

MANUAL PRÁTICO

DE AUXÍLIO NO ESTÁGIO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

"ESCOLHI SER ENFERMEIRO E ME DEDICAR À SAÚDE
PORQUE RESPEITO A VIDA"



LIVROLOGIA

ORGANIZADORAS

BEATRIZ RODRIGUES SARAIVA

DESIRÉE ALVES SANGE

SANDRA MARIA DA PENHA CONCEIÇÃO

TATIANA MAGNABOSCHI VILLAÇA

MANUAL PRÁTICO DE AUXÍLIO NO ESTÁGIO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Organizadores

Beatriz Rodrigues Saraiva

Desirée Alves Sange

Sandra Maria da Penha Conceição

Tatiana Magnaboschi Villaça

Copyright FAM, 2022.
Todos os direitos reservados.

ISBN: 978-65-86218-93-0
Editorial: Centro Universitário FAM
Preparação: Editora Livrologia
Revisão: Josiane Müller
Diagramação: Caroline Capellari
Capa: Kátia Beltrame
Projeto Gráfico: Ivo Dickmann
Impressão e Acabamento: Printstore Serviços Gráficos
Editora Livrologia Ltda: <http://www.livrologia.com.br/>

Esta obra foi composta nas fontes Imprimerie, Village e Champagne & Limousines

M294 Manual prático de auxílio no estágio de graduação em enfermagem /
Beatriz Rodrigues Saraiva, Desirée Alves Sange, Sandra Maria da
Penha Conceição, Tatiana Magnaboschi Villaça (organizadoras). –
Chapecó: Livrologia, 2022.

1. Enfermagem – Estudo e ensino. 2. Enfermagem – Manuais, guias,
etc. I. Saraiva, Beatriz Rodrigues. II. Sange, Desirée Alves. III. Conceição,
Sandra Maria da Penha. IV. Villaça, Tatiana Magnaboschi.

2022_0165

CDD 610.73 – (Edição 23)

Ficha catalográfica elaborada por Karina Ramos – CRB 14/1056

©2022

Permitida a reprodução deste livro, sem fins comerciais,
desde que citada a fonte.

Impresso no Brasil.

Organizadores

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Sandra Maria da Penha Conceição
Tatiana Magnaboschi Villaça

MANUAL PRÁTICO DE AUXÍLIO NO ESTÁGIO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUMÁRIO

1. GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE-----	13
PRONTUÁRIO-----	14
TIPOS DE ALTA -----	14
Alta Hospitalar Melhorada -----	14
Alta condicionada ou licença médica-----	14
Alta a pedido-----	14
Evasão-----	14
ROTINA DE ALTA HOSPITALAR -----	14
TIPOS DE TRANSFERÊNCIA -----	15
Interna -----	15
Externa -----	15
PREPARO DA CAMA -----	15
Tipos de Leitos -----	15
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM -----	20
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM -----	21
INFORMAÇÕES BÁSICAS DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM-----	22
Informações do Paciente na Evolução de Enfermagem -----	22
PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES-----	23
2. BIOSSEGURANÇA -----	24
NR 32 -----	25
Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de saúde -----	25
UNIDADE DO PACIENTE -----	26
Limpeza da unidade do paciente -----	26
Limpeza Concorrente -----	26
LIMPEZA TERMINAL-----	27
CCIH - CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR -----	27
Precaução padrão -----	28
Isolamento -----	29
Precauções de Contato -----	29
Precauções respiratórias -----	31
Precauções respiratórias por gotículas -----	33
Precauções Empíricas -----	34
ARTIGOS HOSPITALARES-----	35
CONCEITO DE LUVAS EM GERAL -----	37
3. PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO -----	39
SAE-----	40
SINAIS VITAIS-----	41
Frequência Cardíaca / Pulso -----	42

Pressão Arterial -----	42
Saturação -----	43
Temperatura Corporal -----	43
Glicemia -----	44
ANAMNESE E EXAME FÍSICO -----	44
CÁLCULO DE IMC -----	53
ESCALA DE DOR -----	53
LOCAIS PARA MENSURAR FREQUÊNCIA DO PULSO -----	55
4. FARMACOLOGIA -----	57
CERTOS DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS -----	58
TIPOS DE INSULINA -----	59
CÁLCULO DE INSULINA -----	60
CÁLCULO DE MEDICAÇÕES -----	60
Gotejamento -----	61
DILUIÇÃO DE MEDICAMENTOS -----	62
REDILUIÇÃO -----	63
SORO -----	63
TABELA DE MEDIDAS DE AGULHA -----	65
MISTURAS DE MEDICAÇÕES NÃO PERMITIDAS -----	66
MEDICAÇÕES MAIS USADAS -----	67
Antibióticos e Antifúngicos usuais -----	68
VIAS DE ADMINISTRAÇÃO -----	69
5. SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO -----	70
QUEIMADURAS -----	71
Superfície corpórea -----	71
ATENDIMENTO -----	73
SANGUE: DOADOR E RECEPTOR -----	74
RADIOGRAFIA DE TÓRAX -----	74
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO -----	74
ALTERAÇÕES QUE OCLUEM OS VASOS SANGUÍNEOS -----	77
INFLAMAÇÃO X INFECÇÃO -----	78
CURATIVOS -----	78
Curativo semi-oclusivo -----	79
Curativo oclusivo -----	79
Curativo compressivo -----	80
Curativo aberto -----	80
Troca de curativo -----	81
LESÃO POR PRESSÃO -----	82
ASPIRAÇÃO -----	82
MUDANÇA DE DECÚBITO -----	84
NUTRIÇÃO PARENTERAL -----	85
DRENO DE TÓRAX -----	85

DRENAGEM GÁSTRICA -----	85
DERIVAÇÕES VENTRICULAR EXTERNA-----	86
CATETERES CENTRAIS -----	86
CATETER VESICAL DE DEMORA -----	87
COMO HEPARINIZAR O CATETER -----	87
ARRITMIAS -----	88
TUBOS DE COLETA -----	88
AVC – ACIDENTE VASCULAR CEFÁLICO-----	90
Escala de Cincinati -----	93
BANHO NO LEITO -----	93
DIFERENÇAS DE PLEGIA E PARESIA -----	95
6. VACINAS E SEUS CUIDADOS-----	96
7. IST -----	99
TESTE RÁPIDO -----	100
QUANDO FAZER O TESTE DE HIV?-----	101
QUANDO FAZER O TESTE DE SÍFILIS? -----	101
QUANDO FAZER O TESTE DE HEPATITE B E C? -----	101
8. PROCESSO DO CUIDADO DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA- 102	
MULHER CORRIMENTOS-----	103
Anamnese e Exame físico ginecológico-----	103
ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA -----	104
Toque vaginal-----	110
Menopausa e menstruação-----	111
SINTOMAS QUE PODE OCORRER NA ANUNCIAÇÃO DA MENOPAUSA ---	111
MENSTRUAÇÃO-----	112
HIPOTALÂMICO – PITUITÁRIO -----	113
CICLO OVARIANO-----	113
CICLO ENDOMETRIAL: -----	113
PEDIATRIA -----	113
Ausculta do bebê -----	113
Classificação do RN -----	117
ÍNDICE DE APGAR -----	117
MÉTODO CAPURRO-----	117
Dor pediátrica -----	118
Disfunção gastrointestinal-----	120
Triagem neonatal -----	122
EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL -----	123
MATERNA -----	128
Aleitamento materno -----	128
Assistência às emergências obstétrica-----	130

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM -----	131
MULHERES COM OU SEM CONFIRMAÇÃO DE GRAVIDEZ: -----	131
GRAVIDEZ > 20SEMANAS: -----	132
HIPERTENSÃO EM GESTANTE OU PUÉRPERA -----	133
CUIDADOS ESPECIAIS -----	135
Estreptococo B -----	135
COLETA DE EXAME ESTREPTOCOCO B -----	136
Altura Uterina -----	137
Anemia na gestação -----	138
Diabetes na gestação -----	139
Parto fases clínicas e fisiológicas -----	139
9. PROCESSO DO CUIDADO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA -----	144
SUORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA -----	145
Básico -----	145
Avançado -----	145
CARRINHO DE EMERGÊNCIA -----	146
Primeira Gaveta -----	146
Segunda Gaveta -----	147
Terceira Gaveta -----	147
Quarta Gaveta -----	148
Kit Intubação -----	148
COMPRESSÕES CARDÍACAS DE QUALIDADE NO RCP -----	149
XABCDE -----	150
X - Hemorragias Sanguinolenta -----	150
A - Gerenciamento de Vias Aéreas e Estabilização da Coluna Cervical -----	151
B - Respiração -----	151
C - Circulação -----	151
D - Disfunção neurológica -----	152
E - Expor / ambiente -----	152
PUPILAS: REATIVIDADE A LUZ, TAMANHO E SIMETRIA -----	153
ESCALA DE GLASGOW -----	153
ECG: ELETRODOS -----	155
10. PROCESSO DO CUIDADO NA UTI -----	157
VENTILAÇÃO MECÂNICA -----	158
MODOS DE VENTILAÇÃO -----	158
PARÂMETROS REGULÁVEIS DO VENTILADOR -----	159
COMPLICAÇÕES DA VENTILAÇÃO MECÂNICA: -----	159
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA VENTILAÇÃO MECÂNICA: --	160
EQUILÍBRIO ÁCIDO - BÁSICO -----	160
EQUILÍBRIO ÁCIDO- BÁSICO -----	160
MEDICAÇÕES NA UTI -----	162

11. NECESSIDADE DE SAÚDE E PROCESSO NO PERIOPERATÓRIO-----	169
REPROCESSAMENTO DE ARTIGOS HOSPITALARES CME-----	170
CME-----	170
Tipos de CME-----	171
Sistema de Centralização-----	171
Limpeza de Materiais Complexos -----	171
Prática de Enfermagem da Assistência ao Paciente Cirúrgico -	
172	
Prevenindo Infecções: -----	173
Cuidados da Equipe -----	173
Prevenindo complicações anestésicas: -----	173
ENTEROCLISMA OU LAVAGEM INTESTINAL -----	174
PROTOCOLO DE RISCO CIRÚRGICO -----	175
Avaliação Pré Operatória:-----	175
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO -----	176
Principais diagnósticos de Enfermagem em centro cirúrgico--	
178	
Assistência de Enfermagem ao Paciente no Pré op mediato----	
179	
MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA-----	180
CLASSIFICAÇÃO DA ASA -----	181
CC - PORTE E TEMPO DE DURAÇÃO -----	181
12. NECESSIDADE DO CUIDADO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO-----	183
CONTENÇÃO -----	184
13. ÓBITO-----	187
PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE-----	188
TAMPONAMENTO-----	188
MORTE ENCEFÁLICA-----	190
Exame clínico para diagnóstico de ME-----	190
14. GLOSSÁRIO -----	192
15. REFERÊNCIAS-----	193

SOBRE OS AUTORES

ORGANIZADORES

Beatriz Rodrigues Saraiva

Enfemeira Bacharelada em Enfermagem pelo Centro Universitário das Américas - FAM.

Desirée Alves Sange

Enfemeira Bacharelada em Enfermagem pelo Centro Universitário das Américas – FAM.

Sandra Maria da Penha Conceição

Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, Pós Graduada, doutoranda em Ciências da Saúde. Experiência Profissional Hospitar, Saúde Coletiva, e Docência. Integrante do grupo de pesquisa sobre Recursos Humanos (RH) em Saúde (Saúde Coletiva-CNPQ). Vice presidente do comitê ética e pesquisa da FAM. Organizadora e autora de livros publicados voltados para o setor de educação e saúde.

Tatiana Magnaboschi Villaça

Enfermeira, Mestre em ciências da saúde, pós graduada. Experiência profissional em assistência hospitalar em Maternidade, UTI Neonatal, Docente do curso de graduação em Enfermagem e Medicina. Organizadora e autora de capítulos de livros publicados para o setor da saúde.

COLABORADORES

Anderson Leonardo Oliveira do Nascimento

Enfermeiro no Curso Bacharelado de Enfermagem no Centro
Universitário das Américas – FAM

Gabriela Martinez Machado

Enfermeira no Curso Bacharelado de Enfermagem no Centro
Universitário das Américas – FAM

Giovanna Haimowski

Enfermeira no Curso Bacharelado de Enfermagem no Centro
Universitário das Américas – FAM

Léia Lauany de Sousa Santos

Enfermeira no Curso Bacharelado de Enfermagem no Centro
Universitário das Américas – FAM

Maria Amélia Dantas da Cunha

Enfermeira no Curso Bacharelado de Enfermagem no Centro
Universitário das Américas – FAM

Selena Thalia Peçanha Lomeu

Enfermeira no Curso Bacharelado de Enfermagem no Centro
Universitário das Américas – FAM

Thalles Miriel Queiroz Leone

Enfermeiro no Curso Bacharelado de Enfermagem no Centro
Universitário das Américas – FAM

AGRADECIMENTO E DEDICATÓRIA

Gostaríamos de agradecer às nossas professoras Tatiana Magnaboschi Villaça e Sandra Maria de Penha Conceição por acreditarem em nosso potencial e ajudar tornar realidade esse manual que auxiliará muitos outros estudantes da Enfermagem. Obrigada por terem dedicado seu tempo e esforço! Também agradecemos a todos os professores que fizeram parte de nossa formação, em especial Carla Andrea Trape, Cristiane de Alencar Domingues, Débora Rodrigues Vaz, Hemilly Dafne e Leia Alves Kaneto.

Nesse último ano de faculdade, queremos também agradecer a todos que colaboraram. Então, não sei se iremos nos encontrar futuramente após a faculdade, na rua ou em algum outro lugar, mas gostaríamos de dizer: Boa sorte e que vocês fazem parte de nossas vidas, além da formação.

E dedicamos este manual a nossos pais, Eliene Rodrigues de Souza, Geraldo de Jesus Saraiva e Neusa Alves da Cruz e Pierre Vaz Sange. Agradecemos por nos proporcionar chegar até aqui, e realizar nosso sonho de exercer a enfermagem com excelência! Amamos vocês.

Beatriz Rodrigues Saraiva e Desirée Alves Sange

Bacharelados do Curso de Enfermagem do

Centro Universitário das Américas

FAM / 2020

1. GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

TIPOS DE REGISTROS NO DIA A DIA DO ENFERMEIRO

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Sandra Maria da Penha Conceição

PRONTUÁRIO

Prontuário médico é o conjunto de documentos padronizados e ordenados, onde devem ser registrados todos os cuidados profissionais prestados aos pacientes e que atesta o atendimento médico a uma pessoa numa Instituição de Assistência médica ou num consultório médico, é também o documento depositário do segredo médico do paciente. (BARROS, 2018)

TIPOS DE ALTA

Alta Hospitalar Melhorada

É aquela dada por um médico, quando o paciente está em condições de deixar o hospital.

Alta condicionada ou licença médica

É aquela concedida pelo médico em ocasiões especiais, com condição de retornar ao Hospital na data estabelecida.

Alta a pedido

É aquela que o paciente se recusa a permanecer na instituição para tratamento. Anotar e registrar como alta a pedido, o paciente deverá assinar um termo de responsabilidade de seu próprio punho isentando a Instituição de qualquer risco que venha acontecer com o mesmo fora do Hospital. No impresso deverá conter o número do documento do paciente.

Evasão

É quando o paciente consegue fugir da Instituição sem o conhecimento da Enfermagem, com dispositivo como: acesso venoso, drenos, curativos. Registrar o horário e as condições do paciente. Em casos de pacientes psiquiátricos e com risco de vida, registra B.O (Boletim de Ocorrência) e comunicar a família e o serviço social.

ROTINA DE ALTA HOSPITALAR

1. Conferir se a alta está assinada pelo médico no prontuário;
2. Preencher o aviso de alta em 2 vias em impresso próprio;

3. Encaminhar o aviso de alta hospitalar, primeira via do impresso para a recepção central;
4. Encaminhar ao familiar responsável pela alta do paciente as guias de encaminhamento e receitas;
5. Nunca permitir que o cliente se ausente sozinho da Instituição;
6. A enfermagem deverá levar o paciente de cadeira de rodas até a recepção acompanhado da família;
7. Orientar o pacientes e familiares sobre o prosseguimento no tratamento, dietas e demais cuidados;
8. Esclarecer dúvidas sobre a receita médica;
9. Conferir os pertences do paciente se houver;
10. Realizar anotação de enfermagem referente a alta do paciente, data, hora, condições que saiu, qual acompanhante e exames que levou.

TIPOS DE TRANSFERÊNCIA

Interna

O paciente é transferido de uma unidade do Hospital para outra. Exemplo: Da clínica médica para a clínica cirúrgica;

Externa

O paciente é transferido de um Hospital para outro Hospital por necessidade de tratamento ou exame específico que não tem naquela Instituição.

PREPARO DA CAMA

Tipos de Leitos

• **Cama Fechada:** é aquela que está desocupada aguardando a chegada do paciente. Sendo: 2 lençóis (de cima e de baixo); 1 fronha; 1 cobertor; 1 travesseiro (opcional).



Figura 1- Cama Fechada

Procedimento:

- Reúna todo o material
- Com a cama já limpa, começamos a arrumar o leito do seguinte modo:
- Lençol de baixo, se possível, preferencialmente com elástico, caso contrário, poderá ser utilizado a técnica de envelope ou amarrar as pontas do lençol;
- Lençol superior;
- Travesseiro;
- Colcha e edredom, se necessário.
- Durante a arrumação, atente-se para a limpeza das roupas e não utilize em casos de sujidade.
- Deixe o quarto em ordem.
- Libere o quarto para Internação.

• **Cama Aberta:** É aquela cama que está sendo ocupada por um paciente que pode deambular. Sendo: 2 lençóis (de cima e de baixo); 1 fronha; 1 cobertor; 1 travesseiro (opcional).



Figura 2- Cama Aberta

Procedimento:

- Reúna todo o material;
- Com a cama já higienizada, realize a arrumação da cama na seguinte ordem: lençol de baixo > lençol superior > travesseiro > colcha e edredom se necessário.
- Realizar dobra no lençol superior como envelope para facilitar o acesso do paciente ao leito.

• **Cama do Operado:** É aquela feita para receber o paciente que está na sala cirúrgica ou após exame com anestesia. Sendo: 2 lençóis (de cima e de baixo); 1 impermeável; 1 forro; 1 lençol dobrado para leque na cabeceira; 1 cobertor; 1 colcha.



Figura 3- Cama Operado

Procedimento:

- Reúna todo o material;
 - Higienize as mãos;
 - Calce as luvas de procedimento;
 - Realize a assepsia na cama;
 - Estique o lençol inferior sobre a cama;
 - Coloque travessa (lençol dobrado) na altura do quadril do paciente;
 - Estique o lençol superior juntamente com o cobertor ou a colcha e enrole-os para a lateral da cama, lado oposto a entrada do paciente;
 - Posicione o forro na altura da cabeça;
 - Deixe o travesseiro com fronha caso seja autorizado seu uso;
 - Durante a arrumação do leito, atente-se para a limpeza das roupas de cama e caso haja sujidade, não as utilize!
 - Organize o leito;
 - Higienize as mãos;
 - Libere o leito para receber o paciente.
-
- **Cama com Paciente:** é aquela cama ocupada por um paciente acamado, que não pode deambular. Sendo: 2 lençóis (de cima e de baixo); 1 impermeável; 1 forro; 1 cobertor; 1 colcha; 1 travesseiro.

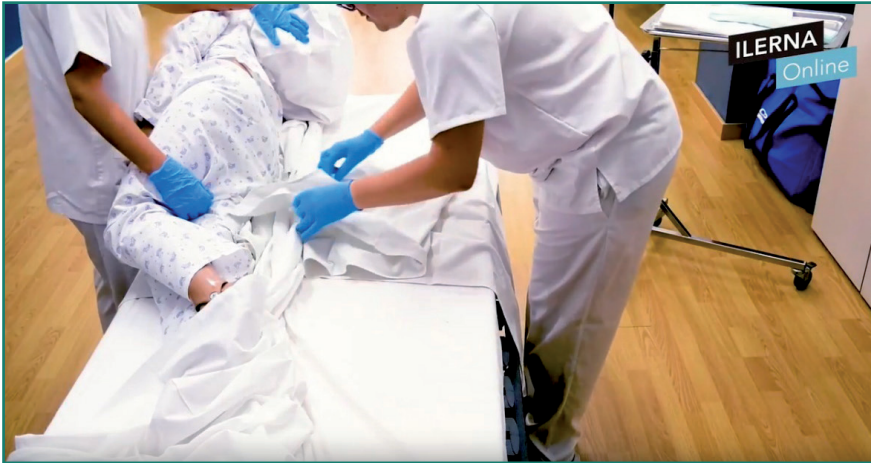


Figura 4- Cama com paciente

Procedimento:

- Reúna todo o material;
- Higienize as mãos;
- Calce as luvas;
- Realize a higiene no paciente;
- Coloque o paciente lateralizado no leito, apoiado sobre a grade ou por outro profissional;
- Empurre o lençol sujo para ficar embaixo do paciente;
- Higienize a parte do leito onde não está o paciente;
- Estique o lençol inferior;
- Coloque a travessa na altura do quadril do paciente, se necessário;
- Movimente o paciente no leito, trazendo-o para o outro lado da cama, de modo que ele fique sobre os lençóis limpos;
- Retire os lençóis sujos;
- Higienize o lado oposto da cama;
- Estique o lençol inferior e travessa sobre o colchão;
- Posicione o paciente em decúbito dorsal;
- Vista-o com pijama ou camisola;

- Coloque sobre o paciente o lençol superior o cobertor ou edredom e a colcha.
- Caso o paciente faça uso de travesseiros ou coxins, não esqueça de colocar!

Importante:

- Ao realizar a troca de cama, deixar as roupas dobradas na cadeira em ordem de uso.
- Ao fazer a cama, esticar bem os lençóis sem deixar rugas, pois poderá formar lesão por pressão.
- Ao retirar a roupa suja da cama, levar ao Hamper sem encostar no corpo.
- O Hamper deverá ficar sempre na porta do quarto.
- Quando retirar roupa contaminada da cama por doenças infecto contagiosas, sempre colocar em saco e identificar.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As anotações de Enfermagem são coletas de dados pontuais, ou seja, em tempo real, feitas de maneira cronológica, com a finalidade de apresentar a ordem de acontecimentos dos fatos referente ao paciente. É necessário separar o contexto de uma descrição subjetiva (O que o paciente relata) e objetiva (O que você vê, dados coletados por você). Por meio dele é possível avaliar as práticas adotadas e implementar melhorias para aperfeiçoar a assistência, sendo assim primordial para a valorização profissional e para a realização de cuidados seguros aos necessitados. (ESCOLA DE ENFERMAGEM DA PAZ, 2019).

A Anotação de enfermagem é totalmente diferente da Evolução de enfermagem, sendo que a evolução representa um histórico das últimas 24 horas do estado do paciente, feita pelo o Enfermeiro.

Para fazer uma boa anotação de enfermagem deve-se incluir os seguintes dados:

- Data, hora, assinatura e carimbo com número do COREN;

- Observação e registro de como o paciente chegou (de onde ele veio, com ou sem acompanhante, condições de locomoção);
- Condições gerais, sendo eles:
 1. Nível de consciência
 2. Estado nutricional,
 3. Higiene pessoal,
 4. Coloração da pele
 5. Queixas,
- Entre outros: se possui sondas, curativos e demais.
- Orientações feitas ao paciente (coleta de exames, jejum etc.);
- Dados do Exame físico,
- Cuidados executados,
- Intercorrências.

Importante:

- Realizar logo após os cuidados prestados,
- Sem rasuras, linhas em branco ou espaços,
- Sempre a caneta, sem uso de corretivo líquido,
- Legível,
- Informações claras e objetivas, sendo de maneira cronológicas,
- Dar preferência à descrição de características, com quantidade (ml, l), forma, coloração, tamanho (cm, mm etc.), localização.
- Evitar termos que deem conotação de valor (muito, pouco, bem, mal),
- Conter somente abreviaturas estabelecidas em literatura.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro devem constar os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes (COFEN, 2002).

Ou seja, concentra informações básicas e específicas sobre as condições do paciente. A abordagem, sempre realizada após a avaliação do estado geral, ajuda a guiar o planejamento da assistência (Nanda) que deverá ser prestada pela equipe nas 24 horas seguintes.

INFORMAÇÕES BÁSICAS DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

- Data e hora;
- Contato do acompanhante ou responsável pelo paciente;
- Tempo de internação e transferências (quando houver);
- Motivo da internação;
- Diagnóstico;
- Descrição do estado geral (funções digestivas, nutricionais, neurológicas, respiratórias, circulatórias, locomotoras e do trato urinário).

INFORMAÇÕES DO PACIENTE NA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Procedimentos já realizados:

- Anotação de enfermagem mais recente;
- Resumo da evolução de enfermagem anterior (quando houver);
- Resultado prévio dos cuidados anteriormente prescritos;
- Prescrições médicas;
- Pedidos e resultados de exames;
- Interconsultas;
- Novos problemas identificados;
- Informações subjetivas e objetivas;
- Problemas a serem abordados nas próximas 24 horas;
- Mudanças significativas no estado de saúde;
- Entrevista e respostas do paciente;
- Exame físico pertinente ao estado clínico;

- Assinatura e registro do COREN/COFEN.

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES

- Utilizar frases curtas e objetivas – cada frase deve conter apenas uma observação;
- Evitar letra ilegível;
- Evitar abreviaturas, exceto em casos de palavras amplamente utilizadas;
- Anotar as informações imediatamente;
- Evitar o uso do termo “o paciente”, visto que a folha de evolução é um documento individual;
- Jamais rasurar a evolução de enfermagem, já que o documento possui valor legal. Quando for necessário corrigir uma palavra ou frase, utilizar “digo”, entre vírgulas;
- A evolução de enfermagem deve ser anotada em folhas impressas, segundo modelo adotado pela instituição, e verificada pelo profissional de enfermagem.

Exemplo:

IData e horal, 3º dia de internação por broncopneumonia, apresenta-se orientada, calma, consciente, comunicativa, corada, hidratada, afebril, normocárdica, eupneica, normotensa, glicemia capilar 160mg/dl (pós-prandial), evolui sem queixas Acuidade auditiva e visual diminuída. Ausculta pulmonar com presença de murmúrios vesiculares c/ presença de estertores em base bilateral. Ausculta cardíaca BRNF sem sopros.

2. BIOSSEGURANÇA

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Tatiana Magnaboschi Villaça

NR 32

Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de saúde

Exigido pelo Ministério do trabalhador, a RN 32 estabelece diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, além de estabelecer medidas de proteção de risco ambientes.

- Cabelo presos;
- Se uso de gravatas, por dentro no Jaleco;
- Barba aparada;
- Crachá preso direto na roupa, sendo não permitido o uso de cordões ou colares;
- Unhas curtas, esmaltes transparentes e íntegro.
- Uniformes limpos, uso diário;
- Não permitido uso de adornos, tais eles: piercings, colares, pulseiras, alianças, anéis, relógios, cachecóis, lenços, nada que possa ficar enganchado ou puxados pelos pacientes;
- Não permitidos tatuagens aparentes;
- Sapatos completamente fechados, não podendo ser de material de plástico, e/com cadarço;
- Proibido o uso de roupas curtas, decotadas ou transparentes;
- Vacinas em dia;
- Não comer em lugar não adequado, sendo assim vedar o consumo de alimentos e bebidas nos postos de trabalho;
- Não é permitido guardar alimentos em locais não destinados para este fim;
- Com relação aos quimioterápicos, é proibido o uso de maquiagem.

UNIDADE DO PACIENTE

Consiste no espaço físico e no mobiliário necessário para sua acomodação durante a internação. Fazem parte da unidade do paciente: cama, mesinha de cabeceira, mesa de refeição, cadeira, escadinha (BARROS, 2018).

Limpeza da unidade do paciente

Proporcionar ao paciente um ambiente próprio a sua rápida recuperação; oferecer a enfermagem condições que favoreçam um bom desempenho de suas funções. (BARROS, 2018)

Limpeza Concorrente

É feita diariamente após o banho do paciente e arrumação do seu leito. Consiste na limpeza de parte do mobiliário da unidade do paciente. O material para a limpeza é álcool 70%; luvas de procedimentos; panos para limpeza. A limpeza concorrente é de responsabilidade da Enfermagem. (BARROS, 2018)

Técnica da limpeza concorrente:

- Lavar as mãos.
- Preparar o material.
- Levar ao quarto do paciente.
- Explicar o procedimento se tiver paciente no leito.
- Calçar as luvas de procedimento.
- Avaliar as condições da limpeza.
- Embeber o pano de limpeza com álcool 70%.
- Limpar as laterais do leito com pano sempre no mesmo sentido da cabeceira para os pés.
- Limpar a cabeceira e os pés do leito por último.
- Trocar o pano embebido em álcool e limpar a mesa de cabeceira iniciando pela parte interna e a seguir a parte externa.
- Deixar a mesa de cabeceira em ordem.

- Desprezar os panos de limpeza no Hamper.
- Desprezar as luvas.
- Lavar as mãos.
- Revisar o painel de gases, se necessário.

LIMPEZA TERMINAL

Proporcionar segurança e conforto aos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde, por garantir um ambiente e superfícies limpas com redução do número de microrganismo. A limpeza consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies sendo eles: piso, parede, teto, mobiliário e equipamentos. (ANVISA, 2010).

CCIH - CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

A portaria do Ministério da Saúde, nº 2616, de 12 de maio de 1998, exige a criação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) para que os hospitais coloquem em prática as ações do PCIH. Somente profissionais da saúde com nível superior podem ser integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. A CCIH deve ser composta por membros consultores e executores. Na categoria consultores, os integrantes representam e coordenam os métodos de prevenção de controle de infecção hospitalar dos serviços médicos, de enfermagem, de farmácia, de administração e laboratório de microbiologia. Já os executores da CCIH realizam as ações do PCIH. É importante que um dos membros executores seja um enfermeiro. Suas principais atribuições são elaborar, planejar, executar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (ABIH, 2018).

Por meio das seguintes ações:

- Obedecer a todas as normas estabelecidas pela ANVISA;
- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares;
- Criar um manual de normas e condutas que devem ser implantadas e seguidas por toda equipe hospitalar;
- Supervisionar as rotinas operacionais;

- Promover constantemente treinamento, capacitação e ações de orientação da equipe médico-hospitalar sobre prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Usar adequadamente antimicrobianos, germicidas e qualquer outro produto químico;
- Avaliar e supervisionar as ações realizadas pelos membros executores;
- Divulgar para toda a instituição hospitalar as ações e normas para controle e prevenção das infecções hospitalares;
- Estabelecer um plano de contingência em caso de infecção detectada.
- O Programa de Controle de Infecção Hospitalar deve ser contemplado com diversas ações e rotinas de prevenção, como exemplo, a higienização correta das mãos.

Precaução padrão

Conjunto de medidas preventivas para evitar a transmissão de infecções do paciente para o profissional.

- Higiene das Mãos
- Antes e após o contato com o paciente;
- Após serem retiradas as luvas;
- Após o contato com equipamentos e artigos;
- Entre a realização de procedimentos diferentes com o mesmo paciente;
- Entre a manipulação de diferentes pacientes;
- Entre a realização do mesmo procedimento em pacientes diferentes.
- Utilização de equipamento de proteção individual (EPI)
- Luva de Procedimento;
- Avental;
- Máscara cirúrgica, óculos de proteção e protetor de face.

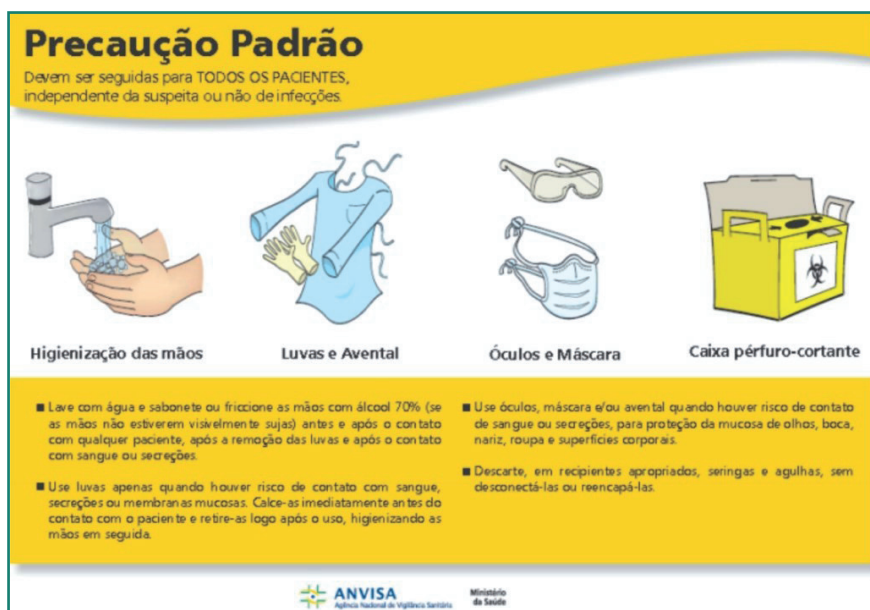


Figura 5 - Precaução Padrão

Isolamento

Conjunto com as precauções-padrão foram estabelecidas as precauções baseadas na transmissão, indicadas para pacientes infectados ou com suspeita de infecção por micro-organismos transmissíveis ou epidemiologicamente importantes. Existem três tipos de precauções baseadas na transmissão: precauções por contato, por aerossóis e por gotículas.

Precauções de Contato

Instituídas quando ocorre colonização, suspeita ou infecção causada por micro-organismos epidemiologicamente passíveis de transmissão por contato direto ou indireto do paciente para o profissional de saúde.

Medidas a serem adotadas:

- Utilização de precaução-padrão;
- Luvas de procedimentos;
- Utilização de avental com mangas longas;

- Utilização de máscara cirúrgica;
- Utilização de óculos de proteção se o profissional tiver contato com fluidos corporais;
- Preferencialmente, os pacientes devem ser mantidos em quarto privativo ou, quando não for possível, deve-se realizar coorte com a mesma doença ou micro-organismo;
- Utilização de equipamentos individuais para o paciente, como: estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro;
- O paciente deve ser transportado entre os setores do hospital somente quando necessário.

Doenças com indicação para isolamento do contato e tempo de isolamento:

Tabela 1 - Doenças e tipos de isolamento 1

DOENÇAS	TEMPO DE ISOLAMENTO
ESCABIOSE	24h após tratamento instituído
PEDICULOSE	
IMPETIGO	
QUADRO DIARREICO	Durante período da doença
ENTEROCOLITE	
CONJUNTIVITE VIRAL AGUDA	
VARICELA	Até que todas as lesões fiquem com crostas
HERPES SIMPLES NEONATAL DISSEMINADA	Durante o período da doença
HERPES-ZÓSTER	Até surgimento das crostas
INFECÇÕES DE FERIDAS CIRÚRGICAS QUE APRESENTAM DRENAGEM	Até cessar drenagem
ABSCESSO E CELULITE COM DRENAGEM PURULENTA	

RUBÉOLA CONGÊNITA	Até a criança completar 12 meses
BRONQUIOLITE	Durante o período da doença
INFECÇÕES VIRAIS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS	
DIFTERIA CUTÂNEA	Dois resultados negativos de cultura de pele

Precaução de Contato



Higienização das mãos



Avental



Luvas



Quarto privativo

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente; use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções; e descarte adequadamente os perfuro-cortantes.
- Use luvas e avental em toda manipulação do paciente, de cateteres e de sondas, do circuito e do equipamento ventilatório e de outras superfícies próximas ao leito. Coloque-os imediatamente antes do contato com o paciente ou com as superfícies e retire-os logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, a distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- Equipamentos como termômetro, esfigmomanômetro e estetoscópio devem ser de uso exclusivo do paciente.




Figura 6 - Precaução de Contato

Precauções respiratórias

São divididas em precauções por Aerossóis ou Gotículas. Infecção suspeita ou confirmada transmitida por pequenas partículas contendo micro-organismo eliminados durante a respiração, tosse ou espirro, podendo permanecer durante horas suspensas no ar e dispersar-se por longas distâncias.

MEDIDAS A SEREM ADOTADAS

- Utilização de precaução-padrão;
- Luvas de procedimentos;

- Utilização de avental com mangas longas;
- Utilização de máscara N95;
- Utilização de óculos de proteção se o profissional tiver contato com fluidos corporais;
- Preferencialmente, os pacientes devem ser mantidos em quarto privativo com porta fechada ou, quando não for possível, deve-se realizar coorte com a mesma doença ou micro-organismo;
- Utilização de equipamentos individuais para o paciente, como estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro.
- O paciente deve ser transportado entre os setores do hospital somente quando necessário e deve utilizar máscara cirúrgica.

Máscara N95



Figura 7- Máscara N95

Doenças com indicação para isolamento por aerossóis e tempo de isolamento:

Tabela 2 - Doenças e tipos de isolamento 2

DOENÇAS	TEMPO DE ISOLAMENTO
SARAMPO	Durante período da doença
TUBERCULOSE PULMONAR OU LARINGEA, SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO	3 BAAR negativa e terapêutica adequada
HERPES-ZÓSTER	Até que todas as lesões se tornem crostas
VERICELA	Até que todas as lesões fiquem com crostas

Precauções respiratórias por gotículas

A transmissão ocorre por gotículas produzidas por fala, tosse e espirro e durante a aspiração orotraqueal de pacientes portadores ou com suspeita de infecção causada por micro-organismos. As gotículas podem atingir até 1 metro.

Medidas a serem adotadas:

- Utilização de precaução-padrão;
- Luvas de procedimento;
- Utilização de avental com mangas longas;
- Utilização de máscara cirúrgica antes de entrar no quarto do paciente;
- Utilização de óculos de proteção se o profissional tiver contato com fluidos corporais;
- Utilização de equipamentos individuais para o paciente, como estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro.

- O paciente deve ser transportado entre os setores do hospital somente quando necessário e deve utilizar máscara cirúrgica.

Doenças com indicação para isolamento por gotículas e tempo de isolamento:

Tabela 3 - Doenças e tipos de isolamento 3

DOENÇAS	TEMPO DE ISOLAMENTO
MENINGITE	24 horas de tratamento
EXANTEMA PETEQUIAL OU PURPÚRICO COM FEBRE	Até confirmação do diagnóstico
INFECÇÃO POR ADENOVÍRUS	Durante período da doença
DIFTERIA	Até resultado negativo de pelo menos duas culturas de orofaringe
EPIGLOTITE	24 horas de tratamento
RUBÉOLA	Até 7 dias do aparecimento do exantema
INFLUENZA	Durante período da doença
CAXUMBA	Até 9 dias do aparecimento do edema da parótida
PNEUMONIA POR MYCOPLASMA, ADENOVÍRUS E STREPTOCOCCUS	Durante período da doença
FARINGITE	24 horas de tratamento
ESCARLATINA	24 horas de tratamento

Precauções Empíricas

Medidas que devem ser adotadas para os pacientes que apresentam suspeita de infecção causada por micro-organismos multirresistentes ou que apresentam condições que requeiram a utilização de precauções até a confirmação ou esclarecimento do diagnóstico. Deve-se:

- Identificar precocemente sinais e sintomas que sugiram a presença dessas doenças;
- Solicitar exames específicos;
- Casos suspeitos devem ser isolados conforme os mecanismos de transmissão de doença (contato, gotículas ou aerossóis).

ARTIGOS HOSPITALARES

É de responsabilidade da equipe de enfermagem a manutenção desses artigos nas unidades de saúde. Para isso, os materiais necessitam de adequado armazenamento e controle da validade, por meio do prazo de esterilização.

Tabela 4 - Artigos hospitalares

TIPOS	CONCEITOS	PROCESSO	EXEMPLOS
Artigos críticos	Materiais com elevado potencial de risco de provocar infecção, porque são introduzidos diretamente em tecidos normalmente estéreis.	Esterilização	Instrumental cirúrgico, agulhas, catetes intravasculares e dispositivos a eles conectados, como equipamentos de solução e torneirinhas.
Artigos semicríticos	Aqueles que entram em contato com membrana mucosa íntegra ou pele não íntegra; pode-se tornar artigo crítico se ocorrer lesão acidental durante a realização do procedimento.	Esterilização (não obrigatória) Desinfecção de alto nível.	Equipamentos de anestesia e endoscópios.
Artigos não críticos	Materiais que entram em contato somente com a pele íntegra e geralmente oferecem baixo risco de infecção.	Dependendo do grau de contaminação, podem ser submetidos a limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível.	Artigos como comadre, papagaio, termômetros, sondas, espelho, umidificador de oxigênio.

Tabela 5 – Limpeza e descontaminação

		TIPOS	DEFINIÇÃO
LIMPEZA	É a remoção da sujeira dos artigos com água e sabão ou soluções detergentes	Concorrente	Realizada diariamente; consiste na limpeza do piso, do mobiliário e do sanitário, bem como recolhimento do lixo, deverá ser repetida sempre que houver necessidade.
		Terminal	Realizada periodicamente, de acordo com a área de risco do hospital; consiste na limpeza de paredes, pisos, tetos, janelas, portas e sanitários.
DESCONTAMINAÇÃO	É o processo que visa destruir os micro-organismo patogênicos	Processo químico	Os artigos são imersos em solução desinfetante antes de proceder a limpeza.
		Processo mecânico	Os artigos passam pelo processo de termo desinfecção.
		Processo físico	Os artigos são submersos em água fervente por 30 minutos.
DESINFECÇÃO	É o processo de destruição de micro-organismo em estado vegetativo, exceto esporos. Utiliza-se agentes químicos e físicos.		
ESTERILIZAÇÃO	É realizada por meio de agentes físicos ou químicos, destruindo todas as formas de vida, inclusive os esporos.		

Tabela 6 - Desinfecção, Esterilização e Assepsia

ASSEPSIA	Deve-se ser utilizado em todos os procedimentos	Assepsia	Diminui micro-organismos e evita sua disseminação.
		Assepsia cirúrgica	Impedem a contaminação de uma área ou objeto estéril.
		Antissepsia	Reduzir e prevenir crescimento de micro-organismo em tecidos vivos.

CONCEITO DE LUVAS EM GERAL

Luvras são utilizadas para o controle da disseminação de microrganismo no ambiente hospitalar. São as luvas, esterilizadas ou de procedimentos, indicadas para proteger de contaminação tanto o paciente como o profissional. (BARROS, 2018).

Luvras de Procedimento: São limpas, não estéreis utilizadas para proteger o profissional durante a execução de procedimentos com risco de exposição a sangue, fluídos corpóreos e secreção. Não exige a técnica para calçar, porém devem ser removidas como luvas estéreis para evitar que os profissionais se contaminem.

Luvras Esterilizadas: São indicadas para procedimentos invasivos ou manipulação de material estéril, cirurgias, suturas, curativos, cateterismo etc.

Técnica para calçar luvas estéreis:

- Utilizar luvas de número compatível com o tamanho das mãos.
- Abrir o pacote, voltando o punho das mesmas em sua direção.
- Segurar uma das luvas pela dobra do punho e calçá-lo na outra mão.
- Com a mão enluvada, introduzir dois ou três dedos sobre a dobra do punho da outra luva.
- Calçar a luva na outra mão.
- Em todas as manobras deve-se evitar tocar de fora do punho.
- Após ambas as luvas serem calçadas, ajustá-las nas mãos.
- Após o uso as luvas tornam-se contaminadas.
- Descalçar as luvas sem deixá-las em contato com a pele,
- Puxar as luvas em direção aos dedos com uma das mãos e repetir o procedimento com a outra mão. (Elas ficarão do lado avesso).
- Retirá-las no avesso e descartá-las em recipiente apropriado.



Figura 8 - Como calçar umas luvas esterilizadas

3. PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO PARA O CUIDADO DO ADULTO

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL DO PACIENTE

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Sandra Maria da Penha Conceição

SAE

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é um conjunto de recursos materiais e implementações de extrema importância para que o Processo de Enfermagem ocorra.

Nesse contexto, o enfermeiro deve garantir a segurança e a integridade do paciente. De acordo com o Código de Ética de Profissionais de Enfermagem, as responsabilidades e os deveres desses profissionais, entre outros, são: “Assegurar uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” e “proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde”. (BARROS, 2010).

A Resolução Cofen nº 272/2002 reforça a importância e a necessidade de planejar a assistência de enfermagem e dispõe que “a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada” e que as ações privativas do enfermeiro são “a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem”, que compreende a consulta de enfermagem (histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem) e o relatório de enfermagem. (BARROS, 2010).

Esquematiza as etapas do processo de enfermagem:

Tabela 7- Etapas do Processo de Enfermagem:

INVESTIGAÇÃO	DIAGNÓSTICO	PLANEJAMENTO	IMPLEMENTAÇÃO
Coleta de dados, através da entrevista, que busque informações sobre o estado de saúde do paciente.	Consolidar os dados obtidos mediante a investigação e identificar e listar os possíveis diagnósticos.	Desenvolver um plano de cuidados voltado às necessidades do paciente, que atinja os resultados esperados.	Estabelecer cuidados de enfermagem através da prescrição, medidas que levem ao alcance dos resultados esperados.



Figura 9- Fases da SAE

1. O primeiro passo para o atendimento de um paciente é a busca por informações básicas que irão definir os cuidados da equipe de enfermagem.
2. O diagnóstico de enfermagem é o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados. Essa etapa conduz a tomada de decisão sobre os diagnósticos de enfermagem.
3. No planejamento de enfermagem, são determinados os resultados esperados e quais ações serão necessárias.
4. A equipe realizará as ações ou intervenções determinadas na etapa do Planejamento de Enfermagem.
5. Por fim, a equipe de enfermagem irá registrar os dados no Prontuário do Paciente de forma deliberada, sistemática e contínua.

SINAIS VITAIS

Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde e da garantia das funções circulatórias, respiratória, neural e endócrina do corpo. Podem servir como mecanismos de comunicação universal sobre o estado do paciente e da

gravidade da doença. Esses parâmetros, medidos de forma seriada, contribuem para que o enfermeiro identifique os diagnósticos de enfermagem, avalie as intervenções implementadas e tome decisões sobre a resposta do paciente à terapêutica. (TEIXEIRA, BOAVENTURA, et al., 2015) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER, 2016).

Frequência Cardíaca / Pulso

Adultos: 60 a 100 bpm.

Criança:

1 ano até 14 anos: 90 a 140 bpm.

RN - 0 a 29 dias de vida: 130 a 140 bpm.

Lactentes – 29 dias a 2 anos: 120 a 160 bpm.

Frequência Respiratória:

Adultos: 12 a 20 bpm.

Criança: 18 a 26 bpm.

Bebê: 30 a 50 bpm.

Pressão Arterial

Pressão Arterial (PA) é a mensuração da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias. A pressão sanguínea é a força exercida pelo sangue na parede das artérias. A unidade padrão para medição da pressão sanguínea é a de milímetros de mercúrio (mmHg). Denominada de Hipertensão arterial. Ao aferir a pressão arterial, consideramos a pressão máxima (SISTÓLICA) que é a contração do ventrículo. A pressão mínima denominada de (DIASTÓLICA) é o relaxamento dos ventrículos.

Normal: 120 / 80.

Limite: 139 / 89.

Hipertensão: 140 / 90.

Saturação

Com a oximetria podemos investigar a porcentagem de oxigênio, ou seja, a saturação, que está sendo transportado na circulação sanguínea. (Oximetria de pulso)

Normal: > 95%. Hipóxia Moderada: 88% a 92%. Hipóxia Severa: < 88%.

Temperatura Corporal

A temperatura corporal normal, também denominada Normoterma, Afebril, Entermia, depende de alguns pontos como local do corpo, hora do dia, e nível de atividade.

Local de Verificação da temperatura:

Axilar: 35,8 a 37°C.

Oral: 36,3 a 37,4°C.

Retal: 37 a 38°C.

Valores da temperatura corporal:

35°C a 35,9°C – Hipotermia.

36°C a 36,9°C – Afebril, Normoterma, Entermia.

37°C a 37,8°C – Febrícula.

38°C a 41°C - Febre, hipertermia.

Febre: Febre é um mecanismo de defesa em que o primeiro sinal, ou a mais visual é o aumento da temperatura corporal, entre 38°C a 41°C.

Sintomas da febre:

- Pele avermelhada;
- Extremidades frias;
- Dor Muscular;
- Transpiração;
- Sede.

Hipotermia: Temperatura corporal baixa para menos do que é necessário para o metabolismo e as funções corporais normais.

- Causas da hipotermia
- Exposição ao frio;
- Hemorragia;
- Desidratação.

Glicemia

Normal: < 99 mg/dl

Pré – Diabético: ≥ 100 e < 125 mg/dl

Diabético: ≥ 126 mg/dl.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Nós sabemos que diariamente o Enfermeiro deverá realizar o exame físico dos pacientes sobre sua responsabilidade, elencar os diagnósticos de Enfermagem prioritários e realizar as prescrições de enfermagem, bem como, reavaliar e registrar estar dados no prontuário, sendo assim, é de extrema importância reforçar a Sistematização de assistência de Enfermagem - SAE. (COMISAE).

Avaliação do Enfermeiro

A avaliação inicial do enfermeiro, começa na admissão do paciente. A admissão diz respeito à entrada do paciente no serviço de saúde para ocupar um leito com a finalidade de se submeter a tratamento clínico, sendo assim a equipe de enfermagem tem um papel de extrema relevância para o paciente, juntamente com outros profissionais, que é responsável por acompanhar o mesmo durante as primeiras 24 horas. Deve-se realizar a anamnese e o exame físico, sendo documentada no prontuário. (COMISAE).

Anamnese

Para fazer uma anamnese efetiva, deve-se fazer uma investigação clínica (BARROS, 2015), contendo:

- Histórico Pessoal

- Identificação;
- Nome, Idade, Profissão, Estado Civil, Naturalidade.
- Doenças crônicas;
- Tratamentos anteriores;
- Fatores de risco;
- Tabagismo, Etilismo, Obesidade, Câncer, radioterapia, dentre outros.
- Medicação em uso;
- Alergias;
- Hábitos;
- Condições de moradia;
- Cuidado corporal;
- Atividade física,
- Autocuidado;
- Atividade no trabalho;
- Se trabalha em pé, sentado, se é aposentado.
- Atividade de Sono e repouso;
- Alimentação;
- Eliminação Urinária e Intestinais;
- Ciclo menstrual;
- Atividade sexual,
- Se já esteve grávida;
- Quantos parceiros;
- Qual foi a primeira vez que menstruou;
- Abortos;
- Filhos;
- Tipo de parto,
- Parte emocional;
- Antecedentes familiares

Exame Físico

O exame físico é a etapa relevante para o planejamento do cuidado do enfermeiro, buscar avaliar o cliente através de sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença. Deve ser realizado de maneira sistematizada, no sentido cefalocaudal, através de uma avaliação minuciosa de todos os segmentos do corpo utilizando as técnicas propedêuticas, sendo elas: Inspeção, palpação, percussão e ausculta. Uma preparação adequada do ambiente, dos equipamentos e do paciente assegura um exame físico tranquilo e com poucas interrupções (POTTER, 2004).

- a. Ambiente: Proporcionar privacidade ao paciente e iluminação adequada.
- b. Equipamentos: Organizado e prontamente disponível para utilização.
- c. Posicionamento do paciente: Confortável e acessível para realização do exame. Para fazer um exame físico e uma anotação e evolução efetiva, deve-se conter:

- Pressão Arterial;
- Pulso;
- Frequência cardíaca;
- Temperatura;
- Frequência respiratória;
- Peso;
- Altura;
- Estado nutricional;
- Normal; Obeso; Desnutrido; Relato de perda ponderal.
- Nível de consciência;
- Acordado, lúcido, comatoso, torporizo, confuso, desorientado, com falhas de memória.
- Movimentação;
- Deambula, acamado, restrito ao leito, sem movimentação, semi acamado, deambula com ajuda, movimenta-se com ajuda.
- Pele;

- Sem alterações, edema, cianose, icterícia, descorado, reações alérgicas, lesões de pele, escaras.
- Crânio:
- Sem alterações, incisão, drenos, cefaleia, lesão no couro cabeludo.
- Olhos:
- Visão normal, diminuição da acuidade visual, presença de processos inflamatórios/infecciosos, uso de lentes de contato ou óculos, exoftalmia, pupilas foto reativas.
- Ouvido:
- Audição normal, acuidade diminuída, zumbido, presença de processo inflamatório/infeccioso, uso de prótese auditiva.
- Nariz:
- Sem anormalidades, coriza, alergia, epistaxe.
- Boca:
- Sem anormalidades, cáries, falha dentárias, gengivite, prótese, outras lesões.
- Pescoço:
- Sem anormalidades, linfonodos, tireoide aumentada, estase venosa jugular, traqueostomia.
- Tórax
- Sem alteração anatômica, expansão torácica normal, com alteração anatômica, diminuição de expansão torácica, presença de frêmitos.
- Mamas
- Sem alteração, simétricas, presença de nódulos palpáveis, dor, secreção.
- Ausculta pulmonar
- Normal, Murmúrios vesiculares diminuídos, roncosp, estertores, sibilos.
- Oxigenação
- Ar ambiente, oxigenoterapia, entubado, traqueostomizado, sem ventilação mecânica, com ventilação mecânica.
- Ausculta Cardíaca

- Ritmo normal, taquicardia, bradicardia, galope, presença de sopros, arritmia.
- Precórdio
- Sem alteração, dor.
- Abdome
- Indolor, plano, globoso, flácido à palpação, resistente à palpação, com presença de ruídos hidroaéreos, ausência de ruídos hidroaéreos, presença de dor, incisão cirúrgica, colostomia, hepato/esplenomegalia.
- Geniturinário
- Sem alterações anatômicas, micção espontânea, presença de anomalias, sonda vesical de demora, irrigação vesical, lesões nos órgãos genitais, incontinência urinária.
- Membros superiores
- Sensibilidade e força motora preservadas em todas as extremidades, pulsos periféricos palpáveis, parestesia, plegia, edema, amputações, gessos, tala gessada, dispositivo venoso, lesões.
- Membros Inferiores
- Sensibilidade e força motora preservadas em todas as extremidades, pulsos periféricos palpáveis, parestesia, plegia, edema, amputações, gessos, tala gessada, dispositivo venoso, lesões.
- Outras queixas.

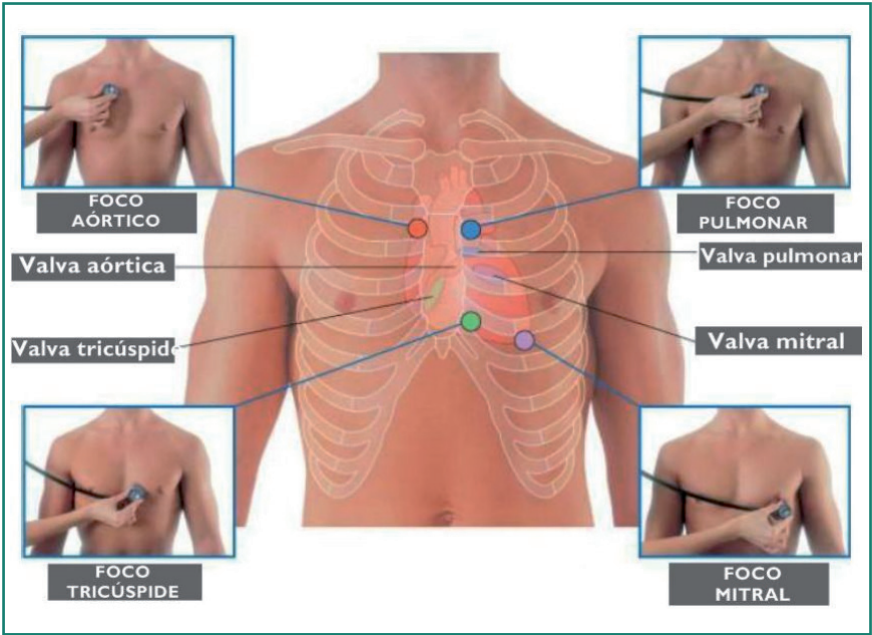


Figura 10 - Focos cardíacos

Localização dos pulmões

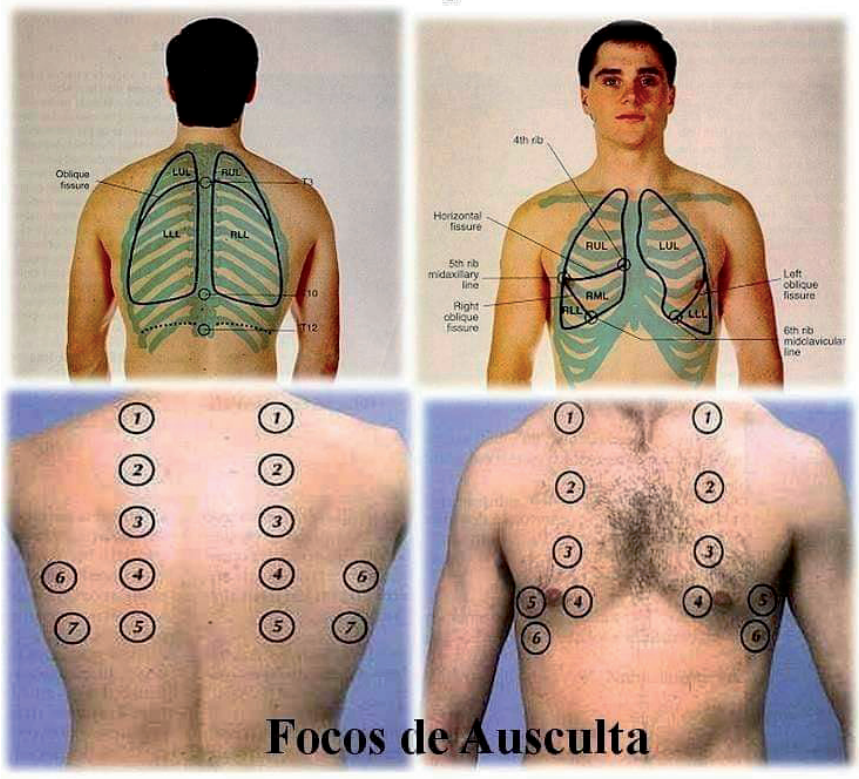


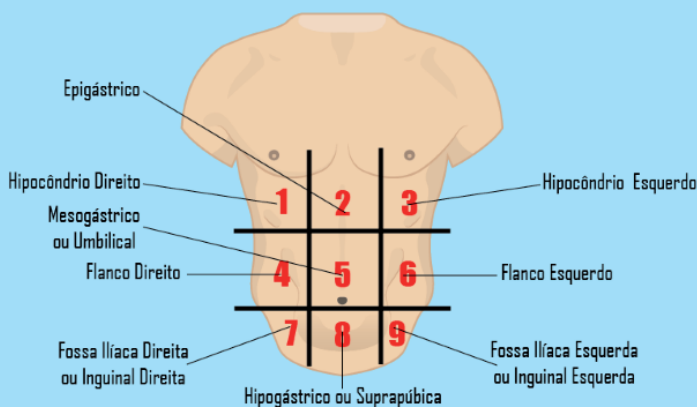
Figura 11 - Foco Pulmonares



Regiões e Quadrantes Abdominais

Experiências de um Técnico de Enfermagem

Regiões Abdominais



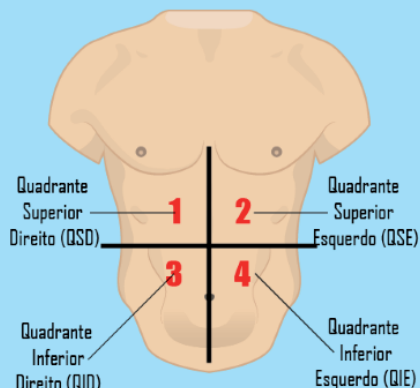
Quadrantes Abdominais

QSD

- Maior parte do fígado
- Vesícula Biliar
- Parte do Intestino Delgado
- Parte do Intestino Grosso
- Parte do Pâncreas
- Parte do Estômago

QID

- Apêndice
- Parte do Intestino Delgado
- Parte do Intestino Grosso
- Parte do Ovário (Mulher)



QSE

- Baço
- Maior Parte do Estômago
- Parte do Intestino Grosso
- Parte do Intestino Delgado
- Parte do Pâncreas
- Parte do Fígado

QIE

- Parte do Intestino Delgado
- Parte do Intestino Grosso
- Parte do Ovário (Mulher)

Figura 12 - Regiões e Quadrantes abdominais



Figura 13- Posições para exames

CÁLCULO DE IMC

Índice de Massa Corpórea, parâmetro adotado pela Organização Mundial de Saúde para calcular o peso ideal de cada pessoa. O índice é calculado da seguinte maneira: divide-se o peso do paciente pela sua altura elevada ao quadrado. (BARROS, 2015)

Exemplo: Peso: P | Altura: A Fórmula: $P/(2*A)$

$$\frac{80}{2 * 1,70} + \frac{80}{3,4} = 23,53$$

Parâmetros Adulto: 20 a 59 anos

Baixo peso < 18,5	Peso adequado ≥ 18,5 e < 25	Sobrepeso ≥ 25 e < 30	Obesidade < 30
-----------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	--------------------------

IMC - Classificação do IMC

Menor que 16 - Magreza grave;

16 a menor que 17 - Magreza moderada;

17 a menor que 18,5 - Magreza leve;

18,5 a menor que 25 - Saudável;

25 a menor que 30 - Sobrepeso;

30 a menor que 35 - Obesidade Grau I;

35 a menor que 40 - Obesidade Grau II (considerada severa);

Maior que 40 - Obesidade Grau III (considerada mórbida).

ESCALA DE DOR

Dor é 5º sinal vital e seu principal objetivo é sinalizar dano tecidual ou potencial.

Avaliação:

- Início e padrão: agudo x crônico
- Ritmo (intermitente, contínuo)
- Localização, irradiação
- Descrição e características: superficial - profundo, queimação, formigamento.
- Intensidade
- Efeitos sobre o sono, apetite, atividades.

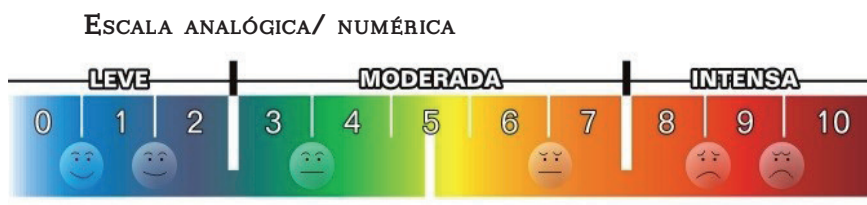


Figura 13 - Escala de dor

- 0- Nenhuma dor**
- 1-3 Dor leve**
- 4-6 Dor moderada**
- 7-9 Dor intensa**
- 10- Dor máxima**

Tratamento:

Analgésicos: dipirona, paracetamol;

AINH Opióides: Tramadol, Morfina, Fentanil, Metadona.

Drogas adjuvantes:

Anticonvulsivantes: Gabapentina, Carbamazepina.

Antidepressivos: Amitriptilina.

LOCAIS PARA MENSURAR FREQUÊNCIA DO PULSO

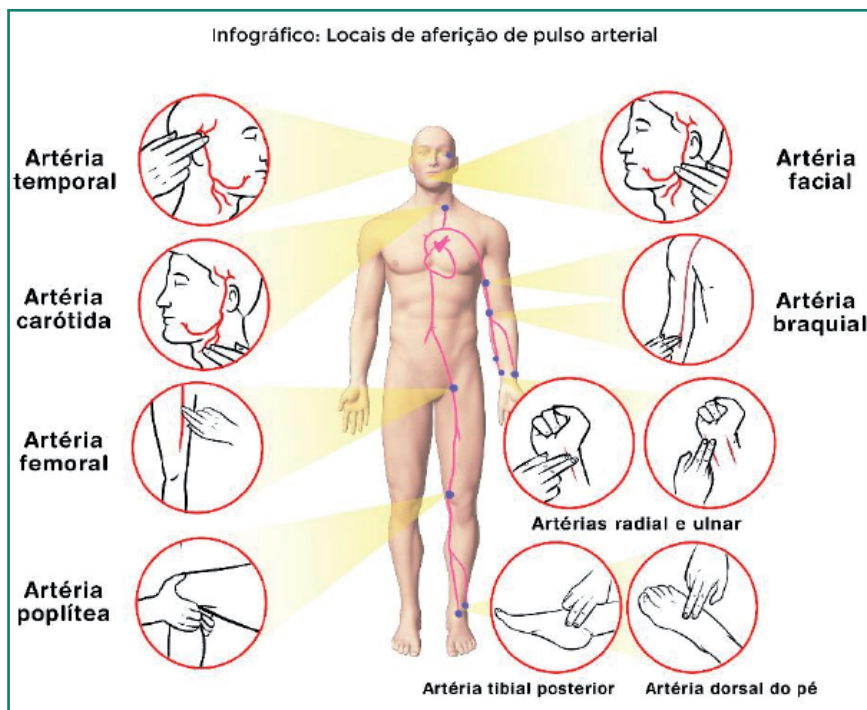


Figura 14 - Locais de aferição do pulso arterial

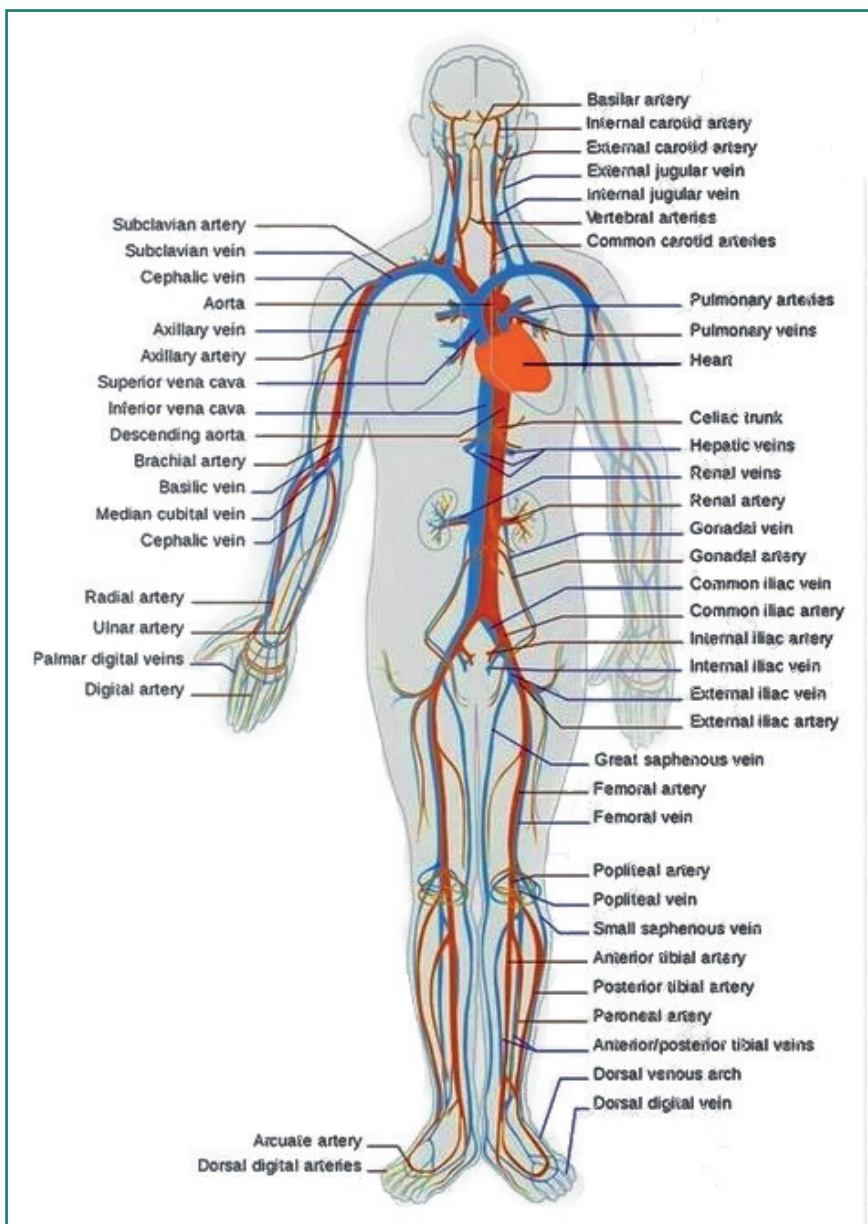


Figura 15 - Veias e artérias


4. FARMACOLOGIA

CUIDADOS COM MEDICAÇÕES EM QUALQUER ÂMBITO HOSPITALAR

Beatriz Rodrigues Saraiva

Desirée Alves Sange

Tátiana Magnaboschi Villaça



1/10

OS CERTOS DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

@NOCAMINHODAENFERMAGEM

- PACIENTE CERTO
- MEDICAMENTO CERTO
 - VIA CERTA
 - HORA CERTA
 - DOSE CERTA
- REGISTRO CERTO
- ORIENTAÇÃO CERTA
 - FORMA CERTA
 - RESPOSTA CERTA

Figura 16 - Certos da administração de medicamentos

Tipos de Insulina

Início, pico e duração



LISPRO



Ação ultrarrápida e com pico de ação de 1a 2 horas.
Início da ação: 10 a 15 min | Duração: 3 a 5 Horas.

REGULAR



Ação razoavelmente rápida e com pico de ação de 2a 3 horas.
Início da ação: 30 min | Duração da ação: 6h e 30 min.

NPH



Ação intermediária com pico de ação de 4 a 5 horas.
Início da ação: 1 a 3 horas | Duração da ação: 18 horas.

LANTUS



Ação longa e lenta e não há pico de ação.
Início da ação: 90 min | Duração: até 24 horas.

Figura 18 - Tipos de Insulina

CÁLCULO DE INSULINA

REGULAR (simples ou composta) ação rápida ou média - aspecto límpida.

NPH – ação lenta – aspecto leitoso

Insulina glargina (Lantus) – ação contínua (uma única dose a cada 24 h) – aspecto incolor

Quando se tem frascos com apresentação diferente da graduação da seringa ou ainda quando não existir seringa de insulina na unidade, utiliza-se uma “fórmula”. Será necessário o uso de seringas hipodérmicas de 3 ou 5 ml.

Prescrição de 20 UI de insulina NPH, tendo o frasco de 100 UI/ml, mas com **seringa de 3 ml**.

Frasco – seringa

Prescrição – X

100 – 1ml

20 – X

$$X = \frac{20.1\text{ml}}{100}$$

X= 02 ml

Resposta: Deve-se aspirar 0,2 ml na seringa utilizada (3 ou 5 ml).

Explicação: Porque usar apenas 1 ml se a seringa é de 3 ou 5 ml? Utiliza-se a quantidade equivalente à seringa de insulina (como se estivéssemos substituindo). Esta operação pode ser feita com base na divisão com múltiplos de 10.

Atenção: caso a Prescrição Médica seja em valores mínimos, não sendo possível aspirá-lo, o médico deverá ser comunicado, pois não está indicada a diluição da insulina devido a perda da estabilidade.

CÁLCULO DE MEDICAÇÕES

No manual de Boas práticas: Cálculo seguro (SP, 2011), explica a importância de conhecer, aplicar e calcular adequadamente as medicações, vamos de alguns exemplos:

Gotejamento

$$\text{Gts/min} = \frac{V}{T \times 3} \quad \text{Mgts/min} = \frac{V}{T}$$

Legenda: **V** = volume a ser infundido | **T** = tempo estipulado para a infusão em horas | **3** = Constante | **Gts** = Gotas | **Mgts** = Microgotas | **Min** = Minutos

Estas fórmulas só poderão ser utilizadas para t (tempo) em “hora inteira”, isto é, 1h, 2h, 3h, 10h, etc.

$$\text{Gts/min} = \frac{V \cdot 20}{T}$$

Legenda: **V** = volume a ser infundido | **T** = tempo estipulado para a infusão em horas | **20** = Constante | **Gts** = Gotas | **Mgts** = Microgotas | **Min** = Minutos

1º EXEMPLO:

PM = SG5% 500ml

T = 8 h

↓

$$\text{gts/min} = \frac{500}{8 \times 3}$$

↓

$$\text{gts/min} = \frac{500}{24}$$

$$\text{gts/min} = 20,83$$

Resposta: Em 8 horas deverá correr aproximadamente 21 gotas por minutos.

Explicação: realizamos a multiplicação, realizamos a divisão. Como não conseguiremos partir 1 gota, deveremos conforme regra aritmética aproximar o valor do resultado. ou seja = 21 gt/min*.

Legenda: V = volume a ser infundido | T = tempo estipulado para a infusão em horas | 20 e 60 = Constante | Gts = Gotas | Mgts = Microgotas | Min = Minutos
Já estas fórmulas só poderão ser utilizadas quando T (tempo) for em minutos, ou seja, 90 min., 30 min., 180 min, etc.

DILUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

1º Exemplo: Frasco-ampola de Keflin de 1g (Cefalotina Sódica) Deve-se diluir de preferência por um volume de 5 ml de solvente, assim obtém-se uma solução total de 5ml. Para saber quanto de Keflin existe em cada ml, deve-se seguir a Regra de Três.

Então:

$$\begin{aligned} 1000\text{mg} &- 5\text{ml} \\ x \text{ mg} &- 1\text{ml} \\ x &= 200 \text{ mg} \end{aligned}$$

Resposta: Cada ml da diluição terá 200mg.

2º Exemplo: Frasco-ampola de Amplicilina de 500 mg. Deve-se diluir de preferência com 5 ml de solvente, assim obtém-se uma solução medicamentosa total de 5ml onde estarão 500 mg de Amplicilina.

ENTÃO:

$$\begin{aligned} 500\text{mg} &- 5\text{ml} \\ x \text{ mg} &- 1\text{ml} \\ x &= 100 \text{ mg} \end{aligned}$$

Resposta: Cada ml da diluição terá 100mg

A capacidade da maioria dos frascos - ampolas de medicamentos é de no máximo 10ml.

REDILUIÇÃO

É diluir mais ainda o medicamento, aumentando o volume do solvente (Água Destilada, SF, SG ou diluente para injeção), com o objetivo de obter dosagens pequenas, ou seja concentrações menores de soluto, porém com um volume que possa ser trabalhado (aspirado) com segurança. Utiliza-se a rediluição quando se necessita de doses bem pequenas, como as utilizadas em: neonatologia, pediatria e algumas clínicas especializadas.

1º Exemplo - Prescrito Aminofilina 15mg IV, tem-se na unidade, ampolas de 240mg/10 ml.

PM- Aminofilina 3mg IV | AP - Aminodilina 240mg/10ml.

Fórmula:

$$\begin{array}{c} \text{AP - DIL} \\ \text{PM - X} \\ \downarrow \\ 240\text{mg} - 10\text{ml} \\ 3\text{mg} - X \text{ 240mg} \\ X = 3\text{mg} \cdot 10\text{ml} \\ \downarrow \\ X = \frac{3\text{mg} \cdot 10\text{ml}}{240\text{mg}} \\ X = \frac{30\text{mg} \cdot \text{ml}}{240\text{mg}} \\ \\ X = 0,125\text{ml} \end{array}$$

Resposta: deve-se aspirar 1,25ml da rediluição.

Explicação: Da ampola de 240mg/10ml, vamos aspirar 1ml na seringa de 10cc, cruza, cruza. (X).Dividir ou simplificar por 10, lembrando de cotar unidades iguais. Na seringa temos 1ml que corresponde a 24mg.

SORO

Define-se da seguinte forma:

- Solução **Isotônica**: a concentração é igual ou próxima a do plasma sanguíneo.
- Solução **Hipertônica**: a concentração é maior que a do plasma sanguíneo.
- Solução Hipotônica: a concentração é menor que a do plasma sanguíneo.

Alguns tipos de soro mais utilizados:

- Soro Glicosado 5 % e 10% (SG 5% e SG 10%)
- Soro Fisiológico 0,9% (SF 0,9%)
- Soro glicofisiológico (SGF)
- Soro ringer com lactato ou ringer simples.

Quando se fala de SG 5% tem-se 5g —100ml.

Quando se fala de SG 10% tem-se 10g —100ml.

Quando se fala de SG 15% tem-se 15g —100ml.

Quando se fala de SF 0,9% tem-se 0,9g —100ml.

1º Exemplo: Soro que se tem disponível: SF 0,9% 500 ml

$$\begin{array}{c} 0,9\% \\ \swarrow \searrow \\ 0,9g - 100ml \\ X - 500ml \\ \downarrow \\ X = \frac{0,9g \cdot 500ml}{100ml} \\ \downarrow \\ X = \frac{0,9 \cdot 5ml}{1ml} \\ \downarrow \\ X = 4,5g \end{array}$$

Resposta: Terá 4,5g em 500ml.

Explicação: Que significa que há 0,9 gramas de NaCl (cloreto de sódio) em 100 ml de soro; quanto haverá em 500 ml? Pode-se simplificar primeiro “os iguais”, ml com ml, e simplifica-se se 500 por 100, ficando-se com 5 vezes 9g, dividido por 1. Tem-se como resultado 4,5 gramas.

TABELA DE MEDIDAS DE AGULHA



Figura 18 - Agulhas: Tipos de medidas

MISTURAS DE MEDICAÇÕES NÃO PERMITIDAS

Nunca misture esses medicamentos!




<p>Antidepressivos Analgésicos</p>  <p>Podem causar agitação, febre, taquipnéia e possíveis sangramentos estomacais</p>	<p>Anticoagulantes Aspirina</p>  <p>Podem causar possíveis hemorragias</p>	<p>Analgésicos Ansiolíticos</p>  <p>Podem causar taquipnéia e taquicardia</p>
<p>www.soenfermagem.net</p>		
<p>Antitussígeno Antihistaminico</p>  <p>Muitos ingredientes em comum, podem causar hiperdosagem</p>	<p>Analgésicos Relaxantes Musculares</p>  <p>Podem diminuir os padrões respiratórios perigosamente</p>	<p>Antiepléticos Antifúngicos</p>  <p>Podem causar tonturas, ataxia, amnesia, alterações mentais e motoras</p>

Figura 19 - Nunca misture esses medicamentos

MEDICAÇÕES MAIS USADAS

TABELA 8 - MEDICAÇÕES MAIS USADAS

MEDICAMENTOS	DOSES USUAIS	VIA ADM
Paracetamol	600mg 3/ 4x ao dia.	VO
Dipirona	500mg.	VO. IV
ASS	0,3 a 1,0 g.	VO
Ibuprofeno	400mg 6/ 6h.	VO
Naproxeno	250mg ou 500mg 2x ao dia.	VO
Aerolin	200mcg, equivalente a 2 doses, 4x ao dia.	Inalatório
Berotec	100 mcg/dose.	VO
Brometo de Ipratrópio	Criança: 20 gts 3x ao dia Adultos: 40 gts 3x ao dia	Inatória
Adrenalina	Inicialmente 0.3 – 0.5 mg (1:1000) a cada 15- 20 minutos.	SC, IM, IV ou intracardiaca
Haloperidol	Dose inicial de 0,5 a 2 mg, 2 a 3 vezes ao dia.	VO
Noradrenalina	Dose média: 1 a 12 mcg/min.	IV
Dopamina	5mg/Ml.	IV
Dobutamina	Dos iniciais: 250mcg/Ml.	IV
Nitroprussiato de sódio	Dose média: 3 mcg.	IV
Plasil	Solução Oral: 2 colheres de chá (10 Ml), 3x/ dia. Gotas: 53 gotas, 3x/dia.	VO
Metoclopramida	Gotas: 50 gotas, 3x/dia. 20 gts – 4,20 mg.	VO

Antibióticos e Antifúngicos usuais

Tabela 9 - Antibióticos e Antifúngicos usuais

ANTIBIÓTICOS/ ANTIFÚNGICOS	DOSES USAIS	VIAS DE ADM
Oxacilina	500 mg.	IM E IV
Ampicilina/sulbactam	Varia de 1,5g a 12g por dia em doses divididas a cada 6 ou 8 horas, até a dose máxima diária de 4g de sulbactam.	VO, IM, IV
Ticarcilina/ ácido do clavulânico	50 mg a cada 6 horas.	IV
Cindamicina	600- 1800mg, dividida em 2, 3 ou 4 doses/dia	VO, IM, IV
Cefazolina	Infecções leves: 250 a 500 mg 8/ 8h, moderadas 500mg a 1g. Limite de dose para adultos: 6g por dia.	IV
Cefuroxima	Infecções leves/ moderadas: 500mg a 1g. Limites de dose para adultos: 6g por dia.	IV
Ceftriaxone	500m a cada 12 horas, podendo ser elevada para 4g/dia.	IV
Cefepime	Infecções leve/ moderada 500mg a 1g por dose. Infecções graves 2g.	IM, ou IV
Ciprofloxacina	500mg 2 ou 3 vezes ao dia.	VO, IV
Levofloxacina	500mg 2 ou 3 vezes ao dia.	VO, IV
Metronidazol	400 a 500mg, 2 x/ dia.	VO
Vancomicina	500mg a cada 6 horas.	IV, VO
Fluconazol	150mg, dose única oral; 200mg intra vaginal por 3dias.	VO, tópico

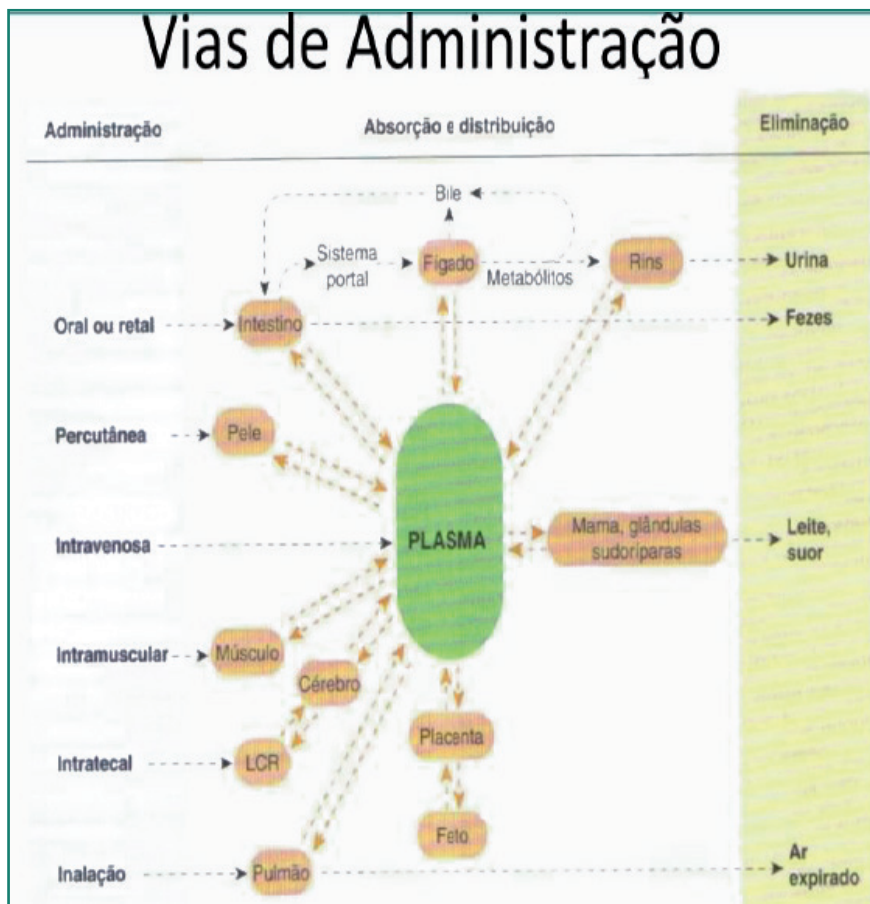


Figura 20 - Vias de administração

5. SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

ATIVIDADES DO ENFERMEIRO NOS DIVERSOS SETORES HOSPITALARES

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Sandra Maria da Penha Conceição

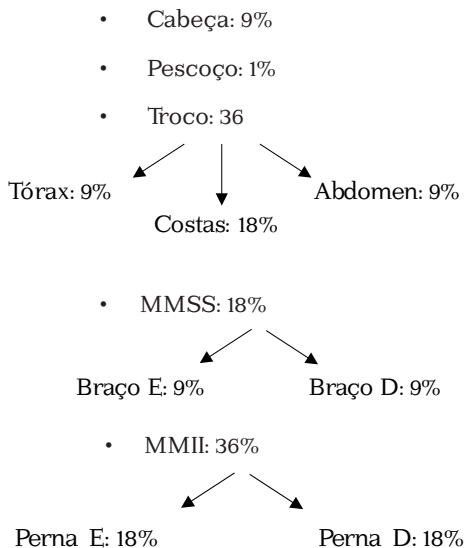
QUEIMADURAS

São lesões no tecido do revestimento do corpo (pele) causadas por agentes térmicos, químicos, radioativos ou elétricos. **Parcial** ou **totalmente** a pele e seus anexos ou camadas mais profundas.

Tabela 10- Queimaduras: Próprio autor

PROFUNDIDADE	GRAU	SINAIS
Epiderme	Primeiro (superfície)	Eritema, vermelhidão dor, edema e descama em 4 a 6 dias.
Epiderme + parte da derme	Segundo. Espessura parcial	Bolhas brancas, seca, menos dolorosa. A restauração da lesão ocorre entre 7 a 21 dias.
Epiderme e derme	Terceiro. Espessura total	Não tem dor, esbranquiçado, não regenera.

Superfície corpórea



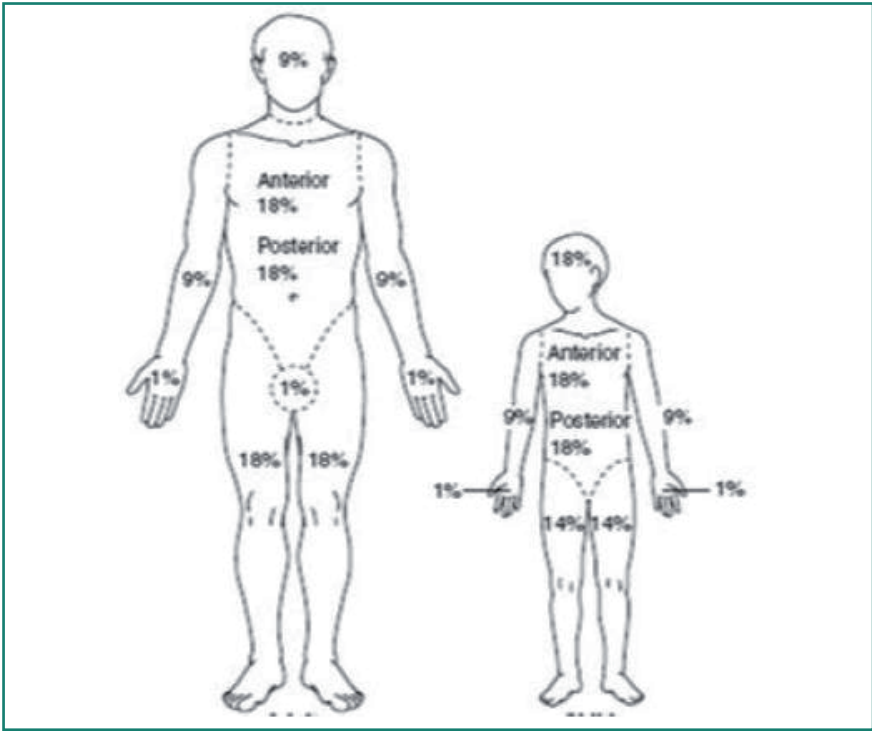


Figura 22 - Superfície corpórea

Área crítica: mais danos, mais complicação, mais difícil a reconstrução: **Mãos, Face, Pés e Genitais.**

1º Exemplo: Por exemplo, um paciente cuja parte das costas está com 18% de queimadura e com a perna esquerda e direita com 18% de queimadura, conclui-se que 36% da área de superfície corporal do paciente foi atingida. O cálculo de cada área de superfície corporal é atribuído à totalidade do corpo.

2º Exemplo: Por outro lado, caso um paciente tenha uma queimadura em metade da perna esquerda, seria atribuído 9% de incidência na área de superfície corporal. No entanto, se parte costas do paciente fosse atingida por 18%, mas apenas 9% da perna esquerda foi atingida, a quantidade atingida na área de superfície corporal seria totalizada em 27%.

ATENDIMENTO

- Intrahospitalar, sala de emergência
- Local seguro
- Interrupção da queimadura (extinguir chamas antes do atendimento, promover o resfriamento da lesão)- **Soro Fisiológico**.
- Vias áreas- procurar queimaduras no rosto, nariz, presença de corpos estranhos e retirar qualquer tipo de obstrução.
- Respiração- Sinais de insuficiência respiratória, administrar oxigênio a 100% e intubação precoce. (Elevar a cabeceira 30°).
- Circulação- perda de fluidos nas áreas queimadas e edemas (perca de líquidos)- atentar Choque Hipovolêmico.
- Puncionar 2 acessos venosos de grande calibre- repor volume de acordo superfície corpórea queimada- **V = 4 . M . SCQ**. E administrar dipirona= de 500mg a 1 grama em EV ou Morfina 1ml (ou 10mg) diluído em 9ml de SF a 0,9%, considerando-se que cada 1ml é igual a 1mg. Administre de 0,5 a 1mg para cada 10kg de peso.

Exemplo: uma pessoa com peso corporal de 75 kg e com queimaduras de até 20% da área total do corpo, quantos de volume, ira repor?

$$\begin{aligned} V &= 4 . M . SCQ \\ &\quad \downarrow \\ V &= 4 . 75 . 20 \\ &= 6,000 \text{ ml} \end{aligned}$$

- Avaliação Neurológica- Escala de Glasgow
- Exposição- a derivados só retirar no hospital resfriados
- Instalar sonda vesical de demora para controle de diurese nas queimaduras em área corporal superior a 20% em adultos e 10% em crianças.

Intoxicação por Monóxido de Carbono:

→ náuseas, cefaleia, confusão inconsciência.

Remoção de contaminantes com lavagem abundante com água corrente ou SF, por mais de 15 minutos.

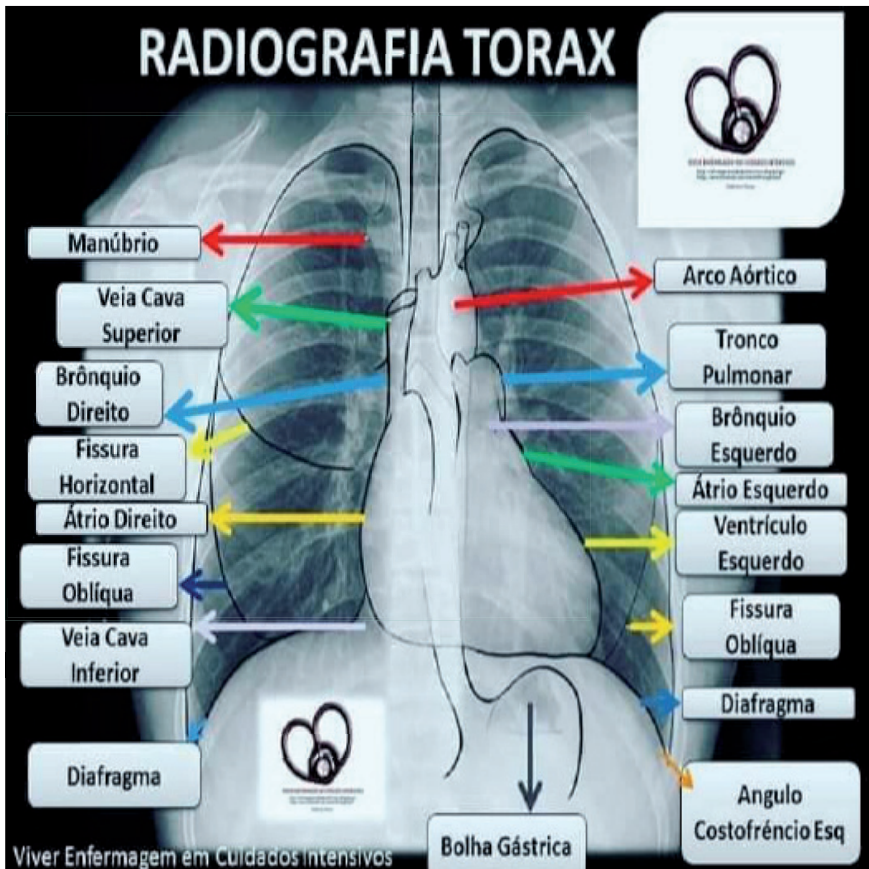


Figura 24 - Raio X de Tórax

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir” (FERREIRA, 1975). Acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância para a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. É reconhecer o outro, na atitude de acolhe – ló em suas diferenças, dores, alegrias, modo de vi-

ver, sentir e estar na vida. Sendo assim o acolhimento é primordial em qualquer procedimento e atendimento que irá realizar com o próximo.

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser a hora da chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado. Os profissionais muitas vezes focam somente na doença, e não no sujeito e suas necessidades e assim repassando o problema para outro ao invés de assumir a responsabilidade por sua resolução. O acolhimento e classificação serve para:

- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais;
- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e a elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles;
- A abordagem do usuário para além da doença e suas queixas;
- A pactuação com o usuário da resposta possível à sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.

EMERGÊNCIA	Emergência: Caso gravíssimo, com necessidade de atendimento imediato e risco de morte.
MUITA URGÊNCIA	Muito urgente: Caso grave e risco significativo de evoluir para morte. Atendimento urgente.
URGÊNCIA	Urgente: Caso de gravidade moderada, necessidade de atendimento médico, sem risco imediato.
POUCA URGÊNCIA	Pouco Urgente: Caso para atendimento preferencial nas unidades de atenção básica.
NÃO URGÊNCIA	Não Urgente: Caso para atendimento na unidade de saúde mais próxima da residência. Atendimento de acordo com o horário de chegada ou serão direcionados às Estratégias de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde. Queixas crônicas; resfriados; contusões; escoriações; dor de garganta; ferimentos que não requerem fechamento e outros.

Figura 25 - Classificação de risco

A classificação é uma forma de melhorar o acolhimento e o atendimento. Podendo assim classificar o mais urgente ao menos urgente, tempo mínimo de espera sendo assim eliminando vies. Ela foi criada para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entradas com necessidades de urgências/emergências das Unidades Básicas, Prontos Atendimentos e Hospitais, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado aqueles em situação de sofrimento agudo ou crônico de qualquer natureza.

ALTERAÇÕES QUE OCLUEM OS VASOS SANGUÍNEOS

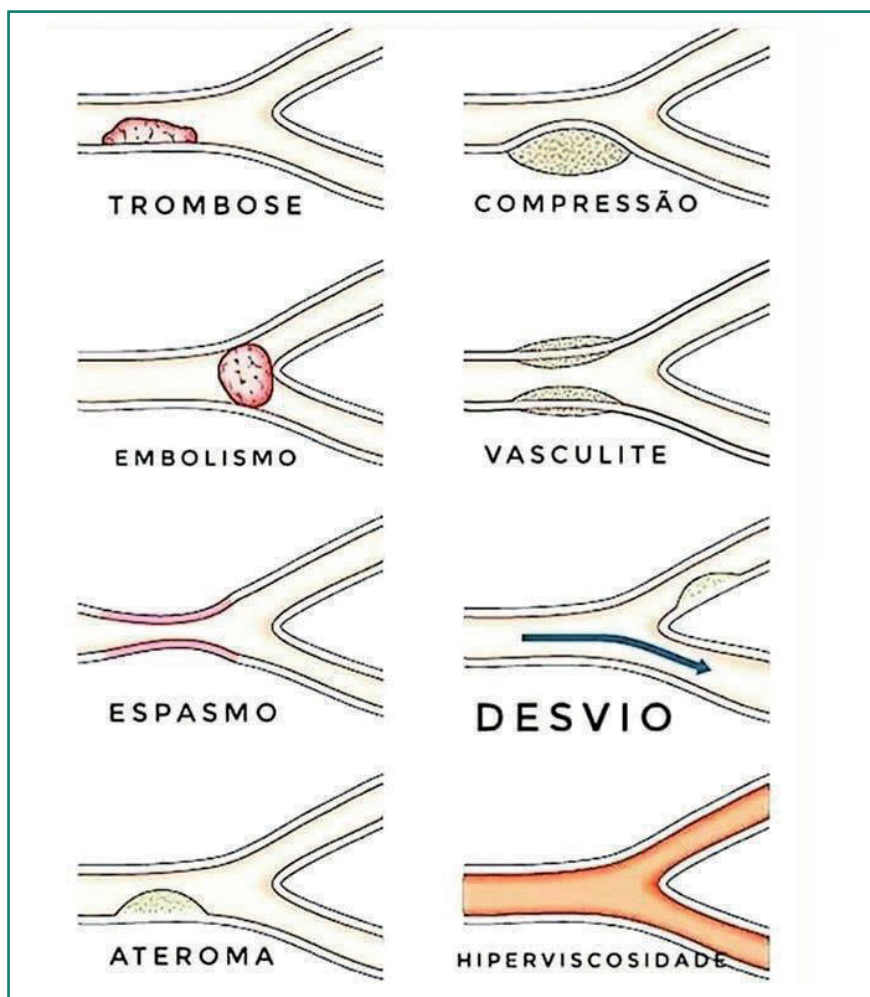


Figura 26 - Tipos de oclusão

INFLAMAÇÃO X INFECÇÃO

INFLAMAÇÃO



É uma **resposta do organismo a uma agressão, como cortes e batidas**, mas pode partir também do **sistema imunológico**. Os sinais são *dor, Rubor, calor, hiperemia, edema e perda da função*.

INFECÇÃO

São causadas por agentes externos. O organismo reage a entrada de micro-organismos como **vírus, bactérias, parasitas e fungos**. Alguns sintomas são *febre, dor na região infectada, secreção purulenta, dores musculares, fadiga, diarreia*.



Por Tuanny Santana

Figura 27 - Inflamação X Infecção

CURATIVOS

É um procedimento terapêutico que consiste na limpeza, no qual toda substância e soluções necessárias são colocadas diretamente sobre um ferimento. (BARROS, 2018)

Curativo semi-oclusivo

Este tipo de curativo é absorvente, e comumente utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável. (BARROS, 2018)



Figura 28 - Curativo semi-oclusivo

Curativo oclusivo

Não permite a entrada de ar ou fluídos, atua como barreira mecânica, impede a perda de fluídos, promove isolamento térmico, veda a ferida, a fim de impedir formação de crosta



Figura 29 - Curativo oclusivo

Curativo compressivo

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



Figura 30 - Curativo Compressivo

Curativo aberto

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



Figura 31 - Curativo aberto

Troca de curativo

Deve ser utilizada soro fisiológico em abundância e gaze para ir retirando infecções caso haja.

Deve-se:

1. **Mantem além unidade:** Nada de curativos secos em feridas abertas. Não há necessidade de secar feridas abertas, somente a pele ao redor dela.
2. **Remove o excesso de exsudato:** O curativo deve ter um pouco de absorvência.
3. **Isolador térmico:** As feridas não devem ser limpas com loções frias. Os curativos não devem permanecer removidos por longos períodos de tempo (isso também permite que a ferida resseque).
4. **Impermeável à bactérias:** Os esparadrapos devem ser aplicados como uma moldura de quadro e cobrir toda a gaze. Se ocorrer um excesso de exsudato, deve-se trocar o curativo.
5. **Isento de partículas e de micro organismos:** Não se deve usar lã de algodão ou qualquer gaze desfiada. Não se deve cortar a gaze, pois ela irá desfiar. Só deve-se usar gaze estéril e não reutilizar um pacote aberto.
6. **Retirado sem trauma**
7. **Curativo asséptico:** Quando necessário, utilizar luvas estéreis e material estéril.



Figura 32 - Limpo x Infectado



Figura 33 - Lesão por pressão

ASPIRAÇÃO

Aspiração traqueal

Esse procedimento refere em retirar a secreção do pulmão quando o paciente apresenta tosse e não consegue expelir esse conteúdo.

Procedimento (FARIAS, FREIRE e RAMOS, 2006) (POTTER, 2004):

- Testar o aspirador

- Abrir a extremidade distal da sonda e adaptar à extensão do aspirador
- Calçar as luvas estéreis
- Com a mão dominante retirar a sonda da embalagem sem contaminar, desconectar o ventilador com a outra mão contaminada
- Introduzir a sonda de aspiração (sem vácuo) com a mão dominante estéril no tubo endotraqueal na fase inspiratória, até sentir resistência, sem pressão negativa (mantendo e extensão pressionada com a outra mão ou a válvula da sonda aberta) Obs. Caso seja traqueostomia, a sonda deve ser introduzida em um terço de seu comprimento.
- Retrair a sonda 1cm e soltar a pressão da extensão ou fechar a válvula da sonda, para criar a sucção e simultaneamente com a mão dominante estéril, fazer movimentos circulares suaves, trazendo a sonda para fora do tubo endotraqueal (não demorar mais que 20 segundos para retirar a sonda) Observação: Interromper o procedimento caso ocorra sinais de descompensação respiratória (cianose, diminuição da saturação ou nível de consciência) ou cardíaca (bradicardia ou arritmias), utilize o ambú conectado a rede de oxigênio até que haja estabilização.
- Se for necessário repetir o procedimento, fazer após 5 ou 6 ciclos de ventilação e no máximo mais duas vezes.
- Em caso de secreção espessa, instilar na cânula SF0,9% - até 5 ml em adultos e em seguida ventilar com ambú 5 vezes, e proceder a aspiração.
- Conectar o ventilador e realizar aspiração das VAS (nariz e depois boca).
- Desconectar com a mão dominante a sonda da extensão descartando-a.
- Lavar a extensão utilizando o soro restante da seringa e proteger a extremidade da extensão.
- Retirar luvas, lavar as mãos, deixar o paciente confortável e unidade em ordem.
- Anotação de enfermagem.

Materiais para o procedimento:

- Equipamento de proteção individual (máscara, óculos, avental, touca);
- Luvas estéreis;

- Sonda para aspiração traqueal estéril, adequada à idade e complicações físicas;
- Solução fisiológica 0,9%;
- Gaze;
- Seringas estéreis;
- Estetoscópio;
- Sistema de vácuo e coletor de secreção.

MUDANÇA DE DECÚBITO



Figura 34 - Mudança de decúbito

NUTRIÇÃO PARENTERAL

A Terapia de Nutrição Parenteral (NP) consiste na administração intravenosa de uma solução composta por carboidratos, aminoácidos, lipídeos, vitaminas e minerais. (PORTARIA N° 272, DE 8 DE ABRIL DE 1998, 1998)

- Infundir a dieta em via intravascular central exclusiva e em BIC.
- Garantir que a dieta parenteral em temperatura ambiente, seja infundida dentro de 24 horas.
- **Não** administrar medicamentos ou hemoterápicos na via da dieta parenteral.

DRENO DE TÓRAX

Os tubos torácicos são usados em clientes nos quais é necessário retirar o conteúdo líquido ou gasoso patologicamente retido na cavidade pleural ou mediastínica. (COSTA)

- Realizar diariamente o curativo com soro fisiológico 0,9% e ocluir com gaze esterilizada.
- Anotar débito ao final de cada plantão manter o frasco coletor sempre abaixo do nível do tórax, sem tocar no chão.
- Observar presença de **oscilação** ou formação de bolhas no selo d'água.
- Trocar o selo d'água a cada 24 horas.

DRENAGEM GÁSTRICA

(Atendimento ao Cleinte grave, 2012)

- Anotar quantidade e aspecto da secreção drenada.
- Trocar a fixação do cateter de Levine após o banho ou sempre que necessário.
- Inspeccionar, palpar e auscultar o abdômen.
- Anotar os valores dos débitos rigorosamente a cada 2 horas em formulário próprio.

DERIVAÇÕES VENTRICULAR EXTERNA

Um sistema fechado de drenagem usado em procedimento neurocirúrgico. Um dreno é introduzido através do crânio até um dos ventrículos cerebrais. Comumente é utilizada no tratamento e acompanhamento dos casos de Hipertensão Intracraniana, além do controle da drenagem líquórica em clientes com complicações ventriculares e/ou tratamentos de Hemorragias. (Atendimento ao Cleinte grave, 2012).

- Sinais flogísticos no sítio de inserção.
- Realizar diariamente a limpeza com SF 0,9% e a antissepsia com clorexidina 0,5% no sítio de inserção do cateter, e mantê-lo ocluído com gazes esterilizadas.
- Nivelamento da graduação de 10 cmH₂O, ou outra padronizada, da bolsa coletora ao nível do pavilhão auricular, com auxílio da régua de pressão venosa central (PVC).
- Verificar o nivelamento, **sempre** que modificar a angulação da cabeceira da cama e na mudança de decúbito.
- Clampar o cateter, sempre que for necessário esvaziar a bolsa coletora. Anotar o débito e as características da secreção drenada.

Avaliar nível de consciência através da aplicação de escala de coma de Glasgow, caso o cliente não esteja sob sedação.

CATETERES CENTRAIS

Os cateteres venosos centrais são utilizados para infusão de medicações e soluções endovenosas em clientes com limitação de acesso venoso periférico, ou ainda para infusão de nutrição parenteral, drogas vasoativas e acesso para hemodiálise. (Atendimento ao Cleinte grave, 2012)

- Realizar o flush do cateter antes, entre e após a administração de medicamentos, com o volume de soro fisiológico 0,9% duas vezes maior que o priming do cateter e extensão.
- Inspeccionar o sítio de inserção, quanto a sinais flogísticos.

- Realizar a limpeza do sítio de inserção do cateter intravascular central com SF 0,9% e antissepsia com clorexidine a 0,5%; ocluir com gaze esterilizada ou filme transparente.
- Realizar a desinfecção do sítio de inserção do cateter intravascular periférico com álcool 70% e fixar com a fita adesiva hipoalergênica padronizada.

CATETER VESICAL DE DEMORA

- Esvaziar o coletor urinário, utilizando um saco coletor graduado descartável e luvas de procedimento.
- Desprezar a urina ao final de cada plantão ou quando for necessário.
- Desprezar a urina coletada em um frasco rígido graduado, que deverá permanecer no expurgo para que o débito urinário seja medido rigorosamente.
- Anotar o débito urinário e as características da urina (cor, odor, aspecto) no prontuário do cliente.
- Fixar o cateter vesical na pele do cliente, alternando diariamente os locais de fixação. Homens: região hipogástrica e inguinal. Mulheres: face interna da coxa.
- Realizar a higiene do meato uretral com água e sabonete durante o banho e, imediatamente após as evacuações.

COMO HEPARINIZAR O CATETER

(Administração de medicamentos)

- **Primeira Diluição:**

1. Aspirar 0,1 ml heparina (500U) + 9,9 ml de AD = (10ml=500U).

- **Segunda Diluição:**

1. Aspirar 2 ml de primeira diluição (100 U) e completar com 08 ml de AD = (10ml=100U).

ARRITMIAS

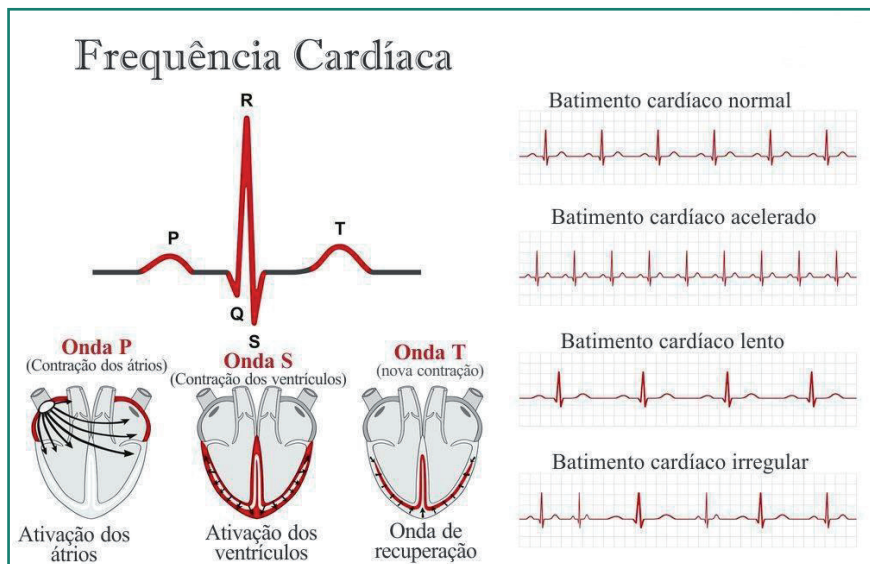


Figura 35 - Frequência Cardíaca

TUBOS DE COLETA

A equipe de Enfermagem atua no processo de coleta de material biológico, e, conforme a qualidade de amostra, os erros pré-analíticos são minimizados e os resultados garantidos. Para tanto são necessários cuidados especiais no momento da coleta. São os tipos de coleta de sangue solicitados (PIANUCCI, 2019):

- Hemograma;
- Gasometria Arterial e Venosa;
- Sorologia;
- Coagulograma;
- Tipagem Sanguínea;
- Glicemia;
- Bioquímica;

Importante: Jejum, verificar medicamentos que podem causar interferências na análise, períodos de repouso, temperatura, deve-se evitar coletar material pelo o cateter da infusão venosa e torniquete muito apertado. Além de evitar que o cliente abra e feche a mão, pois poderá haver alterações dos resultados (Procedimento operacional padrão subunidade patologia clínica., 2018) .

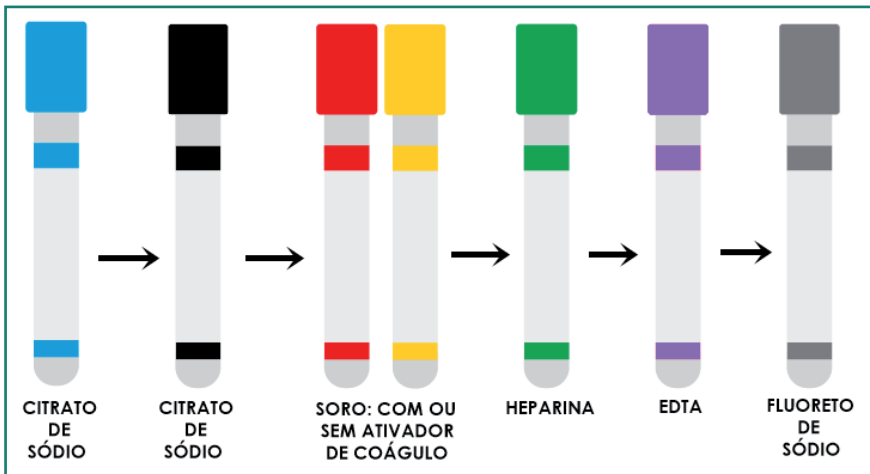


Figura 36 - Tubo de coleta

Imediatamente após a coleta, é extremamente importante que todos os tubos sejam suavemente homogeneizados pelo procedimento de inversão. Caso esse procedimento não seja devidamente realizado, pode haver o risco de ativação plaquetária e interferência nos testes de coagulação (formação de micro coágulos). O número de inversões pode variar de acordo com o fabricante dos tubos, dessa maneira é sempre indicado consultar o fornecedor de tubos sobre as recomendações para a homogeneização.

Agulhas para coleta múltipla e calibres:

- **25 x 7 mm (21G1)**, em geral, preta: usualmente indicada para pacientes geriátricos, pediátricos e com acesso venoso difícil;
- **25 x 8 mm (22G1)**, em geral, verde: usualmente indicada para pacientes com bom acesso venoso; é a agulha de coleta múltipla de sangue a vácuo mais utilizada.

Escalpes para coleta múltipla de sangue a vácuo

Os escalpes para coleta de sangue a vácuo são similares aos escalpes de infusão, a diferença é que no luer, porção final do tubo vinílico, existe uma peça acoplada, onde o adaptador é rosqueado com uma agulha recoberta por uma manga de borracha. Alguns escalpes possuem dispositivos de segurança que, ao término da punção, recobrem ou recolhem a agulha, protegendo o flebotomista de uma contaminação por acidente com material perfurocortante.

Escalpes para coleta de sangue a vácuo e calibres:

- **21G (calibre 8)**, em geral, verde: usualmente utilizado para pacientes com bom acesso venoso;
- **23G (calibre 6)**, em geral, azul claro: é o mais utilizado em neonatos, pacientes geriátricos, pediátricos e em tratamentos com quimioterápicos, pois possuem acesso venoso difícil;
- **25G (calibre 5)**, em geral, azul escuro: usualmente utilizado para o mesmo perfil de pacientes anteriormente descritos, porém, com acessos venosos ainda mais difíceis.

AVC – ACIDENTE VASCULAR CEFÁLICO

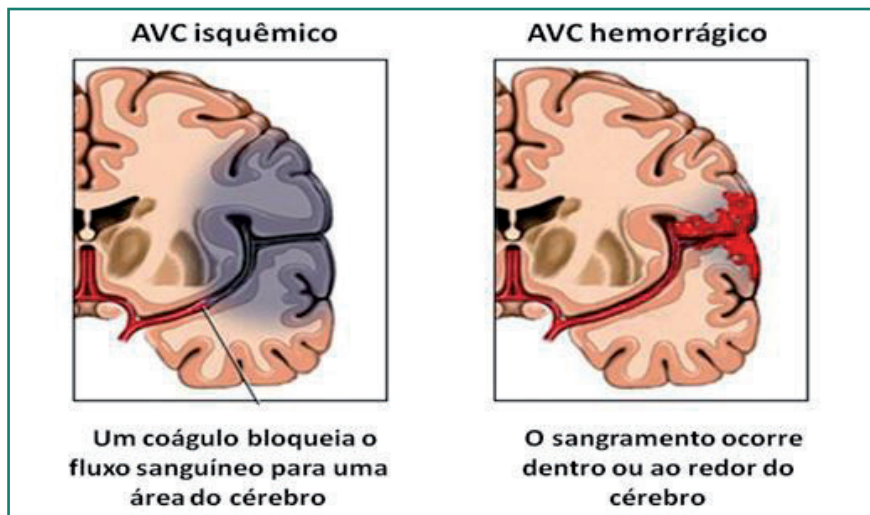


Figura 37- AVCI x AVCH

Isquêmico

Ocorre oclusão de artéria que leva a redução do fluxo sanguíneo e dos nutrientes ao tecido cerebral irrigado por esta artéria, causando isquemia e morte tissular (infarto).

Transitório (TIA)

Episódio reversível de disfunção neurológica focal. No início é difícil distinguir entre um TIA e um AVE, se os eventos neurológicos forem resolvidos em 1h, o evento será classificado como TIA. A maioria dos TIAs dura de 5 a 10 min, sendo indicador significativo de risco para AVE.

HEMORRÁGICO

Quando um vaso sanguíneo do cérebro se rompe sobre o tecido circundante, podendo causar hematoma e aumentar a pressão no tecido adjacente → diminuindo a circulação local → morte tissular.

Sinais e sintomas

Súbito enfraquecimento ou amortecimento da face, braço ou perna em um único lado do corpo HEMIPARESIA / HEMIPLEGIA. Confusão mental súbita, dificuldade para falar ou compreender - AFASIA. Problema visual súbito em um ou ambos olhos, problemas para se locomover, perda do equilíbrio ou da coordenação motora - ATAXIA. Cefaléia grave súbita sem causas conhecidas.

AVC HEMORRÁGICO X AVC ISQUÊMICO

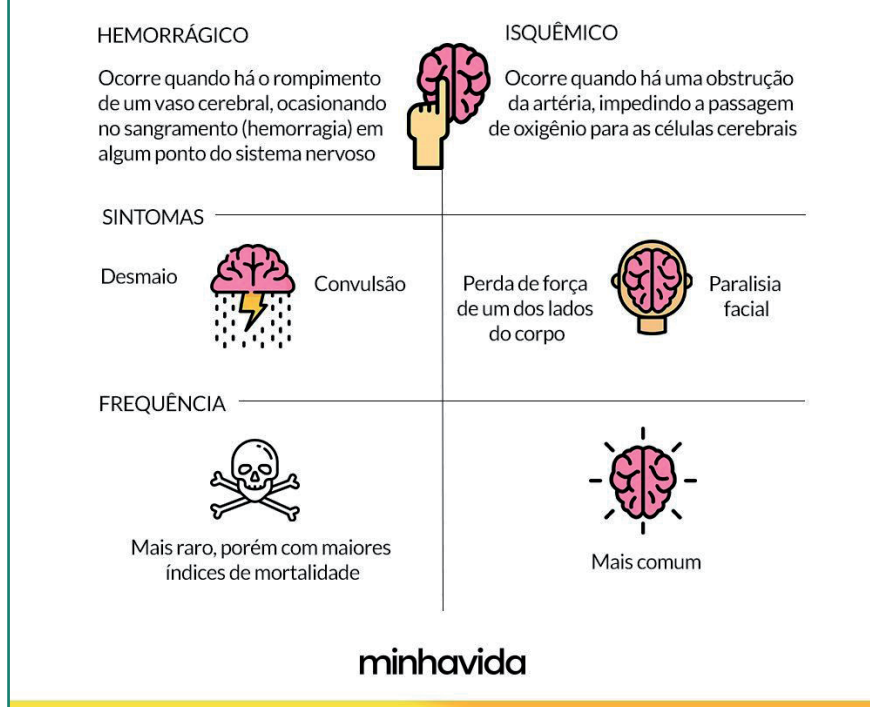


Figura 38 - Tipos de AVCs

Na emergência

A meta da equipe é avaliar o paciente com suspeita de AVE em até 10min após sua entrada no Serviço de Emergência Escala Cincinati → identificação de sinais de AVE → Acionar atendimento de emergência para AVE.

Avaliar o ABCD Avaliar saturação → Fornecer oxigênio se saturação < 94%. Monitorização e PA → Atentar para a tríade de Cushing (hipertensão + bradicardia + alteração da FR) = sinal clínico de Hipertensão Intracraniana. Avaliação neurológica – Escala de coma de Glasgow Estabelecer acesso venoso periférico e amostras de sangue. Controles de glicemia capilar de 4 em 4 horas;

Solicitar TC cerebral sem contraste.

1 achado - 72% de AVC

2 achados - 85 de AVC

Escala de Cincinnati

AVALIAÇÃO - ESCALA DE CINCINATI

Sinal/sintoma	Como testar	Normal	Anormal
A - Paresia Facial	pede ao paciente que mostre os dentes ou sorria.	ambos os lados da face movem-se simetricamente.	um lado da face não se move tão bem quanto o outro.
B - Fraqueza do Membro Superior/ Fraqueza Motora	o paciente deve fechar os olhos e manter os MMSS estendidos.	ambos os braços se elevam simetricamente	um dos braços se eleva e outro cai.
C - Fala	pedir para que o paciente fale	usa as palavras corretamente	apresenta dificuldade em falar, usa palavras de forma inapropriada ou é incapaz de falar

Figura 39 - Escala de Cincinnati

BANHO NO LEITO

Material Necessário: 01 par de luva de procedimento; 04 compressas não esterilizada; 01 sabonete pequeno; água morna; jarros; 01 bacia; toalhas; lençóis, travessas, fronha, 01 camisola, 01 hamper, 01 carrinho de banho (LUZ, 2010).

- Colocar o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Retirar as roupas do cliente, preservando a sua intimidade;
- Testar a temperatura da água, umedecer a compressa ensaboando-a;
- Ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo: cabeça, tronco e membros superiores, abdômen, membros inferiores e por últimas genitais;
- Trocar a água quantas vezes forem necessárias;

- Lavar os cabelos e fazer a barba, se necessário;
- Colocar o cliente em D.L., higienizar a região posterior e iniciar a retirada da roupa suja e colocar a roupa limpa;
- Mudar D.L., retirar a roupa suja e ajustar a roupa limpa;
- Colocar a roupa suja no hamper;
- Vestir a camisola ou roupa no cliente;
- Recolher o material;
- Deixar o cliente confortável e com a campinha ao seu alcance;
- Manter o ambiente em ordem

PLEGIA, PARALISIA E PARESIA: AS DIFERENÇAS

www.experienciasdeumtecnicodeenfermagem.com
Experiências de um Técnico de Enfermagem

PLEGIA (PARALISIA)

A paralisia ou plegia é uma diminuição ou abolição da motricidade, em uma ou mais partes do corpo, devida a lesão dos centros nervosos ou das vias motoras (piramidais ou extrapiramidais), ou devida a lesões no sistema muscular. Designa habitualmente um déficit completo da força muscular.

PARESIA

A paresia é a perda de parte da motricidade de um ou mais músculos do corpo, de forma temporária ou permanente, ou seja, a paresia causa apenas limitação, fazendo com que alguns movimentos não sejam realizados corretamente.

PLEGIA (PARALISIA)			PARESIA		
MONOPLEGIA	DIPLEGIA	HEMIPLEGIA	MONOPARESIA	TRIPARESIA	HEMIPARESIA
Paralisia de um membro.	Paralisia de dois membros.	Paralisia dos membros superior e inferior do mesmo lado.	Perda de Força do nervo ou músculo de um só membro.	Perda de Força do nervo ou músculo de três membros.	Perda de Força do nervo ou músculo dos MS e MI do mesmo lado.
PARAPLEGIA		QUADRIPEGIA OU TETRAPLEGIA		DIPARESIA	TETRAPARESIA
Paralisia dos dois membros inferiores.		Paralisia dos quatro membros.		Perda de Força do nervo ou músculo dos dois membros inferiores.	Perda de Força do nervo ou músculo dos quatro membros.

Siga nossa página oficial facebook.com/experienciastrucnicodeenfermagem

Figura 40 - Plegia, paralisia e paresia

DIFERENÇAS DE PLEGIA E PARSIA

Plegia (Paralisia): é uma diminuição ou abolição da motricidade em uma ou mais partes do corpo, devida a lesão dos centros nervosos ou das vias motoras (piramidal ou extrapiramidal), ou devida a lesões no sistema muscular. Designa habitualmente um déficit completo da força muscular.

Parsia: é a perda de parte da motricidade de um ou mais músculos do corpo de forma temporária ou permanente, ou seja, a parsia causa apenas limitações fazendo com que alguns movimentos não sejam realizados corretamente (Parsia - Definição, 2017).

6. VACINAS E SEUS CUIDADOS

MAPA VACINAL, CONTROLE DAS DOSES

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Tatiana Magnaboschi Villaça

IDADE	VACINA	PRA QUE SERVE	VIA	DOSE	LOCAL	AGULHA E SERINGA	RECOMENDAÇÕES
Ao Nascer até 01 mês de vida	BCG	Tuberculose, Bactéria, Infecção respiratória, Meningite.	Intradérmica	0,1	Localização do Deltoide	Agulha: 13x45 Seringa: 1ml	Sem pomada, Sem compressa, Parece uma espinha, Não é para estourar, Não ocluir, 03 meses para melhorar.
	Hepatite B	Prevenção contra Hepatite B	IM	0,5	Vasto lateral direito	Agulha: 25x07 Seringa: 3ml	----- Importante: Quando é um RN magro, Agulha: 20x8.
02 meses E 04 meses	VIP	Poliomielite	IM	0,5	Vasto lateral direito	Agulha: 25x07 Seringa: 3ml	Sem pomada, Sem compressa, Não massagear, Não ocluir, Lavar com água e sabão.
	Pentavalente	Tétano, Vírus da Gripe, Hepatite B	IM	0,5	Vasto lateral Esquerdo	Agulha: 25x07 Seringa: 3ml	-----
	Rotavirus	Doenças Diarreicas	VO	Todo conteúdo	Boca	Seringa	Sem pomada, Sem compressa, Não massagear, Não ocluir, Lavar com água e sabão.
	Pneumocócica 10	Contra 10 tipos de bactérias.	IM	0,5	Vasto lateral Esquerdo	Agulha: 25x07 Seringa: 3ml	-----

Tabela 11- Vacina: Próprio Autor

A partir:

- **15 meses:** SCR + Varicela, VOP e DTP.
- **04 anos:** VOP, DTP, Polimielite, Febre Amarela 2º dose, e Varicela.
- **Anualmente:** Influenza e vacinas de campanha.
- **Agulha aplicação:** 25x07

Separação do Material:

- 03 bolas algodão sendo 02 secas e 01 com álcool,
- cuba rim,
- seringa 3ml,
- **Agulha aspiração 30x7,**
- Agente de aplicação,
- Curativo,
- Esparadrapo para identificar a seringa (vacina e local).

Perguntas Pré-Vacinação:

- Teve febre?
- Como passou a semana?
- Tem alguma alergia?
- Amamentou faz quanto tempo?

7. IST

INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E SEUS INSTRUMENTO DE PREVENÇÃO.

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Tatiana Magnaboschi Villaça

TESTE RÁPIDO

O teste rápido é oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) gratuitamente para diagnóstico do HIV (o vírus causador da aids), e também para diagnóstico da sífilis e das hepatites B e C. Para coleta procure uma unidade básica de saúde da rede pública ou os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), esses exames podem ser feitos de forma anônima. (Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2018)

Nos CTA, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, para facilitar a correta interpretação do resultado pelo(a) usuário(a). Também é possível saber onde fazer o teste pelo Disque Saúde (136). Além da rede de serviços de saúde, você também pode fazer o teste de HIV por meio de uma Organização da Sociedade Civil, pelo Programa Viva Melhor Sabendo. Procure um profissional de saúde e informe-se sobre os testes.

No Brasil atualmente existe dois tipos de testes: os exames laboratoriais como (Hemograma, Urina etc.) e os testes rápidos que são realizados nas unidades de saúde e pode – se ver o resultado em até no máximo 30 minutos.

Os testes rápidos são práticos e de fácil execução; é realizado com a coleta de uma pequena amostra de sangue (gotas) ou com fluido oral tendo o resultado em um curto tempo.

Todos os testes possuem um período denominado “janela diagnóstica, que corresponde ao tempo entre o contato com o vírus e a detecção do marcador da infecção (antígeno ou anticorpo). Isso quer dizer que, mesmo se a pessoa estiver infectada, o resultado do teste pode dar negativo se ela estiver no período de janela. Dessa forma, nos casos de resultados negativos, e sempre que persistir a suspeita de infecção, o teste deve ser repetido após, pelo menos, 30 dias, ou até mesmo no dia com outro teste se possível de outra marca para confirmação do diagnóstico em caso de resultado positivo solicitar o pedido de exame laboratorial para confirmação dependendo do teste pode dá o resultado na hora. (Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2018)

Lembrando que o acolhimento é sempre necessário e de extrema importância sempre humanizar o seu atendimento sabendo informar ao próximo o resultado sem causar alardes desnecessários.

QUANDO FAZER O TESTE DE HIV?

O teste de HIV deve ser feito com regularidade e sempre que você tiver passado por uma situação de risco, como ter feito sexo sem camisinha. É muito importante que você saiba se tem HIV, para buscar tratamento no tempo certo, possibilitando que você ganhe muito em qualidade de vida. Procure um profissional de saúde e informe-se sobre o teste. (Aids / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção)

QUANDO FAZER O TESTE DE SÍFILIS?

O teste de sífilis deve ser feito com regularidade e sempre que você tenha passado por uma situação de risco, como ter feito sexo sem camisinha. Nos casos em que o teste rápido for positivo, uma amostra de sangue deverá ser coletada e encaminhada para realização de um teste laboratorial para conclusão do diagnóstico. E sim a sífilis tem cura! O tratamento deve ser realizado imediatamente com aplicação de penicilina. Informe-se com um profissional de saúde. (Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2018)

QUANDO FAZER O TESTE DE HEPATITE B E C?

Para saber se há a necessidade de realizar exames que detectem as hepatites B e C, observe se você já se expôs a algumas destas situações: praticou sexo desprotegido ou compartilhou seringas, agulhas, lâminas de barbear, alicates de unha e outros objetos que furam ou cortam.

O diagnóstico das hepatites B e C é feito por meio de testes rápidos e de exames de sangue específicos, disponíveis na rede de serviços de saúde do SUS. Na investigação das hepatites B e C, é preciso um intervalo de pelo menos 60 dias após o contato inicial com o vírus para que os antígenos virais (no caso da hepatite B) ou anticorpos (no caso da hepatite C) sejam detectados no exame de sangue. Após o diagnóstico, o profissional de saúde indicará o tratamento adequado. Lembre-se de que existe uma vacina para prevenir a hepatite B. Procure uma unidade de saúde para se informar.

Em relação as gestantes e seus parceiros sexuais devem realizar os testes de HIV, sífilis e hepatite B e C durante o pré natal em caso de resultado positivo de ambas as partes ou não os dois deveram realizar o tratamento. (Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2018)

8. PROCESSO DO CUIDADO DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

ENFERMAGEM NO ÂMBITO DO CUIDADO
INTEGRAL DA MULHER, GRÁVIDA OU NÃO E
DA CRIANÇA

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Tatiana Magnaboschi Villaça

MULHER CORRIMENTOS

Tabela 12 - Corrimentos: Próprio Autor

CANDIDÍASE	VAGINOSE BACTERIANA	TRICOMANIASE
Prurido, secreção branca, grumos, pH ácido, sem cheiro, edema da vulva, hiperemia de mucosa (fungo).	Fétida (odor de peixe), acizentada, grumos, pH base, comum quando o pH muda ou o ciclo menstrual, sem sintomas inflamatórios, (bactéria).	Fétida, esverdeada, prurido intenso, bolhosa, colo com aspecto de “framboesa”, pH base, (IST).
Tratamento: Via vaginal: Miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU Clotrimazol creme a 1% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias.	Tratamento: Via intravaginal: Metronidazol gel vaginal, 100mg/g, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 5 dias; OU Clindamicina creme 2%, 1 aplicador (5 g), 1x/ dia, pr 7 dias.	Tratamento: Metronidazol, 2 g, VO, dose única; OU Metronidazol, de 400 a 500 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias; OU Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU Secnidazol, 2 g, VO, dose única; OU Tinidazol, 2 g, VO, dose única. Tratar parceiro; Vacina hepatite B; NOTIFICAÇÃO IST.

Anamnese e Exame físico ginecológico

Na realização da primeira consulta de pré – natal uma anamnese deve ser coletada abordando, aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico.

Nas demais anamnese a coleta deve ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Como dúvidas, ansiedade da mulher, perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, sobre corrimentos e perdas vaginais.

Total atenção com as anotações que deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade, quanto no cartão da gestante. (Pré-Natal e Puerpério, 2005)

ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

História clínica:

Identificação pessoal, dados socioeconômicos, grau de instrução, profissão/ocupação, estado civil, número de dependentes, renda familiar, pessoas com renda da família, condições de moradia, condições de saneamento, flexibilidade da residência até a unidade de saúde, antecedentes familiares (hipertensão arterial, diabetes, gemelaridade, cânceres etc.), antecedentes pessoais (cardiopatas, diabetes, hipertensão etc.), antecedentes ginecológicos (ciclo menstrual, uso de métodos contraceptivos, infertilidade e esterilidade se houve tratamento, doenças sexuais etc.), sexualidade (primeira relação, prática sexual na gestação, dispneia etc.) antecedentes obstétricos, gestação atual.

Exame físico geral:

- Peso e altura;
- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- ausculta cardiopulmonar;
- determinação da frequência cardíaca;
- exame do abdômen;
- exame dos membros inferiores;
- pesquisa de edema (face, tronco, membros).

Exame específico (gineco-obstétrico):

- Exame de mamas
- Orientação sobre amamentação
- Palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal;
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- inspeção dos genitais externos;

- exame especular:
 - a) inspeção das paredes vaginais;
 - b) inspeção do conteúdo vaginal;
 - c) inspeção do colo uterino;
 - d) coleta de material para exame Colpocitológico.

Toque vaginal

Obs.: Se for adolescente seguir o manual do ministério da saúde sobre.

• **Exames complementares:** Em sua primeira consulta solicitar exames como; dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; exame sumário de urina (Tipo I); sorologia anti-HI; sorologia para hepatite B (HBsAg); sorologia para toxoplasmose (IgM para todas as gestantes e IgG, quando houver disponibilidade para realização); Alguns dos exames solicitados será realizado novamente próximo as 30^o semanas de Gestação;

Obs.: Em ocasiões específicas (especiais) alguns exames complementares poderão ser solicitados.

- Protoparasitológico: solicitado na primeira consulta, sobretudo para mulheres de baixa renda;
- Colpocitologia oncótica (Papanicolau), se a mulher não a tiver realizado nos últimos três anos ou se houver indicação;
- Bacterioscopia da secreção vaginal: em torno da 30^a semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- Sorologia para rubéola;
- Urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática, em que exista disponibilidade para esse exame;
- Ultrassonografia obstétrica realizada precocemente durante a gestação nas unidades já estruturadas para isso, com o exame disponível.

A investigação de HIV/AIDS, no período pré concepcional ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resulta-

dos na profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, este teste deve ser oferecido, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV.

No aconselhamento pré – teste o profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV / Aids e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, sobre a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), sobre os conceitos “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido”, e sua importância na exposição ao risco para a infecção pelo HIV, em ocasião recente ou pregressa; Dúvidas sobre o teste deve ser tirada pelo profissional, benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, expressão de sentimentos etc. (Doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis, 2018)

Condutas:

- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- Avaliação nutricional;
- Fornecimento de informações necessárias;
- Orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
- Referência para atendimento odontológico;
- Encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada;
- Referência para serviços especializados se indicada;

As consultas subsequentes devem ser tomadas de tal maneira; Revisão da ficha pré-natal; Anamnese atual sucinta; Verificação do calendário de vacinação.

Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC).
- Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;

- Medida da pressão arterial;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina. Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
- Pesquisa de edema;
- Verificação dos resultados dos testes para sífilis;
- Avaliação dos outros resultados de exames laboratoriais.

Controles fetais:

- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

Condutas a ser tomadas nas consultas subseqüente se necessário:

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;
- Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico;
- Orientação alimentar;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
- Agendamento de consultas subseqüentes.

CALENDÁRIO DAS CONSULTAS:

- As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares;
- O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal;

- O PHPN estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre;
- A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, aminiorrexe prematura e óbito fetal;
- O acompanhamento da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

A realização de um exame ginecológico satisfatório consiste em colaboração da paciente e segurança do profissional no procedimento realizado assim criando vínculos e conforto para realização. O posicionamento do paciente para realização do exame é a posição ginecológica ou de litotomia. Coloca-se a paciente em decúbito dorsal, com as nádegas na borda da mesa, as pernas fletidas sobre as coxas e, estas, sobre o abdômen, amplamente abduzidas. (Anamnese e exame ginecológico, 2016)

O exame dos órgãos genitais deve ser feito numa sequência lógica:

Órgãos genitais externos- vulva:

- Lavagem das mãos;
- Separar materiais;
- Calçar luvas (Para proteção paciente e profissional);
- Observar a forma do períneo, a distribuição dos pelos e quantidade, se tem verrugas, manchas, cicatrizes e a conformação dos lábios externos e internos, introito vaginal, hímen ou carúnculas himeniais, clitóris, meato uretral, glândulas de Skene e a fúrcula vaginal e observar a integridade perineal;
- Fazer anotações dos achados.

Obs: Nessa parte você pode ofertar para paciente um espelho para que a mesma veja o que está sendo realizado nela e se sentir mais a vontade.

Órgãos genitais internos- vagina, útero, trompas e ovários

É realizado através de um instrumento denominado espéculo. Os espéculos são constituídos de duas valvas iguais; quando fechados, as valvas se justapõem, apresentando-se como uma peça única tem variedade de tamanho que deve ser pré definida para conforto da paciente. (Anamnese e exame ginecológico, 2016)

- Lavagem das mãos;
- Separação dos materiais;
- Calçar Luvas (preferentemente estéril, descartável e siliconada).
- Deve – se afastar os lábios externos e internos para a introdução do espéculo suavemente na vagina, você irá introduzir na vagina segurando pelo cabo e borboleta, lembrando que o espéculo é introduzido fechado no ângulo de 15° você introduz girando o espéculo em 360° com a borboletinha para baixo com as valvas paralelas às paredes anterior e posterior.
- Abrir o espéculo até a total visualização do colo do útero tendo ajuda do foco. Nessa fase deve – se observar “manchas”, lesões vegetantes, lacerações etc.
- A seguir é coletado material para o exame da secreção vaginal, para o exame citopatológico, é realizado o teste de Schiller, e colposcopia e biópsia, estas últimas quando se aplicarem.
- A retirada do espéculo é efetuada em manobra inversa à da sua colocação; durante sua retirada, deve-se examinar as paredes vaginais anterior e posterior. O excesso de secreção que se acumula no introito vaginal e vulva.
- Após o exame especular é realizado o exame de toque vaginal.

Toque vaginal

Define-se toque como sendo a manobra para avaliar os órgãos genitais internos, que pode ser vaginal ou retal, dependendo da situação da paciente (virgem ou não) ou da patologia. O toque genital deve ser sistemático no decorrer do exame físico ginecológico, sempre após o exame dos órgãos genitais externos e do exame especular. (Anamnese e exame ginecológico, 2016)

- Lavagem das mãos;
- Calçar Luvas e umedecer com gel lubrificante a base de água os dois dedos que penetrarão na cúpula vaginal.
- Afastar os lábios externos e interno para dar a abertura suficiente para entrar na vagina e identificar o fundo de saco e o colo . Este deve ser mobilizado látero -lateralmente, ântero-posteriormente e superiormente, buscando avaliar a mobilidade do útero e principalmente, se esta manobrar provocam dor. O examinador procede ao exame de toque dos fundos de saco posterior e anterior, deslizando também nas porções mais superiores e laterais da vagina. Neste local, busca por nódulos, retrações, espessamentos ou tumorações.
- A seguir passa-se ao toque bimanual, no qual a utiliza-se a palpação associada da pelve. Com os dois dedos tocando a cérvix, o examinador eleva o útero em direção a parede abdominal, onde a mão livre é suavemente colocada sobre o abdômen e vai deslizando de cima para baixo até que o útero se ponha entre as duas mãos e possa ser palpado. Na palpação observar o tamanho, consistência, regularidade e mobilidade do órgão e as dores que, eventualmente, podem surgir.
- Feito isso, os dedos são dirigidos para as laterais do fundo de saco anterior na busca da palpação dos ovários, sendo feita a mesma manobra descrita para o útero, porém, agora, a mão livre é dirigida para cada zona de projeção dos ovários. É por fim analisar as paredes da vagina se apresenta alguma imperfeição.
- Ao término do exame retirar os dedos da vagina o movimento deve ser suave.
- Para o toque retal, introduz-se o dedo indicador no ânus. Este exame comumente é reservado para as pacientes que nunca tiveram relações sexuais

ou como complementar do exame vaginal (avaliação de paramétrio, por exemplo).

Menopausa e menstruação

A menopausa refere – se apenas ao último período menstrual, porém a mesma só pode ser datada com certeza apenas um ano após a menstruação cessar, um episódio que ocorre, em geral, entre os 45 e 55 anos. Quando ocorre por volta dos 40 anos, é chamada de menopausa prematura ou precoce. O Climatério é uma fase transicional durante a qual a função ovariana e a produção hormonal declinam, ou seja, é a fase de transição do período reprodutivo, ou fértil, para o não reprodutivo na vida da mulher.

O Climatério vai dos anos do início do declínio ovariano pré – menopáusicco até o período pós – menopáusicco, quando os sintomas cessam. Peri menopausa é o período que precede a menopausa e dura cerca de quatro anos.

Todos os óvulos que a mulher produzirá ao longo da vida têm sua origem em células germinativas (ou folículos) dos ovários já presentes no instante do nascimento. Essa reserva é usada desde a primeira menstruação (menarca) até a última (menopausa). Mulher nenhuma é capaz de formar novos folículos para repor os que se foram. Quando morrem os últimos deles, os ovários entram em falência e as concentrações dos hormônios femininos, estrogênio e progesterona, caem irreversivelmente. Entre outras causas possíveis da menopausa, estão as cirurgias ginecológicas que incluem a retirada dos ovários. (Manual de Orientação Climatério, 2010)

SINTOMAS QUE PODE OCORRER NA ANUNCIAÇÃO DA MENOPAUSA

- Irregularidades menstruais;
- Menstruação mais escassas;
- Hemorragias;
- Menstruação Pingadas;
- Ondas de Calor;
- Alterações do sono;
- Alterações da libido;
- Alterações de humor;

- Atrofia dos órgãos genitais;
- Manifestações urogenitais (esvaziar a bexiga, dor e premência para urinar, incontinência etc.);
- Alterações na pele, que perde o vigor, nos cabelos e nas unhas, que ficam mais finos e quebradiços;
- Alterações na distribuição da gordura o corpo;
- Perda de massa óssea característica da osteoporose e da osteopenia;
- Risco aumentado de doenças cardiovasculares: a doença coronariana é a principal causa de morte depois da menopausa.

O diagnóstico da menopausa só pode se dá após os 12 meses corridos sem presença de menstruação, já o Climatério, pode – se dá no decorrer dos sintomas e exames realizados como Papanicolau, ultrassom e exames complementares.

Reposição hormonal é um dos tratamentos dado para quem está na menopausa para alívio de sintomas e conforto da paciente, como medidas temos mudanças de hábito como alimentação saudável, prática de exercícios, evitar consumo de álcool e tabagismo.

MENSTRUÇÃO

Menstruação é o sangramento uterino periódico que começa aproximadamente 14 dias após a ovulação. Ela é controlada por um sistema de Feedback de 3 ciclos: hipotalâmico – pituitário, ovariano e endometrial.

A extensão média do ciclo menstrual é de 28 dias, mas variações são normais, afinal cada corpo e cada ciclo reage de uma forma. O primeiro dia de sangramento é designado dia 1 do ciclo menstrual, ou menstruação. A duração média do fluxo menstrual é de 5 dias (variações de 3 a 7 dias), e a média de perda sanguínea é de 50mL (variação de 20 a 80mL), embora varie amplamente. O início da menstruação costuma acontecer no começo da adolescência podendo ocorrer variações.

O ciclo menstrual é um conjunto complexo de eventos que ocorrem simultaneamente no endométrio, no hipotálamo, nas glândulas pituitárias e nos ovários. O ciclo menstrual prepara o útero para a gravidez. Quando não ocorre gravidez, segue – se a menstruação. A idade da mulher, o estado físico, emocional e o ambiente influenciam a regularidade dos ciclos menstruais.

HIPOTALÂMICO – PITUITÁRIO

Acontece próximo ao final do ciclo menstrual do dia 13 ou 14 do ciclo de 28 dias. Os níveis de progesterona e estrogênio declinam, ocorre a menstruação e o hipotálamo é estimulado outra vez a secretar a gonadotrofina (GnRH) repetindo esse ciclo caso não aconteça a fertilização (Gestação).

CICLO OVARIANO

O ciclo ovariano varia de mulher pra mulher, quase todas as variações são decorrentes da duração da fase folicular (transformação do folículo em óvulo). Em raras ocasiões mais de um folículo é selecionado, e mais de um oocisto amadurece e se submete a ovulação. O estrogênio reduz e para 90% das mulheres não ocorre sangramento em grande demanda assim passa despercebido, já em 10% das mulheres há sangramento o suficiente para ser percebido. O ciclo dura 14 dias (variações de 13 a 15 dias) caso não ocorra a implantação ocorre uma regressão e se desfaz na menstruação.

CICLO ENDOMETRIAL:

É composto por 4 fases sendo elas; fase menstrual, fase proliferativa, fase secretora e fase isquêmica.

PEDIATRIA

Ausculata do bebê

O Cardiotocografia é o registro contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, contratilidade uterina e movimentos fetais, no período anteparto ou intraparto. A melhor idade gestacional para a realização é o início de 26 a 28 semanas de gestação, é indicado nos casos de anteparto - patologias maternas, fetais e/ou placentárias, intraparto - Trabalho de parto distócico, induzido ou estimulado. Para mulheres maldáveis, sem complicações na gestação, recomenda-se mobilograma no período anteparto e ausculata fetal intermitente no período intraparto. A CTG está indicada, neste grupo, nas gestantes com alterações nas condutas recomendadas (Cardiotocografia, 2010).

Para a realização do CTG recomenda – se:

- Evitar jejum prolongado;
- Anotar medicamentos usados durante o exame que possam interferir no resultado;
- Alterações de temperatura e pressão arterial maternas;
- Duração do exame: recomenda-se o mínimo de 20 minutos;
- Velocidade do registro: 1, 2, ou 3 cm/minuto.
- Posição da paciente: sentada em poltrona confortável ou em decúbito lateral esquerdo.
- Colocação correta dos transdutores para evitar traçados duvidosos.

No CTG avaliamos os parâmetros como contrações uterinas (avaliar frequência, duração e coordenação das contrações). Movimentos fetais (avaliar o comportamento fetal, repouso, vigília, através do número e tipo dos movimentos fetais, isolados, múltiplos, ausentes, soluços, etc). Frequência cardíaca fetal (nível da linha de base, média da frequência dos BCF).

FREQUÊNCIA CARDÍACA FETAL (FCF):

(FCF) Normal 110 a 160 (TERMO) 120 A 60 (PRÉ-TERMO);

Bradicardia Leve: 100 a 110 Acentuada: < 100

Taquicardia Leve: 160 a 180 Acentuada: > 180

Situações que não estão relacionadas aos achados pelo exame varia de (drogas, bloqueios cardio fetais, prematuridade, febre materna, somatório de acelerações, repouso fetal, medicamentos sedativos Sistema Nervoso Central, etc).

- Normal: CTG onde todos os 4 parâmetros são da categoria reativa;
- Subnormal: CTG onde 1 dos parâmetros é da categoria hiporreativa e os outros 3 são da categoria reativa;
- Patológica: CTG onde 2 ou mais parâmetros são da categoria hiporreativa ou 1 ou mais parâmetros são da categoria não reativa.

8. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS			
	Reativo	Hiporreativo	Não reativo
FCF	110-150 (termo) 120-160 (pré termo)	100 - 109 161 - 180	<100 >180
Variabilidade	≥5	<5 (≥ 40 min mas < 90 min)	<5 minutos (≥ 90 minutos) Lisa Padrão Sinusoidal
Acelerações	Presentes	Hipoacelerações (< 15 bpm < 15 segundos)	Ausentes
Desacelerações	Ausentes	DIP I DIP III favoráveis isoladas Desaceleração prolongada, < 3 minutos	DIP II DIP III desfavoráveis, repetitivas. Desaceleração prolongada > 3 minutos

Figura 41 - Frequência cardíaca fetal

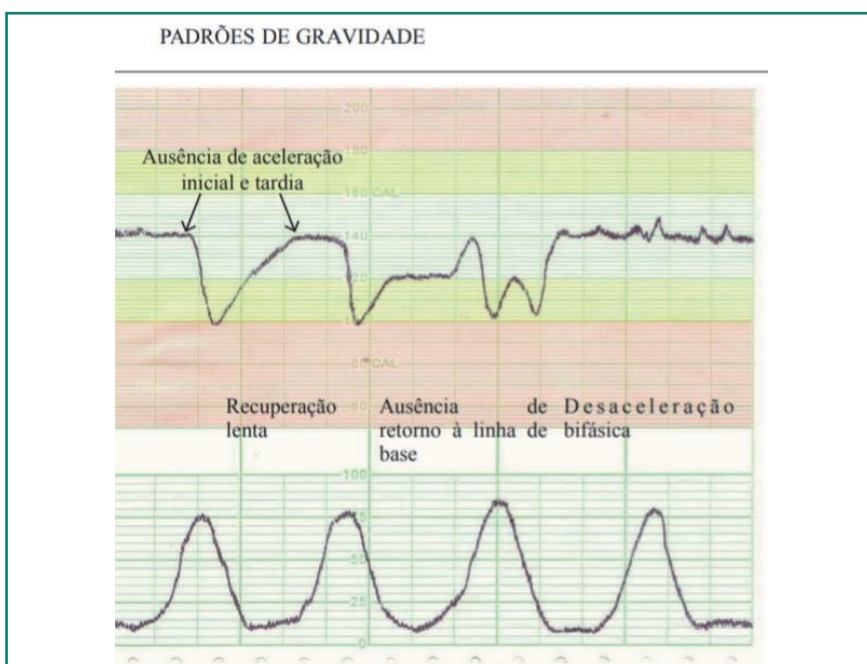
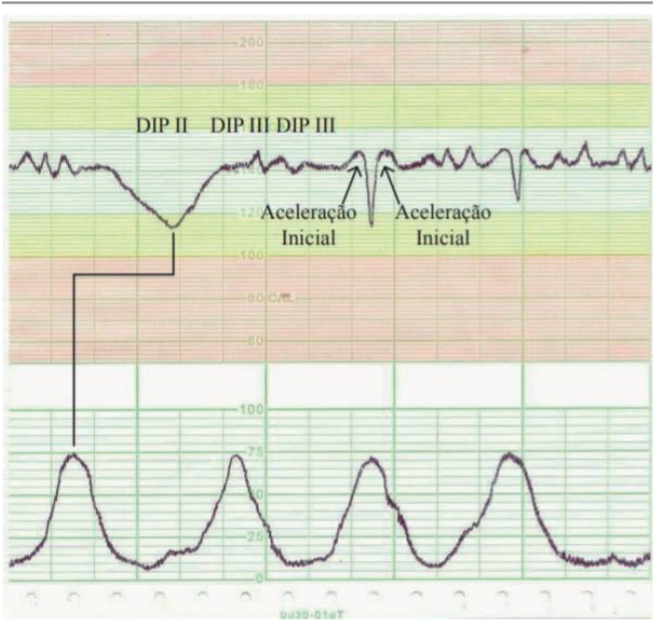


Figura 42 - Padrões de gravidade

CARDIOTOCOGRAFIA INTRAPARTO



CARDIOTOCOGRAFIA INTRAPARTO

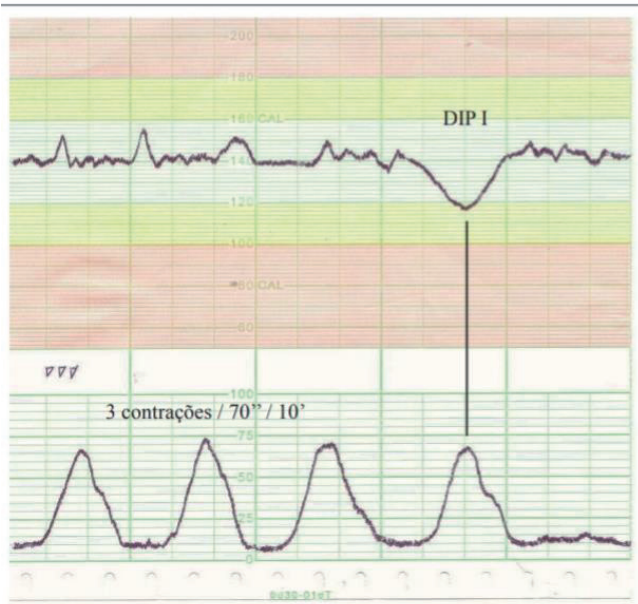


Figura 43 - Cardiotocografia intraparto

Classificação do RN

Verificar data da última menstruação, exame físico e exame complementar, para se obter a idade gestacional (Cadernos de Atenção Básica - Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012).

- Risco de morbimortalidade;
- Anomalia congênita inaparente;
- Antecipação de problemas clínicos;
- Crescimento e desenvolvimento.

ÍNDICE DE APGAR

Deve-se ser realizado em vários tempos: 1,5 e 10 minutos de vida, sendo um método de avaliação do recém-nascido, com o objetivo de avaliar as condições fisiológicas e a capacidade de resposta do neonato, sendo uma chave importante de identificação se necessitam de reanimação ou cuidados especiais. O escore pode apresentar (Atenção à Saúde do Recém-Nascido, 2011):

- Bom estado Clínico: > 7;
- Distúrbio de adaptação: Entre 3 e 7;
- < 6 é um sofrimento importante.
- Estado de Morte aparente: <3;

Prematuros: Idade gestacional < 37 semanas;

A termo: Idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias;

Pós-termo: Idade gestacional = / > 42 semanas.

MÉTODO CAPURRO

RN com IG > 28 semanas na sala de parto (Método Somático), ou após 6 horas (Somático e Neurológico).

Método Somático: RN > 28 semanas.

- Textura da Pele;
- Forma de Orelha;
- Glândula mamária;

- Formação do mamilo;
- Pregas Plantares.

Método Somático Neurológico: Após 6 horas.

- Textura da Pele;
 - Forma da Orelha;
 - Glândula mamária;
 - Pregas Plantares;
 - Dois caracteres neurológicos
1. Sinal do Xale;
 2. Posição da Cabeça ao levantar o RN.

Dor pediátrica

Deve-se considerar: avaliação da intensidade da dor, idade, desenvolvimento físico e motor, emocional, como a mediação atuam e praticam não farmacológicas. A dor pode ocasionar distúrbios do sono, interferem nas atividades, anorexia, irritabilidade e regressão no desenvolvimento e prejudica a mobilidade. A avaliação da dor pode-se ser agudo ou crônico, com ritmo intermitente ou contínuo, com localização e irradiação, sua descrição e sua característica podem ser superficial – profundo, queimação, formigamento. Sendo o seu mecanismo nociceptivo, neuropático e misto. Sua intensidade pode variar juntamente com os fatores, pode causar efeitos perante o sono, apetite e atividades (Atenção à Saúde do Recém-Nascido, 2011).

NIPS (RN até 1 ano)

Expressão facial	Padrão respiratório	Nível consciência
0- relaxado	0- normal	0 Acordado, dormindo
1- careta	1- alterado	1- inquieto
Choro	Braços	Pernas
0- sem choro	0- relaxados	0- relaxados
1- fraco, intermitente	1- fletidos, estendidos	1- fletidos, estendidos
2- vigoroso		

Figura 44 - NIPS: Próprio Autor

Diagnóstico: Escalas

Escala facial de dor (acima de 3 anos)

0-sem dor

1-2 Dor leve

3- Dor moderada

4- Dor forte

5- Dor insuportável

0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

COMO VAI A "VIDA DOLOROSA" HOJE???

Figura 45 – Escala facial de dor: Próprio autor



Figura 46 - Escala analógica: Próprio autor

Tratamento:

Farmacológicos: Analgésicos, AINH, Opióides, Anticonvulsivantes, Antidepressivos, Corticoides.

Não farmacológicos: Hipnose, massagem, meditação, música, aromaterapia, brincadeiras lúdicas e acupuntura.

Disfunção gastrointestinal

Diarreia Aguda

Período de até 2 semanas, fezes amolecidas, as causas podem ser por conta de viroses, bactérias, ingestão de produtos tóxicos. (SPILLER e THOMPSON, 2012)

Diarreia Crônica

Período de mais de 2 semanas, fezes amolecidas, causadas por mal absorção, mobilidade intestinal anormal, reação de hipersensibilidade, resposta inflamatória a longo prazo. (SPILLER e THOMPSON, 2012)

Distúrbios diarreicos comprometem o estômago, intestino delgado, cólon, sendo as principais doenças gastroenterite, enterite, colite, enterocolite e disenteria (Inflamação intestinal que afeta o cólon, causando cólicas abdominais, apresentando fezes aquosas com sangue e muco).

Manifestações clínicas da Diarreia

- a) **Leve:** Poucas evacuações sendo 1 ou 2 dias.
- b) **Moderada:** Várias evacuações amolecidas ou líquidas, vômitos, temperatura normal ou elevadas, com irritabilidade e sinais de desidratação ausentes.
- c) **Grave:** Evacuações numerosas e contínuas, com desidratação, expressões flácidas e enrugadas, choro não vigoroso, letárgico ou comatoso.

Fisiopatologia

A principal causa de disfunção gastrointestinal é a invasão de patógenos.

Mecanismos:

- Produção de enterotoxinas que estimulam a secreção de água e eletrólitos;
- Invasão direta e destruição das células epiteliais do intestino;
- Inflamação local e invasões sistêmicas pelos micro-organismos.
- Distúrbios fisiológicos imediatos e graves:
- Desidratação;
- Distúrbio do equilíbrio ácido-base com acidose;
- Choque hipovolêmico.

Avaliação Diagnóstica

Na avaliação pode-se observar presença de alergia, intolerâncias, ingestão de produtos tóxicos, contato com outras crianças com virose. O exame laboratorial como de Fezes pode auxiliar no diagnóstico, com finalidade de diferenciar infecções bacterianas das virais, sendo que não é indicada para crianças com diarreia não complicada sem evidência de desidratação, apenas indicada para desidratação moderada a grave.

Planos de Cuidados

Diagnósticos de Enfermagem:

- Déficit de volume de líquido relacionado a perdas gastrointestinais excessivas nas fezes ou vômitos.

- Alto risco de transmissão de infecção relacionada a micro-organismo que invadem o trato GI.
- Integridade da pele prejudicada devido à irritação causada por frequentes evacuações amolecidas.
- Ansiedade ou medo relacionado com a permanência em ambiente extremo e procedimentos aflitivos.
- Processos familiares alterados relacionados com a crise causada pela situação e pela falta de conhecimento.

Prescrição de Enfermagem:

1. Anotar frequência, aspecto, volume das evacuações, débito urinário e do vômito.
2. Pesar a criança diariamente;
3. Avaliar turgor, mucosas e sinais vitais;
4. Registrar aceitação de frequência alimentar;
5. Orientar os pais sobre os procedimentos realizados na criança e esclarecer dúvidas. Além de após manipulação da criança a importância da lavagem das mãos, e a prática de isolamento;
6. Evitar troca de brinquedos e objetos com outras crianças.
7. Utilização de EPI.

Triagem neonatal

O Programa Nacional de triagem Neonatal dispõe que a Triagem Neonatal é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas, no período neonatal (PORTARIA N° 822, DE 06 DE JUNHO DE 2001, 2001).

Decreto n° 7.612: Instituiu o plano nacional dos direitos das pessoas com deficiência, com a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno equitativo dos direitos das pessoas com deficiências.

No eixo saúde, a ação 04:

- a) Elaboração de diagnóstico situacional do PNTN em nível nacional;
- b) Universalização da fase II;
- c) Incorporação, implantação e universalização da fase IV;
- d) Revisão do Marco Normativo;
- e) Desenvolvimento e disponibilização aos estados de um Sistema de Informação em Triagem Neonatal;
- f) Programa de Capacitação aos estados.

EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL

Teste do Pezinho: Principal forma de diagnóstico de 06 doenças, para realizar o teste, a família deve levar o RN a uma UBS entre 3º e o 5º de vida. Esse exame não traz risco ao BB (Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento., 2007).

- **Doenças:** Fenilcetonúria; Hipotireoidismo congênito; Hemoglobinopatias; Fibrose cística, Deficiência de biotinidade e Hiperplasia adrenal congênita.

Como é feito: No calcanhar, por ser uma região irrigada, com fácil acesso ao sangue para coleta.

- **Teste do Olhinho:** Teste para identificação precoce e o desenvolvimento normal da visão, sendo um teste rápido e indolor, que consiste na identificação de um reflexo vermelho, que aparece quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê (Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento., 2007).

- **Doenças:** Catarata, Glaucoma congênito e outros problemas.

- **Teste da Orelhinha:** Realizado na maternidade, após o nascimento do bebê, teste realizado no 3º dia de vida sendo que se deve fazê-lo antes de completar 03 meses de vida, tem a finalidade de identificação problemas auditivos no RN. O mesmo realizado com o RN dormindo, em um som natural, durando em torno de 10 minutos (Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento., 2007).

- **Teste do Coraçãozinho:** O teste é realizado entre 24 a 48 horas após o nascimento, consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos car-

díacos do RN com auxílio de um oxímetro (Pulseirinha). Caso alguém problema seja detectado o RN é encaminhado para fazer um ecocardiograma. Se alterado, é encaminhado para um centro de referência em cardiopatia (Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento., 2007).

Saúde da Criança e do Adolescente

Lembrar sempre que a Criança é um ser humano em pleno desenvolvimento, sendo que as experiências vivenciadas nos primeiros anos de vida, são fundamentais que pode implicar em seu futuro. Sendo o seu direito (Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento, 2007):

- Ser registrada gratuitamente.
- Realizar o teste do pezinho entre o 3º e o 5º dia de vida.
- Ter acesso a serviços de saúde de qualidade.
- Ter acesso à escola pública e gratuita perto do lugar onde mora.
- Receber gratuitamente as vacinas indicadas no calendário básico de vacinação.
- Ter direito de viver intensamente a infância.
- Ter acesso à água potável e alimentação adequada.
- Ser acompanhada em seu crescimento e desenvolvimento.
- Ser acompanhada pelos pais durante a internação em hospitais.
- Viver em um lugar limpo, ensolarado e arejado.
- Ter oportunidade de brincar e aprender.
- Viver em ambiente afetuoso e sem violência.

Para cuidar da criança, é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de assistência social e de educação. Além também, a importância de estimular desde cedo o desenvolvimento da criança para que ela adquira autoconfiança, autoestima e desenvolva capacidade de relacionar-se bem com outras crianças, com a família e com a comunidade. Desse modo, terá maior possibilidade de tornar-se um adulto bem adaptado socialmente. (Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento, 2007).

O melhor indicador de saúde da criança são as condições de vida, sendo alimentação, higiene, habitação.

Crescimento e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Seu foco é implementar o acompanhamento do desenvolvimento / crescimento nos serviços de saúde ou na comunidade. Utilizando o cartão da criança e alguns programas como:

- **PAISC:** Programa de Atenção Integral à criança,
- **PACS:** Programa de Agentes Comunitários de Saúde,
- **PSF (nova ESF):** Programa/Estratégia de Saúde da Família,
- **IHAC:** Iniciativa Hospital Amigos da Criança,
- **Mãe - Canguru:** Atenção Humanizada ao RN baixo peso.

Desenvolvimento / Crescimento:

- **Desenvolvimento:** Adquirir habilidades.
- **Crescimento:** a partir de sua concepção, sendo aumento da massa corporal.

Objetivos:

- **Identificar desenvolvimentos biológicos, psicossociais, cognitivos e sociais,**
- **Orientação aos pais, sobre alimentação, higiene, prevenção de acidentes, e estimulação do desenvolvimento.**
- **Saber identificar problemas relacionados ao desenvolvimento do mesmo.**

PAISC: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - 1984. O mesmo criou ações básicas sendo elas:

- **Aleitamento materno com orientação de desmame,**
- **Assistência e controle das IRAS e doenças diarreicas,**
- **Imunização,**
- **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.**

AIDPI: Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, tem a **Finalidade** de reduzir a mortalidade infantil, reforçar **PAISC** e fortalecer o nível primário de atenção. Tendo como **Objetivo:** Reduzir a mortalidade por doenças

prevalentes nas crianças com < 5 anos, o número e a gravidade de casos de IRAS, diarreias, desnutrição e outros agravos. Além disso, melhorar a qualidade de atenção à criança nos serviços de saúde com estratégia de ↓ o uso de inadequadas tecnologias de diagnóstico e tratamento, introduz ações de promoção e prevenção da saúde infantil e expandir a atenção integrada no nível comunitário.

Como se acompanhar o crescimento: A referência adotada pelo Ministério é NCHS, é usado em forma de gráfico escore Z, sendo o uso de indicador nutricional:

PESO x ALTURA x IDADE x Perímetro Cefálico (Sendo que o peso é um indicador nutricional).

Tabela 13 - Indicador : Próprio autor

PESO	COMPRIMENTO	PERÍMETRO CEFÁLICO	FONTANELAS	ALTURA
Até 2 anos: Balança com prato, sem roupa e sem fraldas. Deve ser registrado nas primeiras 12 horas de vida.	0 - 3 anos: régua antropométrica. (pessoas para 2 examinar)	Menor: Retardo de desenvolvimento em relação à altura e peso / crescimento cerebral inadequado. (Microcefalia)	Fontanela anterior: 2x2, aberta até 18 meses.	> 3 anos, utiliza uma régua vertical.
Após 2 anos: Balança de plataforma - apenas, roupas íntimas.	-----	Aumentado: na pressão intracraniana e no líquido ventricular. (Hidrocefalia).	Fontanela posterior: 1x1, aberta até 2 meses.	-----

Cartão da Criança: Este cartão é um instrumento de acompanhamento que é preenchido pela a equipe de saúde, cada criança obtém, sendo que no mesmo há o registro de suas medidas e imunização, trazendo informações das etapas do desenvolvimento. O Cartão da criança é subdividida por tópicos, sendo eles: **IDENTIFICAÇÃO, CONDIÇÕES DE NASCIMENTO, GRÁFICO DE**

PESO-IDADE, IMUNIZAÇÃO e DIREITOS DA CRIANÇA. Os dados devem ser anotados a lápis. Além desses dados, há um subtópico que **AÇÕES COMPLEMENTARES.** Sendo eles contidos por Saúde bucal e Higiene oral (antes e depois da erupção dos dentes), avaliação visual, da fala e da audição (Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento, 2007).

Saúde bucal/Higiene Oral:

Tabela 14 - Saúde bucal e Higiene Oral: Próprio autor

IDADE	ERUPÇÃO DO DENTE
6 a 10 meses	Incisivos inferiores centrais
8 a 10 meses	Incisivos centrais superiores
9 a 13 meses	Incisivos laterais superiores
10 a 16 meses	Incisivos laterais inferiores

Avaliação Visual: Avaliar nos primeiros meses de vida, até pelo menos de 4 a 7 anos de idade.

Avaliação da fala e da Audição:

- **Fala:** Divididas em duas partes: **Pré- Verbal e Verbal.** Fatores que interferem são orgânicos e psicológicos.

0 - 5 anos: Imitação vocal sonora, conversa informal, identificação e nomeação de figuras apresentadas a ela.

- **Audição:**

0 - 24 meses: Sons: Sucção, risos, choros, arregalar de olhos, caretas

Fatores de Risco: Histórico familiar, anomalias craniofaciais, peso ao nascimento inferior a 1kg e 500g, Meningite bacteriana, ventilação mecânica por mais de 5 dias, traumatismo, otite média.

MATERNA

Aleitamento materno

A preparação para a amamentação vem ao mesmo tempo em que a mulher se prepara para a maternidade (gerar um feto). A amamentação é um dos passos dos cuidados importantes para mulher (mãe) e seu bebê (Filho). Buscar informações sobre mudanças do seu corpo, humor, amamentação é de extrema importância ajuda no seu conhecimento e se somado com outras mulheres na mesma situação é como se fosse um apoio emocional (Saúde da Criança: Nutrição Infantil, 2009).

A amamentação varia de mulher pra mulher enquanto umas não passam por nem uma dificuldade outras passam por dificuldades iniciais como boa pega, vínculo, posição, tempo de mamada etc.

A amamentação é muito influenciada pela condição emocional em que a mulher se encontra até mesmo pela sociedade que ela vive. Por isso, o apoio do companheiro, da família, dos profissionais de saúde, enfim, de toda a sociedade é fundamental para que a amamentação ocorra sem complicações. Todos devem se informar e tirar as dúvidas antes e durante a amamentação, caso a mãe tenha alguma dificuldade conseguem auxiliar e acalma – lá.

O corpo se acarreta de preparar seu corpo para amamentação com isso os seios ficam maiores as aréolas escurecem tudo por conta da produção do leite e hormônios (Saúde da Criança: Nutrição Infantil, 2009).

O leite humano é a alimentação ideal para todas as crianças. O leite humano por sua composição de nutrientes é considerado um alimento completo e suficiente para garantir o crescimento e desenvolvimento saudável do bebê durante os primeiros 2 anos de vida. É um alimento de fácil e rápida digestão, completamente assimilado pelo organismo infantil. Ele possui componentes e mecanismos capazes de proteger a criança de várias doenças. É um simbiótico: uma fonte natural de lactobacilos, bifidobactérias e oligossacarídeos (Saúde da Criança: Nutrição Infantil, 2009).

Além disso a amamentação favorece o vínculo mãe-filho e facilita o desenvolvimento emocional, cognitivo e do sistema nervoso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as crianças sejam alimentadas exclusivamente com leite materno nos primeiros seis meses de vida e que, a partir de então, a amamentação seja mantida por dois anos ou mais, juntamente com o uso de alimentos complementares adequados.

A primeira mamada é de extrema importância pois além de criar um vínculo mãe e filho, tem o contato pele a pele, estimula a mulher na liberação de ocitocina começando assim a descida do leite e também a contração uterina. O leite nos primeiros dias pós-parto é chamado de colostro. Nele os fatores que protegem contra doenças estão em grande quantidade, funcionando como a primeira vacina para o bebê (Saúde da Criança: Nutrição Infantil, 2009).

A dúvida frequente das mães é se o bebê tem hora certa para as mamadas, e a resposta é não, pois, o bebê no começo não tem tanta sucção por isso irá mamar frequentemente por que suga pouco e então sentirá fome, com o tempo a sucção melhora e os intervalos das mamas aumentam, lembrando que cada criança tem seu ritmo.

Então, podemos dizer que a amamentação deve ser em livre demanda. Livre demanda: quando a amamentação segue o ritmo do bebê, sem se preocupar em seguir horário e duração pré-determinados.

O ingurgitamento pode ocorrer no quarto dia pós-parto quando as mamas ficam endurecidas. É quando o leite desce em volume maior e o bebê não dá conta de mamar todo o leite produzido. É uma situação que perdura alguns dias onde a oferta (produção de leite) é maior do que a procura (necessidade do bebê) até que seja regularizada. Nesse momento a mulher deve fazer massagem e retirar o excesso de leite, compressa de água fria e banho de sol, não pode fazer compressa quente não deixar os seios caídos, não apertar isso pode causar fortes dores e empedrar o leite (Saúde da Criança: Nutrição Infantil, 2009).

Passos para amamentação e variações:

- Segurar o bebê corretamente em uma posição que seja confortável tanto para mãe quanto para o bebê;
- O bebê precisa ficar de frente para ela (isto é, a barriga do bebê de frente para barriga da mãe) e também bem próximo ao peito. Para ficar próximo a mãe deve abraçar seu filho, envolvê-lo com seus braços e sustentá-lo em seu colo e não em suas pernas. Então, para facilitar ambos, mãe e filho, indicamos que seja colocado um travesseiro em cima das pernas da mãe onde ela poderá apoiar seu braço e ao mesmo tempo manter seu bebê ao colo e mamando.
- A sucção do bebê tem que ser correta pegando toda a aréola para que o leite saia com facilidade;

- Livre demanda;
- Banho de sol até as 10h por 15m é o suficiente, compressas com água morna ou fria, manter os seios suspensos, não apertar, fazer massagem, se criar feridas pode passar o próprio leite para curar etc;
- Pode ocorrer variações da posição da mamada;
- Não existe leite fraco a mãe produz o leite certo para as necessidades do seu filho.

Assistência às emergências obstétrica

A gestação é uma evolução fisiológica da mulher. Durante esse momento, o seu corpo passa por diversas alterações decorrentes a fatores hormonais, fisiológicos e mecânicos. Nesse período podem ocorrer intercorrências, ameaçando a vida da mãe e/ou do feto, exigindo um atendimento imediato e qualificado. Logo, o profissional de saúde deve estar preparado para atuar nas urgências e emergências obstétricas. Dentro os tipos de urgência e emergência obstétricas as mais citadas foram a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a síndrome hipertensiva, aminiorrexe prematura, a placenta prévia, a infecção do trato urinário e as hemorragias. Os fatores relacionados as interferências podem variar do tabagismo, obesidade, faixa etária, sobrepeso, estresse, consumo de bebidas alcoólicas, comorbidade, antecedentes de aborto, hipertensão e proteinúria (SILVA, 2019).

Sendo assim uma boa assistência de enfermagem começa com a classificação de risco da gestante presente podendo assim priorizar o atendimento de maior urgência de acordo com os critérios pré estabelecidos. O acolhimento é um dispositivo técnico assistencial que possibilita a identificação das prioridades para o atendimento de acordo com a necessidade de saúde/gravidade/risco ou vulnerabilidade de cada paciente (SILVA, 2019).

A avaliação de enfermagem consiste em antecedência obstétrica (número de gestações, paridade e abortos), data da última menstruação, idade gestacional e data provável do parto, queixas, história patológica pregressa, uso de medicações, alergias e sinais vitais. O diagnóstico de enfermagem é baseado na avaliação da urgência dos sinais e sintomas apresentados durante a avaliação.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Realizar a identificação e o chamado da paciente para comparecimento ao consultório de acolhimento.
- Realizar o preenchimento do Instrumento de Acolhimento de Enfermagem – Classificação de Risco de acordo com a avaliação de enfermagem.
- Realizar verificação dos sinais vitais da paciente e registrar adequadamente no impresso.
- Proceder o diagnóstico de enfermagem baseado nas queixas apresentadas e história clínica colhida e a classificação da paciente através do sistema de cores.
- Registrar no Instrumento de Acolhimento de Enfermagem – Classificação de Risco a prioridade da paciente.
- Informar a paciente a prioridade de seu atendimento de acordo com a classificação realizada.
- Encaminhar a paciente à sala de espera para atendimento obstétrico, segundo a classificação de risco.

MULHERES COM OU SEM CONFIRMAÇÃO DE GRAVIDEZ:

- Convulsão em atividade;
- Hipotensão ($PAS \leq 80$ mmHg);
- Taquicardia (≥ 120 bpm);
- Bradicardia (≤ 45 bpm);
- Pele Fria, palidez acentuada / Perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural;
- Insuficiência respiratória;
- Incapacidade de falar / Fala entrecortada;
- Cianose;
- $FR \leq 10$ ipm;
- $FR \geq 32$ ipm;
- Respiração agônica / Dispneia extrema / Fadiga muscular;

- Uso de Musculatura acessória;
- Gestante com alteração do estado mental;
- Não-responsiva / Déficit cognitivo / Confusão mental;
- Letargia / Agitação / Paralisia;
- Intoxicação exógena;
- Hipoglicemia (fazer glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispneia;
- Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outra pessoa.
- Gestante em trabalho de parto;
- Período expulsivo;
- Gestante com hemorragia genital e/ou dor aguda;
- Gestante com prolapso de cordão;
- Exteriorização de partes fetais pelos genitais;
- Pós-parto imediato- parto no trajeto ou domiciliar.

Prioridade I – Muito urgente (cor laranja).

GRAVIDEZ > 20SEMANAS:

- **Trabalho de parto (contrações a cada dois minutos);**
- **Ausência de movimentos fetais;**
- **Gestante ou puérpera com hipertensão (PA \geq 160x100mmHg);**
- **Gestante ou puérpera com hipertensão (PA \geq 140x100mmHg) com: Cefaleia, epigastralgia, alterações visuais, toxemia;**
- **Gestante ou puérpera com febre: TAX \geq 40°C e Alteração mental;**
- **Gestante ou puérpera com doença psiquiátrica e rigidez de membros;**
- **Gestante ou puérpera com relato de convulsão em pós comicial;**

- **Não gestante com dor abdominal aguda, de forte intensidade associada à náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez.**

Prioridade II – Urgente (cor amarela).

HIPERTENSÃO EM GESTANTE OU PUÉRPERA

- PA \geq 140x90mmHg e $<$ 160x100mmHg.
- Gestante com sangramento genital moderado e/ou dor.
- Gestante com êmese ou hiperêmese
- Sinais de desidratação como: letargia, mucosas secas e turgor pastoso.
- Pacientes com ou sem confirmação de gravidez e puérpera
- Febre (TAX \geq 38,5°C e $<$ 40°C).
- Queixa ligada à amamentação
- Hiperemia, dor e febre.
- Sinais de abscesso.
- Gestantes com queixa de perda de líquido em média e grande quantidade.
- Situações especiais: Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência.
- Vítimas de violência.

Prioridade III – Pouco urgente (cor verde).

- Gestante com febre TAX $<$ 38,5°C;
- Êmese ou hiperêmese;
- Sem sinais de desidratação;
- Dor abdominal;
- Queixas urinárias Oligúria, disúria;

- Sintomas gripais;
- Avaliação de ferida operatória;
- Sinais de bartolinite;
- Gestante do pré-natal de alto risco sem queixas que demandem atendimento de urgência;
- Queixas ligadas à amamentação;
- Gestantes com queixa de perdas de líquido em pequena quantidade;
- Gestantes de risco habitual;
- Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência;
- Gestantes escoltadas (sob custódia).

Prioridade IV – Não urgente (cor azul).

- Consultas de baixa complexidade;
- Consulta pré-natal sem procura prévia ao Centro de Saúde;
- Questões sociais sem acolhimento clínico;
- Curativos;
- Trocas ou requisição de receitas;
- Dor pélvica crônica ou recorrente;
- Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (suspeita de gravidez sem diagnóstico);
- Irregularidades menstruais, hipermenorréia/menorragia sem alteração de sinais vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência;
- Problemas com contracepção oral/injetável;
- Retirada de DIU ainda que com fio não visível;
- Avaliação cirúrgica;
- Retirada de pontos;
- Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo;
- Exame preventivo;
- Solicitação de atestado médico.

OBS: As cores variam conforme a unidade médica.

CUIDADOS ESPECIAIS

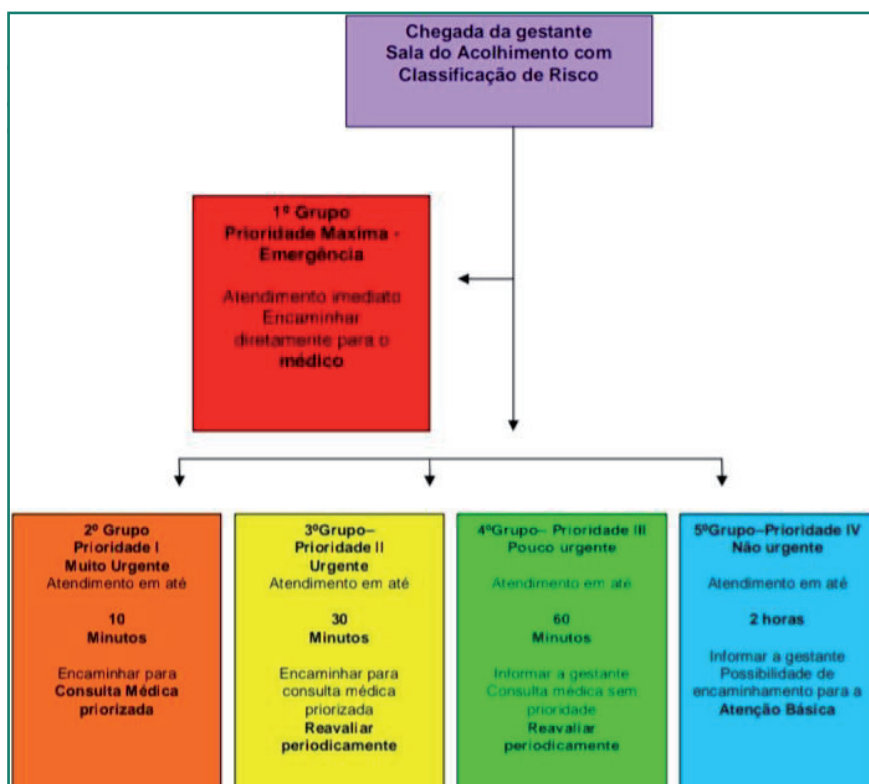


Figura 47- Classificação de risco gestante

Estreptococo B

Estreptococo do grupo B (EGB) é um diplococo gram – positivo que tem como reservatório, em humanos, o trato genito – urinário e o trato gastrointestinal sendo esses os principais sítios de colonização. O estreptococo pode ser transitório, intermitente ou crônico; em relação as mulheres gestantes e não gestantes a frequência da colonização é a mesma (COSTA, 2011).

O local indicado para realização da coleta de exames para identificação do EGB e o ano-retal e a vagina razão pela qual estes locais são indicados é a maior prevalência do EGB (COSTA, 2011).

As complicações do EGB podem variar entre corioamnionite, endometrite, infecção do trato urinário e de sítio cirúrgico. Em gestantes a incidência é de 15% tendo como principal causa infecciosa de morbidade e mortalidade precoce a sepse de origem materna (COSTA, 2011).

A prevalência do EGB materno é influenciada pelo local da coleta, período da gravidez em que esta foi realizada, raça, idade (quanto menor a idade, maior é o risco), paridade (quanto menor a paridade, maior a chance de colonização) e nível socioeconômico. Estas variáveis podem explicar a ampla taxa de colonização de 5% a 41% descrita na literatura nacional e internacional. A transmissão vertical (via ascendente) varia de 13% a 85%, e em média é de 50% (COSTA, 2011).

O risco de o RN adquirir infecção através da transmissão vertical está diretamente relacionado ao número absoluto de microrganismos presentes no canal de parto ao nascimento e à ausência de anticorpos específicos contra os polissacarídeos capsulares do EGB, que são transferidos da mãe para o RN nas últimas 10 semanas de gestação. Dessa forma, o RN de mãe colonizada, principalmente o pré-termo, é mais suscetível (10 a 15 vezes mais) a desenvolver a doença invasiva precoce. Entretanto, somente 1% a 2% dos filhos de mulheres com cultura vaginal e/ou retal positiva apresentam sepse neonatal precoce.

Infeções neonatal por EGB apresenta – se sob duas formas: precoce e tardia. Sendo que a precoce é a mais frequente 80% dos casos e ocorre nos primeiros 7 dias de vida sendo sua transmissão durante o parto ou nascimento. A forma clínica de evolução é bacteremia, sepse, meningite e pneumonia. O desconforto respiratório está presente em 35 a 55% dos pacientes, a sepse aparece em 25 a 40% dos casos, com evolução rápida para choque séptico dentro das primeiras 24 horas de vida. Pode ocorrer meningite em 5 a 15% dos RN, pneumonia, celulite, artrite e impetigo. A evolução para o óbito ocorre comumente no segundo dia de vida. A realização do exame e tratamento é o desfecho necessário para esses casos (COSTA, 2011).

COLETA DE EXAME ESTREPTOCOCO B

(Prevenção da infecção neonatal pelo streptococcus agalactiae, 2008)

- A amostra do exame deve ser colhida entre 35° e 37° semanas, para coleta não é recomendado banho e higiene íntima antes da coleta. Recomenda – se que a coleta do Swab seja vaginal e retal, uma vez que a origem da colonização geralmente é retal, com posterior contaminação vaginal.

- Swab vaginal é colhida da vagina inferior, introduzindo o swab por cerca de 2cm, fazendo movimentos giratórias por toda a circunferência da parede vaginal.
- Swab retal introduz outro swab por cerca de 4 cm fazendo movimentos giratórias por toda circunferência da parede do reto.
- Os dois swabs devem ser colocados em um mesmo meio de transporte (Stuart).
- A conversação do material inoculado adequadamente em meio de transporte deve ser encaminhada ao laboratório em no máximo 3 dias. Durante este período deve ser conservado em temperatura ambiente.

Altura Uterina

O útero aumenta seu tamanho com a idade. Foram desenvolvidas curvas de altura uterina em função da Idade gestacional, nas quais os percentis **10 e 90** marcam os limites da normalidade (Assistência pré-natal, 2000).

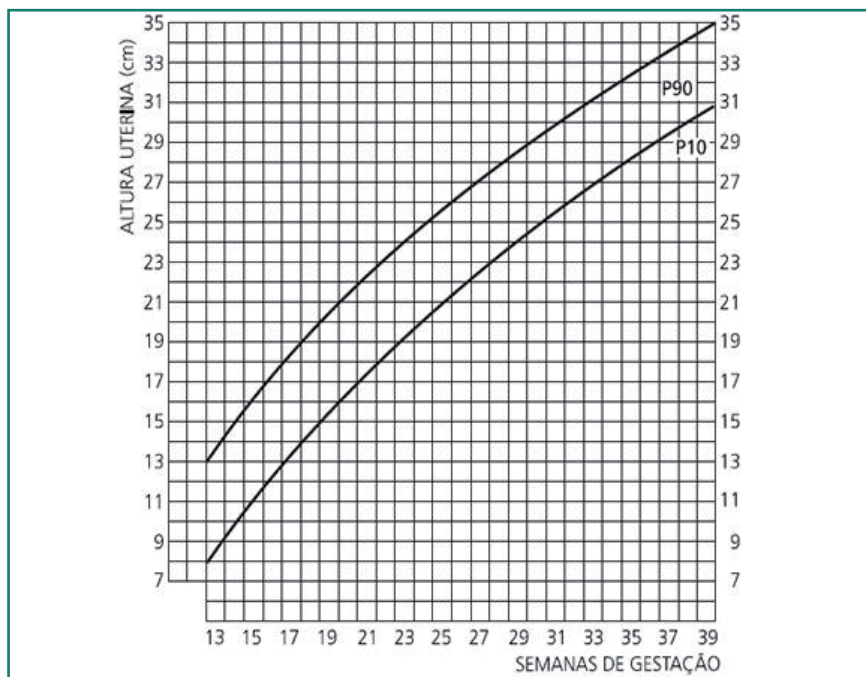


Figura 48 - Altura uterina

Exames 1,2,3 trimestre

Tabela 15 - Exames 1,2,3 trimestre

PRIMEIRO TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCEIRO TRIMESTRE
Hemoglobina e hematócito		Hemoglobina e hematócito
Heletroforese de hemoglobina	Teste de tolerância à glicose (Jejum e 2 horas pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	Heletroforese de hemoglobina
Tipo sanguíneo e fator Rh		Tipo sanguíneo e fator Rh
Glicemia em jejum		Glicemia em jejum
Urina tipo I		Urina tipo I
Ucultura e antibiograma	Coombs indireto	Ucultura e antibiograma
		Streptococcus

Anemia na gestação

11 é anemia fisiológica que é normal para gestante

Tabela 16 - Anemia na gestação: Próprio autor

ANEMIA LEVE A MODERADA	ANEMIA GRAVE
11 a 8 /dl	Menor que 8 g/dl
Tratamento	Tratamento
200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. Antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas. Repetir hemoglobina em 60 dias.	200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. Antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas. Repetir hemoglobina em 60 dias. Caso persistir encaminhar para Alto Risco

Diabetes na gestação

Parto fases clínicas e fisiológicas

A preparação da gestante (Mãe) em relação ao parto é essencial, pois, quanto mais ela está ciente das fases clínicas e fisiológicas ela pode agir com mais naturalidade e tranquilidade até a chegada do bebê. O trabalho de parto é o processo fisiológico pelo qual o útero expele ou tenta expelir os produtos conceptuais (feto, líquido amniótico, placenta e membranas) correspondem ao primeiro período clínico do parto ou período de dilatação.

O parto normal ou espontâneo é o parto que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana; o bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de Gestação (SAITO, 2018).

O sucesso do parto normal depende de 5 fatores:

1. Passageiro (feto e placenta);
2. Passagem (pelve e canal de parto/musculatura perineal);
3. Potência (contrações uterinas);
4. Posição da parturiente (gestante em trabalho de parto);
5. Resposta psicológica.

A divisão do mecanismo de parto em tempos (FETO):

- Primeiro tempo ou INSINUAÇÃO;
- Segundo tempo ou DESCIDA ou PROGRESSÃO;
- Terceiro tempo ou FLEXÃO;
- Quarto tempo ou ROTAÇÃO INTERNA;
- Quinto tempo ou EXTENSÃO;
- Sexto tempo ou ROTAÇÃO EXTERNA;
- Sétimo tempo ou DESPRENDIMENTO FETAL.

A alteração que o corpo da mulher tem que fazer para que o nascimento do feto ocorra (MÃE):

- CONTRAÇÃO E DILATAÇÃO;
- EXPULSÃO;
- DEQUITAÇÃO;
- GREENBERG OU 4º ESTÁGIO HEMOSTASIA.

1º fase (Dilatação): É uma fase caracterizada pela presença de contrações e o processo de dilatação do colo de útero e do canal de parto até que atinja 10cm; esta fase está dividida em latente e ativa podendo durar de 12 a 16 horas, podendo assim a mulher sentir dores e contrações mais próximas.

2º fase (Expulsão): É o segmento da fase ativa do trabalho de parto se dá pela fase de expulsão, em que o colo do útero já atingiu a dilatação máxima e se inicia a fase do período expulsivo, que pode demorar até 2 horas. Nesse momento, a mulher deve começar a fazer força para descida e apresentação do feto.

3º fase (Dequitação): A fase da dequitação do trabalho de parto ocorre após o nascimento do bebê, sendo caracterizado pela saída da placenta, que pode sair naturalmente ou ser retirada pelo médico. Se o médico realizou episiotomia ou se houve lesão e sangramento deve realizar sutura.

4º fase (Hemostasia): Define a primeira hora após a dequitação da placenta, é o momento de observação da equipe médica com a paciente (MÃE) com o intuito de evitar hemorragias ou algum problema que possa levar a dequitação, após esse período a contração do útero é normal (Parto, aborto e puerpério, 2001).

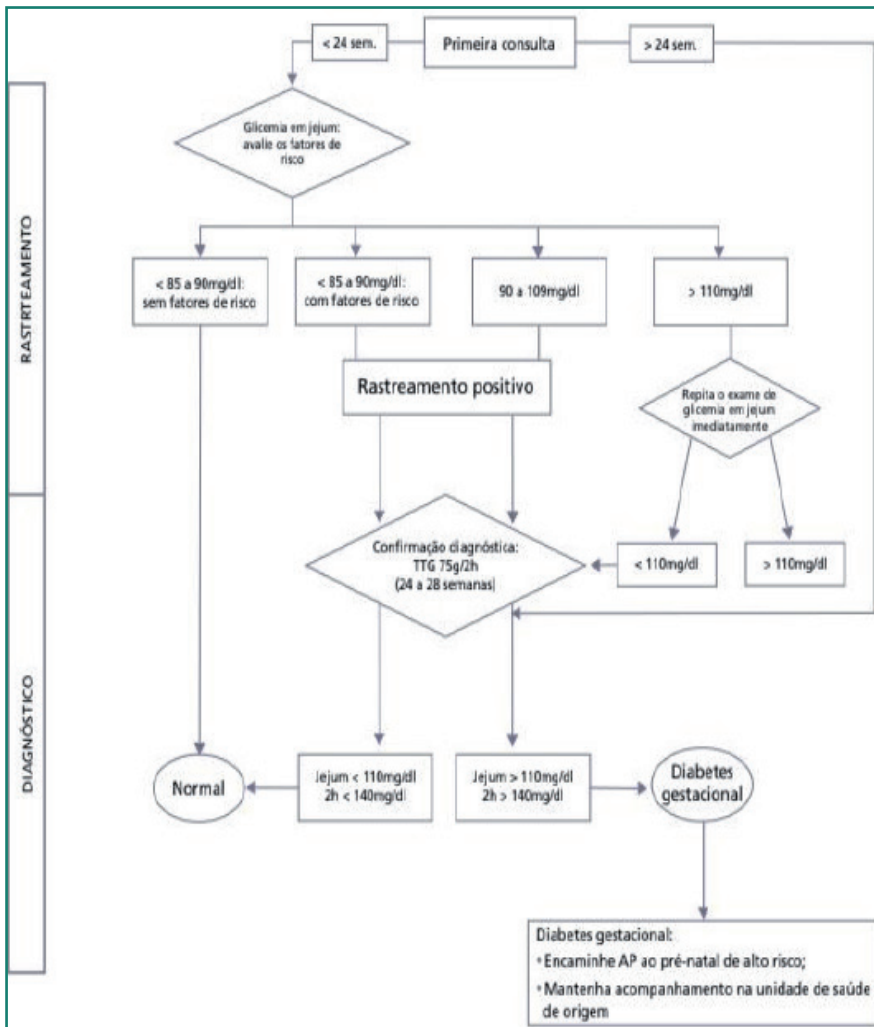
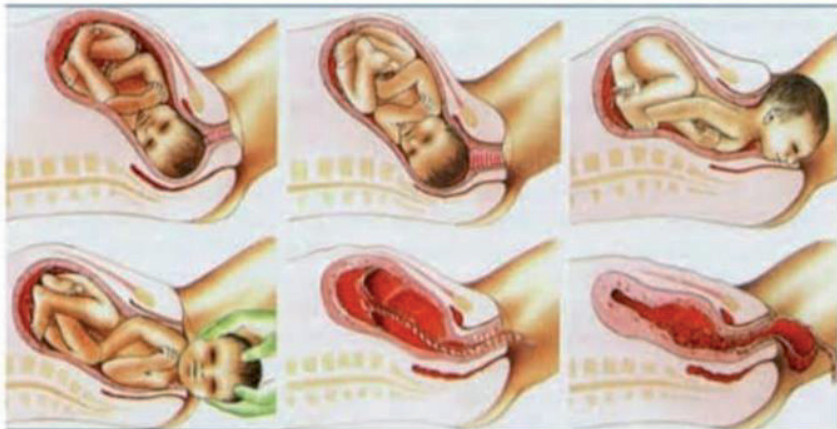


Figura 49 - Diabetes na gestação

FASES CLÍNICAS DO PARTO

«NOCAMINHODAENFERMAGEM



1° PERÍODO (DILATAÇÃO)

2° PERÍODO (EXPULSÃO)

**3° PERÍODO (SECUNDAMENTO OU
DEQUITAÇÃO)**

4° PERÍODO (HEMOSTASIA)

Figura 50 - Fases clínicas do parto

Estágios e Mecanismos do Trabalho de Parto

Mães e Bebês trabalham juntos durante o parto! Algumas fases precisam ocorrer na sequência correta para o sucesso do parto.



São elas

4 Estágios

e estão relacionados à mãe

7 Mecanismos

estão relacionados ao nascimento do feto

Estágios do Trabalho de Parto

Compreende as alterações que o corpo da mulher tem que fazer para que o nascimento do feto ocorra

Relacionados à mãe!

1º

• Contração e Dilatação

2º

• Expulsão

3º

• Dequitação

4º

• Greenberg ou 4º Estágio

Mecanismos do Parto

Adaptações fetais efetuadas pelo feto por meio de mecanismos passivos e ativos para passar pelo canal de parto e desprender na vulva

Relacionados ao Feto

1º

• Insinuação

2º

• Descida

3º

• Flexão

4º

• Rotação interna

5º

• Extensão

6º

• Rotação externa

7º

• Desprendimento Fetal Final

Figura 51 - Estágio e mecanismo do trabalho de parto

9. PROCESSO DO CUIDADO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ENFERMEIRO NO CAMPO DE AÇÃO DA
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Sandra Maria da Penha Conceição

SUORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA

Básico

Protocolo de suporte básico de vida (Protocolos de suporte básico de vida, 2016).

- Verificar cena segura;
- Avaliar a responsividade e padrão respiratório (presente ou não);
- Estabilizar a cervical;
- Checar pulso central (carotídeo) por 10 segundos:
 - Ausente: **Iniciar** RPC -**30/2**- Após o choque reiniciar RPC (2 minutos)→ avisado pelo DEA;
 - Presente: Avaliar estado circulatório (tempo de preenchimento capilar);
- Avaliação Neurológica- Glasgow com AVDI;
 - A- alerta
 - V- resposta a estímulo verbal
 - D- resposta a estímulo doloroso
 - I- inciente aos estímulos
- Exposição;

Avançado

Protocolos de Suporte avançado de vida (Protocolos de suporte avançado de vida, 2016).

SAMPLA (com o paciente, familiares ou terceiros);

S- verificação dos sinais vitais (respiração, pulso, pressão arterial e pele);

A- histórico de alergias;

M- medicamentos em uso e/ou tratamento;

P- passado médico;

L- horário da última ingestão de líquidos ou alimentos;

A- ambiente do evento;

Avaliação complementar (monitorar oximetria de pulso e glicemia capilar);
Exame cefalo podalico.

CARRINHO DE EMERGÊNCIA

Primeira Gaveta

INJETÁVEIS DE PEQUENO VOLUME					
Cód. SIAD	MEDICAMENTOS	APRES.	VOLUME	DOSAGEM	QUANT.
184799	Adenosina	AMP	2 ml	3 mg/ml	05
181064	Água bidestilada	AMP	10 ml		08
190519	Aminofilina	AMP	10 ml	24 mg/ml	02
376957	Amiodarona	AMP	3 ml	50 mg/ml	02
185337	Atropina	AMP	1 ml	0,5 mg/ml	10
181129	Bicarbonato de sódio 8,4%	AMP	10 ml	84 mg/ml	05
184110	Cloreto de potássio 10%	AMP	10 ml	100 mg/ml	03
181293	Cloreto de sódio 0,9%	AMP	10 ml	9 mg/ml	05
182893	Dobutamina	AMP	20 ml	12,5 mg/ml	02
182753	Dinitrato de isossorbida (Isordil®)	Comp. SL	-	5 mg	03
185782	Epinefrina (Adrenalina®)	AMP	1 ml	1 mg - 1.1000	20
182591	Furosemida (Lasix®)	AMP	2 ml	10 mg/ml	05
198919	Glicose 50%	AMP	20 ml	500 mg/ml	05
186210	Gluconato de cálcio 10%	AMP	10 ml	100 mg/ml	02
796115	Metoprolol (Seloken®)	SER	5 ml	1 mg/ml	03
187526	Nitroglicerina (Tridil®)	AMP	5 ml	5 mg/ml	01
187569	Nitroprussiato de sódio (Nipride®)	AMP	-	50 mg	02
186465	Norepinefrina bitartarato (Noradrenalina®)	AMP	4 ml	2 mg/ml	05
182346	Prometazina (Fenergan®)	AMP	2 ml	25 mg/ml	02
185353	Sulfato de magnésio 50%	AMP	10 ml	500 mg/ml	02
187585	Suxametônio (Quelicin®)	FR/AMP	5 ml	20 mg/ml	02

Figura 52 – Injetáveis de pequeno volume

MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL (Portaria 344/98)					
Cód. SIAD	MEDICAMENTOS	APRES.	VOLUME	DOSAGEM	QUANT.
183253	Diazepam	AMP	2 ml	5 mg/ml	02
186104	Etomidato	AMP	10 ml	2 mg/ml	02
191469	Fenitoina	AMP	5 ml	50 mg/ml	03
183318	Fenobarbital	AMP	2 ml	100 mg/ml	02
182818	Fentanila (Fentanil®)	AMP / FR	10 ml	50 mcg/ml	05
186120	Flumazenila (Lanexat®)	AMP	5ml	0,1 mg/ml	02
182516	Haloperidol	AMP	1ml	5mg/ml	02
186384	Midazolam (Dormonid®)	AMP	10 ml	5 mg/ml	05
186384	Midazolam (Dormonid®)	AMP	3 ml	5 mg/ml	03
183601	Morfina	AMP	1 ml	10 mg/ml	02
186457	Naloxona (Narcan®)	AMP	1ml	0,4mg/ml	02

Figura 53 - Controle especial

Segunda Gaveta

Cód. SIAD	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	QUANT.
1233890	Agulha descartável nº 25 x 7	05
1233920	Agulha descartável nº 40 x 12	05
-	Algodão FRACIONADO EM PCT. 50G	01
15377	Cateter venoso central de duplo lúmen 16x18	01
804029	Eletrodos PACOTE FECHADO * A reposição é feita mediante entrega do pacote aberto na farmácia satélite com identificação do paciente que usou.	01
637440	Equipo fotossensível	02
277541	Equipo de bomba	02
1229435	Equipo simples	02
240265	Esparadrapo	01
220450	Fio nylon 3.0 c/ agulha	01
221520	Fio seda 3.0	01
93351	Gazinha pcte	03
935158	Cateter intravenoso nº 14 (Jelco®)	03
935166	Cateter intravenoso nº 16 (Jelco®)	03
935174	Cateter intravenoso nº 18 (Jelco®)	02
935182	Cateter intravenoso nº 20 (Jelco®)	02
935190	Cateter intravenoso nº 22 (Jelco®)	02
457787	Lamina de bisturi nº 15	02
192244	Luva cirúrgica nº 7,0	02
314781	Luva cirúrgica nº 7,5	02
314897	Luva cirúrgica nº 8,0	02
314900	Luva cirúrgica nº 8,5	02
157163	Luva de procedimento - tamanho M caixa	01
583758	Seringa descartável 5 ml	05
274860	Seringa descartável 10 ml	05
274887	Seringa descartável 20 ml	05
231037	Sonda nasogástrica nº 16	01
231070	Sonda nasogástrica nº 18	01
155659	Torneira de três vias com extensor (Three way com extensor)	02
382221	Torneira de três vias sem extensor (Three way sem extensor)	02

Figura 54 – Material

Terceira Gaveta

INJETÁVEIS DE GRANDE VOLUME					
Cód. SIAD	MEDICAMENTOS	APRES.	VOLUME	DOSAGEM	QUANT.
181129	Bicarbonato de sódio 8,4%	FR	250 ml	84 mg/ml	02
198927	Cloreto de sódio 0,9% - Sist. Fechado	FR	250 ml	9 mg/ml	02
198927	Cloreto de sódio 0,9% - Sist. Fechado	FR	500 ml	9 mg/ml	03
199214	Glicose 5% - Sist. Fechado	FR	250 ml	50 mg/ml	02
199214	Glicose 5% - Sist. Fechado	FR	500 ml	50 mg/ml	02
186341	Manitol 20%	FR	250 ml	200 mg/ml	02
181080	Solução de ringer com lactato	FR	500ml	-	02
181064	Água destilada	FR	1000ml	-	01

Figura 55 - Injetáveis de grande volume

Quarta Gaveta

Cód. SIAD	MATERIAIS DO CARRINHO DE EMERGÊNCIA	QUANT.
-	Cânula guedel nº 4,0 (Cod. SIAD 151416) OU 5,0 (Cod. SIAD 151424)	01
-	Cânula de traqueostomia nº 8 (Cod. SIAD 421367) OU 8,5 (Cod. SIAD 151726)	01
234630	Frasco coletor de secreção para aspiração de vias aéreas	01
160881	Mangueira de oxigenioterapia	02
488771	Máscara laríngea tipo nº 4	01
274887	Seringa de 20 ml sem luer lock	01
69086	Sonda de aspiração nº 12	02
69094	Sonda de aspiração nº 14	02
229776	Sonda endotraqueal c/balão nº 6,5	02
229784	Sonda endotraqueal c/balão nº 7,0	02
229830	Sonda endotraqueal c/balão nº 7,5	02
229857	Sonda endotraqueal c/balão nº 8,0	02
229865	Sonda endotraqueal c/balão nº 8,5	02
229873	Sonda endotraqueal c/balão nº 9,0	02
160997	tubo de aspiração com extensor	01

Figura 56 - Materiais

Kit Intubação

Cód. SIAD	DESCRIÇÃO DO MATERIAL Material que deve ser repostado pela enfermagem com solicitação ao Almoarifado ou local específico	QUANT.
779954	Cadarço p/ fixação de tubo	01
491225	Fio guia Adulto	01
390330	Fluxômetro	01
-	Gel para eletrodo Dispensado pelo Setor de Diluição - Farmácia	01
-	Kit laringoscópio com 3 lâminas cada Adulto Material permanente	02
492493	Máscara nº 3 c/ coxim para ressuscitador manual (Ambu®) Material reutilizável	02
-	Máscara descartável FRACIONADO EM PCT. 3UN	01
188867	Óculos	01
-	Papel de ECG - de acordo com marca do desfibrilador do carrinho.	01
-	Pilhas reservas de acordo com o tamanho do cabo do laringoscópio. Troca no Almoarifado da Manutenção.	02
-	Placa de DEA compatível com desfibrilador Philips - modelo Hearstart XL (Cód. SIAD 385751) OU Medtronic - modelo Lifepak 12 (Cód. SIAD 650989) OU Nihon Kohden - modelo Actibasic (Cód. SIAD 1273825)	01
996432	Ressuscitador manual (Ambu®) Tamanho Adulto Material reutilizável	02
-	Touca descartável. FRACIONADO EM PCT. 3UN	01
31909	Umidificador Material reutilizável	01

Figura 57 - Kit intubação

COMPRESSÕES CARDÍACAS DE QUALIDADE NO RCP

Resumo dos principais componentes de SBV para adultos, crianças e bebês*			
Componente	Recomendações		
	Adultos	Crianças	Bebês
Reconhecimento	Não responsivo (para todas as idades)		
	Sem respiração ou com respiração anormal (isto é, apenas com gasping)	Sem respiração ou apenas com gasping	
	Sem pulso palpado em 10 segundos, para todas as idades (apenas para profissionais de saúde)		
Sequência da RCP	C-A-B		
Frequência de compressão	No mínimo, 100/min		
Profundidade da compressão	No mínimo, 2 polegadas (5 cm)	No mínimo $\frac{1}{4}$ do diâmetro AP Cerca de 2 polegadas (5 cm)	No mínimo $\frac{1}{4}$ do diâmetro AP Cerca de 1½ polegada (4 cm)
Retorno da parede torácica	Permitir retorno total entre as compressões Profissionais de saúde, alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos		
Interrupções nas compressões	Minimizar interrupções nas compressões torácicas Tentar limitar as interrupções a menos de 10 segundos		
Vias aéreas	Inclinação da cabeça-elevação do queixo (profissionais de saúde que suspeitarem de trauma: anteriorização da mandíbula)		
Relação compressão-ventilação (até a colocação da via aérea avançada)	30:2 1 ou 2 socorristas	30:2 Um socorrista	15:2 2 socorristas profissionais de saúde
Ventilações: quando socorrista não treinado ou treinado e não proficiente	Apenas compressões		
Ventilações com via aérea avançada (profissionais de saúde)	1 ventilação a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 ventilações/min) Assíncronas com compressões torácicas Cerca de 1 segundo por ventilação Elevação visível do tórax		
Desfibrilação	Colocar e usar o DEA/DAE assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP começando com compressões imediatamente após cada choque.		

Figura 58 - Compressões cardíacas

XABCDE



Figura 59 - XABCDE

X – Hemorragias Sanguinolenta

(Controle de Sangramento Externo)

No X, há a contenção de hemorragia externa grave, a abordagem a esta, deve ser antes mesmo do manejo das vias aéreas uma vez que, epidemiologicamente, apesar da obstrução de vias aéreas ser responsável pelos óbitos em um curto período, o que mais mata no trauma são as hemorragias graves (O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição, 2018).

A – Gerenciamento de Vias Aéreas e Estabilização da Coluna Cervical

No A, deve-se realizar a avaliação das vias aéreas. No atendimento pré-hospitalar, 66-85% das mortes evitáveis ocorrem por obstrução de vias aéreas. Para manutenção das vias aéreas utiliza-se das técnicas: “chin lift”: elevação do queixo, uso de aspirador de ponta rígida, “jaw thrust”: anteriorização da mandíbula, cânula orofaríngea (O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição, 2018).

No A também, realiza-se a proteção da coluna cervical. Em vítimas conscientes, a equipe de socorro deve se aproximar da vítima pela frente, para evitar que mova a cabeça para os lados durante o olhar, podendo causar lesões medulares. A imobilização deve ser de toda a coluna, não se limitando a coluna cervical. Para isso, uma prancha rígida deve ser utilizada. Considere uma lesão da coluna cervical em todo doente com traumatismos multissistêmicos! (O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição, 2018).

B – Respiração

(ventilação e oxigenação)

No B, o socorrista deve analisar se a respiração está adequada. A frequência respiratória, inspeção dos movimentos torácicos, cianose, desvio de traqueia e observação da musculatura acessória são parâmetros analisados nessa fase. Para tal, é necessário expor o tórax do paciente, realizar inspeção, palpação, ausculta e percussão. Vericar se a respiração é ECAZ e se o paciente está bem oxigenado (O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição, 2018).

C – Circulação

(perfusão e outras hemorragias)

No C, a circulação e a pesquisa por hemorragia são os principais parâmetros de análise. A maioria das hemorragias é estancada pela compressão direta do foco. A Hemorragia é a principal causa de morte no trauma (O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição, 2018).

Entenda as Diferenças no X e no C!

A diferença entre o “X” e o “C” é que o X se refere a hemorragias externas, grandes hemorragias. Já o “C” refere-se a hemorragias internas, onde deve-se investigar perdas de volume sanguíneo não visível, analisando os principais

pontos de hemorragia interna no trauma (pele, abdome e membros inferiores), avaliando sinais clínicos de hemorragia como tempo de enchimento capilar lenticado, pele fria e pegajosa e comprometimento do nível e qualidade de consciência (O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição, 2018).

D – Disfunção neurológica

No D, a análise do **nível de consciência**, tamanho e reatividade das pupilas, presença de hérnia cerebral, sinais de lateralização e o nível de lesão medular são medidas realizadas. Nessa fase, o objetivo principal é minimizar as chances de lesão secundária pela manutenção da perfusão adequada do tecido cerebral. Importante aplicar a escala de Coma de Glasgow (O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição, 2018).

E – Expor / ambiente

No E, a análise da extensão das lesões e o controle do ambiente com prevenção da hipotermia são as principais medidas realizadas. O socorrista deve analisar sinais de trauma, sangramento, manchas na pele etc. A parte do corpo que não está exposta pode esconder a lesão mais grave que acomete o paciente (O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição, 2018).

PUPILAS: REATIVIDADE A LUZ, TAMANHO E SIMETRIA

ESCALA DE GLASGOW





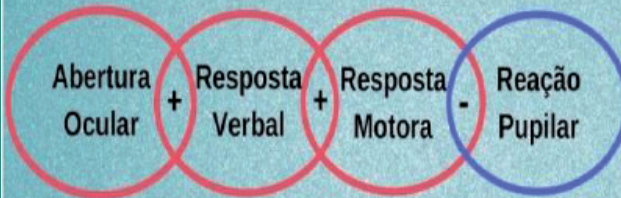
SINAIS A SEREM OBSERVADOS	SITUAÇÃO
	<u>ISOCÓRICAS (NORMAIS):</u> São simétricas e reagem à luz.
	<u>MÍOSE:</u> Ambas estão contraídas, sem reação à luz.
	<u>ANISOCÓRICAS:</u> Uma dilatada e outra contraída. (assimétricas)
	<u>MIDRÍSE:</u> Pupilas dilatadas.

Figura 60 - Avaliação pupilar

ESCALA DE COMA DE GLASGOW + AVALIAÇÃO PUPILAR (ECG-P)

ATUALIZAÇÃO DA ESCALA DE COMA DE GLASGOW 2018



ECG =
1 a 15
PONTOS

- | | | | |
|----------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| 4 - Espontânea | 5 - Orientada | 6 - Ao comando verbal | 0 - Duas pupilas fotorreagentes |
| 3 - À voz | 4 - Confusa | 5 - Localiza a dor | 1 - Uma pupila não fotorreagente |
| 2 - À dor | 3 - Inapropriada | 4 - Retirada à dor | 2 - Duas pupilas não fotorreagentes |
| 1 - Ausente | 2 - Incompreensível | 3 - Decorticação | |
| | 1 - Ausente | 2 - Descerebração | |
| | | 1 - Ausente | |



2018 – atualização com avaliação pupilar - ECG-P varia de 1-15

Interpretação - subtração da pontuação obtida na avaliação pupilar com a ECG.

Figura 61 - ECP-P 2018

ECG: ELETRODOS

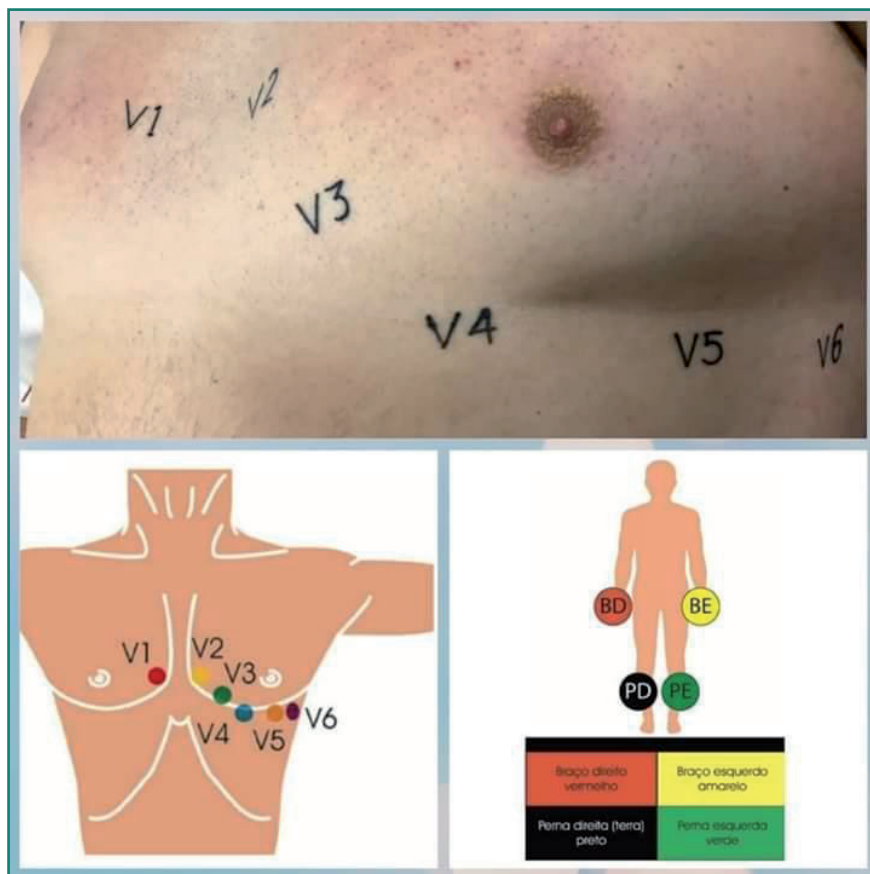


Figura 62 - Eletrodos

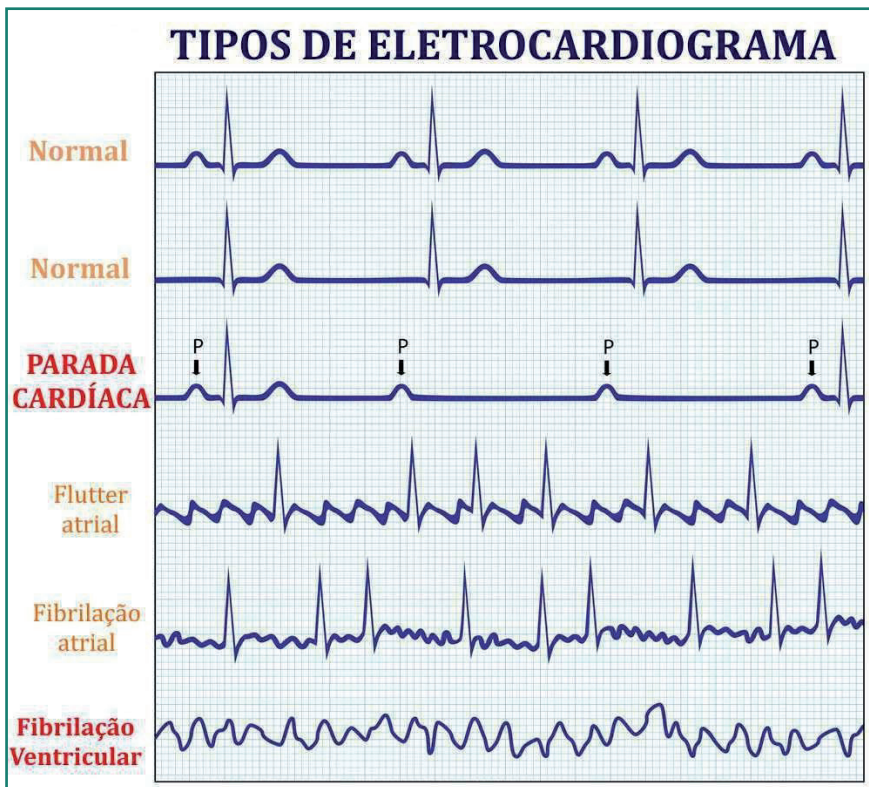


Figura 63 - Tipo de Eletrocardiogramas

10. PROCESSO DO CUIDADO NA UTI

ATENÇÃO NA UNIDADE TERAPIA INTENSIVA

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Tatiana Magnaboschi Villaça

VENTILAÇÃO MECÂNICA

Objetivo: Restabelecer o balanço entre a oferta e a demanda de oxigênio (Manutenção das trocas gasosas, ou seja, correção da hipoxemia e da acidose respiratória associada a hipercapnia), diminuindo a carga do trabalho respiratório em situações agudas de alta demanda metabólica elevada. Além de reduzir o desconforto também reverter ou evitar a fadiga da musculatura respiratória (Parecer técnico COBEN-DF N° 11/2019, 2019).

Classificação:

- Ventilação Invasiva: Tubo, Orotraqueal ou Cânula de Traqueostomia.
- Ventilação não Invasiva: Máscara (aplicação de pressão positiva).

Ventilação Ciliada a Volume e Pressão

- Volume e Pressão se dão quando atinge o valor determinado, sendo no término do período inspiratório.

MODOS DE VENTILAÇÃO

- **CMV** - Ventilação Controlada: Ventilação totalmente controlada pelo aparelho. (Anestesia geral, Problema neuromuscular).
- **A/C** - O ventilador permite um mecanismo misto de disparo, sendo acionado pelo esforço inspiratório do paciente e do próprio ventilador, que cicla quando o ciclo assistido não ocorre garantindo uma frequência aos ciclos A/C (Ele respeita o paciente, porém ainda é controlada).

SIMV - Permite que o paciente desencadeie ciclos ventilatórios espontâneos e sincronizados aos ciclos assistido/controlados.

EX: 8 aparelhos / 12 paciente. (Desmame).

- **CPAP** - É a aplicação de **uma pressão +** única supra atmosférica contínua, durante a espontânea. Administrada através da cânula (ventilação invasiva) ou através de máscara facial (não invasiva).

- **BIPAP** - Duas pressões, Binível. Permitirem a configuração de dois níveis diferentes de pressão, uma sobre a inspiração e outra sobre a expiração. tem como objetivo aumentar o recrutamento alveolar durante a inspiração e prevenir o colapso alveolar durante a expiração.

PARÂMETROS REGULÁVEIS DO VENTILADOR

- **FiO₂** - Fração inspiratória de oxigênio: É a concentração de oxigênio no ar inspirado tem que manter fio₂ suficiente para manter saO₂ > 90%, sem expor o paciente ao risco de toxicidade do oxigênio.
- **FR** - Frequência Respiratória: 12 -20 mrp - pacientes estáveis
- **VC** - Volume corrente: Normal de adulto – 500ml ; Ajuste de acordo com o peso do paciente 8- 10 ml/Kg ; E condições patológicas - SARA - 4 a 6 ml/kg
- **PEEP** - Pressão Expiratória Positiva Final: Manutenção da pressão positiva no final da expiração ; Prevenir o colabamento alveolar; Recrutar alvéolos colapsados; PEEP fisiológico ou PEEP mínimo após intubação é de 5 cmH₂O.

Relação inspiração/expiração (I/E)

- Sensibilidade do aparelho
- Alarmes

COMPLICAÇÕES DA VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Tabela 17 - Ventilação Mecânica: Próprio autor

Pneumonia associada ao ventilador; Colonização de VAS e orofaríngea; Colonização gástrica – risco dos antiácidos; Broncoaspiração;	Traqueomalácia/estenose traqueal; Insuflação inadequada cuff; Distensão gástrica; Cuidado - elevar cabeceira do leito (30-45°);
---	--

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Tabela 18 - Assistência de Enfermagem na Ventilação Mecânica: Próprio autor

<ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma vigilância constante, • Promover sedação e analgesia conforme prescrição médica, • Controlar os sinais vitais e monitorização cardiovascular, • Observar padrão respiratório, ausculta pulmonar e RX; • Checar ventilador, ventilação, com AMBU e oxigênio; • Observar sinais neurológicos; • Agitação ou depressão: sinais de hipoventilação; • Troca de fixação da cânula; • Aspiração secreção pulmonar; • Higiene oral; 	<ul style="list-style-type: none"> • Nível da água no umidificador; • Temperatura da água - 32-34°; • Umidificador seco; • Observar o circuito do respirador; • Manter os alarmes ligados; • Verificar cuffs a cada 12 h; • Comunicação paciente/enfermeiro; • Apoio emocional ao paciente
---	--

EQUILÍBRIO ÁCIDO – BÁSICO

O metabolismo celular produz ácidos que tendem a modificar a concentração dos íons hidrogênio nos líquidos do organismo. A manutenção da concentração ideal de íons hidrogênio depende da ação de ácidos e bases existentes nos líquidos. A eliminação de ácido carbônico pelos pulmões. A eliminação de íons hidrogênio pelos rins.

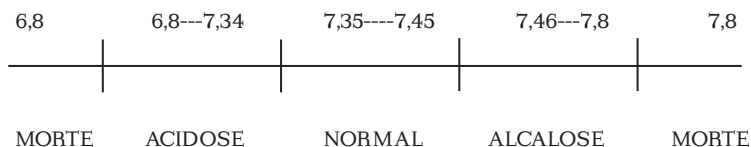
Tabela 19 - Mecanismo de compensação: Próprio autor

ACIDOSE		ALCALOSE	
↙	↘	↙	↘
RESPIRATÓRIA	METABÓLICA	RESPIRATÓRIA	METABÓLICA

Mecanismo de compensação

EQUILÍBRIO ÁCIDO- BÁSICO

É medido pelo pH , **pH normal sangue:** 7,35 -7,45. Oscilações:



Fórmula

$$\text{pH} = \frac{\text{CO}}{\text{BIC}}$$

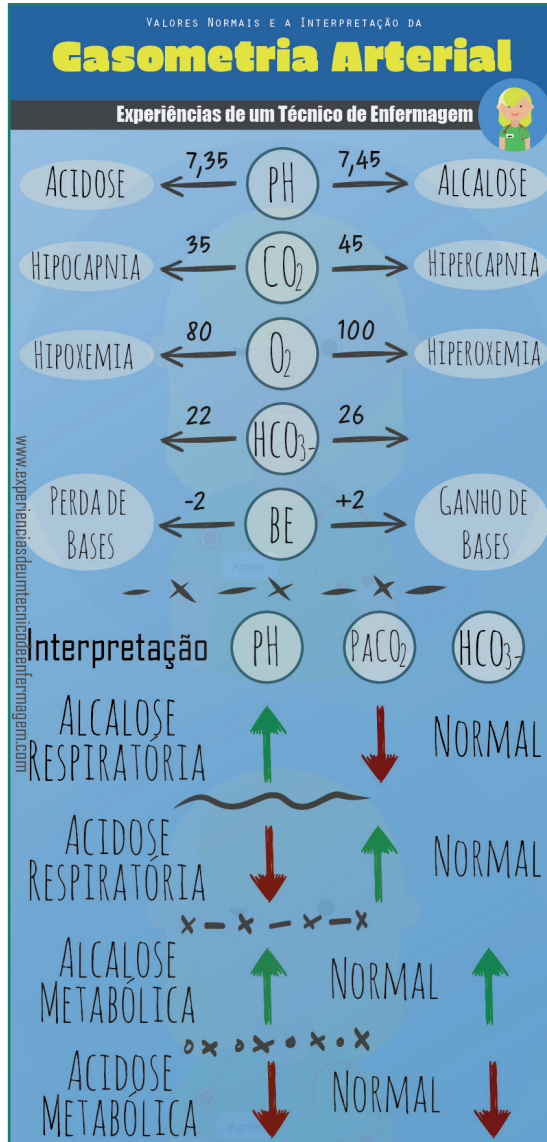


Figura 64 - Gasometria arterial

MEDICAÇÕES NA UTI

Tabela 20 - Resposta a estímulos medicamentosos

Tipos de adrenoceptores	Localização	respostas quando estimulados
α^1	Artérias, arteríolas, veias	Constricção
α^2	Trato gastrointestinal	Diminui motilidade e secreções
β^1	coração	↑ FC e força de contração
β^2	1. Vasos músculo esquelético 2. Artérias coronárias 3. Músculo liso brônquio	1. Dilatação 2. Dilatação 3. Relaxamento
dopaminérgico	Baixa dose(1-2 mcg/Kg/min) →	{ Vasodilatação renal, mesentérica, coração, cérebro

- **Catecolaminas:** (vasoativas), os efeitos dependem da dose utilizada e dos receptores aos quais se ligam: alfa, beta e dopa.
- **Noradrenalina:** é um neurotransmissor do SNC e precursor endógeno da adrenalina (interage com receptor alfa e beta).
– Sua Indicação é aumentar a resistência vascular sistêmica em Choque Séptico e Cardiogênico por IAM.
- **Efeitos Adversos:** vasoconstricção periférica e visceral, oligúria - IRA, necrose tissular, ansiedade, arritmia ventricular ou supraventricular, isquemia de extremidades e cefaleia.
- **Cuidado:** Aquecer as extremidades para não causar uma isquemia, gerando necrose.
- **Dopamina:** é um precursor da noradrenalina endógena. Atua como neurotransmissor no SNC e periférico. Estimula receptores Alfa e Beta.

- Sua Indicação: Choque séptico, cardiogênico com baixo fluxo renal.
 - Contra - Indicação: Durante a PCR
 - Efeitos Adversos: náuseas, vômitos, taquicardias, arritmias, ventriculares, hipertensão, hipoxemia, lesões necróticas.
 - Incompatibilidade medicamentosa: Bicarbonato de Sódio.
- **Dobutamina:** Aumenta a FC e força de contração. sintética, estrutura semelhante à dopamina, ação inotrópica e cronotrópica, ↑ volume sistólico, DC e consumo de O₂ no miocárdio.
 - **Sua Indicação:** Falência Miocárdica, ↑ **DC** (Choque cardiogênico, IAM).
 - Contra - Indicação: Durante a PCR
- **Nitroprussiato de Sódio:** É um vasodilatador venoso, arterial e pulmonar, com queda rápida da pré-carga e pós-carga, com efeito hipotensivo máximo em 2min e efeito desaparece em 3 min após interrupção.
 - Sua Indicação: Emergências hipertensivas e hipertensão pulmonar, aneurisma de aorta; ICC severa; ↓consumo O₂ após IAM.
 - Efeitos Adversos: Hipotensão arterial
 - Intoxicação: Insuficiência renal (tratamento - Hidroxicobalamina IVitamina B12) e Diálise.)
- **Vasodilatadores:** Constituem grupo de drogas que atuam direta ou indiretamente na musculatura lisa de vasos arteriais e/ou venosos, promovendo vasodilatação arteriolar ou venosa respectivamente. Pode atuar sobre setor arterial, setor venoso ou apresentar ação mista.

Tabela 21 - Medicações da UTI

NOME	INDICAÇÃO	AÇÃO	ELEITOS COLATERAIS
PROPOFOL	Indução da anestesia geral, manutenção da anestesia geral.	Anestésico de curta duração, hipnótico.	Pressão baixa. Apneia, acidose respiratória. Aumento de triglicérides no sangue.
MORFINA	Dor intensa, sedação pré-operatória, adjunto da anestesia	Analgésico opioide	Diminuição dos batimentos cardíacos, queda de pressão arterial. Constipação, náusea, vômito. Confusão mental, febre, pesadelos, sensação de queda iminente, sonolência, tontura.
CLOROQUINA	Malária	Antimalárico	Falta de apetite, náuseas e vômito. Problemas nos olhos.
ENALAPRIL	Hipertensão arterial, ICC	Anti-hipertensivo vasodilatador	Tosse seca, persistente e não produtiva e fraqueza.
ISOPROTERENOL	Arritmia cardíaca, ressuscitação cardiopulmonar, choque, bronco espasmo.	Simpatomimético sintético.	Agitação, nervosismo, insônia, ansiedade, tensão, medo, excitação. Ocular- Visão borrada.
MIDAZOLAM	Dor intensa, sedação pré-operatória, adjunto da anestesia.	Analgésico opioide.	Diminuição dos batimentos cardíacos, queda de pressão arterial. Constipação, náusea, vômito. Confusão mental, febre, pesadelos, sensação de queda iminente, sonolência, tontura.
PANCURONIO	Relaxamento muscular durante anestesia.	Relaxante muscular não despolarizante, bloqueador neuromuscular não despolarizante.	Pulso acelerado, pressão elevada, débito cardíaco elevado. Fraqueza muscular, salivação excessiva.

METERAMINOL	Hipotensão arterial.	Vasopressor, adrenérgico, simpaticomimético, estimulante adrenérgico.	Ansiedade, apreensão, arritmia cardíaca, aumento da glicose no sangue, aumento ou diminuição dos batimentos cardíacos, aumento ou queda da pressão arterial, cansaço, convulsão, diminuição da quantidade de urina, dor de cabeça e no peito, febre, fraqueza, inquietação, náusea, palidez, palpitação, problema respiratório, suores, tontura, tremor, vasoconstricção e vômito.
NITROPRUS-SIATO DE SÓDIO	Hipertensão arterial, ICC aguda.	Anti-hipertensivo vasodilatador na ICC.	Dor de cabeça, tontura. Náusea, dor abdominal. Espasmo muscular. Suores.
ATRACÚRIO	Para propiciar relaxamento muscular em cirurgia.	Relaxante muscular (bloqueador neuro muscular não despolarizante).	Vermelhidão na pele.
PROPRANOLOL	Angina do peito, enxaqueca, arritmia cardíaca, hipertensão arterial, cardiomiopatia hipertrofica, infarto do miocárdio, tremor essencial, tremor senil, ansiedade, tremores de ansiedade em situações estressantes.	Anti-hipertensiva, antiangi-nosa, antiarrítmica classe II, profilático na cefaleia vascular, antitremor, antiansioso.	Fadiga, letargia.
FENILEFRINA	Congestão nasal.	Descongestionante nasal, adrenérgico, simpaticomimético, vasoconstritor nasal, vasopressor.	Aumento dos batimentos cardíacos, palpitação.

VECURONIO	Para propiciar relaxamento muscular em procedimentos hospitalares.	Relaxante muscular (bloqueador neuromuscular não despolarizante).	Fraqueza musculoesquelética.
ACETAZOLAMIDA	Edema em ICC, glaucoma de ângulo aberto.	Diurético anti-glaucomatoso.	Sonolência, parestesia, Náusea, vômito, falta de apetite. Erupção na pele. Aumento da glicose no sangue, hipopotassemia.
FENTANILA	Analgésico de curta duração (no período anestésico), analgesia (no pós-operatório).	Analgésico opióide, derivado sintético de ópio.	Diminuição dos batimentos do coração, inchaço. Dor de cabeça, confusão mental, depressão do SNC, euforia, fraqueza, sedação, sentidos confusos, sonolência, tontura, náusea e vômito boca seca, constipação. Dificuldade para respirar, depressão respiratória. Coceira, suores, vermelhidão no local da aplicação. Diminuição da pupila.
ALFENTANILA	Anestesia adjuvante analgesia (em procedimentos de curta duração e cirurgias ambulatoriais).	Analgésico opióide, derivado sintético de ópio, adjuvante de anestesia.	Confusão mental, euforia, sedação, sonolência pós-operatória, tontura. Náuseas, vômitos, cólicas e constipação. Erupção na pele.
ESPIROLONACTONA	Edema em ICC, cirrose hepática, síndrome nefrótica, hipertensão arterial, hirsutismo feminino, ovários policísticos, hipopotassemia.	Diurética, anti-hipertensiva, anti-hipopotasêmico.	Náusea, vômito, cólicas e diarreia. Erupção na pele, coceira. Aumento de potássio no sangue.
FENITOÍNA	Convulsão, epilepsia, estado epiléptico, nevralgia do trigêmeo.	Anticonvulsivante, antiepiléptico, antinevrálgico.	Sonolência, tontura, náusea, vômito, constipação.

BUMETANIDA	Edema em ICC, cirrose do fígado e doença renal, hipertensão arterial.	Anti-hipertensivo diurético.	Fraqueza.
CLORTALIDONA	Edema em ICC, cirrose hepática, disfunção renal, hipertensão arterial.	Diurético anti-hipertensivo.	Aumento de glicose no sangue na urina, aumento de ácido úrico, diminuição de potássio e de sódio.
CLORPROMAZINA	Psicose, esquizofrenia, náusea e vômito.	Antipsicótico.	Fraqueza musculoesquelética. Alteração no (ECG) e ocular, anemia e outras alterações no sangue, arritmia cardíaca aumento da dor anginosa, aumento de apetite e peso, aumento das mamas, aumento ou diminuição dos batimentos cardíacos, boca seca, cansaço, constipação ou diarreia, diminuição do desejo sexual, dor de cabeça, erupção na pele, febre, náuseas, vômitos, tontura, zumbido nos ouvidos.
MANITOL	Edema cerebral, hipertensão intraocular, hipertensão intracraniana, insuficiência renal aguda.	Diurético anti-glaucomatoso.	Diarreia.
CAPTOPRIL	Hipertensão arterial, ICC.	Anti-hipertensivo e vasodilatador.	Tosse seca, persistente e não produtiva. Urticária, erupções na pele.
FUROSÍMIDA	Edema em ICC, cirrose do fígado, doença renal, hipertensão arterial.	Diurético, anti-hipertensivo, diurético de alça, diurético espoliador de potássio.	Barulho no ouvido, descontrole de eletrólitos (sódio, potássio, cloreto), queda de pressão ao se levantar, sensibilidade a luz, tontura.

HIDROCLORO-TIAZIDA	Edema em ICC, cirrose hepática, disfunção renal, hipertensão arterial.	Diurético anti-hipertensivo	Aumento da glicose no sangue ou urina, hipopotassemia, alcalose hipocloremica, aumento de ácido úrico no sangue.
ISRADIPINA	Hipertensão arterial.	Anti-hipertensivo bloqueador do canal de cálcio.	Inchaço periférico, palpitação, aumento dos batimentos cardíacos.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADMINISTRAR DROGAS VASOATIVAS:

1. Controle SSVV, Monitorização cardíaca e balanço hídrico;
2. Administrar em bomba de infusão;
3. Identificar as bombas;
4. Não desligar de forma abrupta;
5. Administrar em cateter central ou PICC;
6. Devem ser infundidas em vias exclusivas para não misturar com outras medicações;
7. Nitroprussiato e Noradrenalina – equipo fotossensível.

11. NECESSIDADE DE SAÚDE E PROCESSO NO PERIOPERATÓRIO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO BLOCO CIRÚRGICO E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Sandra Maria da Penha Conceição

REPROCESSAMENTO DE ARTIGOS HOSPITALARES CME

Histórico:

Ao longo do tempo, foi necessária a **criação do CME**, após a descoberta de microrganismos patogênicos adotamos certas medidas preventivas realizadas por Florence (Evolução das centrais de material e esterilização: História, atualidades e perspectivas para a Enfermagem, 2009), tais como:

1. Assepsia
2. Lavagem de Mãos,
3. Separação dos pacientes feridos e Infectados, além de artigos e objetos pessoais.

CME

Promove todos os serviços assistenciais e de diagnóstico de produtos para a saúde processados, garantindo a quantidade e a qualidade necessárias para uma assistência segura.

Implementação das Boas Práticas no Processamento de Produtos para Saúde:

- Paciente Livre de sinais e sintomas de infecção;
- Risco para Infecção, sendo dentro do domínio de respostas fisiológicas.
- **Finalidade de CME:** É fornecer artigos médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde.
- **Importância do CME:** Oferece o atendimento e a qualidade indireta para o paciente e a instituição, pois oferece o material em condições adequadas.
- **Determina que as atividades desenvolvidas nesta área basicamente são:** Receber, desinfetar e separar os materiais; Lavar os artigos; Receber as roupas vindas da lavanderia; Preparar os materiais e as roupas, Esterilizar os materiais e roupas; Fazer controle microbiológico e de

validade dos produtos esterilizados; Armazenar e distribuir materiais e roupas esterilizados; zelar pela proteção e segurança dos operadores.

- **RDC-15:** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

- Art 5º CME :

§ 1º O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação **não complexa**, passíveis de processamento.

§ 2º O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação **complexa e não complexa** passíveis do processamento.

Tipos de CME

Descentralizada: cada unidade ou conjunto de unidades do hospital é responsável por preparar e esterilizar os materiais que utiliza;

Semi-centralizada: cada unidade prepara os seus materiais, mas encaminha a CME para serem esterilizados;

Centralizada: os materiais de uso em todas as unidades ao totalmente processados na CME.

Sistema de Centralização

Visa padronizar as técnicas de limpeza, preparo e empacotamento, a fim de assegurar economia de pessoal, material e tempo. Manter a reserva de material, a fim de atender prontamente as necessidades das unidades; facilitar o controle do consumo, da qualidade do material e das técnicas de esterilização, aumentando a segurança no uso; desenvolver atividades específicas com o pessoal treinado para tal, permitindo obter maior produtividade; Favorecer o ensino e o desenvolvimento de pesquisas.

Limpeza de Materiais Complexos

Art.67: limpeza deve ser precedida de limpeza, manual complementada por limpeza automatizada em lavadora ultrassônica ou outro equipamento de eficiência comprovada. Para produtos cujo lúmen tenha diâmetro inferior a 5

mm é obrigatório que a fase automatizada da limpeza seja feita em lavadora ultrassônica, com conectores para canulados que utilize tecnologia de fluxo intermitente.

Fluxo:

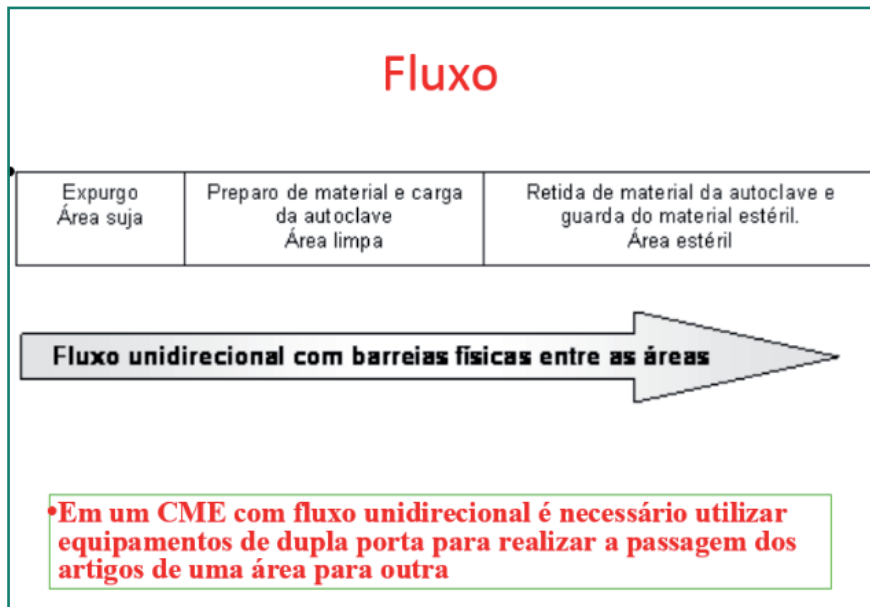


Figura 65 - Próprio Autor

Zoneamento: deve obedecer a um fluxo unidirecional contínuo, de acordo com as atividades realizadas, para evitar o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, evitando também que o funcionário escalado para área contaminada transite pelas áreas limpas e vice versa.

Prática de Enfermagem da Assistência ao Paciente Cirúrgico

Objetivos: Proporcionar ao paciente as melhores condições físicas e emocionais possíveis; diminuir a sua ansiedade, a fim de contribuir para diminuição do risco cirúrgico e prevenção de complicações pós-operatórias; ensinar ao paciente e família medidas de recuperação, para aumentar a sua autoconfiança e facilitar a prática do autocuidado no pós-operatório (Enfermagem em centro cirúrgico, 2019).

Pré-op Mediato:

- Preparo emocional;
- Orientar: Dor, Náusea, deambulação precoce;
- Ensinar movimentos ativos dos MMII
- Mensurar peso e altura, sinais vitais, para posteriores comparações;
- Encaminhar para realizar exames de sangue, Raio-X, ECG, TC e outros;
- Preparo do intestino quando indicado dias antes ou na noite anterior a cirurgia.

Prevenindo Infecções:

Fatores:

Quantidade e Virulência dos micro-organismos.

Capacidade de defesa do cliente.

Cuidados da Equipe

Uniformes limpos e unhas curtas e limpas, lavando as mãos antes e após cada procedimento, respeitando as técnicas assépticas na execução dos cuidados, oferecendo ambiente limpo e observando os sinais iniciais de infecção.

Cuidados com o Paciente:

Banho com antissépticos específicos (clorexidina ou solução de iodo PVPI) na noite anterior e no dia da cirurgia, tricotomia, lavagem intestinal, retirada de objetos pessoais, próteses e outros.

Prevenindo complicações anestésicas:

- Jejum de 6 a 12 horas antes da cirurgia objetiva evitar vômitos e prevenir a aspiração de resíduos alimentares por ocasião da anestesia.
- Prevenção de complicações com relação a infecção:
- Pele:
- Higiene pessoal (banho com germicida clorexidina ou solução de iodo PVPI);
- **Tricotomia** : máximo 2 horas antes ou no próprio centro cirúrgico, em menor área possível e com método o menos agressivo.

- Esvaziamento Intestinal (8 a 12 horas antes do ato cirúrgico)
- **Laxativos** (medicamentos)
- **Lavagem intestinal ou Enteroclisma** – é a introdução de líquido (volume máximo de 2000ml) no intestino, através do ânus ou da boca da colostomia, com o objetivo de promover o esvaziamento intestinal).
- Enema é a aplicação de no máximo 500ml de substância (contraste radiológico, medicamento, etc.) pelo reto.
- **Remoção** de jóias, anéis , próteses dentárias, lente de contato.
- Esvaziamento da bexiga
- **Esvaziamento** espontâneo: antes do pré-anestésico.
- **Sonda vesical de demora:** cirurgias em que a mesma necessite ser mantida vazia, ou naquelas de longa duração , o que é feito, geralmente e realizado no centro cirúrgico.

ENTEROCLISMA OU LAVAGEM INTESTINAL

Indicação: aliviar constipação , evitar distensão e flatulência, preparar o intestino para exames, partos e cirurgia.

Material: frasco com solução própria prescrita aquecida a 36 graus em média (morna), suporte de soro, sonda retal de número indicado (14 a 20 crianças e adolescentes/22 a 24 para as mulheres / 24 a 26 para os homens), gases, lubrificantes, forro impermeável, cuba rim, comadre, biombo, luvas de procedimento.

CLISTER OU ENEMA: Semelhante a lavagem intestinal , diferindo apenas a quantidade de líquido.

Nunca devemos forçar a entrada da sonda, caso encontre resistência, aconselha-se afastar a sonda e com cuidado tentar novamente. Se não conseguir certificar se não há obstáculo, suspender o procedimento, comunicar ao médico. Anotar relatório.

PROTOCOLO DE RISCO CIRÚRGICO

Avaliação Pré Operatória:

Objetivos:

Avaliar:

1. **O estado clínico do paciente**, ou seja, **manuseio e risco de problemas em todo o período pré-operatório** pois, interfere na evolução pós operatória, morbidade e duração e duração da hospitalização.
2. **Os fatores intrínsecos do paciente** que aumentam o risco cirúrgico e o procedimento a ser realizado. Em Idosos importante fazer a indicação cirúrgica.
3. **Stress Perioperatório**: Aparelho cardiovascular deve ter prioridade na avaliação.

Identificação:

1. **Fatores de risco do paciente que interferem no risco cirúrgico.** (anamnese,exame física e exames laboratoriais).
2. **Triagem das Doenças, com o uso de dados coletados, é a base para a mudança nos planos operatórios.**

Escala de Avaliação de Risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO): pode avaliar risco que poderá auxiliar o enfermeiro na identificação de desenvolvimento de lesões e na implementação de medidas preventivas para melhorar a assistência. Sendo que cada posicionamento cirúrgico contém os itens que apresentam maior ou menor risco para desenvolver tais lesões, é um Score de 1 à 5; sendo que varia de 7 a 35 e quanto maior o score, maior o risco de o paciente desenvolver complicações. (9 situação de risco); Ou seja ELPO avalia o risco de UPP, complicações tegumentares e de dor não relacionada à incisão cirúrgica (LOPES, HAAS, et al., 2016).

Itens:

1. Tipo de posição cirúrgica;
2. Tempo de cirurgia;

3. Tipo de anestesia;
4. Superfície de suporte;
5. Posição dos membros;
6. Comorbidades e Idade do paciente.

ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIO

Objetivo: quando aplicados às atividades de Enfermagem, possam ser efetivos ao paciente e que contribuam na assistência.

SAEP: Dá sustentação assistencial às ações de enfermagem no Centro Cirúrgico, na promoção da saúde e prevenção de complicações pós-operatórias. Requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isso seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação de ações sistematizadas.

1. Identificação, Avaliação e Monitorização da assistência de Enfermagem. Sendo que compreende nas seguintes fases:

AVALIAÇÃO PRÉ → IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS → PLANEJAMENTOS
→ AVALIAÇÃO PÓS

Tabela 22 - Etapas SAEP: Próprio autor

1º FASE	Visita Pré - Op
2º FASE	Implementação da assistência de Enf (Trans-op)
3º FASE	Visita Pós-op

- **Visita Pré Op:** Verificar dúvidas e necessidades do paciente e familiares, exame físico, entrevista, dados relevantes sobre o pré e o trans op, DE/ NANDA, Prescrição de Enfermagem para o período transoperatório e SRA.
- **Vista Pós Op:** Verificar as condições clínicas do paciente, avaliação do paciente frente aos cuidados prestados no CC, realizar orientações, saber como foi a experiência, treinamento dos funcionários.

Objetivo:

- Levantar e analisar as necessidades individuais do paciente a ser submetido ao procedimento anestésico cirúrgico.
- **Auxiliar o paciente e sua família a compreender seu problema de saúde**, a preparar-se para o procedimento anestésico - cirúrgico proposto e suas consequências e a utilizar seus mecanismos de defesa, fisiológicos e psicológicos, durante esse período.
- **Diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente do Centro Cirúrgico e da Sala de Recuperação Pós-Anestésica**, bem como colaborar na consecução desses procedimentos, pela previsão, provisão, e controle de recursos humanos, em qualidade e quantidade.
- Implementar a assistência de enfermagem integral, individualizada, documentada, participativa e avaliada, tendo como centro de atenção o paciente cirúrgico.
- Assistência Perioperatório de Enfermagem Cuidados Enfermagem no Pré-Op.
- **Cirurgia Eletiva/ Emergência:** Pessoas com problemas de saúde que necessitem de uma intervenção cirúrgica, geralmente são submetidas a administração de anestesia local, regional ou geral. O desenvolvimento de agentes anestésicos tem recentemente focalizado as **drogas de curta ação e rápida recuperação**.

Termos:

- Período perioperatório:
- **Pré-op:** Inicia-se quando ocorre a decisão pela intervenção cirúrgica e termina com o recebimento do paciente na unidade de centro cirúrgico. E é dividida em:
 - **Mediato:** desde a decisão da cirurgia até 24h antes.
 - **Imediato:** é às 24 até o momento que o paciente é recebido no centro cirúrgico.

- **Transoperatório:** Compreende desde o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico até o momento do seu encaminhamento para sala de recuperação anestésica.
 - **Período Intraoperatório:** Compreende desde o início até o final da anestesia.
 - **Pós-op:**
 - **Imediato:** Da Admissão do paciente na RPA até às 24\48 hora
 - **Tardio:** A partir de 48 horas de pós op e até a alta médica.
 - **Ações de Enfermagem:** Histórico do paciente na clínica ou no domicílio, a realização da entrevista pré op e o preparo do paciente para o ato anestésico - cirúrgico.
- Atividades de Enfermagem: todas as atividades desde:
 1. Puncionamento venoso,
 2. Instalação de infusões
 3. Medicações EV,
 4. Realização de toda a monitorização fisiológica,
 5. Promoção da segurança o paciente,
 6. Apoio ao paciente na indução anestésica,
 7. Atuar no papel de enfermeira instrumentador,
 8. ajudar no posicionamento do paciente na mesa cirúrgica.

Principais diagnósticos de Enfermagem em centro cirúrgico

Tabela 23 - Diagnóstico de Enfermagem no centro cirúrgico

ANSIEDADE	MEDO	RISCO DE INFECÇÃO
RISCO PARA LESÃO	RISCO PARA INJÚRIA	DOR
RISCO DE ASPIRAÇÃO	RISCO PARA INTEGRIDADE DA PELE	RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL ALTERADA

Assistência de Enfermagem ao Paciente no Pré op mediato

- Avaliação clínica, nutricional, laboratorial e preparo físico, emocional:
 - Laboratorial: TC, Tipagem Sanguínea, Dosagens de Creatinina, Sódio, Potássio.
- Ensinar ao paciente as medidas preventivas de complicações pós-operatórias:
 - Exercícios respiratórios,
 - Exercícios de Flexão e Extensão
 - Virar-se do lado e sair do leito,
 - Deambular precocemente,
 - Usar comadres e Papagaios nos leitos.
- Estabelecer uma relação de confiança com o paciente.
- Promover atendimento religioso.
- Esvaziamento intestinal.
- Esvaziamento da Bexiga.
- Assistência de Enfermagem ao Paciente no Pré op Imediato
 - Avaliação ao físico e o Emocional:
 1. Emocional: ↑ ansiedade
 2. Sinais e Sintomas: Taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese e insônia.
- Modificação da Dieta e Jejum antes da Cirurgia:
 - Dieta - leve no jantar e jejum após as 22 ou 24h do mesmo dia. (CC: pela manhã)
 - Estômago vazio na anestesia para evitar vômito e aspiração para as vias respiratórias.
 - Absorção de água ou chá - 2h.
 - Carboidratos - 3h.
 - Proteínas e Lipídios - 4 e 6h.
- Higiene Corporal e Oral

- Importante para ↓ os microrganismos da superfície da pele, evitando o risco de contaminação.

- Remoção de Próteses dentárias e outras, joias e adornos, esmaltes e maquiagem:

É importante que a enfermagem faça as devidas orientações sobre a necessidade desses procedimentos, guardando-os em local seguro ou entregá-los aos familiares e registrar no prontuário do paciente.

1. **Próteses dentárias:** Interferem na indução anestésica, podendo deslizar para as vias aéreas inferiores, machucar a cavidade oral na intubação.
2. **Outras próteses:** Ex: lentes de contato, risco de perda e lesão à córnea no período de inconsciência.
3. **Joias, adornos, grampos, prendedores de cabelo:** Evitar perdas e queimaduras relacionada ao uso do bisturi elétrico.
4. **Esmalte e Maquiagem:** Devem ser removidos, porque impedem a observação dos sinais de distúrbios na perfusão tissular.

MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

Drogas Usadas:

- Reduzir a ansiedade do paciente;
- Facilitar a indução anestésica;
- Diminuir as secreções traqueobrônquicas. Geralmente são administradas 45 a 60 minutos antes da cirurgia.
- É de responsabilidade da enfermagem fazê-la no horário prescrito para ter o efeito desejado;
- Supervisionar a permanência do paciente no leito, pelos efeitos como: sonolência, tonturas, secura na boca, para garantir a sua segurança.

Camisolas e Gorros: Vem juntamente com a maca do centro cirúrgico, transferi-lo juntamente com o seu prontuário completo.

CLASSIFICAÇÃO DA ASA

Tabela 24 - Classificação da ASA: Próprio autor

CLASSIFICAÇÃO	NOMENCLATURA	CARACTERÍSTICA
Asa 1	Saudável	Sem perturbação, fisiológica ou psiquiátricas
Asa 2	Doença sistêmica discreta	Sem limitação funcional DM/HAS/Neonatos/Idosos
Asa 3	Doença grave sistêmica	Limitações funcionais, sem ameaça constante da vida. ICC/IM cicatrizado/HAS grave/ complicações pulmonares
Asa 4	Doença sistêmica impactante	Ameaça para vida (Angina/ AVC)
Asa 5	Moribundo	Pouca sobrevida 24h com ou sem intervenção
Asa 6	Morte Cerebral	Morte cerebral declarada. Doador
Classe E	Cirurgia de Emergência	Agrega-se a letra E as anteriores

CC - PORTE E TEMPO DE DURAÇÃO

Tabela 25 - Porte e tempo de duração: Próprio autor

PORTE	TEMPO DE DURAÇÃO	GRAU DE CONTAMINAÇÃO
Pequeno porte: Perda improvável sanguínea e de fluídos. Ex: Rinoplastia, timpanoplastia, mastoplastia.	Cirurgia de porte I: Duração até 2 horas. Ex: blefaroplastia.	Cirurgia limpa: estéril ou passível de descontaminação. Ausência: infecção ou inflamação local. Sem penetração nos tratos digestivos, respiratórios ou urinários. Ex: Cirurgias Cardíacas, artroplastia de quadril, neurocirurgia.
Médio Porte: Cirurgia com média probabilidade de sangue e fluídos. Ex: Colectomia, gastrectomia.	Cirurgia de porte II: Duração de 2-4h. Ex: colecistectomia.	Cirurgia potencialmente contaminada: Ausências: Infecção ou inflamação local; Cirurgia com drenagem aberta; Penetração nos tratos digestivos, respiratórios ou urinários. Ex: Histerectomia, cirurgia do aparelho digestivo (eletiva), drenagem de ferida limpa.

<p>Grande Porte: Grande probabilidade de perda de sangue e fluídos. Ex: Craniotomia e pneumectomia.</p>	<p>Cirurgia de porte III: Duração de 4- 6h. Ex: pneumectomia.</p>	<p>Cirurgia contaminada: Feridas traumáticas; Ausência de supuração local; Obstrução de vias biliares e urinárias; Ex: Cirurgias de cólon, drenagem de feridas contaminadas, fraturas expostas após 10h.</p>
	<p>Cirurgia porte IV: Duração acima de 6 horas. Ex: transplante de fígado.</p>	<p>Cirurgia infectada: Qualquer estrutura, Tecido necrótico, Processo infeccioso. Ex: Amputação de membro com infecção, cirurgias abdominais com supuração.</p>

12. NECESSIDADE DO CUIDADO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

PRINCIPAL ASSISTÊNCIA AO PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Tatiana Magnaboschi Villaça

CONTENÇÃO

Contenção Mecânica (faixas) (Aula de Contenção, 2019).

Restringir os movimentos do paciente agressivo/ agitado, limitando sua habilidade de movimento quando esse oferece perigo para si e para terceiros, através de dispositivos mecânicos possibilitando, pelo uso das faixas, um relaxamento progressivo, uma diminuição da agressividade / agitação e uma percepção dos limites corporais.

“Deve ser utilizada somente após serem esgotadas todas as alternativas como abordagem verbal, mudanças no ambiente, eliminação de fatores externos que podem influenciar negativamente o comportamento do paciente, entre outros.” (PEAES, 2009).

- Escuta e acolhimento do paciente.
- Tentativa de continência pela palavra e por outros recursos como mudança de ambiente, privacidade, retirado do ambiente de agentes estressores.
- Avaliar se o paciente está em risco de passagem ao ato, agitação intensa e agressividade.
- Explicar para o paciente sobre o que está sendo feito, bem como os motivos, tentando explicar o caráter não-punitivo do mesmo.

Preparo:

- Inicialmente, a atenção é voltada ao profissional que deve estar acompanhado de, no mínimo, outro profissional e não estar portando óculos, relógio, correntes, pulseiras e anéis;
- Quanto ao paciente, deve-se retirar o crachá, relógio, óculos, prótese dentária, cinto, casacos e travesseiros. Abrir botões, zíperes e cordões; retirar sapato;
- Não oferecer água, medicação via oral ou alimentos (no caso do paciente referir sede, a enfermagem deve oferecer ao paciente uma espátula envolvida em gaze embebida em água, para molhar seus lábios;
- Manter o paciente contido no tempo que foi definido pelo profissional médico (não ultrapassando 2 horas).

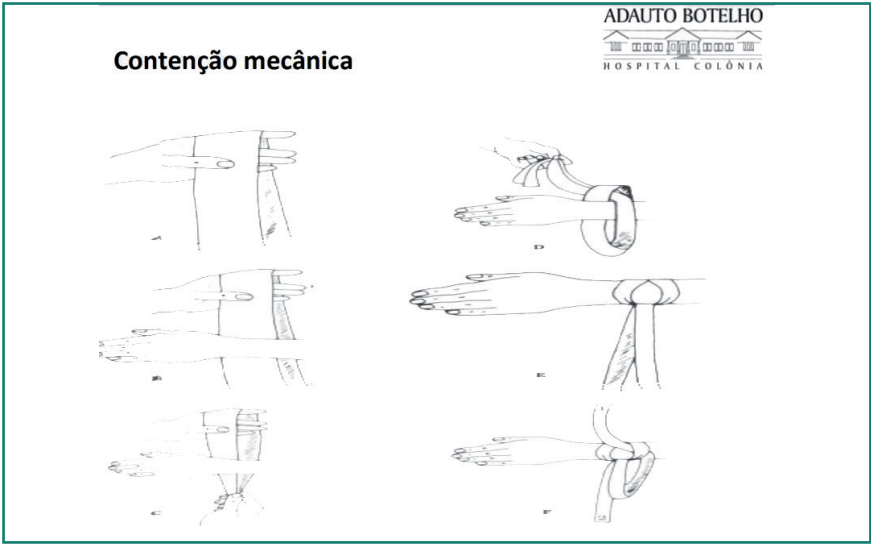


Figura 66- Contenção mecânica

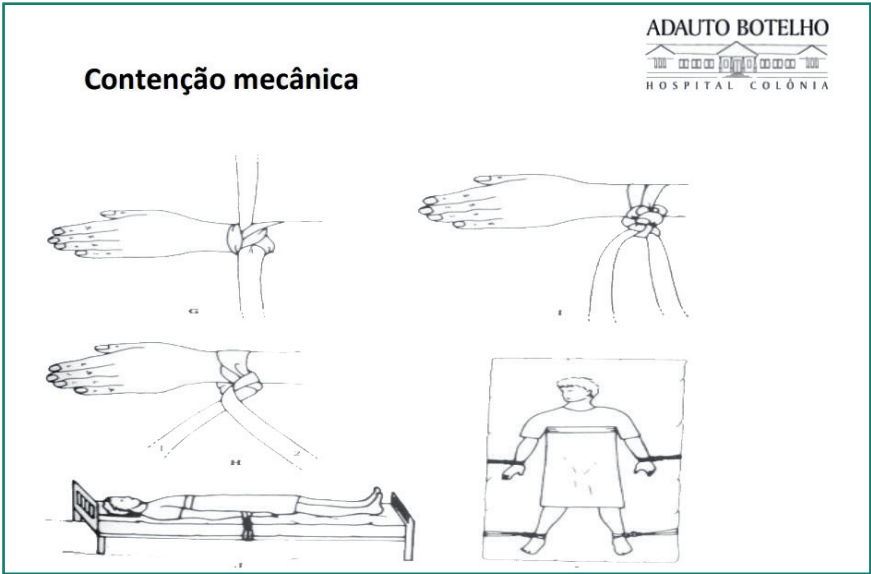


Figura 67 - Contenção mecânica 2

Existem situações em que a contenção necessita de cuidados especiais, como por exemplo pacientes epiléticos, grávidas, problemas respiratórios e obesos.

- **Gestantes:** Abdômen frouxo, cabeça elevada;
- **Problemas respiratórios:** cabeça elevada, tórax frouxo;
- **Membros inferiores (MMII) edemaciados e/ou com varizes:** deverão ser elevados e as faixas afrouxadas;
- **Epiléticos:** serão submetidos somente à faixa de proteção e a distribuição das faixas X somente nos ombros, se necessário;
- **Curativos oclusivos:** não deverão permanecer fechados pelas faixas;
- **Problemas cardíacos:** faixas de proteção e X se necessário nos ombros;
- **Obesos:** cabeça elevada e faixa de proteção.

Material:

Faixas de tecido (algodão cru), com 12 m de comprimento por 40 cm de largura. As faixas têm, em uma das extremidades, tiras finas que servirão para dar o laço após a contenção. A parte onde a tira é fixada é reforçada dobrando-se, como envelope, a ponta da faixa.

13. ÓBITO

CUIDADOS COM O CORPO APÓS A DECLARAÇÃO DE MORTE

Beatriz Rodrigues Saraiva
Desirée Alves Sange
Sandra Maria da Penha Conceição

PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

Cuidados do corpo após o óbito, mantê-lo limpo e íntegro, livre de corpos estranhos, higienizando e identificando. Seu Objetivos são: Limpar o corpo e deixá-lo em condições de ser encaminhado ao seu destino; preservar a aparência natural do corpo; prevenir vazamento de secreção e gases (BARROS, 2018).

Material Bandeja

1. Luvas de procedimentos;
2. Gaze não estéril;
3. Etiqueta de identificação do corpo;
4. Fita adesiva;
5. Lâmina cortante;
6. Algodão em grande quantidade;
7. Pinça cheron;
8. Biombo;
9. Lençol para revestir o corpo;
10. Material para trocar curativo e higiene;
11. Tesoura;
12. Ataduras;
13. Saco plástico para desprezar o lixo;
14. Kit de tricotomia , se necessário
15. Banho no leito , se necessário;
16. Avental de manga longa;
17. 3 vias de aviso de óbito.

TAMPONAMENTO

Procedimento de tamponamento:

- Certificar-se da constatação e registro do óbito em prontuário;
- Reunir material necessário;

- Cercar a cama com biombo;
- Lavar as mãos, calçar as luvas de procedimentos e colocar o avental;
- Cobrir os olhos do corpo com algodão embebido em soro fisiológico 0,9% ou água;
- Retirar travesseiros e roupas e cobrir com lençol;
- Retirar cânulas, cateteres, drenos e sondas;
- Realizar aspiração de VAS (vias aéreas superiores), se necessário;
- Realizar higienização e tricotomia facial, se necessário;
- Tamponar as cavidades naturais do corpo: boca, nariz, ouvido, ânus, vagina, utilizando a pinça cheron ou anatômica de modo que o algodão não apareça. Em caso de homem, garrotear o pênis com gaze ou atadura;
- Retirar resíduos adesivos com gaze embebida em soro fisiológico 0,9%;
- Recolocar a prótese dentária se houver;
- Passar uma atadura pela mandíbula, amarrando na cabeça para manter a boca fechada;
- Dobrar os braços do corpo sobre o tórax, unir as mãos e os pés com atadura e fixar a etiqueta de identificação sobre o tórax;
- Vestir o corpo ou envolvê-lo com lençol;
- Colocar um lençol por cima do corpo, amarrando-o na extremidade;
- Colocar o corpo dentro da mortalha e fechar com zíper;
- Colocar a ficha de identificação do corpo na mortalha;
- Transportar o corpo ao necrotério conforme rotina da instituição;
- Arrole os pertences do paciente e entregue aos familiares ou acione o serviço de guarda de pertences da instituição, com presença de testemunha;
- Desmonte todo material e equipamento da cama e acione o serviço de higienização, para proceder à limpeza terminal;
- Após o término do procedimento, a Enfermagem deve anotar na folha de anotação de Enfermagem e checar na prescrição (SAE), hora do óbito, procedimento realizado, horário e encaminhamento.

Observação sobre o tamponamento:

1. Estar atento em realizar o tamponamento somente após a constatação do óbito pelo médico e atestado preenchido;
2. Este procedimento é realizado geralmente por dois membros da equipe de enfermagem;
3. Não realizar o tamponamento se houver indicação do corpo para o IML (Instituto Médico Legal), ou para SVO (Serviço de Verificação de Óbito);
4. A etiqueta com identificação deverá constar no aviso de óbito: Nome, leito, clínica, data e horário do falecimento e assinatura do funcionário responsável pelo preparo do corpo.

MORTE ENCEFÁLICA

ME é definida como situação irreversível das funções respiratória e circulatória ou cessação irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral (ROZA, ODIEMA, et al., 2006).

Exame clínico para diagnóstico de ME

- Pupilas: igual ou maior que 4 mm, não foto reagentes;
- Reflexo córneoalpebral ausente;
- Reflexo óculo-cefálico (olhos de boneca) ausente;
- Reflexo óculo vestibular (prova calórica) ausente;
- Reflexo de tosse ausente;
- Sem resposta motora a estímulos dolorosos em todas as extremidades;
- Teste de apneia.

Para confirmar:

Duas avaliações clínicas por dois médicos diferentes (neurocirurgião) no intervalo de 6 horas entre as avaliações. EEG (Eletroencefalograma) isométrico – p/ de 7 dias a 2 anos realizar duas vezes o exame. Exames: angiografia cerebral e ECO doppler transcraniano.

Cuidados gerais em ME:

1. Manter Acesso Venoso Central - infusão de drogas e líquidos, mensuração de PVC;
2. Monitorização contínua: PA, FC, oximetria de pulso;
3. Sondagem vesical de demora – controle da diurese e BH;
4. Sondagem gástrica ou enteral;
5. Controle da temperatura – manter acima 35°C;
6. Higiene corporal, oral, manter oclusão ocular;
7. Aspiração endotraqueal;
8. Coletar e acompanhar exames laboratoriais: função renal;
9. pulmonar, hepática, tipagem sanguínea: Grupo ABO e sorologias.

Quando existe a identificação de um potencial doador na UTI ou PS → obrigatoriedade de notificação – compulsória à Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e tecidos (CNCDO), descentralizadas em OPOs (Organização de Procura de Órgãos).

Assim, o médico ou enfermeiro tem o compromisso ético de notificar um potencial doador a CNCDO de seu estado.

COFEN N° 292/2004

1. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos.
2. Artigo 1, capítulo 1 - quando do doador cadáver, cabe a esse profissional planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador.

14. GLOSSÁRIO

Tabela 26- Glossário: Próprio autor

DC- Débito Cardíaco	DD- Decúbito dorsal	DLD- Decúbito lateral direito
DLE- Decúbito lateral esquerdo	DM- Diabetes Melítus	Dopa- Dopamina
DP- Diálise peritoneal	DPI- Diálise peritoneal intermitente	DV- Decúbito ventral
DVA- Derivação ventrículo atrial	DVE- Derivação ventrículo externa	DVP- Derivação ventrículo peritoneal
EPA- Edema agudo de pulmão	EEG- Eletroencefalograma	Evac- Evacuação
FO- Ferida operatória	HDA- Hemorragia digestiva alta	HDB- Hemorragia digestiva baixa
HO- Higiene oral	HIC- Hipertensão intracraniana	ICO- Insuficiência coronariana
EVAC- Evacuação	INT- Intubação nasotraqueal	IU- Incontinência urinária
JTM- Jejunostomia	LCR- Líquido cefalorraquidiano	LES- Lúpus eritematoso sistêmico
RNM- Ressonância nuclear magnética	TEP- Tromboembolismo pulmonar	TB- Tuberculose

15. REFERÊNCIAS

ABIH. O que é CCIH? **Associação Brasileira dos Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia Hospitalar**, 2018. Disponível em: <<https://www.abih.net.br/news-abih-detalle.php?blog=1154>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

ACOLHIMENTO e classificação de risco em emergência obstétrica.

Maternidade de escola de universidade de federal do Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://ptdocz.com/doc/229332/acolhimento-e-classifica%C3%A7%C3%A3o-de-risco-em-emerg%C3%Aancia-obst%C3%A9t>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

ADMINISTRAÇÃO de medicamentos. **COREN - SC**. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/53122886/administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

AIDS / HIV: o que é, causas, sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção.

Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/aids-hiv>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

ANAMNESE e exame ginecológico. **UFPR**, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/labsim/wp-content/uploads/sites/23/2016/07/Exame-Pelvico-e-Mamas.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

ANVISA. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Limpeza e Desinfecção de Superfícies. **Portal Anvisa**, 2010. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271892/Manual+de+Limpeza+e+Desinfec%C3%A7%C3%A3o+de+Superf%C3%ADcies/1c9cdate-da04-4221-9bdi-99def896b2b5>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

ASSISTÊNCIA pré-natal. **Ministério da Saúde**, 2000. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

ATENÇÃO à Saúde do Recém-Nascido. **Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

ATENDIMENTO ao Cliente grave. **UFTM**, 2012. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/PIE_Atendimento_ao_cliente_grave.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

AULA de Contenção. **Estácio**, 2019. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/67036419/aula-de-contencao-pdf-2019>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

- BARROS, A. L. B. L. D. Enfermagem em Foco - Revista Cofen. **COFEN**, 2010. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/17/18>>. Acesso em: 16 fev. 2020.
- BARROS, A. L. B. L. D. **Anamnese e Exame físico**. 3. ed. IS.LI: Artmed, 2015.
- BARROS, F. D. S. **Apostila de Técnicas Básicas**. São Paulo: Colegio técnico Santa Maria Goretti, 2018.
- CADERNOS de Atenção Básica - Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernosatencao_basica32_prenatal.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.
- CARDIOTOCOGRAFIA. **EBSERH**, 2010. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/Cap%C3%ADtulo-5-Cardiotocografia.pdf/d9e27f54-06b1-424e-993b-10e649bc9989>>. Acesso em: 07 mar. 2020.
- COFEN. RESOLUÇÃO COFEN-272/2002 – Revogada pela Resolução cofen nº 358/2009. **Conselho Federal de Enfermagem**, 2002. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-35820094309.html>>. Acesso em: 15 fev. 2020.
- COSTA, D. G. Cuidados de Enfermagem ao Cliente Grave. **EBSERH**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/393018/CuidadosdeenfermagemaoclienteGraveSEE2013.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2020.
- COSTA, H. D. P. F. Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B. **SBP**, 2011. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/SBPEGBCDC2011-2.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.
- DOENÇAS de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Ministério da Saúde**, 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/testagem>>. Acesso em: 07 mar. 2020.
- ENFERMAGEM em centro cirurgico. **Passei direto**, 2019. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/65177376/30452551-resumo-para-prova-de-enfermagem-em-centro-cirurgico>>. Acesso em: 07 mar. 2020.
- ESCOLA DE ENFERMAGEM DA PAZ. Aprenda agora mesmo a elaborar uma boa anotação de enfermagem! **Escola de Enfermagem da Paz**, 2019. Disponível em: <<https://www.escoladapaz.com.br/blog/aprenda-agora-mesmo-elaborar-uma-bo-anotacao-de-enfermagem>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

EVOLUÇÃO das centrais de material e esterilização: História, atualidades e perspectivas para a Enfermagem. **SciELO**, 2009. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/ptreflexion2.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

FARIAS, G. M.; FREIRE, I. L. S.; RAMOS, C. S. Aspiração endotraqueal: estudo em pacientes de uma unidade de urgência e terapia intensiva de um hospital da região metropolitana de Natal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 1, 2006.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER, . . Boletim de Serviço - Numero 72, 18 de abril de 2016. **EBSERH**, 2016. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/17018/851526/Boletim+de+Servi%C3%A7o+n%C2%BA+72%2C+de+15-04-2016.pdf/1208290e-3353-4c33-9002-0f28c5a8c15e>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

LOPES, C. M. D. M. et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento. **Revista latino-americana de enfermagem**, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt0104-1169-rlae-24-02704.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

LUZ, S. Protocolos. **Portal da Enfermagem**, 2010. Disponível em: <<https://www.portaldafenfermagem.com.br/protocolos-leitura.asp?id=259>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

MANUAL de Orientação Climatério. **Febrasgo**, 2010. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/ManuaisNovos/ManualClimaterio.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

O XABCDE do trauma: A Atualização no PHTLS 9 edição. **Enfermagem Ilustrada**, 2018. Disponível em: <<https://enfermagemilustrada.com/o-xabcde-do-trauma/>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

OXIMETRIA de pulso. **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**. Disponível em: <<https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/oximetria-de-pulso/>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

PARECER técnico COREN-DF N° 11/2019. **COREN-DF**, 2019. Disponível em: <<https://coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/08/parecer-11.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PARESIA - Definição. **CCM - Saúde**, 2017. Disponível em: <<https://saude.ccm.net/faq/1573-paresia-definicao>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PARTO, aborto e puerpério. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PEAES, M. R. B. **Contenção física em hospital psiquiátrico e a prática da enfermagem**. Rio de Janeiro: Outdez, 2009.

PIANUCCI, A. Saber cuidar - Procedimentos básicos em Enfermagem. **Senac**, 2019. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=jb-9DwAAQBAJ&pg=PT294&lpg=PT294&dq=A+equipe+de+Enfermagem+atua+no+processo+de+coleta+de+material+biol%C3%B3gico,+e,+conforme+a+qualidade+de+amostra,+os+erros+pr%C3%A9-anal%C3%ADticos+s%C3%A3o+minimizados+e+os+resultados>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PORTARIA N° 272, DE 8 DE ABRIL DE 1998. **Ministério da Saúde**, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svsl/1998/prt02720804_1998.html>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PORTARIA N° 822, DE 06 DE JUNHO DE 2001. **Ministério da Saúde**, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt082206062001.html>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

POTTER, P. **Fundamentos de Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PRÉ-NATAL e Puerpério. **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperioatencaohumanizada.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PREVENÇÃO da infecção neonatal pelo streptococcus agalactiae. **Prefeitura do Município de São Paulo**, 2008. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/ProtestreptococoB.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PROCEDIMENTO operacional padrão subunidade patologia clínica. **EBSERH**, 2018. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Coleta+de+materiais+biologicos+12.pdf/6b8aafcb-9808-47dc-be0a-20370664a70c>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PROTOCOLOS de suporte avançado de vida. **Portal arquivos da Saúde**, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PROTÓCOLOS de suporte básico de vida. **Biblioteca Virtual em Saúde**, 2016. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_supor-tebasicovida.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

ROZA, B. D. A. et al. Condutas no paciente grave. **Associação brasileira de transplante de órgãos**, 2006. Disponível em: <http://www.abto.org.br/ab-tov03/Upload/file/Biblioteca_Teses/Textos/CaptacaodeOrgaosLivroEliasKnobell-Bartira.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

SAITO, E. Fatores do Parto. **Escola de Enfermagem - USP**, 2018. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4431271/mod_resource/content/1/Fatores%20parto%20%2B%20Nomenclatura%20obst%C3%A9trica%2011%20set%202018.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

SAÚDE da Criança: Nutrição Infantil. **Ministério da Saúde**, 2009. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saudecrianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

SAÚDE da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento. **Ministério da Saúde**, 2011. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

SILVA, R. S. D. Cuidados intensivos em situações de Emergências Obstétrica. **Doity**, 2019. Disponível em: <<https://doity.com.br/anais/coneci2019/trabalho/96411>>. Acesso em: 07 mar. 2020.

SP, C. -. Boas práticas: Cálculo seguro. **Passei Direto**, 2011. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/50918341/calculo-cofen>>. Acesso em: 22 fev. 2020.

SPILLER, R. C.; THOMPSON, G. Transtornos intestinais. **SciELO**, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032012000500008>. Acesso em: 07 mar. 2020.

TEIXEIRA, C. C. et al. Aferição de sinais vitais: Um indicador do cuidado seguro em idosos. **SciELO**, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000401071&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 fev. 2020.

FIGURAS E TABELAS

Figura 1 – PRAZERES, L. Arrumação do leito hospitalar e tipos de leitos. Enfermagem com amor, 25 maio 2018. Disponível em: <<https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/05/25/arrumacao-do-leito-hospitalar-e-tipos-de-leitos/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 2 – PRAZERES, L. Arrumação do leito hospitalar e tipos de leitos. Enfermagem com amor, 25 maio 2018. Disponível em: <<https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/05/25/arrumacao-do-leito-hospitalar-e-tipos-de-leitos/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 3 – PRAZERES, L. Arrumação do leito hospitalar e tipos de leitos. Enfermagem com amor, 25 maio 2018. Disponível em: <<https://enfermagemcomamor.com.br/index.php/2018/05/25/arrumacao-do-leito-hospitalar-e-tipos-de-leitos/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 4 – CÓMO hacer una cama hospitalaria ocupada. Ilerna, 2018. Disponível em: <<https://www.ilerna.es/blog/fp-online/una-cama-hospitalaria-ocupada>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 5 – ANVISA. Precauções. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/precaucoesa3.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 6 – Precaução de Contato: ANVISA. Precauções. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/precaucoesa3.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 7 – Máscara N95: SALAME, F. Máscara PFF2 ou N95- Como usar? Dra Flávia Salame. Disponível em: <<https://draflaviasalame.com/espaco-do-aluno/aulas-praticas/mascara-pff2-ou-n95-como-usar/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 8 – FERIDAS e Escoriações Princípios de Actuação. SlidePlayer, 2016. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/3407051/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 9 – Fases da SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem *SAE*. SlidePlayer, 2016. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/8906468/>>. Acesso em: 08 mar. 2020

Figura 10 – SEMIOLOGIA - Focos para ausculta cardíaca. No Caminho da Enfermagem, 2015. Disponível em: <<http://nocaminhodaenfermagem.blogspot>>.

com/2015/11/semiologia-focos-para-ausculta-cardiaca.html>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 11 – Ausculta Pulmonar. Enfermagem BIO, 2015. Disponível em: <<http://enfermagembio.blogspot.com/2015/03/ausculta-pulmonar.html>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 12 – Regiões e Quadrantes abdominais. Experiência de um técnico de enfermagem, 2015. Disponível em: <<https://enfermagemilustrada.com/regioes-e-quadrantes-abdominais-2/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 13 – Quantificação da dor. Hospital Moinhos de Vento. Disponível em: <<http://www.iepmoinhos.com.br/iprotocolos/publico/protocolos/informacoes-Quadrinho/17019>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 14 - Locais de aferição do pulso arterial. UMA-SUS, 2019. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13839>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 15 – Veias e artérias. Pinterest. Disponível em: < <https://br.pinterest.com/pin/783485666401875358/?lp=true>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 16 – 9 certos da administração de medicamentos. Passei Direto, 2019. Disponível em: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/56769423/os-9-certos-da-administracao-de-medicamentos>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 17 – Tipos de Insulina. Pinterest. Disponível em: < <https://br.pinterest.com/pin/359795457731051431/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 18 – Agulhas: Tipos de medidas. Experiência de um técnico de enfermagem, 2019. Disponível em: <<https://enfermagemilustrada.com/agulhas-tipos-e-indicacoes-2/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 19 – Nunca mistura esses medicamentos. So Enfermagem, 2018. Disponível em: <<https://br.pinterest.com/pin/791366965760647794/?lp=true>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 20 – Vias de administração. COREN, 2016. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/Administra%C3%A7%C3%A3o-de-medicamentos.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 21 – Posições para exames. Experiência de um técnico de enfermagem, 2018. Disponível em: < <https://enfermagemilustrada.com/posicoes-para-exames-2/>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 22 – Calculadora de regra dos nove para queimaduras. Aprender sobre eletrônicos. Disponível em: < <http://sejaadiferenca.net.br/queimaduras-regra-dos-nove-incendios/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 23 – Polialelia – Entenda tudo sobre sistemas sanguíneos e herança ligada ao sexo. Descomplica. Disponível em: < <https://descomplica.com.br/artigo/polialelia-entenda-tudo-sobre-sistemas-sanguineos-e-heranca-ligada-ao-sexo/4lR/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 24 – Viver Enfermagem em Cuidados Intensivos. Enfermagem cuidados intensivos, 2016. Disponível em: < <https://enfermagemcuidadosintensivos.blogspot.com/2016/11/rx-de-torax-vendo-as-suas-estruturas.html> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 25 – Hospital municipal contará com sistema de classificação de risco para a recepção de pacientes. Prefeitura Nova Olinda, 2020. Disponível em: < <http://novaolinda.ce.gov.br/?p=2661> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 26 – Tipos de eclosão no sangue. Buzz Britain. Disponível em: < <https://br.pinterest.com/pin/436989970096332821/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 27 – Inflamação x infecção. Gramho, 2020. Disponível em: < <https://gramho.com/media/2210517268553634988> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 28 – Curativo semi-oclusivo. BARROS, F. D. S. Apostila de Técnicas Básicas. São Paulo: Colégio técnico Santa Maria Goretti, 2018.

Figura 29 – Autsch! – So versorgen Sie kleine Wunden richtig. Koelner news journal, 2013. Disponível em: < <https://www.koelner-newsjournal.de/autsch-so-versorgen-sie-kleine-wunden-richtig/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 30 – Técnicas de curativos. Enfermagem em Urgência e Emergência, 2014. Disponível em: < <https://enfermagemurgenciaemergencia.blogspot.com/2014/10/tecnicas-de-curativos.html> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 31 – Quando retirar os pontos de machucados e cirurgias. Tua saúde. Disponível em: < <https://www.tuasaude.com/quando-retirar-os-pontos/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 32 – Curativo. Facebook, 2019. Disponível em: < <https://web.facebook.com/enfermagemarte/photos/a.1453690118057911/2638694029557508/?type=3&theater> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 33 – Estágios da lesão por pressão . Facebook, 2018. Disponível em: < <https://web.facebook.com/prosaudelar/photos/a.1452252135097631/2069149293407909/?type=3&theater> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 34 – Mudança de decubito-2019. VUELO, 2019. Disponível em: < <https://www.vuelopharma.com/como-evitar-escaras/mudanca-de-decubito-2019/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 35 – O QUE É ABLAÇÃO? CARDIOLOGISTA EXPLICA PROCEDIMENTO AO QUAL ABEL BRAGA SERÁ SUBMETIDO. Flamengo RJ, 2019. Disponível em: < <https://www.flamengorj.com.br/noticia/o-que-e-ablacao-cardiologista-explica-procedimento-ao-qual-abel-braga-sera-submetido> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 36 – Qual a sequência de tubos para coleta de sangue?. IBAP, 2019. Disponível em: < <https://www.flamengorj.com.br/noticia/o-que-e-ablacao-cardiologista-explica-procedimento-ao-qual-abel-braga-sera-submetido> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 37 – AVC Hemorrágico & Isquêmico. Raio X web, 2017. Disponível em: < <http://raioxnaweb.blogspot.com/2017/07/avc-hemorragico-isquemico.html> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 38 – Acidente vascular cerebral (AVC). Naturalmente a Cura, 2018. Disponível em: < <https://www.blackangelsl.net/2018/acidente-vascular-cerebral-avc/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 39 – Escala de Cincinnati: Próprio Autor

Figura 40 – Plegia, Paralisia e Paresia. Enfermagem ilustrada, 2019. Disponível em: < <https://enfermagemilustrada.com/plegia-paralisia-e-paresia-as-diferencas-2/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 41 – Cardiotocografia. Ebserh. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/Cap%C3%ADtulo-5-Cardiotocografia.pdf/d9e27f54-06b1-424e-993b-10e649bc9989> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 42 – Cardiotocografia. Ebserh. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/Cap%C3%ADtulo-5-Cardiotocografia.pdf/d9e27f54-06b1-424e-993b-10e649bc9989> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 43 – Cardiotocografia. Ebserh. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/Cap%C3%ADulo-5-Cardiotocografia.pdf/d9e27f54-06bl-424e-993b-10e649bc9989> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 44 – NIPS: Próprio autor

Figura 45 – Escala facial de dor: Próprio autor

Figura 46 – Escala analógica: Próprio autor

Figura 47 – Acolhimento e Classificação de Risco em Emergência Obstétrica. Pt docz. Disponível em: < <http://ptdocz.com/doc/229332/acolhimento-e-classifica%C3%A7%C3%A3o-de-risco-em-emerg%C3%Aancia-obst%C3%A9t...> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 48 – ASSISTÊNCIA pré-natal. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

Figura 49 – Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes. SlideShare. Disponível em: < <https://pt.slideshare.net/JuanFigueiredo/mudanas-de-hbitos-de-vida-e-medidas-preventivas> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 50 – Fases clínicas do parto. Passe direto. Disponível em: < <https://www.passeidireto.com/arquivo/56774982/fases-clinicas-do-parto> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 51 – Estágios e mecanismos do trabalho de parto . Pinterest. Disponível em: < <https://co.pinterest.com/pin/46584177381543418/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 52 – Injetáveis de pequeno volume. Ipsemg. Disponível em: < http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=carrinhoadulto2%C2%AA_versao.pdf >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 53 – Controle especial. Ipsemg. Disponível em: < http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=carrinhoadulto2%C2%AA_versao.pdf >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 54 – Material. Ipsemg. Disponível em: < http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=carrinhoadulto2%C2%AA_versao.pdf >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 55 – Injetáveis de grande volume. Ipsemg. Disponível em: < http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=carrinho_adulto2%C2%AA_versao.pdf >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 56 – Materiais. Ipsemg. Disponível em: < http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=carrinho_adulto2%C2%AA_versao.pdf >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 57 – Kit Intubação. Ipsemg. Disponível em: < http://www.ipsemg.mg.gov.br/ipsemg/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=carrinho_adulto2%C2%AA_versao.pdf >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 58 – Destaques das diretrizes das American Heart Association 2010, 2020. American Heart Association. Disponível em: < <https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm317343.pdf> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 59 – O XABCDE do trauma. Enfermagem ilustrada, 2019. Disponível em: < <https://enfermagemilustrada.com/plegia-paralisia-e-paresia-as-diferencas-2/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 60 – Avaliação do Diâmetro das Pupilas dos Olhos - Isocóricas - Mióse - Anisocóricas - Midríse. Bomveiro Oswaldo, 2014. Disponível em: < <http://bom-beiroswaldo.blogspot.com/2013/10/avaliacao-do-diametro-das-pupilas-dos.html> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 61 – Escala de coma de glasgow 2018. Youtube, 2016. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=jdn5jYhrmw> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 62 – Você sabe colocar os eletrodos do ECG de forma correta? Tem certeza?. Cardio Papers, 2014. Disponível em: < <https://cardiopapers.com.br/curso-basico-de-eletrocardiograma-parte-04/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Imagem. Facebook, 2020. Disponível em: < <https://web.facebook.com/131910736888462/photos/a.591427517603446/2709012859178224/?type=3&theater> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 63 – Atrial Flutter. URMC. Disponível em: < <https://www.urmc.rochester.edu/highland/departments-centers/cardiology/conditions/atrial-flutter.aspx> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 64 – Gasometria Arterial. Enfermagem ilustrada, 2019. Disponível em: < <https://enfermagemilustrada.com/gasometria-arterial-2/> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 65 – Fluxo: Próprio autor

Figura 66 – Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. SCIELO. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202010000300009 >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 67 – Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica. Adauto bottelho, 2013. Disponível em: < <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contencaomecanica.pdf> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Figura 68 – Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica. Adauto bottelho, 2013. Disponível em: < <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/contencaomecanica.pdf> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Tabela 1 – Doenças e tipos de isolamento 1: BARROS, F. D. S. Apostila de Técnicas **Básicas**. São Paulo: Colegio técnico Santa Maria Goretti, 2018.

Tabela 2 – Doenças e tipos de isolamento 2: BARROS, F. D. S. Apostila de Técnicas **Básicas**. São Paulo: Colegio técnico Santa Maria Goretti, 2018.

Tabela 3 – Doenças e tipos de isolamento 3: BARROS, F. D. S. Apostila de Técnicas **Básicas**. São Paulo: Colegio técnico Santa Maria Goretti, 2018.

Tabela 4 – Artigos hospitalares: Próprio autor

Tabela 5 – Limpeza e descontaminação: Próprio autor

Tabela 6 – Desinfecção, Esterilização e Assepsia: Próprio autor

Tabela 7 - Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) na saúde mental: a importância do processo de enfermagem no cuidado ao cliente com sofrimento psíquico. Monografias, 2012. Disponível em: < <https://www.monografias.com/pt/trabalhos3/sistematizacao-assistencia-enfermagem-saude-mental/sistematizacao-assistencia-enfermagem-saude-mental2.shtml> >. Acesso em: 08 mar. 2020.

Tabela 8 – Medicamentos mais usadas: Próprio autor

Tabela 9 - Antibióticos e Antifúngicos usuais: Próprio autor

Tabela 10 – Queimaduras: Calculadora de regra dos nove para queimaduras. Aprender sobre eletrônicos. Disponível em: < <http://www.learningaboutelectronics.com/Artigos/Calculadora-de-regra-dos-nove-queimaduras.php>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

Tabela 11 – Vacinas: Próprio autor

Tabela 12 – Corrimentos: Próprio autor

Figura 13 – Indicador: Próprio autor

Figura 14 - Saúde bucal e Higiene Oral: Próprio autor

Tabela 15 – Exames na gestação: Próprio autor

Tabela 16 – Anemia gestacional: Próprio autor

Tabela 17 – Ventilação mecânica: Próprio autor

Tabela 18 - Assistência de Enfermagem na Ventilação Mecânica: Próprio autor

Tabela 19 – Mecanismo de compensação: Próprio autor

Tabela 20 - Resposta a estímulos medicamentosos: Medicações em UTI. Prof. Rômulo Passos. Disponível em: <<https://www.romulopassos.com.br/materiais/baixar/1NmJkNjNlMGVmMTY3MzZiYWQyOWVmOWNkZDBlN2lyZmY4YTAwOGElY2Y3OWZlNzhjNzU5YzNmMDD0VdfrGjO5M4H7e5itizvd1809Y1Yqq0ldqDQVcM/0>>. Acesso em: 08 mar. 2020. Tabela 19 – Medicções da UTI: <https://www.docsity.com/pt/principais-medicacoes-usadas-em-uti/4792851/>

Tabela 21 – Medicções da UTI: Próprio autor

Tabela 22 – Etapas SAEP: Próprio autor

Tabela 23 – Diagnóstico de Enfermagem no centro cirúrgico: Próprio autor

Tabela 24 – Classificação da ASA: Próprio autor

Tabela 25 – Porte e tempo de duração: Próprio autor

Tabela 26 – Glossário: Próprio autor

Editora Livrologia
www.livrologia.com.br

Título Manual prático de auxílio no estágio
de graduação em enfermagem

Formato 15,5cm x 22,5cm
Tipologia Calisto, entre 8 e 10 pontos
Papel Capa: Supremo 280 g/m²
Miolo: Polen soft 80 g/m²

Número de Páginas 205
Publicação 2022

Queridos leitores e queridas leitoras:

Esperamos que esse livro tenha sido útil para você e seu campo de leitura, interesse, estudo e pesquisa.

Se ficou alguma dúvida ou tem alguma sugestão para nós,

Por favor, compartilhe conosco pelo e-mail:

livrologia@livrologia.com.br

PUBLIQUE CONOSCO VOCÊ TAMBÉM
ENCONTRE UM FRANQUEADO LIVROLOGIA
MAIS PERTO DE VOCÊ

www.livrologia.com.br

Trabalhos de Conclusão de Curso

Dissertações de Mestrado

Teses de Doutorado

Grupos de Estudo e Pesquisa

Coletâneas de Artigos

Poesias e Biografias

EDITORA LIVROLOGIA

Rua São Lucas, 98E.

Bairro Centro - Chapecó-SC

CEP: 89.814-237