

2014.1

Fundamentos da Enfermagem



**INSTITUTO
FORMAÇÃO**

Cursos Técnicos Profissionalizantes

Prof^ª. Marília Varela

INTRODUÇÃO

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, ás 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 aos pacientes que buscam assistência.

A Evolução da Assistência à Saúde nos Períodos Históricos

- Período Pré-Cristão

Neste período as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do demônio. Por isso os sacerdotes ou feiticeiras acumulavam funções de médicos e enfermeiros. O tratamento consistia em aplacar as divindades, afastando os maus espíritos por meio de sacrifícios. Usavam-se: massagens, banhos de água fria ou quente. Mais tarde os sacerdotes adquiriam conhecimentos sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos. Alguns papiros, inscrições, monumentos, livros de orientações políticas e religiosas, ruínas de aquedutos e outras descobertas nos permitem formar uma idéia do tratamento dos doentes.

- Egito

Os egípcios deixaram alguns documentos sobre a medicina conhecida em sua época. As receitas médicas deviam ser acompanhadas da recitação de fórmulas religiosas. Praticava-se o hipnotismo, a interpretação de sonhos; acreditava-se na influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras. Havia ambulatórios gratuitos, onde era recomendada a hospitalidade e o auxílio aos desamparados.

- Índia

Documentos do século VI a.C. nos dizem que os hindus conheciam: ligamentos, músculos, nervos, plexos, vasos linfáticos, antídotos para alguns tipos de envenenamento e o processo digestivo. Realizavam alguns tipos de procedimentos, tais como: suturas, amputações e corrigiam fraturas. Neste aspecto o budismo contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem e da medicina. Os hindus tornaram-se conhecidos pela construção de hospitais. Foram os únicos, na época, que citaram enfermeiros e exigiam deles qualidades morais e conhecimentos científicos. Nos hospitais eram usados músicos e narradores de histórias para distrair os pacientes. O bramismo fez decair a medicina e a enfermagem, pelo exagerado respeito ao corpo humano - proibia a dissecação de cadáveres e o derramamento de sangue. As doenças eram consideradas castigo.

- Assíria e Babilônia

Entre os assírios e babilônios existiam penalidades para médicos incompetentes, tais como: amputação das mãos, indenização, etc. A medicina era baseada na magia - acreditava-se que sete demônios eram os causadores das doenças. Os sacerdotes - médicos vendiam talismãs com orações usadas contra ataques dos demônios. Nos documentos assírios e babilônicos não há menção de hospitais, nem de enfermeiros. Conheciam a lepra e sua cura dependia de milagres de Deus, como no episódio bíblico do banho no rio Jordão. "Vai, lava-te sete vezes no Rio Jordão e tua carne ficará limpa".

- China

Os doentes chineses eram cuidados por sacerdotes. As doenças eram classificadas da seguinte maneira: benignas, médias e graves. Os sacerdotes eram divididos em três categorias que correspondiam ao grau da doença da qual se ocupava. Os templos eram rodeados de plantas medicinais. Os chineses conheciam algumas doenças: varíola e sífilis. Tratamento: anemias, indicavam ferro e fígado; doenças da pele, aplicavam o arsênico. Anestesia: ópio. Construíram alguns hospitais de isolamento e casas de repouso. A cirurgia não evoluiu devido a proibição da dissecação de cadáveres.

- Japão

Os japoneses aprovaram e estimularam a eutanásia. A medicina era fetichista e a única terapêutica era o uso de águas termais.

- Grécia

As primeiras teorias gregas se prendiam à mitologia. Apolo, o deus sol, era o deus da saúde e da medicina. Usavam sedativos, fortificantes e hemostáticos, faziam ataduras e retiravam corpos estranhos, também tinham casas para tratamento dos doentes. A medicina era exercida pelos sacerdotes - médicos, que interpretavam os sonhos das pessoas. Tratamento: banhos, massagens, sangrias, dietas, sol, ar puro, água pura mineral. Dava-se valor à beleza física, cultural e a hospitalidade. O excesso de respeito pelo corpo atrasou os estudos anatômicos. O nascimento e a morte eram considerados impuros, causando desprezo pela obstetrícia e abandono dos doentes graves. A medicina tornou-se científica, graças a Hipócrates, que deixou de lado a crença de que as doenças eram causadas por maus espíritos. Hipócrates é considerado o Pai da Medicina. Observava o doente, fazia diagnóstico, prognóstico e a terapêutica. Reconheceu doenças como: tuberculose, malária, histeria, neurose, luxações e fraturas. Seu princípio

fundamental na terapêutica consistia em "não contrariar a natureza, porém auxiliá-la a reagir". Tratamentos usados: massagens, banhos, ginásticas, dietas, sangrias, e calmantes, ervas medicinais e medicamentos minerais.

- Roma

A medicina não teve prestígio em Roma. Durante muito tempo era exercida por escravos ou estrangeiros. Os romanos eram um povo, essencialmente guerreiro. O indivíduo recebia cuidados do Estado como cidadão destinado a tornar-se bom guerreiro, audaz e vigoroso. Roma distinguiu-se pela limpeza das ruas, ventilação das casas, água pura e abundante e redes de esgoto. Os mortos eram sepultados fora da cidade, na via Ápia. O desenvolvimento da medicina dos romanos sofreu influência do povo grego. O cristianismo foi a maior revolução social de todos os tempos. Influenciou positivamente através da reforma dos indivíduos e da família. Os cristãos praticavam tal caridade, que movia os pagãos: "Vede como eles se amam". Desde o início do cristianismo os pobres e enfermos foram objeto de cuidados especiais por parte da Igreja.

História da Enfermagem

Período Florence Nightingale

Nascida a 12 de maio de 1820, em Florença, Itália, era filha de ingleses. Possuía inteligência incomum, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança - o que lhe permitia dialogar com políticos e oficiais do Exército, fazendo prevalecer suas idéias. Dominava com facilidade o inglês, o francês, o alemão, o italiano, além do grego e latim. No desejo de realizar-se como enfermeira, passa o inverno de 1844 em Roma, estudando as atividades das Irmandades Católicas. Em 1849 faz uma viagem ao Egito e decide-se a servir a Deus, trabalhando em Kaiserswert, Alemanha, entre as diaconisas.

Decidida a seguir sua vocação, procura completar seus conhecimentos que julga ainda insuficientes. Visita o Hospital de Dublin dirigido pela Irmãs de Misericórdia, Ordem Católica de Enfermeiras, fundada 20 anos antes. Conhece as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, na Maison de la Providence em Paris. Aos poucos vai se preparando para a sua grande missão. Em 1854, a Inglaterra, a França e a Turquia declaram guerra à Rússia: "Guerra da Criméia." Os soldados acham-se no maior abandono. A mortalidade entre os hospitalizados é de 40%. Florence partiu para Scutari com 38 voluntárias entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais. Algumas enfermeiras foram despedidas por incapacidade de adaptação e principalmente por indisciplina. A mortalidade decresce de 40% para 2%. Os soldados fazem dela o seu anjo da guarda e ela foi imortalizada como a "Dama da Lâmpada" porque, de lanterna na mão, percorre as enfermarias, atendendo os doentes. Durante a guerra contrai tifo e ao retornar da Criméia, em 1856, leva uma vida de inválida. Dedicou-se porém, com ardor, a trabalhos intelectuais. Pelos trabalhos na Criméia, recebe um prêmio do Governo Inglês e, graças a este prêmio, consegue iniciar o que para ela é a única maneira de mudar os destinos da Enfermagem – uma Escola de Enfermagem em 1860.

Após a guerra, Florence fundou uma escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, que passou a servir de modelo para as demais escolas que foram fundadas posteriormente. A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola Nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso, de um ano de duração, consistia em aulas diárias ministradas por médicos.

Nas primeiras escolas de Enfermagem, o médico foi de fato a única pessoa qualificada para ensinar. A ele cabia então decidir quais das suas funções poderiam colocar nas mãos das enfermeiras. Florence morreu em 13 de agosto de 1910, deixando florescente o ensino de Enfermagem. Assim, a Enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada

que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica.

História da Enfermagem no Brasil

A organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira começa no período colonial e vai até o final do século XIX. A profissão surge como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada por um grupo formado, na sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Desde o princípio da colonização foi incluída a abertura das Casas de Misericórdia, que tiveram origem em Portugal. A primeira Casa de Misericórdia foi fundada na Vila de Santos, em 1543. Em seguida, ainda no século XVI, surgiram as do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Mais tarde Porto Alegre e Curitiba, esta inaugurada em 1880, com a presença de D. Pedro II e Dona Tereza Cristina.

No que diz respeito à saúde do povo brasileiro, merece destaque o trabalho do Padre José de Anchieta. Ele não se limitou ao ensino de ciências e catequeses. Foi além. Atendia aos necessitados, exercendo atividades de médico e enfermeiro. Em seus escritos encontramos estudos de valor sobre o Brasil, seus primitivos habitantes, clima e as doenças mais comuns. A terapêutica empregada era à base de ervas medicinais minuciosamente descritas. Supõe-se que os Jesuítas faziam a supervisão do serviço que era prestado por pessoas treinadas por eles. Não há registro a respeito.

Outra figura de destaque é Frei Fabiano Cristo, que durante 40 anos exerceu atividades de enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro (Séc. XVIII). Os escravos tiveram papel relevante, pois auxiliavam os religiosos no cuidado aos doentes. Em 1738, Romão de Matos Duarte consegue fundar no Rio de Janeiro a Casa dos Expostos. Somente em 1822, o Brasil tomou as primeiras medidas de proteção à maternidade que se conhecem na legislação mundial, graças a atuação de José Bonifácio Andrade e Silva. A primeira sala de partos funcionava na Casa dos Expostos em 1822. Em 1832 organizou-se o ensino médico e foi criada a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A escola de parteiras da Faculdade de Medicina diplomou no ano seguinte a célebre Madame Durocher, a primeira parteira formada no Brasil.

No começo do século XX, grande número de teses médicas foram apresentadas sobre Higiene Infantil e Escolar, demonstrando os resultados obtidos e abrindo horizontes e novas realizações. Esse progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a Enfermagem. Assim sendo, na enfermagem brasileira do tempo do Império, raros nomes se destacaram e, entre eles, merece especial menção o de Anna Nery.

Anna Nery

Aos 13 de dezembro de 1814, nasceu Ana Justina Ferreira, na Cidade de Cachoeira, na Província da Bahia. Casou-se com Isidoro Antonio Nery, enviuvando aos 30 anos. Seus dois filhos, um médico militar e um oficial do exército, são convocados a servir a Pátria durante a Guerra do Paraguai (1864-1870), sob a presidência de Solano Lopes. O mais jovem, aluno do 6º ano de Medicina, oferece seus serviços médicos em prol dos brasileiros.

Anna Nery não resiste à separação da família e escreve ao Presidente da Província, colocando-se à disposição de sua Pátria. Em 15 de agosto parte para os campos de batalha, onde dois de seus irmãos também lutavam. Improvisa hospitais e não mede esforços no atendimento aos feridos. Após cinco anos, retorna ao Brasil, é acolhida com carinho e louvor, recebe uma coroa de louros e Victor Meireles pinta sua imagem, que é colocada no edifício do Paço Municipal. O governo imperial lhe concede uma pensão, além de medalhas humanitárias e de campanha. Faleceu no Rio de Janeiro a 20 de maio de 1880. A primeira

Escola de Enfermagem fundada no Brasil recebeu o seu nome. Anna Nery que, como Florence Nightingale, rompeu com os preconceitos da época que faziam da mulher prisioneira do lar.

“A enfermagem é uma arte; e para realiza-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus . É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes “

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.

Resolve:

Art. 1º- Aprovar o regulamento anexo que dispõe sobre o Juramento a ser proferido nas Solenidades de Formatura dos Cursos de Enfermagem, bem como a pedra, a cor e o Brasão ou marca que representará a Enfermagem, em anéis e outros acessórios que venham a ser utilizados em nome da Profissão.

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

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, abscessos, celulite ou úlceras de decúbito, ou outras infecções por Staphylococcus aureus cutâneo, Parainfluenza, VSR, Rotavirus, Escabiose, Pediculose, Shigella, Febre hemorrágica (Ébola)

A transmissão por contato pode ser :

- direta: transferência física direta de um indivíduo infectado e um hospedeiro susceptível. Exemplo: manusear um paciente infectado e logo em seguida manipular outro sem lavar as mãos (infecção cruzada).
 - indireta: contato pessoal do hospedeiro susceptível com objetos inanimados contaminados. Exemplo: agulhas, roupas de camas, fômites (comadres, papagaios), 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 disseminem, 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, fluídos 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 MÃOS

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 fluídos 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 em contato com organismos infecciosos.
- Reduzir a possibilidade da equipe , transmitir sua flora endógena aos pacientes
- Reduzir a possibilidade da equipe tornar-se transitariamente 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 ocupa-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 a 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 firmes, 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 balançar-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 .
- Enxagüar
- 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 conhece-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.

Trendelemburg: 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 á 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 sangüínea deficiente, ocasionada por pressão demorada e conseqüente 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 frequência, 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 hiperproteicas 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 (pom) 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 hidroativas, 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 amêndoa doce 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 : freqüência 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

Taquipnéia : respiração acelerada

Bradipnéia : diminuição do número de movimentos respiratórios

Apnéia : 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 .

Fundamentos da Enfermagem

www.ifcursos.com.br

Marília Varela

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

Destruar 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 paciência, 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 distensão abdominal e flatulência.

Se não houver restrição hídrica, hidratar paciente pela sonda

A dieta administrada lentamente esfria e deterioriza e rapidamente pode ocasionar diarreias.

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 decubito 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 ruídos 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 á 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 possibilitado 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, paralisias, 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 antissepsia

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 sanguíneos

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 antissepsia do local

Ainda com a mão não dominante segurar o músculo firmemente

Introduzir a agulha firmemente com o bísel voltado para o lado, em sentido as fibras musculares

Com a mão não dominante, puxar o êmbolo, aspirando verificando se não atingiu vasos sanguíneos

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 antissepsia do local com movimentos longos e firmes de baixo para cima

Fixar a veia com o polegar da mão não dominante s/n

O bísel 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 Enterocлизма : 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 (enterocлизма), Forro de proteção para o leito, Biombo, Equipo (enterocлизма), Comadre, Suporte para o soro (enterocлизма), Frasco de fleet – enema cpm.

Método para aplicação de enterocлизма

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.

30.1 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 direção 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 descartpack

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

Intocorrências (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 recebe-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 mobiliário 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 são 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) Polvidine 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 desinfectar ponta da almotolia

Colocar uma porção 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 débito 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 antissepsia 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 arroxeada de pele e mucosas
- Colostomia : abertura cirúrgica da parede abdominal com exteriorização do cólon para eliminação de fezes
- Diurese : volume urinário
- Disfagia : dificuldade para deglutir
- 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

REFERÊNCIAS

- GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- LIMA, M. J. O. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense. 1993. (Coleção São Paulo).
- ALMEIDA, M. C. P. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- GERMANO, R. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.
- LOUZEIRO, J. A. N. **A brasileira que venceu a guerra**. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.
- FUNDAMENTOS BÁSICOS EM ENFERMAGEM. **Normas e Procedimentos** Guia de Bolso Escola Superior de Saúde Faculdade de Ciências da Saúde Universidade Fernando Pessoa, 2006.
- HISTORIA DA ENFERMAGEM, 5ª EDIÇÃO REVISTA E AUMENTADA, Ilustrações de Newton de Figueiredo Coutinho e JULIO C. REIS – LIVRARIA, Rio de Janeiro-RJ.,1979