

Prefeitura Municipal de Rio Bonito do Estado do Rio de Janeiro

RIO BONITO-RJ

Técnico em Enfermagem

JL008-N9

Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

Prefeitura Municipal de Rio Bonito do Estado do Rio de Janeiro

Técnico em Enfermagem

Edital de Concurso Público Nº 01/2019

AUTORES

Língua Portuguesa - Profª Zenaide Auxiliadora Pachegas Branco

Legislação - Adaptação Interna

Sus - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

Conhecimentos Especificos - Profª Ana Maria B. Quiqueto

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Elaine Cristina

Leandro Filho

Christine Liber

DIAGRAMAÇÃO

Danna Silva

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.



SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA

Leitura e interpretação de texto. A Comunicação: linguagem, texto e discurso; o texto, contexto e a construção dos sentidos	01
Intertextualidade e polifonia	13
A Língua: norma culta e variedades linguísticas; dialetos e registros, gíria	15
Funções da linguagem	21
Tipos e gêneros de texto	22
Coesão e coerência textuais	23
Ortografia (atualizada conforme as regras do novo Acordo Ortográfico): emprego de letras; uso de maiúsculas e minúsculas; acentuação tônica e gráfica; pontuação	29
Fonologia/ fonética: letra/fonema; encontros vocálicos, consonantais e dígrafos	38
Morfologia: elementos mórficos e processos de formação de palavras; classes de palavras	42
Sintaxe: termos das orações; orações coordenadas e subordinadas; concordância nominal e verbal; regência nominal e verbal; crase	84
Semântica: denotação, conotação; sinonímia, antonímia, homonímia e paronímia; polissemia e ambiguidade. Figuras de linguagem	107

LEGISLAÇÃO

Lei Orgânica Municipal Atualizada.....	01
--	----

SUS

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.....	01
Organização dos serviços de saúde no Brasil: Sistema Único de Saúde – Princípios e diretrizes, controle social.....	12
Indicadores de saúde.....	16
Sistema de notificação e de vigilância epidemiológica e sanitária.....	21
Endemias/epidemias: Situação atual, medidas de controle e tratamento.....	37
Planejamento e programação local de saúde, Distritos Sanitário, enfoque estratégico, História das Políticas de Saúde no Brasil.....	56
A Reforma Sanitária e a Construção do SUS.....	57
O Sistema Único de Saúde; Princípios e Base Legal do SUS.....	61
Orçamento da Seguridade Social e Formas de Financiamento do Setor.....	61
O papel das Normas Operacionais Básicas no Processo de Descentralização e Regionalização.....	63
Organização da Média e Alta Complexidade.....	64
Organização da Atenção Hospitalar.....	65
Principais Características dos Subsistemas Públicos e Privados que Integram o SUS; Setor Privado: Histórias, Modalidades e Formação.....	68
História da Epidemiologia; História Natural e Prevenção de Doenças.....	71
Epidemiologia das Doenças Crônicas não Transmissíveis.....	71
Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.....	78

SUMÁRIO

Indicadores de Saúde.....	88
Bioestatística.....	88
Medidas de Posição/ Dispersão; Noções de Probabilidade; Testes Diagnósticos; Noções de Amostragem; Testes de Hipóteses.....	88
Saúde da Família.....	97

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Fundamentos de Enfermagem: Noções básicas de saúde e doença, ações de enfermagem com relação à aferição de sinais vitais, realização de curativo, cuidado com a higiene, conforto e segurança ao paciente, preparo do paciente para exames, organização da unidade do paciente, administração de medicamentos por via oral, venosa, intramuscular, sub cutânea, ocular, nasal, retal, otológica	01
Biossegurança	29
Enfermagem Médico- Cirúrgica: Assistência de enfermagem a pacientes portadores de afecção cardiovascular, respiratória, digestiva, endócrina, renal, neurológica e hematológica	39
Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico no pré, trans e pós-operatório	74
Prevenção e controle de infecção hospitalar	85
Assistência de enfermagem a pacientes em situação de urgência	90
Enfermagem Materno- Infantil: Assistência de enfermagem à mulher no ciclo vital (gestante, parturiente e puerpério), no parto normal e de risco e ao recém nascido normal e de risco	104
Assistência à criança nas fases de lactente, pré-escolar, escolar e adolescente no seu desenvolvimento	120
Enfermagem em Saúde Pública: Noções de epidemiologia, cadeia epidemiológica, vigilância epidemiológica, indicadores de saúde, atenção primária em saúde	136
Assistência de enfermagem na prevenção e controle de doenças infecto-parasitárias, crônico-degenerativas e processo de reabilitação	157
Programa Nacional de Imunização	173
Programa de Assistência à Saúde da Mulher, Criança e do Trabalhador	176
Enfermagem em Saúde Mental: Integração da assistência de enfermagem às novas políticas públicas de atenção à saúde mental da criança e adulto	187

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Fundamentos de Enfermagem: Noções básicas de saúde e doença, ações de enfermagem com relação à aferição de sinais vitais, realização de curativo, cuidado com a higiene, conforto e segurança ao paciente, preparo do paciente para exames, organização da unidade do paciente, administração de medicamentos por via oral, venosa, intramuscular, subcutânea, ocular, nasal, retal, otológica	01
Biossegurança	29
Enfermagem Médico- Cirúrgica: Assistência de enfermagem a pacientes portadores de afecção cardiovascular, respiratória, digestiva, endócrina, renal, neurológica e hematológica	39
Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico no pré, trans e pós-operatório	74
Prevenção e controle de infecção hospitalar	85
Assistência de enfermagem a pacientes em situação de urgência	90
Enfermagem Materno- Infantil: Assistência de enfermagem à mulher no ciclo vital (gestante, parturiente e puerpério), no parto normal e de risco e ao recém nascido normal e de risco	104
Assistência à criança nas fases de lactente, pré-escolar, escolar e adolescente no seu desenvolvimento	120
Enfermagem em Saúde Pública: Noções de epidemiologia, cadeia epidemiológica, vigilância epidemiológica, indicadores de saúde, atenção primária em saúde	136
Assistência de enfermagem na prevenção e controle de doenças infecto-parasitárias, crônico-degenerativas e processo de reabilitação	157
Programa Nacional de Imunização	173
Programa de Assistência à Saúde da Mulher, Criança e do Trabalhador	176
Enfermagem em Saúde Mental: Integração da assistência de enfermagem às novas políticas públicas de atenção à saúde mental da criança e adulto	187

FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM: NOÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE E DOENÇA, AÇÕES DE ENFERMAGEM COM RELAÇÃO À AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS, REALIZAÇÃO DE CURATIVO, CUIDADO COM A HIGIENE, CONFORTO E SEGURANÇA AO PACIENTE, PREPARO DO PACIENTE PARA EXAMES, ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE DO PACIENTE, ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL, VENOSA, INTRAMUSCULAR, SUB CUTÂNEA, OCULAR, NASAL, RETAL, OTOLÓGICA.

Definições:

A enfermagem segundo Wanda Horta é "A ciência e a arte de assistir o ser humano em suas necessidades básicas e torna-lo independente destas necessidades quando for possível através do autocuidado". A enfermagem como ciência pode ser exercida em vários locais tais como: Hospitais, Empresas Particulares (Enf. Do Trabalho), Escolas, Unidades de Saúde

Nos dias de hoje, o hospital é definido segundo a OMS como elemento de uma organização de caráter médico social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa, e preventiva a população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; e um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

Funções do Hospital:

- _ **Preventiva:** Principalmente nos ambulatórios, onde os pacientes retornam após a alta para controle.
- _ **Educativa:** Através da educação sanitária e prática da saúde pública visando o paciente, a família e a comunidade. Sob o ponto de vista de formação e aperfeiçoamento de profissionais de saúde.
- _ **Pesquisa:** O hospital serve de campo para a pesquisa científica relacionada à saúde.
- _ **Reabilitação:** O hospital através do diagnóstico precoce utilizando os cuidados clínicos, cirúrgicos e especiais por meios do qual o paciente adquire condições de retornar ao seu meio e suas atividades.
- _ **Curativa:** A função a qual o Brasil faz como função principal. Tratamento de qualquer natureza.

Classificação:

Segundo o tratamento:

Geral: É o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas.

Especial ou Especializada: Limita-se a atender pacientes necessitados de assistência de determinada especialidade médica. Ex: Hospital do câncer.

Segundo o número de leitos:

Pequeno porte: hospital com capacidade normal de até 50 leitos.

Médio porte: hospital com capacidade normal de 50 a 150 leitos.

Grande porte: Capacidade normal de 150 a 500 leitos.

Extra ou Especial: capacidade acima de 500 leitos.

Terminologia Hospitalar:

Matrícula ou registro: definido como a inscrição de um paciente na unidade médica hospitalar que o habilita ao atendimento.

Internação: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar.

Leito Hospitalar: cama destinada à internação de um paciente em um hospital. Não é considerado leito hospitalar (cama destinada ao acompanhante, camas transitórias utilizadas no serviço diagnóstico de enfermagem, cama de pré-parto, recuperação pós anestésica e pós operatórios, camas instaladas no alojamento de médicos).

Censo Hospitalar Diário: É a contagem a cada 24 horas do número de leitos ocupados.

Dia Hospitalar: É o período de trabalho, compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

Leito Dia: Unidade representada pela cama à disposição de um paciente no hospital.

Óbito hospitalar: é o óbito que se verificam no hospital após o registro do paciente.

Alta: ato médico que configura a cessação da assistência prestada ao paciente.

O Paciente

O paciente e o elemento principal de qualquer instituição de saúde. Considera-se paciente todo o indivíduo submetido a tratamento, controle especiais, exames e observações médicas.

O paciente procura o hospital quando atingido pela doença, pois cria-se nele angustia, inquietação, que leva a exagerar o poder e conhecimento sobre os profissionais que o socorrem, muitas vezes torna-se difícil o tratamento do doente, originando problemas de relacionamento (paciente pessoal).

A doença trás ao paciente graves consequências como:

- Choque emocional,
- Ameaça do equilíbrio psicológico do paciente,
- Rompimento das defesas pessoais,
- Leva a pedir proteção e cuidados,
- Obriga ao abandono das atividades normais,
- Ao recolhimento ao leito,
- Ao afastamento da comunidade.

O paciente ao ser admitido no hospital espera do médico e da enfermagem, uma explicação, uma palavra de conforto em relação ao seu estado de saúde. Se isto não acontece, o seu quadro psicológico pode ser agravado, levando-o a se tornar submisso e despersonalizado, ou então agressivo.

Exame Físico.

O diagnóstico do paciente traça as diretrizes para o tratamento e cuidado de enfermagem. Para que o diagnóstico seguro seja estabelecido há a necessidade de um exame completo, que consta de exame físico e psicológico. Os instrumentos básicos dos exames físicos são os sentidos humanos da visão, tato, audição e olfato. Certos instrumentos podem facilitar e oferecer maior precisão quanto a fenômenos acústicos e visuais como estetoscópio e oftalmoscópio.

Métodos de Exame Físico

São quatro os métodos universalmente usados para exame físico:

- Inspeção: é a observação do estado geral do paciente, coloração da pele, presença de deformação como edema, estado nutricional, padrão de fala, temperatura corporal, postura, movimento do corpo.
- Palpação: consiste em sentir as estruturas (tecidos, órgão), do corpo através da manipulação.
- Percussão: efetuada com leves pancadas das pontas dos dedos sobre uma área do corpo. O som produzido revela o estado dos órgãos internos.
- Ausculta: consiste em escutar ruídos no corpo, especialmente para verificar o funcionamento do coração, pulmão, pleura e outros órgãos. Para isto utiliza-se o estetoscópio.

No exame físico verificar:

- Condições Gerais: estado de consciência, aspecto de nutrição e hidratação, expressão facial, condições de locomoção, vícios, peso, altura, idade aparente, alergia a drogas.
- Sinais Vitais: Pulso, respiração, pressão arterial, temperatura.
- Postura e Aparelho Locomotor Motricidade, mecânica corporal e marcha.
- Tórax e Pulmões Contorno, expansibilidade, intensidade de ruídos respiratórios.
- Abdômen: Cicatrizes, lesões.

Atribuições do Auxiliar de Enfermagem no Exame Físico

Preparar o material que consiste em:

- Termômetro;
- Oftalmoscópio;
- Esfigmomanômetro;
- Otoscópio;
- Estetoscópio;
- Cuba-rim;
- Martelo de percussão
- Vidro com álcool
- Abaixador de língua;
- Bolas de algodão
- Fita métrica
- Toalha

Para exames especiais, o material varia conforme o exame: (especulo vaginal, luvas, lubrificantes, laminas, tubos para cultura, etc).

Preparar o Paciente e o Ambiente:

- Explicar ao paciente o que vai ser feito, a fim de obter a sua colaboração;
- Verificar sua higiene corporal;
- Oferecer-lhe a comadre (se necessário);
- Levá-lo- para a sala de exame ou cercar a cama com biombo;
- Dispor o material para o exame sobre a mesa auxiliar;
- Cobrir o paciente de acordo com o tipo do exame, e da rotina do serviço.

Obs.:

- Evitar descobrir o paciente mais do que necessário, procurando também não atrapalhar o médico:
- Usar roupas folgadas ou lençóis para permitir mudanças de posição com maior rapidez;
- Não permitir que o paciente sinta frio descobrindo só a região a examinar;
- Deixa-lo o mais seguro e confortável possível.

Prestar Assistência Durante o Exame Físico

- Certificar-se da temperatura e iluminação da sala. Fechar janelas se estiver frio e providenciar um foco se a iluminação for deficiente.
- Verificar T.P.R.P. A, peso, altura e anotar no prontuário;
- Despir a camisola do paciente, cobrindo-o com lençol;
- Avisar o medica que o paciente esta pronto para o exame;
- Colocar-se junto à cama do lado oposto aquele que estiver o medico;
- Entregar-lhe os objetos à medida que necessitar.

Obs.: - Se for o enfermeiro ou auxiliar que for realizar o exame físico do paciente ou, colher algum material para exame todos os cuidados acima deverão também serem seguidos.

Posições para o Exame Físico:

a) Posição Ginecológica

Indicações: (exame vaginal, exame vulvo vaginal, lavagem vaginal, sondagem vesical, tricotomia).

Descrição da Posição:

- Colocar a paciente em de decúbito dorsal;
- Joelhos flexionados e bem separados, com os pés sobre a cama;
- Proteger a paciente com lençol até o momento do exame.

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar a paciente, avisando-a que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Colocar a paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Pedir a paciente para flexionar os membros inferiores, colocando os calcanhares na cama;
- Afastar bem os joelhos;
- Proteger a paciente com lençol em diagonal, de tal forma que uma ponta fique sobre o peito e a outra na região pélvica. As outras duas pontas deverão ser presas sob os calcanhares da paciente;
- Colocar a paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recompôr a Unidade;.

b) Posição de Decúbito Dorsal

Indicação: - realizar exame físico

Técnica:

- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos;
- Deitar o paciente de costas com a cabeça e ombros ligeiramente elevados por travesseiros, as pernas estendidas;
- Dar condições necessárias para a expansão pulmonar, não dobrando o pescoço ou cintura;
- Manter os membros superiores ao longo do corpo;
- Deixar o paciente em posição correta para evitar distensão dos tendões da perna;
- Manter os joelhos ligeiramente fletidos e os pés bem apoiados;
- Evitar a queda dos pés equinos;
- Proteger o paciente sempre com o lençol, expondo apenas o necessário;
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente.

c) Posição de SIMS

Finalidade: exames retais, lavagem intestinal, exames vaginais, clíster.

Técnica

- Lavar as mãos;

- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Colocar o paciente deitado do lado esquerdo;
- Aparar a cabeça do paciente sobre o travesseiro;
- Colocar o braço esquerdo para trás do corpo;
- Flexionar o braço direito e deixá-lo apoiado sobre o travesseiro;
- Colocar o membro inferior esquerdo ligeiramente flexionado;
- Colocar o membro inferior direito fletido até quase encostar o joelho no abdômen;
- Deixar o paciente sempre protegido com lençol, expondo apenas a região necessária;
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente.

d) Posição de Fowler:

Finalidade: pacientes com dificuldades respiratórias, para a alimentação do paciente, pós-operatório nasal, buco maxilo, cirurgia de tireoide (tireodectomia).

Técnica:

- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito;
- Isolar a cama com biombo;
- Manter o paciente em posição dorsal, semi-sentado, recostado, com os joelhos fletidos, apoiados em travesseiros ou o estrado da cama modificado;
- Elevar a cabeceira da cama mais ou menos em ângulo de 45 graus;
- Elevar o estrado dos pés da cama para evitar que o paciente escorregue;
- Verificar se o paciente está confortável;
- Proteger o paciente com lençol;
- Deixar o paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recolocar o material no lugar;
- Lavar as mãos;
- anotar no prontuário do paciente.

e) Posição de Decúbito Lateral

Finalidade: Cirurgias renais, massagem nas costas, mudança de decúbito. .

Técnica:

- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Posicionar o paciente na cama sobre um dos lados;
- Colocar a cabeça sobre o travesseiro, apoiando também o pescoço;
- Colocar outro travesseiro sob o braço que está suportando o peso do corpo;
- Colocar um travesseiro entre as pernas para aliviar a pressão de uma perna sobre a outra;
- Manter o alinhamento corporal a fim de facilitar a respiração;

- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o local a ser examinado;
- Colocar o paciente em outra posição confortável após o repouso de mudança de decúbito ou exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente.

f) Posição em Decúbito Ventral

Finalidade: Laminectomias, cirurgias de tórax posterior, tronco ou pernas. .

Técnica

- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito;
- Isolar a cama com biombos;
- Deitar o paciente com o abdômen sobre a cama ou sobre a mesa de exames;
- Colocar a cabeça virada para um dos lados;
- Colocar os braços elevados, com as palmas das mãos apoiadas no colchão, à altura da cabeça ou ao longo do corpo;
- Colocar um travesseiro, se necessário, sob a parte inferior das pernas e pés, para evitar pressão nos dedos;
- Proteger o paciente com lençol;
- Colocar o paciente em posição confortável;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente.

Obs.: - Em alguns casos esta posição é contra indicada (pacientes portadores de incisões abdominais, ou com dificuldade respiratória, e idosos, obesos.).

g) Posição Genu-peitoral

Finalidade Exames do reto e vagina, sigmoidoscopia.

Técnica

- Lavar as mãos;
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito;
- Isolar a cama com biombo;
- Solicitar ao paciente para que fique em decúbito ventral;
- Apoiar o peito do paciente de encontro com o colchão ou mesa de exame;
- Pedir ao paciente para fletir os joelhos;
- Colocar a cabeça virada para um dos lados, sobre um pequeno travesseiro;
- Pedir para o paciente estender os braços sobre a cama, na altura da cabeça;
- Solicitar ao paciente para que descanse o peso do corpo sobre a cabeça, ombros e peito, e os joelhos, formando assim, um angulo reto entre as coxas e as pernas;
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o necessário;
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente.

(h) Posição de Trendelenburg.

Finalidades Cirurgias da região pélvica, estado de choque, tromboflebitas, casos em que deseja melhor irrigação cerebral, drenagem de secreção pulmonar. .

Técnica

- Lavar as mãos.
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito.
- Colocar o paciente na posição dorsal horizontal'
- Inclinar a cabeceira da cama em angulo adequado.
- Elevar os pés da cama em angulo adequado, de forma que a cabeça fique mais baixa em relação ao corpo.
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o necessário.
- Recompôr a Unidade.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário do paciente.

Técnica de verificação de medidas antropométricas:

Definição: e a verificação do peso corporal e altura do paciente.

Finalidade: averiguar o peso e altura do paciente.

Normas para técnica de verificação de medidas antropométricas

- O paciente deve estar sem sapatos e com roupas leves;
- A verificação do peso deve ser sempre na mesma hora;
- O paciente deve estar na posição ereta;

Material:

- Balança antropométrica,
- Papel toalha.

Técnica

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Aferir a balança;
- Proteger o piso da balança com papel;
- Solicitar ao paciente que retire os sapatos, roupas pesadas e suba na balança;
- Posicionar o paciente de frente para a balança, isto é, para a escala desta;
- Executar a técnica da pesagem;
- Colocar em seguida, o paciente de frente para a pessoa que esta fazendo a mensuração e verificar a estatura;
- Encaminhar o paciente ao leito novamente;
- Anotar no prontuário.

Obs.: - Causas do aumento de peso:

- Descontrole hormonal, (hipotireoidismo);
- Bulimia (aumento da fome);
- Problemas psicológicos;
- Retenção de água.

- Causas do emagrecimento:

- Desidratação;
- Anorexia;
- Descontrole hormonal, (hipertireoidismo).

Admissão do Paciente

O paciente deve ser recebido no hospital com toda cordialidade e atenção. A primeira impressão que o paciente tem e sempre de grande importância para inspirar-lhe confiança no hospital e no tratamento que ali vai receber. Este bom acolhimento influirá também nos familiares ou pessoas que o acompanham.

Técnica

- Lavar as mãos;
- Preencher todos os dados da ficha de identificação do paciente;
- Fazer a lista dos valores do paciente sob suas vistas ou alguém de sua família. Entrega-los ao responsável para guarda-los no cofre do hospital ou conforme rotina da instituição;
- Levar o paciente ate seu quarto e orientá-lo quanto às instalações sanitárias e demais dependências da enfermaria;
- Deixar a campainha ao seu alcance;
- Providenciar para que o paciente conheça a equipe que lhe dará assistência. Mostrar-lhe o regulamento do hospital quanto à visita, horas de repouso, de refeição, etc.;
- Encaminhar o paciente para o banho oferecendo o material;
- Arrumar a cama conforme técnica de arrumação de cama aberta;
- Acomodar o paciente e verificar os sinais vitais, fazer o exame físico conforme a técnica, lavando as mãos em seguida;
- Anotar na folha de evolução de enfermagem o horário da admissão, sinais vitais, exame físico completo, e se o paciente veio sozinho acompanhado, deambulando, em cadeira de rodas ou de maca;
- Comunicar o serviço de nutrição a dieta do paciente;
- Encaminhar pedidos de exames;
- Iniciar o tratamento propriamente dito;

Alta Hospitalar

Técnica

- Verificar se a folha de alta esta assinada pelo medico;
- Reunir e entregar os pertences ao paciente;
- Verificar se existem valores do paciente guardados pelo hospital tais como: dinheiro, joias, documentos etc.
- Se houver necessidade ajudar o paciente a vestir-se
- Anotar no prontuário o horário e as condições em que o paciente esta saindo, e as orientações feitas no momento da alta;
- Esperar os familiares ou responsável;
- Acompanhar o paciente a portaria;

Obs.: - Em caso de alta por óbito, anotar no prontuário a hora, e o medico que constatou e atestou o óbito.

Anotação no prontuário e relatório de enfermagem.

As anotações no prontuário são baseadas em observação de enfermagem.

Observação e o ato, habito ou poder de ver, notar e perceber; e examinar, contemplar e notar algo através da atenção dirigida.

Finalidades:

- Contribuir com informações para o diagnostico e tratamento médico e de enfermagem;
- Conhecer o paciente, família e comunidade;
- Construir fator decisivo entre a vida e a morte através dos dados colhidos;
- Auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisões específicas;
- Verificar os problemas aparentes e inapetentes;
- Planejar cuidados de enfermagem;
- Analisar os serviços hospitalares prestados;
- Analisar os cuidados de enfermagem prestados;
- Servir de base para qualquer documentação e anotação.

O Que Observar:

Sintomas: É uma manifestação perceptível no organismo que indica alteração na saúde física ou mental.

Sintoma Subjetivo: É aquele descrito pelo paciente, não podendo ser visto ou sentido por outros. Ex.cefaleia.

Sintoma Objetivo: E aquele notado ou sentido pelo observador, e sinônimo de sinal. Ex. vomito, edema, etc.

Síndrome: E um complexo de conjunto de sinais e sintomas.

A observação serve não só para descobrir anormalidades, mas também para identificar a potencialidade do individuo. A observação global associada a outras observações gerais leva a descoberta de aspectos favoráveis, podendo indicar ausência de problemas, recuperação, ou mesmo os recursos físicos e mentais, dos quais o individuo dispõe para auxiliar na sua própria recuperação.

Anotações de enfermagem:

- Finalidades Relatar por escrito às observações do paciente;
- Contribuir com informações para o diagnostico medico e de enfermagem;
- Contribuir com informações para fazer o planejamento do plano de cuidados de enfermagem;
- Servir de elementos para pesquisa;
- Fornecer elementos para auditoria de enfermagem;
- Servir para avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (quanto à qualidade e continuidade);
- Servir como fonte para a aprendizagem.

Tomando como base as observações os elementos principais a serem anotados são o seguinte:

- A aparência;
- Estado físico: queixas, observações em geral, alimentação, exames, testes, encaminhamento, eliminações, tratamentos dados, resultados dos cuidados prestados, medicamentos, contenções e demais observações colhidas pelo exame físico;
- A conservação ou a comunicação;
- O comportamento;

-Equilíbrio do pensamento (senso crítico, confusão, expressão de ideias, delírios, localização no tempo e espaço, etc.);

-Equilíbrio do estado perceptivo (alucinações, delírios);

-Equilíbrio de estado afetivo (emoções, sentimentos, capacidade para resolver situações, etc.);

-Equilíbrio no ajustamento social (dependência, isolamento, reação ao ambiente e pessoa);

-Capacidade de aprendizagem - inteligência;

- Atividades;

- Recomendações.

Normas para anotações de enfermagem:

- Usar termos descritos: Ex. o paciente esta ansioso, o paciente deambula constantemente no corredor, torcendo as mãos, apresentando expressão facial de preocupação;

- Usar termos objetivos: aquilo que foi visto ou sentido e não de interpretação pessoal;

- Usar termos concisos;

- Considerar o aspecto legal das anotações: não permitindo rasuras, linha em branco entre uma e outra anotação, colocar nomes de pessoas;

- Considerar o segredo profissional;

- Observar a redação, ortografia, letra: Usar 3ª pessoa gramatical: Ex. o enfermeiro atendeu imediatamente ao chamado da campainha;

- Colocar horário;

- Colocar vias de administração e locais de aplicação de medicamentos;

- Fazer assinatura legível;

- Nunca anotar medicamentos ou tratamentos feitos por outras pessoas.

Controle de Sinais Vitais

Definição: sinais vitais são reflexos ou indícios de mudanças no estado do paciente. Eles indicam o estado físico do paciente e ajudam no seu diagnóstico e tratamento.

Normas:

- Os sinais vitais deverão ser verificados a cada 06 horas. Quando o caso exigir deve ser visto quantas vezes for necessário;

- Ao se verificar qualquer um dos sinais vitais, deve ser explicado ao paciente o que se realizou;

- Quando houver alteração de alguns dos sinais vitais deve ser comunicado ao enfermeiro da unidade e ao médico responsável pelo paciente, se for necessário.

Material

-Bandeja contendo:

-Termômetro,

-Bolas de algodão seco,

-Bolas de algodão embebidas no álcool a 70%,

-Estetoscópio,

-Aparelho P.A.

-Esfigmomanômetro;

-caneta

-Relógio,

-Gazes.

Temperatura (T): É o grau de calor que atinge um determinado corpo. É o equilíbrio entre a produção e a eliminação deste calor.

-**Axilar:** de 36°C a 36,8°C

-**Bucal:** de 36,2°C a 37°C

-**Retal:** de 36,4°C a 37,2°C

Nomenclatura:

- **Eutermia ou normotermia:** valor dentro da normalidade = 36°C a 37°C

- **Febre ou febrícula:** valor de 37,5°C a 38°C

- **Febre:** valor de 38,1°C a 39°C

- **Pirexia:** de 39,1°C a 40°C

- **Hiperexia ou hipertermia:** acima de 40°C

- **Hipotermia:** abaixo de 36°C

Cuidados de enfermagem para hipertermia:

- Estimular ingestão hídrica;

- Estimular banho de água morna quase fria;

- Colocar compressas frias, não geladas, nas pregas inguinais e axilares e testa;

- Diminuir a quantidade de roupas;

- Proporcionar repouso;

- Orientar que mantenha alimentação.

Cuidados de enfermagem para hipotermia:

1. Oferecer alimentos quentes (chocolates, sopas, bebidas isotônicas);

2. Proporcionar repouso;

3. Aumentar a quantidade de roupas;

4. Oferecer alimentos ricos em vitaminas;

5. Se der, aquecer o ambiente.

-**Temperatura Axilar:** Apesar de não ser a mais precisa, é a maneira mais utilizada para se verificar a temperatura.

A temperatura axilar é contraindicada nas queimaduras de tórax porque a circulação fica alterada, nas fraturas dos membros superiores, na furunculose axilar e em pacientes muito caquéticos.

-**Temperatura Bucal:** É contraindicada a verificação de temperatura bucal nos casos de comprometimento da boca e face, e em todos os clientes impossibilitados de manter o termômetro sob a língua, como crianças, clientes inconscientes e doentes mentais. O termômetro deverá ser de uso individual.

-**Temperatura retal:** O reto é o local de maior precisão para verificar a temperatura. É contraindicada a verificação de temperatura retal nos casos de comprometimento do ânus, do reto e do períneo. O termômetro deverá ser de uso individual.

Pulso (P ou FC): É o nome que se dá à dilatação, pequena e sensível, das artérias, produzida pela corrente circulatória. Toda vez que o sangue é lançado do ventrículo esquerdo para a aorta, a pressão e o volume provocam oscilações ritmadas em toda a extensão da parede arterial, evidenciadas quando se comprime, moderadamente, a artéria contra uma estrutura dura.

Valores de normalidade:

Homens: 60 a 70bpm

Mulheres: 65 a 80bpm

Fatores que alteram a frequência do pulso:

-**Fatores Fisiológicos:** emoções, digestão, banho frio (porque faz vaso constrição), exercícios físicos (aceleram), algumas drogas como osdigitálicos (diminuem).

-Fatores Patológicos:

Febre - doenças agudas (aceleram)
Choque (diminuem)

Classificação do pulso pode ser quanto à:

- Regularidade:

a. Rítmico - bate ou pulsa com regularidade, ou seja, o tempo de intervalo entre os batimentos é o mesmo.

b. Arritmico - bate sem regularidade (irregular), o intervalo entre os batimentos é diferente.

- **Amplitude:** volume de sangue dentro da artéria.

a) Fraco ou filiforme: redução da força ou do volume sanguíneo (facilmente desaparece com a compressão).

b) Forte ou cheio: aumento da força ou do volume sanguíneo (dificilmente desaparece com a compressão).

- **Tensão:** força da parede da artéria.

a) Macio - fraco

b) Duro - forte

-Tipos de Pulso:

Bradisfigmico - São os batimentos do pulso abaixo do normal (lento)

Taquisfigmico - São os batimentos do pulso acima do normal (acelerado)

Dicrótico - dá a impressão de dois batimentos

Bradycardia - São os batimentos cardíacos abaixo do normal, em número

Taquicardia - São os batimentos cardíacos acima do normal, em número

Observações importantes:

- Evitar verificar o pulso em membros superiores afetados por sequelas de lesões neurológicas ou vasculares;

- Não verificar o pulso em membro com fístula arteriovenosa (parahemodiálise);

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

- Em caso de dúvida, repetir a contagem;

- Proceder à verificação com as mãos secas e quentes.

Respiração (R ou FR): é o processo no qual ocorre a troca de oxigênio e gás carbônico entre o corpo e o meio ambiente.

Avaliação da respiração:

- Quanto à frequência (número de movimentos respiratórios por minuto – mrpm).

Valores de normalidade:

-No homem (15 a 20 mrpm)

-Na mulher (18 a 20 mrpm)

Quanto ao ritmo:

Regular: quando o intervalo entre os movimentos respiratórios é igual.

Irregular: quando são diferentes.

Quanto à profundidade (intensidade da respiração): Superficial e Profunda

Nomenclatura:

-Eupneia: respiração com frequência normal

-Bradipneia: quando a frequência respiratória está abaixo de 12 mrpm

-Taquipneia: quando frequência respiratória acima de 24 mrpm

-Apneia: ausência ou parada de respiração por 20 segundos

-Dispneia: respiração difícil, caracterizada pelo aumento do esforço inspiratório e expiratório.

-Ortopneia: quando paciente tem dificuldade para respirar na posição deitada e só consegue respirar bem se estiver sentado

-Cheyne Stokes: quando o ritmo respiratório desigual, ou seja, todo alterado

-Estertorosa: respiração com barulho

-Kussmaul: respiração profunda e ofegante característica de coma e acidose diabética grave.

Existem fatores que alteram a respiração:

-Sono e banho quente: diminuem a respiração

-Emoções, exercícios e banho frio: aumentam a respiração.

Pressão Arterial – P.A: é a tensão que o sangue exerce nas paredes das artérias. A medida da pressão arterial compreende a verificação da pressão máxima (sistólica) e a pressão mínima (diastólica), sendo registrado em forma de fração.

A P.A. depende do:

Debito cardíaco: representa a quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo para o leito vascular em um minuto;

Resistência vascular periférica: determinada pelo lumen (calibre), pela elasticidade dos vasos e viscosidade sanguínea;

Viscosidade do sangue: decorre das proteínas e elementos figurados do sangue.

A P.A. é alterada em algumas situações fisiológicas, como:

a) Alimentação, medo, ansiedade, exercícios, estimulantes aumentam a P.A.

b) Repouso, jejum, depressão, diminuem a P.A.

Terminologias referentes à pressão arterial:

Hipertensão: P.A. elevada;

P.A. convergente: P.A. mínima próxima da P.A. máxima;

Hipotensão: P.A. baixa;

P.A. Divergente: P.A. mínima distante da P.A. máxima.

Local de Verificação:

Membros superiores (braços),

Membros inferiores (região poplítea)

Valores da PA:**Sistólica** - 90 - 140 mmHg**Diastólica** - 60 - 90 mmHg.**Normas para verificação da Pressão Arterial:**

- Na presença de lesões ou doenças contagiosas, proteger esfigmomanômetro envolvendo omembro do paciente com sanito. Encaminhar o esfigmomanômetro para lavanderia na alta do paciente
- Caso haja alterações no som é importante anotar para análise de dados clínicos;
- Verificar todos os sinais vitais de um paciente, lavar as mãos, e passar para outro;
- Em casos de verificar a P.A. com o paciente sentado, o membro superior deve ser posicionado de forma que o braço permaneça no mesmo nível que o coração, isto é, ao longo do corpo;
- Não verificar a P.A. nos membros com fistulas arteriovenosas,
- Lembrar que a P.A. pode ser verificada nos membros inferiores, se necessário.

Técnica para verificação da Pressão Arterial

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Promover a desinfecção das olivas e diafragma do estetoscópio com álcool a 70%;
- Explicar ao paciente o que ser feito;
- Colocar o paciente em condição confortável, com antebraço apoiado e a palma da Mão para cima;
- Expor o membro superior do paciente;
- Colocar o manguito (esfigmomanômetro) 5 cm acima da prega do cotovelo, na face interna do braço prendendo-o de modo a não comprimir nem soltar;
- Localizar com os dedos a artéria braquial na dobra do cotovelo;
- Colocar o estetoscópio no ouvido e segurar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria, evitando uma pressão muito forte;
- Fechar a válvula da pera de borracha e insuflar até o desaparecimento de todos os sons (cerca de 200 mmHg);
- Abrir a válvula vagarosamente;
- Observar o manômetro, o ponto em que ouvir o primeiro batimento e a P.A. sistólica máxima;
- Soltar o ar do manguito gradativamente até ouvir claramente o último batimento lendo o manômetro (P.A. diastólica mínima);
- Retirar todo o ar do manguito. Repetir a operação se for necessário;
- Remover o manguito e deixar o paciente confortável;
- Promover a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com álcool a 70%;
- Anotar na ficha de controle;
- Lavar as mãos

Técnica de Verificação de P.A. nos Membros Inferiores

- Lavar as mãos;
- Preparar o material;
- Promover a limpeza das olivas e diafragma do estetoscópio com álcool a 70%;

- Explicar ao paciente o que ser feito;
- Colocar o paciente em posição confortável com os MMII estendidos;
- Expor o membro inferior do paciente;
- Colocar o manguito (esfigmomanômetro) 5 cm acima da prega do joelho, prendendo-o de modo a não comprimir nem soltar-se;
- Localizar com os dedos a artéria poplítea na dobra do joelho;
- Colocar o estetoscópio no ouvido e segurar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria, evitando uma pressão muito forte;
- Fechar a válvula da pera de borracha e insuflar até o desaparecimento de todos os sons (cerca de 200 mmHg);
- Abrir a válvula vagarosamente;
- Observar o manômetro. O ponto em que ouvir o primeiro batimento e a P.A. sistólica máxima;
- Soltar o ar do manguito gradativamente até ouvir claramente o último batimento lendo o manômetro (P.A. diastólica mínima);
- Retirar todo o ar do manguito. Repetir a operação se for necessário;
- Remover o manguito e deixar o paciente confortável;
- Promover a limpeza das olivas e do diafragma do estetoscópio com álcool a 70%;
- Anotar na ficha de controle;
- Lavar as mãos.

Realizando a Oxigenoterapia.

Muitas doenças podem prejudicar a oxigenação do sangue, havendo a necessidade de adicionar oxigênio ao ar inspirado. Há várias maneiras de ofertar oxigênio ao paciente, como, por exemplo, através de cateter ou cânula nasal, nebulização contínua ou respiradores. O oxigênio é um gás inflamável que exige cauteloso manuseio relacionado ao seu transporte, armazenamento em ambiente livre de fontes que favoreçam combustão (cigarros, substâncias) e cuidados no uso da válvula do manômetro. Na maioria das instituições de saúde, o oxigênio é canalizado; mas também existe o oxigênio armazenado em cilindros de aço portáteis, que permitem seu transporte de um setor para outro, em ambulâncias, para residências, etc.

A administração de oxigênio deve ser feita com cautela, pois em altas doses pode vir a inibir o estímulo da respiração. O dispositivo mais simples e bem tolerado pelo paciente para a administração de oxigênio é a cânula nasal, feita de material plástico comum a alça para fixação na cabeça e uma bifurcação própria para ser adaptada nas narinas, através da qual o oxigênio - ao sair da fonte e passar por um umidificador com água estéril - é liberado. Outro dispositivo para administrar oxigênio é o cateter nasal, que, no entanto, provoca mais incômodo ao paciente que a cânula nasal.

Da mesma forma que a cânula, o oxigênio também é umidificado antes de chegar ao paciente. Para instalá-lo, faz-se necessário medir o comprimento a ser introduzido - calculado a partir da distância entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha e, antes de sua inserção, lubrificar a ponta do cateter, visando evitar traumatismo.

O profissional deve verificar a posição correta do cateter, inspecionando a orofaringe e observando se o mesmo encontra-se localizado atrás da úvula. Caso o paciente apresente reflexos de deglutição, tracionar o cateter até a cessação dos reflexos. A instalação da nebulização é semelhante à da inalação.

Ao fluxômetro, de oxigênio ou ar comprimido, conecta-se o nebulizador e a este o tubo corrugado (conector); a máscara facial é acoplada à outra extremidade do tubo e deve estar bem ajustada ao rosto do paciente.

A nebulização - utilizada principalmente para fluidificar a secreção das vias respiratórias tem efeito satisfatório quando há formação de névoa. Durante o procedimento, o paciente deve inspirar pelo nariz e expirar pela boca. As soluções utilizadas no inalador devem seguir exatamente a prescrição médica, o que evita complicações cardiopulmonares. Recomenda-se a não utilização de solução fisiológica, pois esta proporciona acúmulo de cristais de sódio na mucosa respiratória, provocando irritação e aumento de secreção. A inalação que deve ser realizada com o paciente sentado - é uma outra maneira de fluidificar secreções do trato respiratório ou administrar medicamentos broncodilatadores. O inalador possui dupla saída: uma, que se conecta à máscara facial; outra, ligada a uma fonte de oxigênio - ou ar comprimido - através de uma extensão tubular. Ao passar pelo inalador, o oxigênio - ou ar comprimido - vaporiza a solução que, através da máscara facial, é repassada ao paciente.

Na Infecção de Sítio Cirúrgico

A cirurgia é um procedimento traumático que provoca o rompimento da barreira de defesa da pele, tornando-se, assim, porta de entrada de microrganismos. A infecção do sítio cirúrgico manifesta-se entre 4 a 6 dias após a realização da cirurgia, apresentando localmente eritema, dor, edema e secreção. A prevenção da infecção de sítio cirúrgico envolve medidas pré-operatórias na Unidade de Internação, tais como, por exemplo, abreviação do tempo de internação, lavagem criteriosa das mãos pelos profissionais de saúde, banho pré-operatório e tricotomia. No Centro Cirúrgico, as medidas adotadas relacionam-se à preparação do ambiente, equipe cirúrgica e paciente. Na presente edição, priorizaremos os cuidados no pós-operatório, especificamente nos aspectos pertinentes à prevenção de infecção da ferida operatória. Como esses cuidados derivam dos mesmos princípios aplicados às feridas de maneira geral, abordaremos as questões de prevenção e tratamento no sentido mais genérico - não especificamente relacionado à ferida cirúrgica.

Ferida é o nome utilizado para designar qualquer lesão de pele que apresente solução de continuidade (ruptura da pele ou tecido adjacente).

Para prestar os cuidados adequados a alguém que apresente uma ferida, faz-se necessário conhecer o tipo de lesão, o padrão normal e os fatores que afetam a cicatrização. Um aspecto importante na abordagem do paciente que tem feridas é observar suas condições psicológicas e oferecer-lhe apoio - muitas vezes, há necessidade de seu encaminhamento para outro profissional - como o psicólogo -, pois, dependendo do local e aspecto

da ferida, a sua autoimagem pode estar seriamente comprometida - situação bastante comum, por exemplo, nos casos de vítimas de queimaduras.

Numa abordagem mais simplificada, podemos agrupar as feridas de acordo com sua causa, época de ocorrência e camada da pele lesada.

Quanto à causa, a ferida pode ser classificada como intencional, para fins de tratamento, como a incisão cirúrgica, ou não intencional, como as provocadas por agentes cortantes, como facas; perfurantes, como pregos; escoriações por atritos em superfícies ásperas; queimaduras provocadas por agentes físicos, como o fogo, e químicos, como os ácidos. Ainda nesse grupo, classificamos a úlcera de pressão (escara) causada por deficiência circulatória em pontos de saliência óssea, como a região sacra, que se desenvolve devido à compressão da pele e tecidos circunvizinhos com o colchão, em pacientes acamados e sem mobilidade.

Pessoas diabéticas podem vir a desenvolver feridas ulcerativas também causadas por deficiência circulatória localizada em membros inferiores.

Quanto à época, a ferida pode ser aguda, quando sua ocorrência é muito recente, ou crônica, caso de feridas antigas e de difícil cicatrização.

Quanto à camada da pele lesada, a ferida é classificada em estágio I quando atinge a epiderme; estágio II quando atinge a derme; estágio III quando atinge o subcutâneo e estágio IV quando atinge o músculo e estruturas ósseas.

Logo após a ocorrência de feridas o organismo inicia o processo biológico de restauração e reparação dos tecidos lesados. As feridas podem cicatrizar-se por primeira intenção quando as bordas da pele se aproximam e o risco de desenvolvimento de infecção é mínimo, ou por segunda intenção, quando as bordas da pele não se aproximam e a ferida é mantida aberta até ser preenchida por tecido de cicatrização caso em que há maior possibilidade de infecção.

Os fatores que influenciam a cicatrização de lesões são:

Idade: a circulação sanguínea e a concentração de oxigênio no local da lesão são prejudicadas pelo envelhecimento, e o risco de infecção é maior.

Nutrição: a reparação dos tecidos e a resistência às infecções dependem de uma dieta equilibrada e a episódios como cirurgias, traumas graves, infecções e deficiências nutricionais pré-operatórias aumentam as exigências nutricionais;

Obesidade: O suprimento sanguíneo menos abundante dos tecidos adiposos impede o envio de nutrientes e elementos celulares necessários à cicatrização normal;

Extensão da lesão:

- lesões mais profundas, envolvendo maior perda de tecido, cicatrizam mais vagarosamente e por segunda intenção, sendo susceptíveis a infecções; imunossupressão.
- a redução da defesa imunológica contribui para uma cicatrização deficiente;

Diabetes: o paciente portador de diabetes tem alteração vascular que prejudica a perfusão dos tecidos e sua oxigenação; além disso, a glicemia aumentada altera o processo de cicatrização, elevando o risco de infecção.

Curativo: É o tratamento utilizado para promover a cicatrização de ferida, proporcionando um meio adequado para este processo. Sua escolha dependerá do tipo e condições clínicas da ferida. Os critérios para o curativo ideal foram definidos por Turner, citado por Dealey:

- Manter alta umidade entre a ferida e o curativo, o que promove epitelização mais rápida, diminuição significativa da dor e aumento do processo de destruição natural dos tecidos necrosados.

- Remover o excesso de exsudação, objetivando evitar a maceração de tecidos circunvizinhos;

- Permitir troca gasosa ressalte-se que a função do oxigênio em relação às feridas ainda não está muito esclarecida;

- Fornecer isolamento térmico, pois a manutenção da temperatura constante a 37°C estimula a atividade da divisão celular durante o processo de cicatrização;

- Ser impermeável às bactérias, funcionando como uma barreira mecânica entre a ferida e o meio ambiente.

- Estar isento de partículas e substâncias tóxicas contaminadoras de feridas, o que pode renovar ou prolongar a reação inflamatória, afetando a velocidade de cicatrização;

- Permitir a retirada sem provocar traumas, os quais com frequência ocorrem quando o curativo adere à superfície da ferida; nessas condições, a remoção provoca uma ruptura considerável de tecido recém-formado, prejudicando o processo de cicatrização.

O curativo aderido à ferida deve ser retirado após umedecimento com solução fisiológica (composta por água e cloreto de sódio), sem esfregá-la ou atritá-la.

Desbridamento - retirada de tecido necrosado, sem vitalidade, utilizando cobertura com ação desbridante ou retirada mecânica com pinça, tesoura ou bisturi.

Exsudação - é o extravasamento de líquido da ferida, devido ao aumento da permeabilidade capilar.

Maceração - refere-se ao amolecimento da pele que geralmente ocorre em torno das bordas da ferida, no mais das vezes devido à umidade excessiva.

A troca de curativos pode baixar a temperatura da superfície em vários graus. Por isso, as feridas não devem ser limpas com soluções frias e nem permanecer expostas por longos períodos de tempo. Um curativo encharcado ou vazando favorece o movimento das bactérias em ambas as direções, ferida e meio ambiente, devendo, portanto, ser trocado imediatamente. Não se deve usar algodão ou qualquer gaze desfiada.

Tipos de Curativos

Atualmente, existem muitos curativos com formas e propriedades diferentes. Para se escolher um curativo faz-se necessário, primeiramente, avaliar a ferida, aplicando o que melhor convier ao estágio em que se encontra, a fim de facilitar a cura. Deve-se limpar as feridas antes da colocação de cobertura com solução fisiológica a 0,9%, morna, aplicada sob pressão. Algumas coberturas podem permanecer por vários dias e as trocas dependem da indicação do fabricante e evolução da ferida.

Alginatos

São derivados de algas marinhas e, ao interagirem com a ferida, sofrem alteração estrutural: as fibras de alginato transformam-se em um gel suave e hidrófilo à medida que o curativo vai absorvendo a exsudação. Esse tipo de cobertura é indicado para feridas com alta ou moderada exsudação e necessita de cobertura secundária com gaze e fita adesiva.

Carvão ativado

Cobertura composta por tecido de carvão ativado, impregnado com prata - que exerce ação bactericida e envolto por uma camada de não-tecido, selada em toda a sua extensão. Muito eficaz em feridas com mau odor, é indicada para cobertura das feridas infectadas exsudativas, com ou sem odor. Também necessita de cobertura secundária com gaze e fita adesiva.

Hidrocolóide

As coberturas de hidrocolóides são impermeáveis à água e às bactérias e isolam o leito da ferida do meio externo. Evitam o ressecamento, a perda de calor e mantêm um ambiente úmido ideal para a migração de células. Indicada para feridas com pouca ou moderada exsudação, podendo ficar até 7 dias.

Hidrogel

Proporciona um ambiente úmido oclusivo favorável para o processo de cicatrização, evitando o ressecamento do leito da ferida e aliviando a dor. Indicada para uso em feridas limpas e não infectadas, tem poder de desbridamento nas áreas de necrose.

Filmes

Tipo de cobertura de poliuretano. Promove ambiente de cicatrização úmido, mas não apresenta capacidade de absorção. Não deve ser utilizado em feridas infectadas.

Papaína

A papaína é uma enzima proteolítica proveniente do látex das folhas e frutos do mamão verde adulto. Agem promovendo a limpeza das secreções, tecidos necróticos, pus e microrganismos às vezes presentes nos ferimentos, facilitando o processo de cicatrização. Indicada para feridas abertas, com tecido desvitalizado e necrosado.

Ácidos Graxos Essenciais (AGE)

Produto à base de óleo vegetal possui grande capacidade de promover a regeneração dos tecidos, acelerando o processo de cicatrização. Indicada para prevenção de úlcera de pressão e para todos os tipos de feridas, apresentando melhores resultados quando há desbridamento prévio das lesões.

Antissépticos

São formulações cuja função é matar os microrganismos ou inibir seu crescimento quando aplicadas em