseiro debaixo do braço pode ser necessário para chegar à posição correta, com braço inclinado para baixo e estendido;
- **Realizar a assepsia do local da veia:** a recomendação é que a assepsia seja realizada com álcool isopropílico 70% ou álcool etílico, iodeto de povidona 1 a 10% ou gluconato de Clorexidina para hemicultura; substâncias de limpeza não alcoólicas, como Clorexidina e sabão neutro. Quando houver a solicitação de dosagem de álcool no sangue utilizar uma substância livre de álcool para realizar a assepsia, que deve ser feita com movimento circular do centro para fora, com a utilização do antiséptico e uma gaze, deixando secar por 30 segundos (evita hemólise e reduz sensação de ardência na punção); após a assepsia não abanar, nem soprar e não tocar mais no local, a cada nova palpação realizar novamente a assepsia.
- Colocar o torniquete com o braço voltado para cima. A recomendação é de que o torniquete seja posicionado de 7,5 a 10 cm acima do local escolhido para punção; que o material seja preferencialmente livre de látex (principalmente nos casos dos pacientes que possuem alergia ao látex), evitando o uso de torniquetes feitos de tecidos emborrachados com fechamento por grampos ou fivelas, sendo que o torniquete deve ser substituído em casos de contaminação.

O uso do torniquete não deve exceder a um minuto, visto que o maior tempo pode ter como consequência a mensuração de valores incorretos na análise do exame.

Em pacientes com lesão no local pretendido para colocação do torniquete, utilizar outro local ou pôr o torniquete sobre a roupa do paciente. Ao garrotear o paciente não apertar excessivamente para evitar a interrupção do pulso arterial, os pulsos devem estar palpáveis após o garroteamento. A utilização do torniquete não está recomendada na coleta de sangue para análise de testes de lactato ou cálcio, pois pode haver interferência no resultado.

• **Coleta de sangue a vácuo:** constitui-se em um sistema de coleta de sangue fechado que proporciona maior segurança ao profissional que realiza a coleta, pois o mesmo não entra em contato com o sangue coletado e ao resultado do exame, já que diminuindo a manipulação o risco de alterar o resultado do exame também diminui. Este tipo de coleta é o mais recomendado. Ao puncionar a veia do paciente o sangue flui continuamente para o tubo de coleta a vácuo, sendo que o tubo já está preparado para o recebimento da quantidade específica de sangue e com os anticoagulantes necessários.

Nas coletas de sangue a vácuo o bisel da agulha deve estar voltado para cima, perfurando a veia com a agulha em ângulo de 30º ou menos, impedindo com isso que o sangue se choque na parede do bisel e faça hemólise e evitando o refluxo do tubo para a veia. Introduzir mais ou menos um centímetro da agulha na veia do paciente.

Após a penetração da agulha de coleta múltipla de sangue inserir o primeiro tubo a vácuo, no momento em que o sangue começar a fluir para dentro do tubo, retirar o garrote do paciente e solicitar para que o mesmo abra a mão; realizar a troca dos tubos conforme a solicitação dos exames, sendo que após a retirada de cada tubo de coleta com sangue realizar imediatamente a homegeinização pela inversão 5 a 10 vezes.

Após a coleta de sangue no último tubo, retirar a agulha e descartá-la conforme normas de descarte de perfurocortantes.

• **Coleta de sangue com seringa e agulha:** ainda é largamente utilizada principalmente pela disponibilidade do material, entretanto traz riscos na manipulação do sangue pelo profissional, já que após a coleta o sangue deve ser transferido para o tubo de coleta; é considerado um sistema aberto para coleta de sangue. É necessário que o profissional obedeça às normas de descartes com materiais perfurocortantes.

Institui-se que as seringas e agulhas utilizadas possuam um dispositivo de segurança (NR32) e para coleta de sangue adicionalmente um dispositivo de transferência, o que torna desnecessário a abertura do tubo de coleta já que com o dispositivo o sangue é transferido diretamente da seringa para o tubo.

Nas coletas de sangue com agulha e seringa o bisel da agulha deve estar voltado para cima, perfurando a veia com a agulha em ângulo de 30º ou menos, introduzir a agulha mais ou menos um centímetro na veia do paciente.

Após a punção no momento em que o sangue começar a fluir para a seringa, retirar o garrote do paciente. Aspirar o sangue conforme a quantidade descrita nas etiquetas dos tubos. Retirar a agulha da veia do paciente e, nas seringas com dispositivo de segurança, ativá-lo.

Conectar a seringa ao dispositivo de transferência da amostra e introduzir os tubos a vácuo aguardando fluir o sangue e realizando as trocas dos tubos conforme a necessidade. Homogeneizar o conteúdo dos tubos imediatamente após a coleta de 5 a 10 vezes pela inversão. Descartar o dispositivo de transferência e a seringa. Na coleta de sangue venoso com seringa e agulha realizar sempre a verificação se a agulha e seringa estão bem adaptadas para evitar a formação de espuma; não puxar o êmbolo com muita força.

Após a coleta com seringa e agulha descartar a agulha e passar o sangue para o tubo de coleta, tendo o cuidado para não encostar a seringa nos anticoagulantes, deslizando o sangue na parede do tubo cuidadosamente. Não é recomendado espetar a agulha nas borrachas dos tubos para transferência do sangue, pois a pressão positiva pode ocasionar a hemólise e quebra do equipamento.

• **Coleta de sangue em cateter de infusão:** não é recomendada a coleta de sangue em cateteres de infusão pela probabilidade de erro no resultado do exame, entretanto, quando não há alternativa é necessário que o profissional que realiza a coleta mantenha os seguintes cuidados: comunicar ao médico assistente do paciente a forma com que a coleta será realizada, notificar ao laboratório que a coleta foi feita a partir do cateter de infusão, registrando qual a substância que o paciente está recebendo no referido cateter, desprezar uma quantidade de amostra antes de colocá-la no tubo de coleta.

Geralmente o volume a ser desprezado equivale a duas vezes o volume do espaço morto do cateter (nos casos de cateteres preservados com heparina é necessário desprezar 5,0 ml de sangue antes ou seis vezes o volume do cateter).

No momento da coleta ter certeza de que o fluxo de infusão está parado, fazer assepsia rigorosa do cateter, lavá-lo com solução salina isotônica conforme o volume do mesmo, desprezar os primeiros 5 ml de sangue (aspirando com seringa), conectar a seringa ou adaptador de coleta a vácuo no cateter e proceder à coleta, ao término, retirá-los e realizar a assepsia do cateter. O profissional habilitado deve reiniciar a infusão; registrar o local onde a coleta foi feita.

• **Outras considerações sobre coleta de sangue:** as fistulas arteriovenosas não devem ser utilizadas para coleta de sangue e o membro que possui a fistula deve ser preservado. Quando o paciente não possui acesso venoso é necessário que esteja disponível a coleta de sangue capilar. Nos casos de pacientes recebendo transfusão de sangue não é recomendada a coleta no braço que recebeu o sangue, devido à probabilidade de erro na análise da amostra.

• **Pós-Coleta:** imediatamente após as coletas de sangue homogeneizar o sangue no tubo de coleta de 5 a 10 vezes, conforme a indicação do fabricante, por meio da inversão (uma inversão equivale a virar o tubo todo para baixo e após retornar à posição inicial), não chacoalhar o tubo. Não deixar o

sangue em contato direto com o gelo quando a amostra exige refrigeração. Evitar sempre a transferência de um tubo para outro.

Em ambos os casos, tanto na coleta de sangue a vácuo como na coleta com seringa e agulha, após a retirada da agulha da veia realizar compressão com algodão ou gaze seca por um a dois minutos e realizar curativo oclusivo no local da punção; orientar ao paciente que não dobre o braço, não carregue peso ou bolsa no braço que foi punctionado por pelo menos uma hora e não manter a manga da roupa dobrada. Certificar-se das condições do paciente para locomover-se sozinho e entregar comprovante para retirada do resultado.

Colocar as amostras em local conforme a rotina ou encaminhá-las para processamento imediato.

Como foi descrito anteriormente, a principal amostra para realização de exames laboratoriais é o sangue.

Contudo, após a coleta do sangue e dependendo da requisição do solicitante a amostra pode ser analisada mediante o sangue total, o plasma ou o soro. Segundo a SBPC/ML (2009), para obtenção do soro para análise é necessário que após a coleta o sangue colhido seja colocado em tubo de coleta sem anticoagulante e deixado coagular em temperatura ambiente num período de 30 a 60 minutos. Nos casos em que o tubo contenha gel separador com ativador de coagulação a espera vai de 30 a 45 minutos, sendo que após este período a amostra é centrifugada e há a separação do soro (parte líquida) para análise.

No caso do hemograma, a amostra para análise é do sangue total e o tubo deve conter anticoagulante EDTA. Para dosagem de glicose utiliza-se o plasma no tubo de coleta, além do que ao EDTA estará acrescido o fluoreto de sódio.

O profissional que realiza a coleta do sangue deve estar atento para os tubos de coleta que estão identificados e são específicos para cada análise requerida, contendo inclusive a quantidade específica de sangue a ser coletado.

Os tubos de coleta de sangue possuem em sua extremidade uma tampa diferenciada pelas cores, estas cores indicam qual o anticoagulante que está dentro do tubo e se há anticoagulante. Na coleta, quando o profissional verifica a requisição, já deve estar ciente dos tubos que deverá utilizar para a colocação da amostra (sangue).

Além das cores das tampas dos frascos de coleta a vácuo, as respectivas substâncias em seu interior existem os tubos com tampa preta, que contêm citrato trissódico, utilizados para coleta e transporte de sangue venoso para testes de hemossedimentação (VHS). Os tubos com tampa amarela com solução de ácido citrato dextrose (ACD), utilizados para teste de tipagem sanguínea ou preservação celular, tubos com tampa rosa para provas de compatibilidade cruzada em duas versões, com ativador de coágulo (com soro) ou com EDAT (sangue total) e tubo com tampa royal em três versões (sem aditivo, com heparina ou ativador de coágulo), utilizados para testar traços de elementos metálicos.

Outra questão importante que deve ser observada pelo profissional que realiza a coleta é a sequência de uso dos tubos de coleta nos casos de coleta de sangue a vácuo. Como este sistema de coleta de sangue é fechado, após a realização da punção o sangue vai fluindo para dentro dos tubos e o profissional deverá realizar as trocas dos tubos de coleta conforme a solicitação dos exames, observando qual será o tubo adequado segundo a presença do anticoagulante.

Diante disso a SBPC/ML (2009) instrui a seguinte sequência para coleta de sangue com tubos plásticos:

1. Frasco para Hemocultura;
2. Tubos com Citrato (tampa azul-claro);
3. Tubos para soro com ativador de coágulo, com ou sem gel separador (tampa vermelha ou amarela);
4. Tubos com Heparina com ou sem Gel Separador de Plasma (tampa verde);
5. Tubos de EDTA (tampa roxa);
6. Tubos com Fluoreto (tampa cinza).

Além da sequência citada acima, a SBPC/ML (2009) instrui que na coleta com escalpe em que o primeiro tubo for o de citrato (tampa azul claro) ou de demais tubos menores com volumes de aspiração, é importante que se tenha um tubo de descarte, uma vez que é necessário desprezar o sangue que vem do espaço do escalpe, assegurando assim a proporção correta de sangue que irá para o tubo de coleta.

Ainda sobre a técnica de coleta do sangue no paciente, convêm enfatizar a coleta de sangue capilar utilizada principalmente nos casos de pacientes com difícil acesso venoso e/ou sem condições de acesso por punção venosa, pacientes extremamente obesos, pacientes queimados, com disposição à trombose e principalmente em pediatria, pois a punção venosa em crianças pode ser difícil e em prematuros resultar em anemia.

A coleta de sangue capilar ou transcutânea é realizada pelo uso de uma lanceta específica para este fim, devendo ser desconsiderado o uso de agulhas para esta técnica uma vez que os locais anatômicos indicados estão próximos a ossos.

O sangue oriundo da coleta capilar é uma mistura entre sangue venoso e arterial, sendo o arterial de maior proporção.

A coleta de sangue capilar em prematuros e/ou crianças internadas em UTI neonatal é uma opção que deve ser avaliada junto à equipe médica pelo risco X benefício, já que em determinadas situações a punção capilar no calcâneo de crianças nestas condições pode estar associada ao aumento do risco de infecção.

É necessário que o técnico que realize este tipo de coleta tenha conhecimento frente aos locais anatômicos indicados, bem como a realização do procedimento. Além das lancetas utilizadas para a coleta da amostra (sangue) existem os tubos capilares e demais recipientes onde são colocados o sangue coletado.

É importante ter conhecimento dos locais de armazenamento da amostra conforme o material e rotinas preconizadas pelo laboratório.

Técnica da coleta de sangue capilar baseada no Programa de Educação Continuada do Labtest – Divulgada nos Informativos Técnicos:

- Verificar a requisição e identificar o paciente;
- Averiguar as restrições de dieta;
- Lavar as mãos e colocar as luvas de procedimento;
- Escolher o material para coleta (conforme rotina estipulada pelo laboratório). Aquecer o local da punção (o aquecimento do local a ser puncionado deve ser feito com a colocação de toalhas úmidas pré-aquecidas em temperatura de 42°C, não mais que isso, para evitar queimaduras no paciente, deixar as toalhas no local a ser punctionado cerca de três a cinco minutos);
- Realizar assepsia do local da punção com isopropanol 70%;
- Dispor a lanceta para punção;
- Punctionar a pele do paciente (em adultos e em crianças maiores de um ano de idade utiliza-se as extremidades dos dedos médio ou anular e em crianças menores de um ano utiliza-se a superfície plantar lateral ou medial do calcanhar), após a punção a primeira gota de sangue deve ser limpa com gaze seca e o próximo sangue colocado em recipiente adequado (conforme a rotina do laboratório de equipamentos utilizados);
- Ao término da coleta, pressionar o local da punção com algodão ou gaze e elevar o local punctionado acima do nível do coração interrompendo o sangramento, identificar os recipientes conforme a rotina do laboratório, retirar as luvas e lavar as mãos, transportar amostras conforme rotina do laboratório.

Considerações importantes sobre a coleta de sangue capilar, conforme documento elaborado pelo Programa de Educação Continuada do Labtest e divulgado em Informativo Técnico:

- É necessário atentar para os locais x idade onde não é indicada a realização da coleta capilar de sangue. São eles: área central do calcâncar, dedos de crianças menores de um ano de idade, locais edemaciados ou previamente puncionados, dedos de um mesmo lado de uma mastectomia.
 - Nas crianças menores de um ano a realização da punção capilar é contraindicada na curvatura posterior do calcâncar, área central do pé, falange distal dos dedos e lóbulos das orelhas.

Tratamento De Feridas E Curativos

A prática no cuidado ao paciente portador de ferida é uma especialidade dentro da enfermagem, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST). A resolução do COFEN nº 0501/2015 regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas. De acordo com essa resolução cabe ao enfermeiro capacitado a avaliação e prescrição de coberturas para tratamento das feridas crônicas.

A equipe de enfermagem desempenha um papel importante no tratamento de feridas sendo que 80% dos casos são acompanhados a nível primário ou ambulatorial onde a realização dos curativos é feita pela equipe de enfermagem em um processo dinâmico e gradativo, sendo necessário domínio no conhecimento teórico para um acompanhamento e tratamento eficaz, pois a escolha de um tratamento equivocado pode prolongar ainda mais o tratamento da ferida.

Pacientes com Diabetes Melito (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), possuem alto potencial de desenvolver feridas crônicas visto que complicações vasculares neste grupo são muito mais que frequentes podendo ser potencializados por outros fatores como o tabagismo e a obesidade. Esses fatores comprometem a perfusão tecidual, aumentando o risco de desenvolver lesões e dificultando a cicatrização quando as mesmas ocorrem.

Nos casos de pacientes acamados ou em uso de cadeira de rodas o cuidado deve ser redobrado para evitar o surgimento de lesões por pressão que normalmente surgem devido a pressão contínua em proeminências ósseas.

E paralelamente a estes problemas o paciente pode apresentar problemas que interferem no processo de cicatrização como idade e o seu estado nutricional que se estiver comprometido dificulta o processo de cicatrização prolongando seu tratamento.

A cicatrização é um processo sistêmico, isso significa que depende do organismo como um todo. Por tanto, o profissional de saúde deve se concentrar na avaliação holística do paciente ou seja em seu estado nutricional, emocional, psicosocial e ambiental evitando focar-se apenas na ferida, cabendo-lhe tirar dúvidas e esclarecer a importância de hábitos de vida saudáveis como higiene e controle rigoroso de doenças de base como HAS e DM.

Você sabia que existem diferentes tipos de cicatrização?

As feridas podem cicatrizar de diferentes formas, sendo a cicatrização classificada em:

Primeira intenção: ocorre em feridas pequenas onde as bordas não são muito afastadas, não apresentam infecção e muito edema, as bordas são unidas por meio de sutura.

Segunda intenção: Ocorre grande perda de tecido, maior afastamento das bordas com ou sem infecção, as lesões são mantidas abertas, deixando-as se fecharem por meio de epitelização.

Terceira intenção: Ocorre abertura da ferida, também conhecido como “Deiscência” devendo ser tratado a causa, podendo ser indicado a limpeza ou debridamento. É necessário aguardar a formação de tecido de granulação saudável para posterior captação das bordas da lesão.

Como são classificadas as feridas?

As feridas encontram-se de diversas classificações, sendo necessário conhecê-las para melhor abordagem terapêutica.

As lesões crônicas mais comuns são:

Úlceras vasculogênicas (venosas, arteriais ou mistas);

Pé diabético;

Lesão por doenças autoimunes;

Estomas;

Feridas oncológicas;

Como o enfermeiro deve avaliar uma ferida?

O enfermeiro ao realizar a avaliação da ferida, deve avaliar todo seu aspecto a fim de decidir qual o melhor tratamento a ser seguido. Alguns elementos devem ser avaliados e registrados para garantir um tratamento adequado, cada um dos itens a seguir devidamente registrados facilitam posteriormente a avaliação do profissional:

Área de abrangência e extensão da lesão: define a área onde está localizada a lesão através de medidas de largura e comprimento, devendo ser anotados periodicamente para realização de comparação e evolução da ferida.

Aspecto da área adjacente: a área que se estende ao redor da ferida (perilesional) deve ser observada especificando se ela encontra-se: íntegra, lacerada, macerada, com presença de eczema, celulite, edema, corpos estranhos ou sujidades.

Aspecto da lesão: tipo de tecido predominante (granulação\esfacelo\necrose).

Características do Exsudato: importante durante a avaliação, observar a presença de exsudato, a quantidade e a qualidade tem ligação direta a suas condições, devendo portanto ser evidenciado o tipo de exsudato, coloração o volume , se muito ou pouco, se fluido ou espesso, purulento, hemático, seroso ou serossanguíneo , além da presença ou não de odor.

Dor: Na pele encontramos uma variada rede de terminações nervosas sensitivas, nos permitindo a realizar estímulos mecânicos, térmicos e dolorosos provenientes de meio externo. Deve-se ser levado em consideração todos os aspectos relacionados a dor, a existência ou não , tipo de dor apresentada (pontada, queimação, ardência ou latejante) , tempo e intensidade, se cessa com uso de analgésicos e se vem acompanhada de sinais flogísticos.

Infecção: a pele representa uma barreira consideravelmente eficaz contra agentes patogênicos, quando ocorre uma lesão essa barreira é rompida facilitando a penetração de agentes patogênicos. Os mais comuns são Staphylococcus e Streptococcus, sabe-se que alguns microrganismos estão se tornando cada vez mais resistentes como Staphylococcus aureus e Streptococcus aureus, podendo causar graves prejuízos a ferida e ao paciente, retardando o processo de cicatrização. A identificação precoce de infecção nas feridas é fundamental para determinar o tratamento com coberturas apropriadas e remover os tecidos desvitalizados. Deve-se identificar sinais clínicos de infecção como a presença de exsudato purulento com odor. É imprescindível avaliar e registrar a presença dos sinais de inflamação: rubor, calor, edema e febre.

Evolução: A maioria dos serviços especializados em tratamento de feridas possuem protocolos bem delineados com formulários apropriados com informações do estado geral de saúde do paciente proporcionando evolução a resposta do tratamento proposto e possibilitando o detalhamento do aspecto da ferida. Todos os itens acima descritos devem constar no registro diário da evolução da lesão.

Em modo geral a característica do tecido encontrado na ferida nos mostra a recuperação ou a piora da ferida com potencial de impedir novo crescimento celular dificultando o processo de cicatrização. Alguns tecidos podem ser vitalizados quando vascularizados apresentam-se de cor viva, clara, brilhante e sensível a dor. Muitas feridas podem apresentar tecidos mistos, devendo ser levado em consideração o tecido predominante no leito da lesão.

Cuidados no tratamento das feridas

Dentre as formas de tratamento das feridas, um aliado ao cuidado são as utilizações de coberturas específicas, como as da Bionext, para cada apresentação do leito da lesão. O profissional deve avaliar o aspecto da ferida para escolha da cobertura adequada com objetivo de criar um ambiente adequado para facilitar o processo de cicatrização. Em alguns casos deve ser considerado a possibilidade de utilizar mais do que uma cobertura na ferida.

Alguns princípios básicos devem ser seguidos para realização de curativos:

Lavagem das mãos antes e depois do procedimento;

Comunicar ao paciente o procedimento que será realizado e explicar o tratamento em curso;

A limpeza da ferida deve ser feita com soro fisiológico 0,9%;

Avaliar se a técnica deve ser estéril ou limpa;

Não secar o leito da ferida;

Utilizar coberturas que favorecem a cicatrização, mantendo meio úmido;

Preencher cavidades;

Proteger as bordas da ferida;

Ocluir com material hipoalergênico;

Desbridar quando necessário;

Utilizar cobertura conforme a apresentação do tecido;

Registrar em prontuário o procedimento realizado e a evolução da ferida.

É um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.

Limpar a ferida;

Promover a cicatrização, eliminando fatores que possam retardá-la;

Tratar e prevenir infecções;

Prevenir contaminação exógena;

Remover corpos estranhos;

Proteger a ferida contra traumas mecânicos;

Promover hemostasia;

Fazer desbridamento mecânico e remover tecidos necróticos;

Reduzir edemas;

Drenar e/ou absorver secreções e exsudatos inflamatórios;

Diminuir odor;

Manter a umidade da ferida;

Fornecer isolamento térmico;

Dar conforto psicológico ao paciente;

Diminuir a intensidade da dor;

Limitar a movimentação em torno da ferida.

Materiais necessários

Bandeja;

EPI's (jaleco, luva de procedimento/estéril, máscara, óculos);

Gazes estéreis;
Solução fisiológica 0,9%;
Clorexidina degermante 4%;
Clorexidine alcoólica 0,5%;
Seringa de 20 ml;
Agulha 30x10;
Micropore;
Tesoura;
Saco plástico;
Pacote de curativo;
Chumaço;
Cobertura primária selecionada (conforme avaliação do enfermeiro ou prescrição de enfermagem);
Ataduras;
Régua de papel.

A pele tem várias funções, como por exemplo:

Proteger o organismo contra a ação de agentes externos (físicos, químicos e biológicos);
Impedir a perda excessiva de líquidos;
Manter a temperatura corporal;
Sintetizar a vitamina D;
Agir como órgão dos sentidos.

Quando ocorre a descontinuidade do tecido epitelial, das mucosas ou de órgãos, as funções básicas de proteção da pele são comprometidas. A ferida resultante dessa descontinuidade pode ser causada por fatores extrínsecos, como incisão cirúrgica, trauma, e por fatores intrínsecos, como as produzidas por infecção.

A cicatrização é um processo fisiológico e dinâmico que busca restaurar a continuidade dos tecidos. Conhecer a fisiopatologia da cicatrização e os fatores que podem acelerá-la ou retardá-la proporciona uma melhor avaliação e a escolha do tratamento mais adequado.

Características das feridas

As feridas podem ser classificadas quanto à causa, ao conteúdo microbiano, ao tempo de cicatrização, ao grau de abertura e ao tempo de duração.

Quanto à causa as feridas podem ser

Cirúrgicas, feridas provocadas intencionalmente, mediante:

Incisão: quando não há perda de tecido e as bordas são geralmente fechadas por sutura; Excisão: quando há remoção de uma área de pele (por exemplo: área doadora de enxerto); Punção: quando resultam de procedimentos terapêuticos diagnósticos (por exemplo, cateterismo cardíaco, punção de subclávia, biópsia, entre outros).

Traumáticas, feridas provocadas accidentalmente por agente:

Mecânico: contenção, perfuração ou corte; Químico: iodo, cosméticos, ácido sulfúrico etc.; Físico: frio, calor ou radiação.

Ulcerativas, feridas escavadas, circunscritas na pele (formadas por necrose, sequestração do tecido), resultantes de traumatismo ou doenças relacionadas com o impedimento do suprimento sanguíneo. As úlceras de pele representam uma categoria de feridas que incluem úlceras por pressão, de estase venosa, arteriais e diabéticas.

Quanto ao conteúdo microbiano, as feridas podem ser:

Limpas: feridas em condições assépticas, sem micro-organismos;

Limpas contaminadas: feridas com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem contaminação significativa;

Contaminadas: feridas ocorridas com tempo maior que 6 horas entre o trauma e o atendimento, sem sinal de infecção;

Infectadas: feridas com presença de agente infeccioso no local e com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo conter exudato purulento.

Quanto ao tipo de cicatrização, as feridas podem ser:

De cicatrização por primeira intenção: feridas fechadas cirurgicamente com requisitos de assepsia e sutura das bordas; nelas não há perda de tecidos e as bordas da pele e/ou seus componentes ficam justapostos;

De cicatrização por segunda intenção: feridas em que há perda de tecidos e as bordas da pele ficam distantes, nelas a cicatrização é mais lenta do que nas de primeira intenção;

De cicatrização por terceira intenção: feridas corrigidas cirurgicamente após a formação de tecido de granulação ou para controle da infecção, a fim de que apresentem melhores resultados funcionais e estéticos.

Quanto ao grau de abertura, as feridas podem ser:

Abertas: feridas em que as bordas da pele estão afastadas;

Fechadas: feridas em que as bordas da pele estão justapostas.

Quanto ao tempo de duração, as feridas podem ser:

Agudas: quando são feridas recentes;

Crônicas: feridas que têm um tempo de cicatrização maior que o esperado devido a sua etiologia. São feridas que não apresentam a fase de regeneração no tempo esperado, havendo um retardamento na cicatrização.

Avaliação da ferida

Para a escolha de um curativo adequado, é essencial uma avaliação criteriosa da ferida e o estabelecimento de um diagnóstico de enfermagem acurado. Para tanto, é necessário levar em consideração as evidências clínicas observadas quanto à localização anatômica, forma, tamanho, profundidade, bordos, presença de tecido de granulação e quantidade de tecido necrótico, sua drenagem e as condições da pele perilesional.

A sistematização do tratamento de feridas ocorre por meio de ações simples que visam remover as barreiras que impedem a cicatrização. Essas barreiras são expressas na palavra TIME, onde cada letra significa uma barreira a ser removida da lesão.

As letras da sigla TIME referem-se às palavras inglesas tissue (tecido não viável), infection (infecção/inflamação), moisture (manutenção do meio úmido) e edge (epitelização das bordas da lesão). São quatro componentes da cicatrização da ferida importantes na preparação do leito e na orientação das decisões terapêuticas dos profissionais.

Para atingir um bom resultado em termos de cicatrização, é preciso observar esses quatro princípios, sendo necessário que cada um deles apresente um status adequado para que seja possível a progressão do processo cicatricial.

T (Tecido inviável) - Para o preparo da ferida, é necessário avaliar as condições do tecido. Se ele estiver inviável, necrótico ou deficiente, é recomendável realizar o desbridamento, que pode ser instrumental, autolítico, enzimático, mecânico ou biológico. O desbridamento tem a finalidade de remover o tecido desvitalizado, restaurar a base da ferida e da matriz extracelular e obter tecido viável no leito da ferida.

I (Infecção ou inflamação) - Trata-se aqui do tecido com alta contagem bacteriana ou inflamação prolongada, com número elevado de citocinas inflamatórias. Atividade das proteases e baixa atividade dos fatores de crescimento são prejudiciais para a cicatrização. Nessa situação é necessário realizar a limpeza da ferida e avaliar as condições tópicas sistêmicas e o uso de anti-inflamatórios e antimicrobianos.

M (Manutenção da umidade) - Para que ocorra a cicatrização, é necessário o equilíbrio da umidade da ferida. Enquanto o leito da ferida ressecado ocasiona uma migração lenta das células epiteliais, o excesso de exsudato também é prejudicial, pois pode provocar maceração da margem e da pele perilesional. Nessas condições, é preciso estimular a migração das células epiteliais, para evitar ressecamento e maceração, e controlar o edema e o excesso de fluidos.

E (Epitelização das bordas) – É a situação em que, no processo de cicatrização, há progressão da cobertura epitelial a partir das bordas. Quando não há migração de queratinócitos, as células da ferida não respondem; há matriz extracelular, mas a atividade das proteases é anormal.

Nesse caso, deve-se avaliar todo o processo, observando as causas e optando por uma das terapias corretivas, que poderá ser desbridamento do tecido morto, enxerto de pele no local, uso de agentes biológicos e terapias adjuntas.

Com o uso das terapias adequadas, ocorre a migração de queratinócitos e resposta das células, com restauração apropriada do perfil de proteases, cujo resultado é o avanço da margem da ferida.

Tratamento da ferida

No tratamento das feridas, além dos fatores locais, existem fatores sistêmicos que podem afetar o processo de recuperação da pele e dos tecidos, como a idade, a imobilidade, o estado nutricional, as doenças associadas e o uso de medicamentos contínuos, principalmente drogas imunossupressoras. Entre os fatores locais que afetam o processo, destacam-se a localização anatômica da ferida e a presença de infecção e de tecido desvitalizado.

O tratamento da ferida envolve a avaliação das condições clínicas do paciente, o uso de analgésicos, o cuidado com o curativo e o desbridamento do tecido inviável. Também é necessária a avaliação diária da evolução da ferida no sentido de continuar ou modificar as condutas até então estabelecidas.

Tipos de curativos

O tipo de curativo a ser realizado varia de acordo com a natureza, a localização e o tamanho da ferida. Em alguns casos é necessária uma compressão, em outros lavagem exaustiva com solução fisiológica e outros exigem imobilização com ataduras. Nos curativos em orifícios de drenagem de fístulas entéricas a proteção da pele sã em torno da lesão é o objetivo principal.

Curativo semi-oclusivo: Este tipo de curativo é absorvente, e comumente utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável.

Curativo oclusivo: não permite a entrada de ar ou fluídos, atua como barreira mecânica, impede a perda de fluídos, promove isolamento térmico, veda a ferida, a fim de impedir enfisema, e formação de crosta.

Curativo compressivo: Utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo, promover a estase e ajudar na aproximação das extremidades da lesão.

Curativos abertos: São realizados em ferimentos que não há necessidade de serem ocluídos. Feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, cortes pequenos, suturas, escoriações, etc são exemplos deste tipo de curativo.

Normalmente, os curativos são divididos em primários, quando usados em contato direto com o tecido lesado, e secundários, quando colocados sobre o curativo primário. Alguns curativos requerem a utilização de cobertura secundária para manter a umidade adequada.

São vantagens do meio úmido:

Evitar traumas;

Reduzir a dor;

Manter a temperatura;

Remover tecido necrótico;

Impedir a formação de esfacelos;

Estimular a formação de tecido viável;

Promover maior vascularização.

Desbridamento

O desbridamento envolve a remoção de tecido não viável e de bactérias, para permitir a regeneração do tecido saudável subjacente. Durante o procedimento, é necessário evitar danos ao tecido de granulação.

O desbridamento pode ser efetuado através de técnica cirúrgica, mecânica, enzimática ou autolítica. Cada procedimento possui vantagens, desvantagens e indicações para o seu uso. A combinação das técnicas pode ser o método mais eficaz. Para definir a melhor conduta, cada caso deve ser avaliado.

Produtos/coberturas padronizados no HU/UFSC

Hidrogel

Composição: Água 77,7% + propilenoglicol 20% + carboximetilcelulose 2,3%. Ação:

Mantém o meio úmido;

Promove desbridamento autolítico;

Estimula a cicatrização.

Indicação: Remoção de crostas e tecidos desvitalizados de feridas abertas. Contraindicação:

Pele íntegra;

Ferida operatória fechada;

Feridas muito exsudativas. Frequência da troca: Uma vez por dia.

Alginato de cálcio

Composição: Fibras de tecido, derivado de algas marinhas, compostas por ácido gulurônico e manurônico com íons de Ca e Na incorporados às fibras.

Ação:

Auxilia o desbridamento;

Tem alta capacidade de absorção;

Forma um gel que mantém o meio úmido;

Induz à hemostasia.

Indicação: Feridas abertas, sangrantes, altamente exsudativas, com ou sem infecção. Contraindicação:

Feridas superficiais;

Feridas pouco exsudativas.

Frequência de troca: A cada 48/72 horas e/ou conforme saturação.

Filme transparente (em rolo não estéril) Composição: Filme de poliuretano.

Ação: Proporciona meio úmido, favorece a cicatrização. Indicação:

Proteção de proeminências ósseas;

Como cobertura secundária em curativos oclusivos. Contraindicação:

Aplicação direta em feridas abertas;

Feridas muito exsudativas. Frequência de troca:

A cada 72 horas;

Em proteção de proeminências ósseas, a cada 5 a 7 dias.

Hidrocoloide extrafino

Composição: gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica. Ação:

Absorve exsudatos, mantém o pH ácido e o meio úmido;

Estimula o desbridamento autolítico e a angiogênese;

Protege terminações nervosas.

Indicação: Tratamento de feridas abertas não infectadas e pouco exsudativas. Contraindicação:

Feridas infectadas;

Feridas cavitárias;

Feridas muito exsudativas.

Frequência de troca: A cada 3 a 7 dias, conforme características da ferida.

Papaína

Composição: Complexo de enzimas proteolíticas retiradas do látex do mamão papaia (*Carica papaya*).

Ação:

Provoca dissociação das moléculas de proteína, resultando em desbridamento químico;

É bactericida e bacteriostático;

Estimula a força tênsil das cicatrizes;

Acelera o processo de cicatrização. Indicação:

Tratamento de feridas abertas;

Desbridamento de tecidos desvitalizados. Contraindicação

Pele íntegra;

Ferida operatória fechada;

Na presença de tecido de granulação;

Contato com metais, devido ao poder de oxidação. Frequência de troca:

Uma vez ao dia;

A cobertura secundária, conforme saturação.

Gaze não aderente e não impregnada

Composição: Tecido de 100% viscose. Ação:

Protege a ferida;

Preserva o tecido de granulação;

Evita aderência ao leito da ferida. Indicação:

Necessidade de evitar a aderência do curativo ao leito da ferida, resultando numa troca sem dor e com proteção do tecido;

Cobertura primária na ferida aberta. Contraindicação:

Feridas com secreção purulenta e com muito exsudato;

Feridas fechadas.

Frequência de troca: A cada troca de curativo.

Apósito absorvente

Composição: Compressa não aderente de acrílico e rayon de viscose altamente absorvente que tem em um de seus lados um filme muito fino de poliéster perfurado, que garante a absorção e impede a aderência à ferida.

Ação:

Tem baixa aderência e alta absorção;

É confortável e minimiza a dor na hora da troca.

Indicação: Feridas em que é preciso evitar a aderência do curativo, para ele poder ser mantido por 48 a 72 horas.

Contraindicação: Feridas com secreção purulenta.

Curativo absorvente com prata

Composição: Curativo estéril com alta capacidade de absorção, com espuma de poliuretano. Sua fórmula combina prata iônica e alginato de cálcio.

Ação:

Promove meio úmido ideal para processo de cicatrização;

Não adere na ferida;

É fácil de aplicar e retirar;

Tem efetividade antimicrobiana por até 7 dias.

Indicação: Feridas de espessura parcial a total, infectadas, não infectadas, úlceras venosas e áreas doadoras de enxerto.

Contraindicação: Feridas pouco exsudativas. Frequência de troca:

A cada 48 - 72 horas, conforme saturação;

Aplicar com a matriz de prata (superfície escura) em contato com a ferida.

Ácidos Graxos essenciais

Composição: Triglicerídeos de Ácidos Cáprico e Caprílico, Óleo de girassol clarificado, Lecitina, Palmitato de retinol, Acetato de Tocoferol e Alfa-Tocoferol.

Ação: Protege, hidrata o leito da ferida, restaura a pele na formação de tecido de granulação. **Indicação:**

Ferida em fase de granulação, sem infecção;

Prevenção e tratamento das UP de graus I, II e III;

Tratamento de feridas crônicas ou agudas na ausência de processos infecciosos. **Contraindicação:** Pacientes com conhecida sensibilidade a algum dos componentes do produto. **Frequência de troca:** A cada troca de curativo.

Carvão ativado

Composição: carvão ativado com prata composto por um envoltório de não tecido e um tecido de carvão ativado impregnado com 25 µg/cm² de prata.

Ação: Tem ação de absorção bactericida e desodorizante.

Indicação: Feridas exsudativas, limpas ou infectadas, crônicas ou agudas, superficiais ou profundas e com odor desagradável, como carcinomas fúngicos, feridas ulcerativas traumáticas e deiscências cirúrgicas.

Contra-indicação: Pacientes com conhecida sensibilidade a algum dos componentes do produto. **Frequência de troca:** A cada 24-48h.

Pasta hidrocoloide

Composição: hidrocoloides naturais (gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica).

Ação: Interage com o exsudato da ferida formando um meio úmido que favorece o processo de cicatrização, propiciando o desbridamento autolítico; e permitindo a remoção não traumática do curativo, sem danificar os tecidos recém-formados.

Indicação: Tratamento de úlceras de pele exsudativas, incluindo feridas profundas. **Contra-indicação:**

Pacientes com conhecida sensibilidade a algum dos componentes do produto;

Úlcera decorrente de processos infecciosos como tuberculose, sífilis, infecção por fungos. Frequência de troca:

A cada 48 horas;

A cobertura secundária, conforme a saturação

Curativo de hidrofibra

Composição: Fibras de carboximetilcelulose sódica.

Ação: Altamente absorvente. Forma um gel macio que interage com o exsudato da ferida, mantendo o meio úmido ideal para a cicatrização da ferida e desbridamento autolítico.

Indicação:

Abrasões, lacerações;

Queimaduras de segundo grau;

Úlcera vasculogênica;

Feridas cirúrgicas e traumática.

Contra-indicação: Indivíduos com reações alérgicas a algum componente do produto. Frequência de troca: Pode ficar até 7 dias, em queimaduras de 2º grau até 14 dias.

Membracel®

Composição: membrana de celulose bacteriana porosa.

Ação: Membrana porosa capaz de substituir temporariamente a pele humana, promovendo a rápida regeneração.

Indicação: Tratamentos preventivos e curativos de lesões resultantes da perda do epitélio, especialmente as com grande potencial de infecção, que sejam caracterizadas como ferimento superficial ou profundo, com exsudação abundante ou escassa.

Contra-indicação:

Indivíduos com reações alérgicas a algum componente do produto;

Feridas infectadas.

Frequência de troca: Irá depender da condição da ferida e do volume de exsudação. Inicialmente é normal que a necessidade de troca se dê a cada 5 dias. Com o passar do tempo este intervalo aumentará naturalmente, em decorrência da redução do volume de exsudato secretado pela lesão. A membrana porosa poderá ser mantida até 12 dias, caso não ocorra seu desprendimento/rompimento, sinais de infecção sob a mesma, dor aguda, odor fétido ou mau cheiro.

Cavilon® Spray

Composição: Solução polimérica.

Ação: Barreira que oferece total proteção contra irritações de pele decorrentes de incontinência urinária e fecal, e danos causados pelos adesivos em curativos repetitivos.

Indicação:

Proteção da pele ao redor de ostomias, fistulas e feridas drenantes;

Processos alérgicos a adesivo (fitas);

Peri-estomas;

Feridas exudativas:

Ao redor de cânulas de entubação, traqueostomias, gastrostomias;

Dermatite e irritação de pele;

Produto indicado para ser utilizado em pacientes adultos, crianças e bebés com idade superior a 01 mês;

Lesões de pele decorrentes de incontinências urinárias e/ou fecais, sucos digestivos (ostomias), fricção, cisalhamento e agressões de adesivos devido trocas constantes de curativos.

Contra-indicação: Indivíduos com reações alérgicas a algum componente do produto. Frequência de troca:

Permanece aplicado até 72hs (exceto quando aplicado sob produtos adesivos de trocas constantes);

Em condições normais, há necessidade de se reaplicar uma vez mais a cada 48 ou 72hs evitando a troca constante de curativos (mais conveniente e econômico)

Não necessita ser retirado antes das reaplicações.

REFERÊNCIAS

Os links citados abaixo servem apenas como referência. Nos termos da lei brasileira (lei no 9.610/98, art. 8o), não possuem proteção de direitos de autor: As ideias, procedimentos normativos, sistemas, métodos, projetos ou conceitos matemáticos como tais; Os esquemas, planos ou regras para realizar atos mentais, jogos ou negócios; Os formulários em branco para serem preenchidos por qualquer tipo de informação, científica ou não, e suas instruções; Os textos de tratados ou convenções, leis, decretos, regulamentos, decisões judiciais e demais atos oficiais; As informações de uso comum tais como calendários, agendas, cadastros ou legendas; Os nomes e títulos isolados; O aproveitamento industrial ou comercial das ideias contidas nas obras.

Caso não concorde com algum item do material entre em contato com a Domina Concursos para que seja feita uma análise e retificação se necessário

A Domina Concursos não possui vínculo com nenhuma banca de concursos, muito menos garante a vaga ou inscrição do candidato em concurso. O material é apenas um preparatório, é de responsabilidade do candidato estar atento aos prazos dos concursos.

A Domina Concursos reserva-se o direito de efetuar apenas uma devolução parcial do conteúdo, tendo em vista que as apostilas são digitais, isso, [e, não há como efetuar devolução do material.

A Domina Concursos se preocupa com a qualidade do material, por isso todo conteúdo é revisado por profissionais especializados antes de ser publicado.



Prezado cliente,

É com imensa satisfação que expressamos nossa profunda gratidão pela sua escolha em adquirir suas apostilas de estudos conosco. A preferência pelo nosso serviço é motivo de grande alegria e reforça nosso compromisso em fornecer materiais de alta qualidade para contribuir efetivamente em seu caminho educacional.

Aqui na nossa loja, dedicamo-nos diariamente para oferecer produtos que atendam não apenas às suas necessidades de aprendizado, mas que também superem suas expectativas. Cada compra realizada é um voto de confiança em nossa equipe, e estamos comprometidos em corresponder a essa confiança através de excelência em produtos e atendimento.

Saiba que sua decisão de confiar em nós para sua jornada de estudos é valorizada e respeitada. Estamos sempre empenhados em aprimorar nossos serviços para garantir que sua experiência seja positiva e produtiva. Se houver algo específico que possamos fazer para melhor atendê-lo, por favor, não hesite em nos informar.

Agradecemos por fazer parte da nossa comunidade de clientes e por escolher a qualidade e confiabilidade das nossas apostilas. Estamos ansiosos para continuar a serviço com dedicação e comprometimento.

Atenciosamente, Domina Concursos.



contato@dominaconcursos.com.br



[WhatsApp \(48\) 9.9695-9070](https://wa.me/5548996959070)



Rua Aracatuba, nº 45,
Centro, Criciuma/SC - CEP
88810-230