

organizadoras

Luciana Mara Monti Fonseca
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Silvana Martins Mishima

Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem



LUCIANA MARA MONTI FONSECA
ROSALINA APARECIDA PARTEZANI RODRIGUES
SILVANA MARTINS MISHIMA

Aprender para cuidar em enfermagem:
situações específicas de aprendizagem



Ribeirão Preto/SP – 2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Aprender para cuidar em enfermagem: situações específicas de aprendizagem / organizadoras, Luciana Mara Monti Fonseca, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Silvana Martins Mishima. -- Ribeirão Preto : Escola Enfermagem Ribeirão Preto/USP, 2015.

60 p. : il.

Livro eletrônico

Vários autores

ISBN 978-85-86862-66-3

1. Cuidado em enfermagem. 2. Aprendizagem em enfermagem. 3. Tecnologia educacional. I. Fonseca, Luciana Mara Monti. II. Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani. III. Mishima, Silvana Martins. IV. Título: situações específicas de aprendizagem.

CDU 614.253.5:377

Ficha Técnica:

Organizadoras

Luciana Mara Monti Fonseca
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
Silvana Martins Mishima

Autoria

Capítulo 1 – Avaliação da Mamada

Adriana Moraes Leite
Ana Márcia Spanó Nakano
Luciana Mara Monti Fonseca

Capítulo 2: Avaliação Multidimensional do Idoso

Luciana Kusumota
Rosalina A Partezani Rodrigues
Sueli Marques

Suzele Cristina Coelho Fabrício-Wehbe

Capítulo 3: Avaliação do Estado Saúde Mental I

Lucilene Cardoso
Edilaine C. Silva Gherardi Donato
Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Capítulo 4: As Linguagens Padronizadas e a Prática Clínica de Enfermagem

Fernanda Raphael Escobar Gimenes
Soraia Assad Nasbine Rabeh
Ana Emilia Pace
Eugenia Velludo Veiga
Renata Karina Reis
Sílvia Rita da Silva Canini
Emília Campos de Carvalho

Capítulo 5: Administração Segura de Medicamentos pela via intramuscular ao paciente adulto

Simone de Godoy
Leila Maria Marchi-Alves
Maria Helena Larcher Caliri

Capítulo 6: Cateterismo vesical de demora masculino e feminino

Simone de Godoy
Leila Maria Marchi-Alves
Maria Helena Larcher Caliri

Capítulo 7: Antissepsia cirúrgica das mãos

Renata Cristina C. Pereira Silveira
Rosana Aparecida Spadoti Dantas
Carina Aparecida Marosti Dessotte

Helena Megumi Sonobe
Cristina Maria Galvão
Lídia Aparecida Rossi

Capítulo 8: Atendimento cardiovascular de emergências: parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar no adulto.

Renata Karina Reis
Aline Aparecida Monroe
Maria Célia Barcellos Dalri

CACRAE

Professora Dra. Luciana Mara Monti Fonseca
Professora Dra. Simone de Godoy
Professora Dra. Luciane Sá de Andrade
Professora Dra. Marta Cristiane Alves Pereira
Eliana Aparecida Placco Simões Braga
Willians Braz Romano
Carlos Alberto Seixas
Rosicler Xelegati

Desenhos (capas)

Ana Márcia Spanó Nakano

Multimeios

Serviço de Criação e Produção Multimídia

Empresa Contratada

Piwhel Informática

PREFÁCIO

No mundo contemporâneo, as Tecnologias da Informação têm sido introduzidas, disseminadas e utilizadas em diferentes setores da sociedade, destacando-se aqui sua importância na educação pelo potencial de agregar qualidade, inovação e equidade.

Além das vantagens conhecidas acerca de seu uso como recurso auxiliar de ensino para armazenamento e organização de conteúdos específicos, informações e atividades/tarefas, tais tecnologias também devem ser utilizadas pelo estudante com dinamismo e criatividade na construção do próprio conhecimento. Nesse processo, o papel do educador também se transforma, pois deixa de ser a principal fonte de informação e conhecimento e passa a criar oportunidades para o estudante ser proativo no processo de ensino-aprendizagem.

Neste cenário de mudança de paradigma na aprendizagem e numa perspectiva de inovação tecnológica, educadores pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) têm desenvolvido e avaliado o impacto de tecnologias educacionais digitais dirigidas à formação e educação permanente de enfermeiros e equipe de saúde, bem como à educação em saúde da clientela em diferentes contextos de cuidado.

Este e-Book é mais um produto nesta direção, fruto de projeto institucional orquestrado pela Comissão de Graduação e Direção da EERP/USP e inserido na política de inovação no ensino de graduação da USP; é parte do livro Série E-Books: práticas em enfermagem.

Na elaboração do e-Book teve-se por base o uso das práticas pedagógicas de gestão de projetos como empreendimento colaborativo, cuidadosamente planejado por um conjunto de educadores pesquisadores de diversas áreas de ensino, responsáveis por disciplinas dos cursos de bacharelado em enfermagem e de bacharelado e licenciatura em enfermagem da EERP/USP. O e-Book está estruturado em oito capítulos com conteúdos fundamentados em evidências científicas e na experiência clínica dos educadores, apresentados de forma clara e pedagógica, com explicitação dos objetivos de aprendizagem e uso de recursos multimeios com vídeos, casos clínicos e/ou simulações nas seguintes situações de cuidado de enfermagem: avaliação clínica da mamada do bebê, avaliação multidimensional do idoso, avaliação do estado mental, linguagens padronizadas e a prática clínica de enfermagem, administração segura de medicamentos pela via intramuscular ao paciente adulto, cateterismo vesical de demora masculino e feminino, antisepsia cirúrgica das mãos e atendimento cardiovascular de emergência no adulto,

Por intermédio da disponibilização deste e-Book em versões para sistema operacional IOS e para Android a serem utilizados em dispositivos móveis e ambiente virtual de aprendizagem, tem-se aqui disponíveis ferramentas que podem potencializar e otimizar o processo ensino-aprendizagem na formação e educação permanente de enfermeiros.

Carmen Gracinda Silvan Scochi

Profa. Titular junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP

Apresentação

O Programa Pró-Ensino, lançado em 2013, pela Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo, sustentado pela perspectiva de valorização do ensino de graduação, trouxe para as unidades de ensino o desafio da produção de material didático, visando propiciar aprendizagem sólida e eficaz, mediadas por recursos didáticos diversos, considerando as características da população de nativos digitais que tem chegado até a universidade.

Adicionalmente, creditou-se positivamente ao Programa, como um efeito colateral, a possibilidade dos docentes renovarem sua prática didática com o estabelecimento de novas estratégias para o ensino de graduação. Renovar a prática didática tem assumido diferentes possibilidades.

No caso do ensino de enfermagem, em que se busca não apenas o desenvolvimento de habilidades que permitam a execução técnica de uma dada tarefa, mas de forma articulada e integrada o desenvolvimento do pensamento crítico que qualifique o estudante e o futuro profissional enfermeiro para o processo de tomada de decisão em cenários complexos e integrados, em que lhe é exigido capacidade de raciocínio crítico, tomada de decisão e uso de competências técnicas, relacionais e éticas, esta posto o desafio para o processo de formação.

Práticas de simulação realística; vivências em laboratórios sociais; utilização de meios virtuais e sua adequação às finalidades de formação; dinamização das aulas de graduação pela inclusão de materiais didáticos produzidos com linguagens diversas mais próximas as atuais necessidades dos jovens estudantes, tem o potencial de permitir que os docentes apliquem didaticamente, sempre que possível, pesquisas

realizadas na pós-graduação, aproximando ainda mais pesquisa e ensino.

Consideramos que a tecnologia da informação, como por exemplo a elaboração de materiais didáticos digitais, para divulgação em meios eletrônicos tem potencial para proporcionar um processo ensino-aprendizagem mais flexível, atrativo, interativo e colaborativo, possibilitando aos estudantes relacionar conhecimentos com suas experiências prévias, levantar e testar hipóteses, pensar em como e onde aplicar o que aprende e ser crítico.

Este e-book, junta-se à produção da EERP, e certamente, as contribuições presentes permitirão a abertura de outras possibilidades.

SILVANA MARTINS MISHIMA
DIRETORA DA EERP – GESTÃO 2014-2018

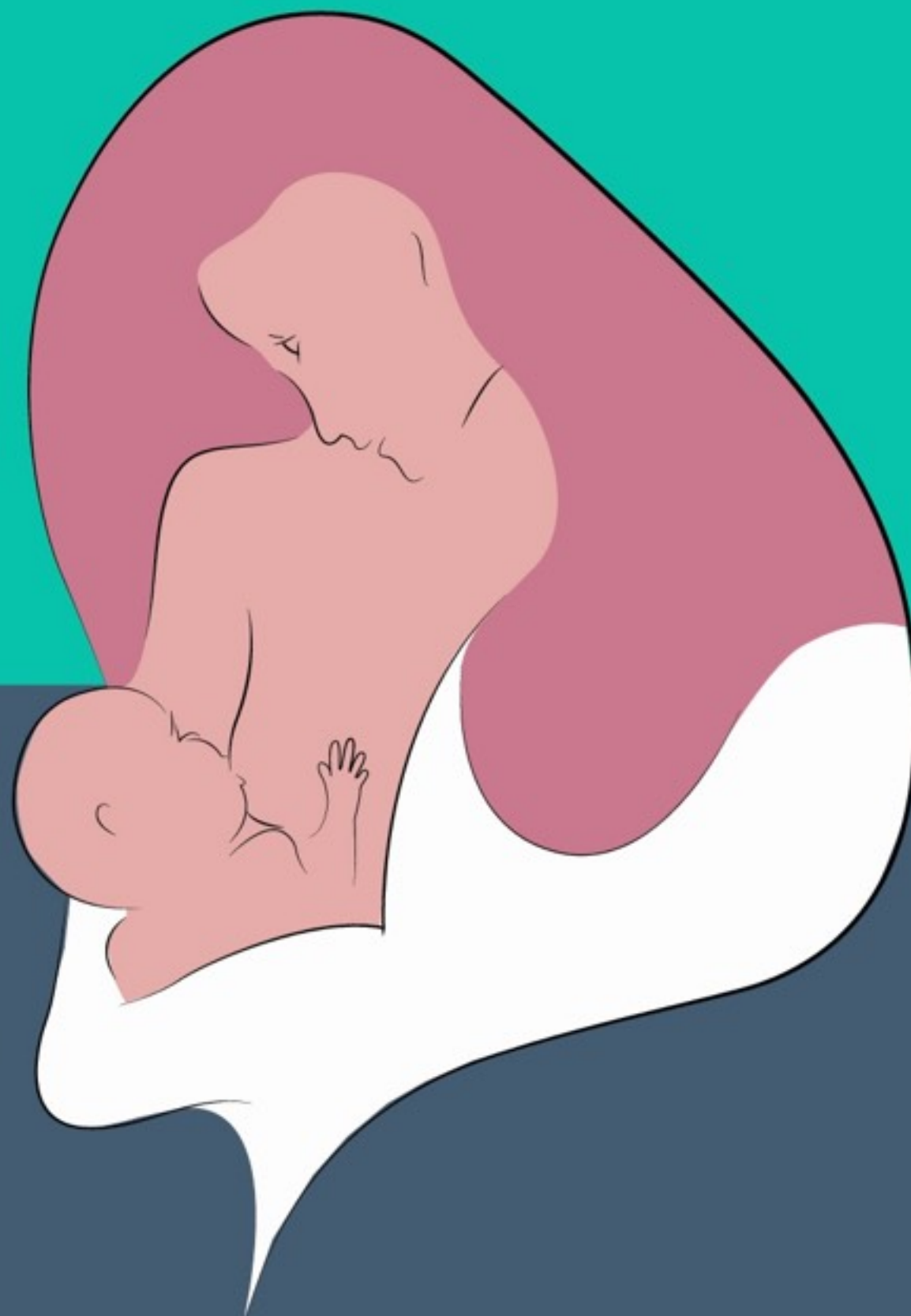
Autoras:

Adriana Moraes Leite

Ana Márcia Spanó Nakano

Luciana Mara Monti Fonseca

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA MAMADA



Avaliação clínica da mamada



Objetivos da aprendizagem

Este e-book foi desenvolvido para auxiliar a aprendizagem sobre amamentação na avaliação da mamada e está organizado em quatro partes, que incluem: considerações na avaliação da mamada (ambiente, condições da mãe e do bebê para a amamentação), o posicionamento do corpo da mãe e do bebê para a amamentação, a pega e a sucção do bebê durante a amamentação e a eficácia da amamentação.

1.1 Para iniciar a mamada, considerar:

1.2 Posicionamento do corpo da mãe e do bebê para a amamentação

1.3 Pega e a sucção do bebê durante a amamentação

1.4 Eficácia da amamentação

1.5 REFERÊNCIAS

1.1 Para iniciar a mamada, considerar:

1.1.1 Ambiente adequado - privacidade, ausência de ruído, pouca luminosidade, que favoreça contato mãe e bebê, além de ser acolhedor.

1.1.2 Condições da mãe para a amamentação

Estado emocional materno:

O conhecimento básico sobre amamentação e o apoio social do parceiro/família e profissional de saúde são importantes para controlar a ansiedade que é apontada como fator frequente entre as puérperas. Vale considerar também que as experiências anteriores positivas contribuem para o sucesso na amamentação fortalecendo a confiança materna na capacidade para amamentar. Segundo Dennis (1999), as mães precisam acreditar que têm conhecimentos e habilidades para realizar a amamentação de seu filho com êxito. Dentre os fatores que podem dificultar a amamentação é a manifestação de dor relacionada à contração uterina, comum nas primeiras horas do pós-parto, que compromete o início e eficácia da amamentação, ou ainda a dor no mamilo, relacionada a pega incorreta do bebê durante a mamada, em caso de mamilos sensíveis e na presença de **trauma mamilar**. Uma das condições fundamentais para o bebê mamar é que o mesmo apresente **prontidão para mamar**, estar em **estado alerta**, sem **dor** e/ou desconforto e ausência de **irritabilidade**.

1.1.3 Contexto sociocultural

O **comportamento feminino relacionado ao aleitamento materno** está relacionado ao contexto social em que a mulher está inserida. **Influências do senso comum e do conhecimento científico**, bem como valor social político e econômico, influenciam nas decisões da mulher em amamentar ou não. No atendimento a puérpera deve-se respeitar todo o contexto que a envolve, sua cultura, suas experiências anteriores e seus reais desejos em amamentar ou não, o conhecimento **rede de suporte social formal e informal** as **crenças e tabus**. A amamentação, como prática valorizada e cobrada socialmente, impõe a mulher responsabilidades quanto a saúde e bem estar físico e emocional do filho, e a medida que a mulher busca articular a amamentação com outras atribuições não menos importantes, tais como: trabalhadora, esposa entre outros, passa a conviver com sentimentos ambivalentes frente a intensas modificações referente a **transição do papel materno**.

A amamentação é uma prática que requer ser aprendida pela mulher, sobretudo na atualidade em que as mulheres tem pouca oportunidades de obter o aprendizado, já que fontes tradicionais de aprendizado por mulheres experientes da família foram perdidas em função das novas relações sociais no interior das famílias, rompendo com a troca de conhecimentos e experiências entre gerações. A aquisição de habilidades para amamentar é fundamental na prevenção e manejo das dificuldades comuns na amamentação.

Dentre os **problemas mamários comuns** incluem: tipo de mamilos, ingurgitamento mamário, dor/trauma mamilar, mastite, abscesso mamário, candidíase, entre outros.

1.1.4 Condições do bebê para a amamentação

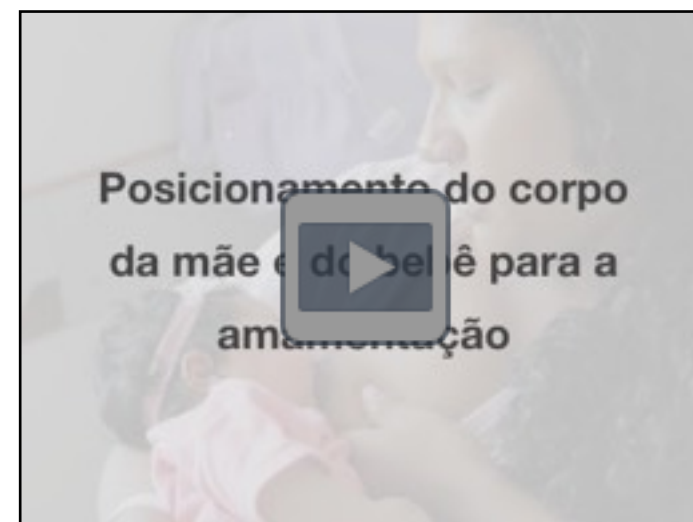
Para que o bebê esteja pronto para amamentar, ele precisa estar em estado de alerta Glass e Wolf (1994) delimitam o estado de consciência do bebê, como sono profundo, sono leve, sonolento, alerta quieto, alerta ativo e **choro**.

No estado alerta quieto o bebê pode responder bem aos estímulos visuais e auditivos, ou elucidação dos reflexos orais e interação social. O estado de alerta (acordado ou ativo) é considerado o mais adequado para o bebê se alimentar de forma eficiente e sem riscos, pois neste estado ele potencializa sua capacidade de aprendizagem cognitiva, social e emocional. O estado de consciência também pode estar relacionado à presença ou ausência do reflexo oral e assim ao nível de fome. A presença do reflexo de procura demonstrará se ele está receptivo para se alimentar, comportamento que está relacionado ao estado de consciência (geralmente alerta) e à presença de fome. A presença de reflexos de procura e de sucção poderá trazer indícios da prontidão do RN para início da amamentação (ARVEDSON; BRODSKY, 1993).

Há situações especiais que dificultam o bebê de mamar, tais como: **fissuras lábio-palatais**, **prematuidade**, frênulo lingual curto. As dificuldades se fazem presentes nesses bebês, pois nem

sempre capazes de sugar com força; nos casos de prematuros, necessitam de alguns nutrientes a mais para o seu crescimento e principalmente porque nessas situações é muito comum a necessidade de ordenhar a mama e oferecer o leite ordenhado a esses bebês. Assim, há que se considerar as dificuldades inerentes a essa prática para as mães, desde a correta orientação, disponibilidade materna, armazenamento do leite e outras questões que envolvem a vida da mãe para a ordenha mamária. Não podemos deixar de considerar o estresse materno, sempre presente nessas situações e que muito influencia o curso da amamentação. É importante que mãe seja informada de que poderá ocorrer durante as mamadas: pausas frequentes; mamadas longas; sinais de fadiga do bebê nessas situações especiais.

1.2 Posicionamento do corpo da mãe e do bebê para a amamentação



A posição mais comum é com a mãe sentada, com as costas e pés apoiados, assegurando que a mesma esteja confortável, segura. Diferentes posições também podem ser recomendadas:

É importante que o bebê esteja posicionado voltado para o corpo materno, com as nádegas apoiadas, a cabeça de frente para a mama, com corpo e cabeça alinhados, mantendo-se em posição de flexão.

1.3 Pega e a sucção do bebê durante a amamentação

1.3.1 Pega

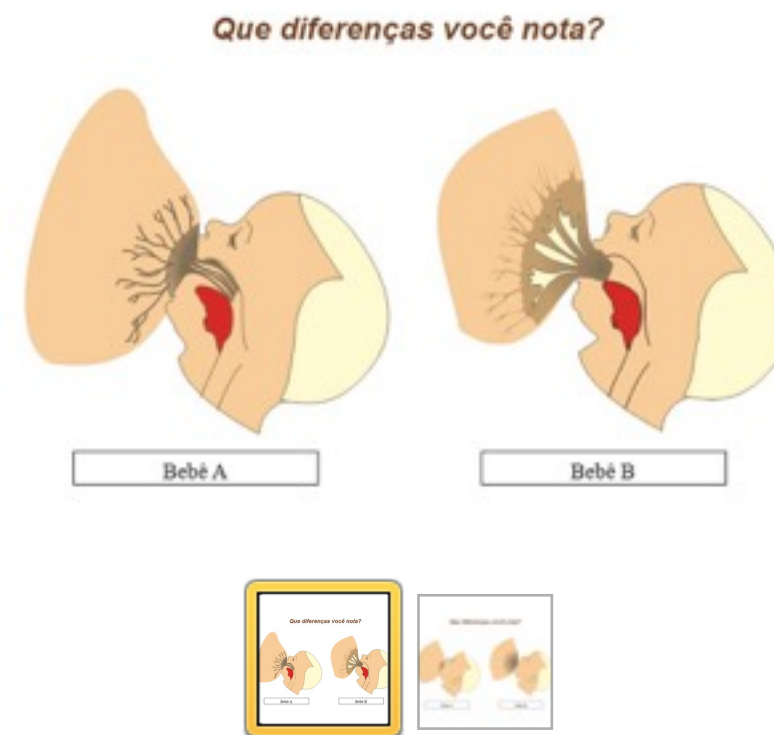
Para apreensão correta mamiloareolar pelo bebê, é necessário que esta região esteja amolecida, para tanto, deve-se realizar o teste de flexibilidade .que consiste em apreender a região com as pontas dos dedos e executar movimentos de flexão (inferossuperior e laterolateral).

Imagem 1 - Teste de Flexibilidade



Se houver flexibilidade alterada demonstrando acúmulo anormal de leite (endurecido) é necessário realizar a **ordenha mamária** previamente à mamada para o reestabelecimento da flexibilidade. Ao iniciar a mamada, o mamilo deve ser tocado na região perilabial do bebê. Quando este abrir a boca, introduzir não apenas o mamilo, mas boa parte da aréola inferior na boca do bebê. Uma pega correta é quando o queixo do bebê toca a mama e os lábios ficam virados para fora.

Imagem 2 - Pega Correta e Pega Incorreta



Saiba mais: **Sinais** que a amamentação vai bem e de dificuldades.

1.3.2 Sucção

O bebê a termo está pronto para sugar o leite materno, sua cavidade oral é pequena, seu espaço é totalmente ocupado pela língua, tocando na parte inferior o assoalho e superior, o palato. Lateralmente a língua toca o arco alveolar e as bochechas. Devido às condições de espaço, a movimentação da língua é limitada, podendo fazer apenas movimentos na posição para frente e para trás.

Filme 1 - Mecânica da Sucção



Sequência do corpo humano em 3D do Projeto Homem Virtual da Disciplina de Telemedicina da FMUSP sobre Mecânica da sucção

Mecânica da sucção envolve os seguintes aspectos: a apreensão do mamilo materno pelo bebê promovendo vedamento periférico contra a mama; abaixamento da mandíbula provocando pressão negativa intrabucal e succionando o leite da mama para o mamilo; elevação da mandíbula para uma posição anterior (protrusa) comprimindo a aréola; retorno da mandíbula para a

posição original (o verdadeiro ato de ordenha); o leite coletado na cavidade bucal alcança o palato mole provocando o reflexo de deglutição (FALTIN,1983)

Existem dois padrões de sucção, cada um corresponde a diferentes etapas do desenvolvimento infantil, o padrão suckling e o padrão sucking. O suckling é o mais primitivo de sugar, ou seja, nos primeiros meses de vida. A língua movimenta-se para frente até a região do lábio inferior e para trás, mantendo suas bordas laterais elevadas (canolamento), simultaneamente a mandíbula faz o movimento de abertura e fechamento. O sucking ocorre por volta do 4o ou 6o mês de vida, quando a cavidade oral do bebê está maior. Nesta fase, a língua tem mais espaço e pode realizar movimentos mais complexos como verticais para cima e para baixo, ou seja, como uma onda antero-posterior comprimindo a estrutura de ductos na projeção da aréola fazendo o leite fluir.

Os movimentos da mandíbula começam a ser dissociados. Estes movimentos mais elaborados ocorrem alternadamente aos movimentos do padrão inicial. A sucção começa a apresentar-se voluntariamente. Com o vedamento labial mais eficiente e maior espaço intraoral, surge a pressão negativa, que irá facilitar a ingestão do leite (CASTRO; ARAÚJO, 2006).

A sucção do bebê acontece de modo coordenado com as funções da respiração e deglutição. Durante a mamada o bebê que desenvolve uma boa sucção apresenta as bochechas

arredondadas, a língua não faz ruídos, observa-se a deglutição ruidosa e a movimentação da articulação temporomandibular.

A quantidade e qualidade da sucção são os principais determinantes da produção de leite, segundo Giugliani (2004).

Qualquer fator materno ou da criança que limite o esvaziamento das mamas pode causar diminuição na síntese de leite, por inibição mecânica e química, portanto, uma das causas mais comuns de baixa produção de leite é a má pega com a sucção inadequada.

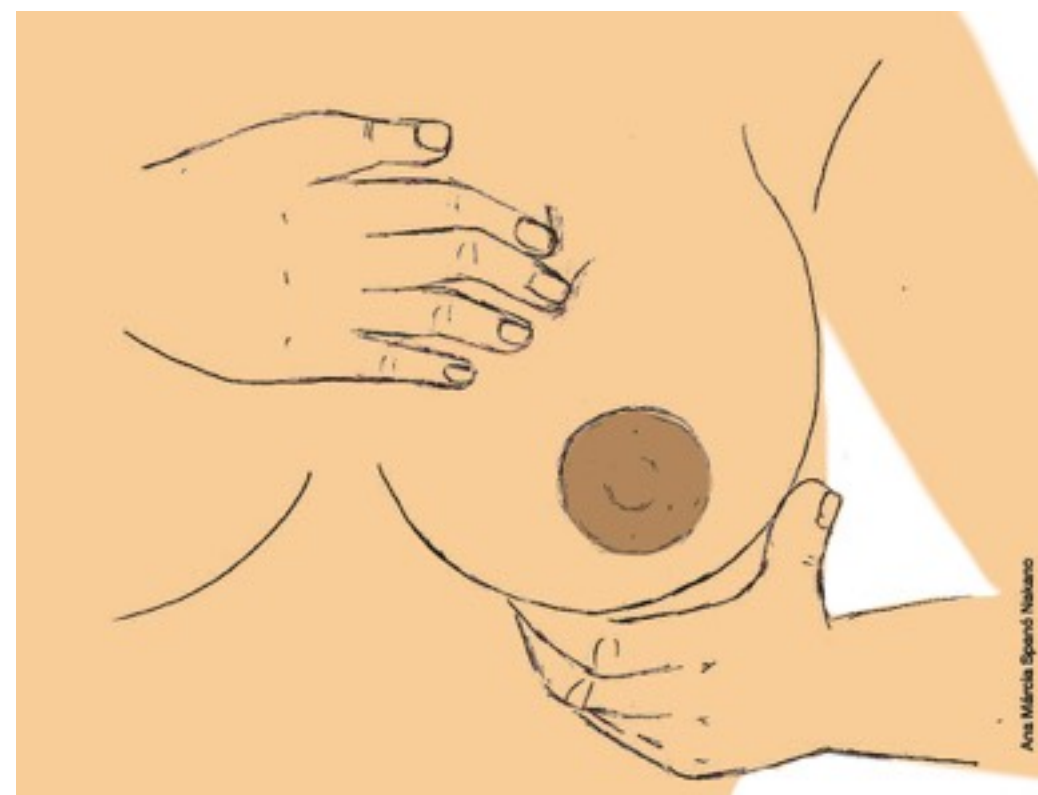
Saiba mais: [Avaliação do padrão de sucção.](#)

1.4 Eficácia da amamentação

O bebê deve sugar em livre demanda, ou seja, sem horário fixo de intervalo entre as mamadas e duração. Este estabelece seus próprios horários que geralmente variam em intervalos de duas a três horas ao dia e de quatro à noite. A mãe deve ser orientada a amamentar ao perceber o sinal de fome do bebê e diferenciar o choro da fome, do choro motivado por outras causas. No primeiro mês de vida, o bebê chega a mamar, em média, até dez ou doze mamadas ao dia. Outros aspectos que devem ser considerados são o ganho de peso (30g/dia no 1o trimestre, 25g/dia no 2o trimestre e 20g/dia no 3o trimestre), diurese (pelo menos seis micções em 24h), atividade, intervalo de sono, etc. À medida que a mamada decorre, os recém-nascidos tendem a ficar satisfeitos com a ingestão do leite ou colostro e passam a apresentar-se mais em estado de sono) (LEITE et al., 2009).

A mãe deve ser orientada a deixar o bebê esvaziar a primeira mama e sugar quanto quiser na segunda, e alternar a ordem de oferta das mamas na mamada seguinte. Isto garante que o bebê receba o leite do final da mamada e que ambas as mamas recebam o estímulo da sucção essencial à produção do leite para próxima mamada, prevenindo o ingurgitamento mamário. Se o bebê não conseguir realizar um bom esvaziamento da mama, é importante que a mãe verifique a presença de acúmulo de leite por meio da auto palpação da mama.

Imagem 3 - Palpação da mama



Ao identificar pontos de dor, proceder à extração manual do leite. Outros **cuidados preventivos** incluem: passar o próprio leite na mama, banho de sol, orientar o não uso de cremes nos mamilos, alertar quanto a sinais de intercorrências mamárias.

1.5 REFERÊNCIAS

Autoras:

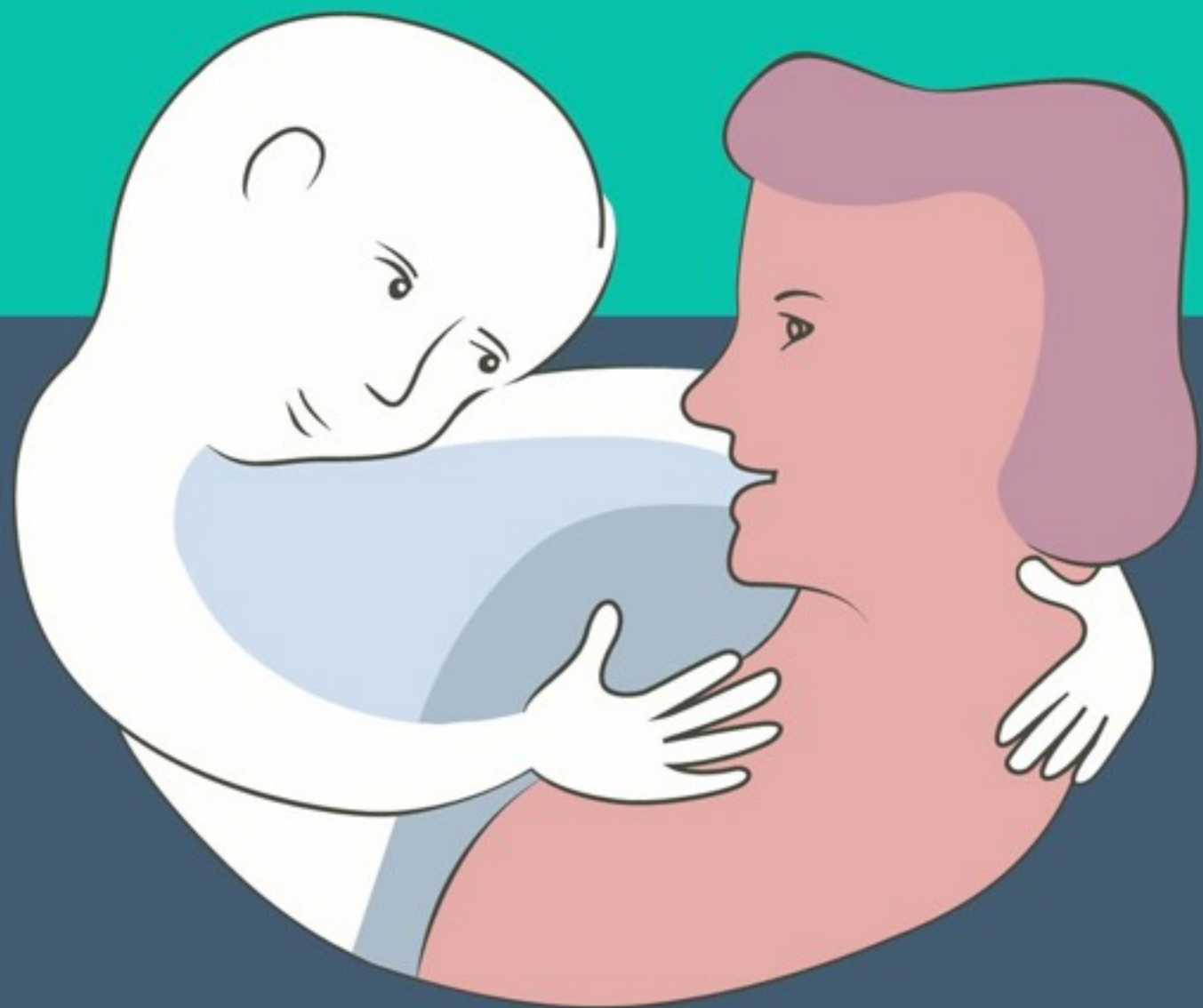
Luciana Kusumota

Rosalina A Partezani Rodrigues

Sueli Marques

Suzele Cristina Coelho Fabrício-Wehbe

Avaliação multidimensional do idoso



Avaliação multidimensional do idoso



Objetivos da aprendizagem

O objetivo do e-book é o de oferecer uma ferramenta de aprendizagem para auxiliar o aluno de Graduação em Enfermagem na Avaliação Multidimensional do Idoso. Está organizado de forma objetiva e que permite ao aluno a interação com o texto principal, textos para leituras, instrumentos de avaliação e material educativo, como vídeos. A primeira etapa do Projeto oferece oportunidade aos alunos para atender as necessidades de aprendizagem sobre a avaliação do idoso. Esse canal de comunicação entre os docentes e alunos permitirá maior qualificação para o cuidado de enfermagem ao idoso, uma vez que é uma área de conhecimento recente e diante das mudanças demográficas é uma população que merece atenção especial, diante desse processo de envelhecimento. Assim, o presente e-book oferecerá possibilidade do aluno conhecer, aplicar e interpretar as medidas de avaliação funcional, de saúde mental e do ambiente em que o idoso interage, para viabilizar o raciocínio clínico de enfermagem.

2.1 Avaliação Multidimensional do Idoso

2.1.1 Avaliação Física

2.1.2 Avaliação Funcional

2.1.3 Avaliação da Saúde Mental

2.1.4 Síndromes Geriátricas

2.5 REFERÊNCIAS

2.1 Avaliação Multidimensional do Idoso

A Avaliação Multidimensional do Idoso é uma prática que o aluno de Enfermagem necessita se apropriar, diante da crescente demanda dessa parcela populacional no Sistema de Saúde. A relação entre o aluno e o idoso, nesse momento da avaliação, oferecerá oportunidade para uma comunicação mais efetiva e um planejamento da assistência de qualidade. Permitirá ao idoso se expressar diante de suas necessidades e ao aluno ouvir os motivos que levaram o idoso procurar o Serviço de Saúde. No momento da avaliação multidimensional o aluno deverá se apresentar ao idoso e solicitar ao mesmo “ como gosta de ser chamado sr (a) XX” e explicar o motivo da avaliação e o benefício para ele (a).

Um dos pontos importantes na comunicação tanto a verbal, quanto a não verbal, é sempre a de respeitar o tempo do idoso. Cada pessoa tem um ritmo diferente de resposta e uma história com material rico para ser avaliado. Caso o idoso apresente dificuldade para se comunicar como dificuldade auditiva, visual ou até mesmo problemas de memória, acione o familiar mais próximo, para ajudá-lo.

Essa parceria no momento da comunicação e conseqüente avaliação, entre o idoso, familiares e aluno, ajudará no processo de tomada de decisões para a o cuidado de enfermagem. Assim, a avaliação multidimensional refere-se ao processo de avaliação, tratamento e cuidado do idoso. O National Institutes

of Health (NIH), 1987 define como “uma avaliação multidisciplinar na qual os problemas dos pacientes idosos são revelados, descritos e explicados, se possível, e também, é realizada uma pesquisa em que os recursos e a capacidade do paciente são consideradas, a necessidade dos serviços e estimada e um plano coordenado é especialmente desenvolvido para interceder diretamente na problemática do idoso”.

A avaliação do idoso tem sido uma das prioridades nas pesquisas de diferentes áreas de conhecimento, em vários países do mundo. Essa fase é de vital importância, uma vez que a avaliação da condição do idoso deverá nortear as intervenções nestes, tanto em Serviços de Saúde, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e no domicílio. A Avaliação Multidimensional do Idoso inclui a investigação de vários aspectos tais como: físico , mental, funcional , social , ambiental e outros específicos. Em particular nesta fase do e-book será considerada a avaliação física , funcional, mental e algumas síndromes geriátricas.

2.1.1 Avaliação Física

2.1.1.1 Órgãos do sentido

A – Visão

A visão faz parte do nosso corpo e deve ser avaliado a partir do nascimento do ser humano. O olho é o órgão sensorial da visão. A estrutura e função da anatomia interna e externa, as vias

ópticas e os campos visuais podem ser aprendidos no **capítulo 14- Olhos (Jarvis, 2012)**. Quando a pessoa apresenta qualquer sintoma e relata a um profissional de saúde alguma dificuldade visual, o enfermeiro deverá realizar a primeira avaliação diante do problema e encaminhar o idoso ao oftalmologista para avaliação adequada para o tratamento.

Como 85% do nosso relacionamento com o mundo e de nossas atividades diárias dependem diretamente da visão e do perfeito funcionamento dos olhos, podemos conhecer esse maravilhoso universo no material do Homem Virtual – **Visão**.

A acuidade visual diminui ao longo da vida, tanto as estruturas oculares, quanto pela detecção de problemas como a **catarata** e o **glaucoma**.

Filme 1 - Homem Virtual - Olho-Refração



Sequência do corpo humano em 3D do Projeto Homem Virtual da Disciplina de Telemedicina da FMUSP sobre Olho-Refração.

O aluno deverá experienciar as dificuldades visuais , do idoso nas aulas de laboratório.

B- Audição

A audição tem uma função social importante na vida do ser humano, ela é uma das responsáveis pela comunicação verbal. Os componentes que formam a estrutura e função da orelha são: orelha externa, orelha média, orelha interna e a audição. A função envolve três níveis: periférico, tronco encefálico e córtex cerebral. O idoso pode apresentar dificuldades auditivas, em decorrência de cerúmen ou de presbiacusia, que é uma perda sensorial neural gradual. O aluno deverá fazer a leitura do capítulo 15- Orelhas (JARVIS, 2012). O aluno deverá experienciar as dificuldades auditivas , do idoso , nas aulas de laboratório.

2.1.2 Avaliação Funcional

Filme 2 - Homem Virtual - Audição



Sequência do corpo humano em 3D do Projeto Homem Virtual da Disciplina de Telemedicina da FMUSP sobre Audição.

Para o conceito de saúde do idoso, deve-se considerar também a **capacidade funcional** que constitui um foco da avaliação multidimensional e que se relaciona diretamente com a **qualidade de vida**.

A capacidade funcional é avaliada a partir das **Atividades da Vida Diária (AVDs)** que os idosos podem ou não desempenhar com **independência** e **autonomia** (JARVIS, 2012). A manutenção da máxima capacidade funcional e pelo maior tempo possível, é foco central da **Política Nacional da Saúde do Idoso**. Sendo que a presença do declínio funcional pode indicar uma doença já instalada ou um risco para tal situação. Por meio da avaliação da capacidade funcional, é possível determinar se o idoso necessita auxílio e/ou adaptação para a realização das suas AVDs. Tal necessidade pode ser traduzida em presença de **dependência** parcial ou total de outra pessoa e/ou equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à vida cotidiana. E ser, portanto um parâmetro para o planejamento do cuidado do idoso. As AVDs podem ser subdivididas em **Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs)**, **Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)** e **Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs)**. A avaliação do grau de capacidade funcional do idoso é feita por meio da aplicação de instrumentos. Para avaliar as ABVDs e as AIVDs, os instrumentos amplamente utilizados em nosso meio são, a **Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD)**, ou **Escala de Katz** e **Escala de Atividades Instrumentais da Vida**

Diária de Lawton e Brody, respectivamente.

2.1.3 Avaliação da Saúde Mental

A avaliação do estado mental representa um aspecto relevante da avaliação multidimensional do idoso, com destaque para a avaliação da **cognição** e identificação de sinais e sintomas de **depressão**.

A cognição esta intimamente relacionada com a independência, autonomia e, conseqüentemente, com a capacidade de cuidar de si mesmo e, portanto, é um aspecto importante na saúde do idoso. Com o envelhecimento natural, ocorrem alterações do sistema cognitivo que podem resultar em declínio e/ou perdas de determinadas funções.

A avaliação da cognição pode ser feita por meio da utilização de instrumentos, dentre eles o mais conhecido e utilizado em nosso meio é o **Mini Exame do Estado Mental (MEEM)** e **Instruções de uso**.

A literatura mostra que a avaliação cognitiva contribui, também para o rastreio das principais alterações mentais dos idosos como, por exemplo, demência e depressão (FREITAS; MIRANDA, 2006).

A depressão em idosos, geralmente, é ignorada ou pouco diagnosticada, pois os profissionais da saúde entendem os sintomas depressivos como manifestações comuns ao processo de envelhecimento (SNOWDON, 2002), e apesar dos idosos, às vezes, se apresentarem mentalmente saudáveis, podem estar vulneráveis aos distúrbios psiquiátricos.

Para rastreio da depressão ou verificação de sintomas depressivos existem algumas escalas disponíveis e uma muito utilizada é a **Escala de Depressão Geriátrica (EDG)**. Acesse o link para **EDG**

2.1.4 Síndromes Geriátricas

Os temas referentes ao envelhecimento são cada vez mais abordados nos dias atuais, sobretudo pelas mudanças na transição demográfica e epidemiológica que resultam em aumento da expectativa de vida e conseqüentemente aumento do número de idosos. Para acompanhar esta evolução, pesquisas devem ser desenvolvidas no intuito de promover um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Na avaliação do idoso os principais problemas que acometem os idosos são **Fragilidade, Quedas, Delírio, Demência, Incontinência Urinária, Imobilidade, Úlcera de Pressão, Iatrogenias**. Neste momento serão abordados os temas Fragilidade e Quedas.

A - Fragilidade

Fragilidade entre os idosos tem emergido como importante conceito em gerontologia e geriatria, sendo citada como significativo fator de risco para queda, incapacidade, hospitalização e morte entre idosos (Fried et al, 2004; Fabrício-Wehbe et al, 2009). Não há um padrão ouro, ou um consenso entre pesquisadores para a definição de fragilidade em idosos. Existem algumas vertentes de estudos sobre fragilidade na literatura internacional, sendo os mais utilizados no Brasil, o

estudo de **Fried e cols. (2001) e Rockwood e cols (2005)**. A fragilidade pode se manifestar em indivíduos de todas as faixas etárias, em especial nos idosos. Porém, não deve ser entendida como sinônimo de velhice, deve ser evitada e identificada precocemente. Durante a Avaliação Multidimensional do Idoso, o profissional de saúde possui a oportunidade de detectar muitos fatores de risco para fragilidade e atuar de maneira preventiva no surgimento e/ou piora desse estado através de critérios de medida ou **instrumentos de medida** de fácil e rápida aplicabilidade, validados, e que poderão apontar, de maneira mais objetiva, os indicadores de fragilidade que precisam ser avaliados em idosos, **(Fabrício-Wehbe et al, 2009), (Fabrício-Wehbe et al, 2013)**

Sabe-se que a fragilidade relaciona-se à idade, porém não se apresenta de maneira uniforme em todos os indivíduos, pois é decorrente de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais advindos do processo de senescência e senilidade.

Assim, devido a sua alta complexidade, e caráter multidimensional o estudo da fragilidade ainda representa um desafio para estudiosos do envelhecimento e profissionais da área da saúde.

B- Q u e d a s

As **quedas** correspondem a uma das maiores causas de acidentes fatais envolvendo idosos. Além de gerarem prejuízos

físicos e psicológicos, comprometendo a qualidade de vida desta população, representam um grave problema de saúde pública em termos de custos com os serviços sociais e de saúde. Suas consequências podem ser resultantes da combinação da alta incidência com maior suscetibilidade à lesões nesta população. Os fatores de risco para queda entre idosos são múltiplos e podem ser concomitantes e somatórios. Classificada quanto a sua frequência e consequências, uma queda pode ser acidental, causada por fatores do ambiente externo ou **fatores extrínsecos**, ou ser recorrente, causada por **fatores intrínsecos** do indivíduo (PERRACINI, 2005).

A queda com idosos nunca deve ser entendida como um evento próprio do envelhecimento e sim, algo possível de ser evitado e tratado. Este evento é real na vida dos idosos e pode gerar consequências aos mesmos. As **consequências das quedas** para os idosos, familiares e serviços de saúde são múltiplas, perpassando ordem física, psicológica, financeira e social. Desta forma, tipos diferentes de quedas têm fatores de risco específicos, tornando necessária uma **avaliação cuidadosa de seu contexto**, das circunstâncias que envolveram a queda (Paixão Junior; Heckman, 2011). Cabe destacar aqui a **avaliação para sentar, levantar e caminhar. (POMA)**

A avaliação do espaço da casa que o idoso vive é essencial para a segurança do idoso. A avaliação por meio de uma visita domiciliar tem como objetivo avaliar os riscos do idoso para a prevenção de acidentes domésticos mais frequentes como as

quedas, a queimadura, ingestão de medicamentos ou produtos tóxicos. Associado a essa avaliação, o reconhecimento da vizinhança também é fundamental para a segurança do idoso. Assim, a **prevenção das quedas** é a melhor e mais acertada atitude a ser implementada pelos profissionais de saúde.

Adaptações do ambiente e mudança de atitude podem tornar o **ambiente doméstico** mais seguro.

2.5 REFERÊNCIAS

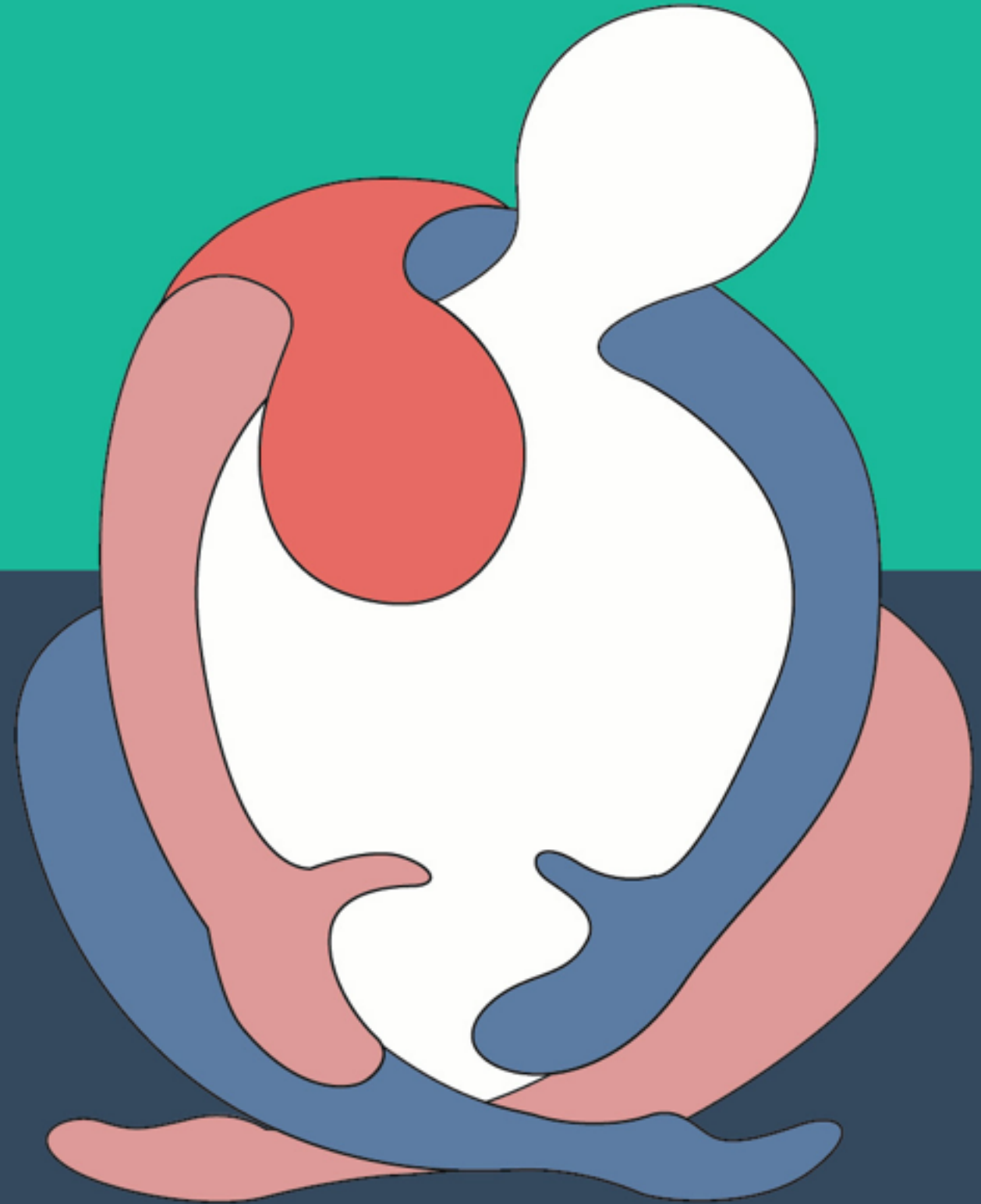
Autoras:

Lucilene Cardoso

Edilaine C. Silva Gherardi-Donato

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti

Avaliação do estado mental I



Avaliação do estado mental I



Objetivos da aprendizagem

Utilizar a ferramenta virtual interativa, denominada: “Avaliação do estado mental I” para consolidar conhecimentos acerca de conceitos e conteúdos fundamentais para a determinação da História Clínica Psiquiátrica e a Avaliação do Estado Mental pelo enfermeiro. Para tanto serão utilizados objetos virtuais de aprendizagem, como recursos de auxílio para a construção do conhecimento e a aprendizagem significativa, inicialmente, junto às temáticas “História do Cuidado em Saúde Mental”, “Entrevista de Enfermagem focada no cuidado em Saúde Mental” e “Avaliação do Estado Mental”, de modo a contribuir para qualificação do ensino na formação de enfermeiros mais competentes ao cuidado em saúde.

3.1 Definição de Avaliação do Estado Mental

3.2 Guia Prático para Realização de Avaliação do Estado Mental

3.3 Saiba Mais

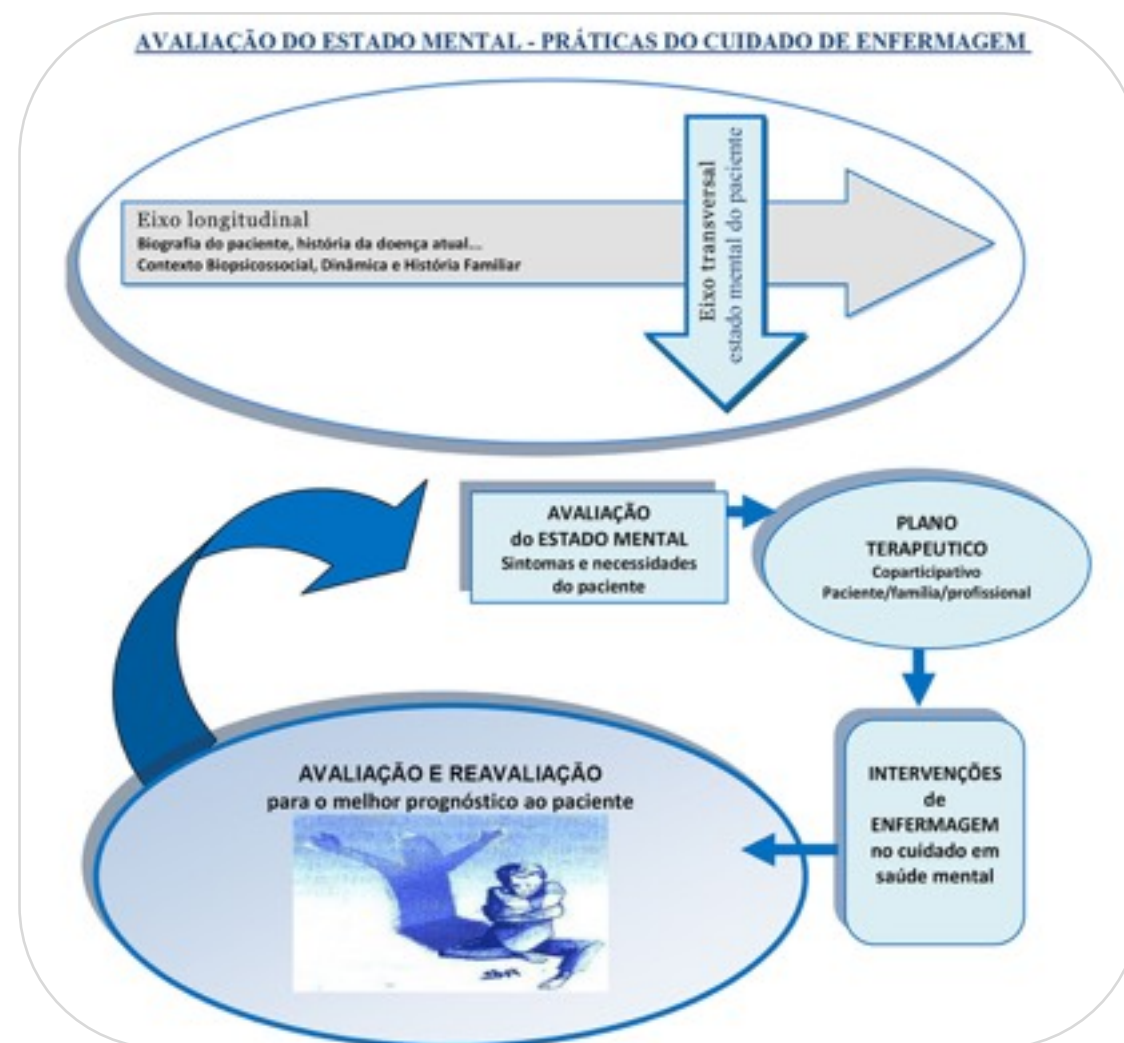
3.4 REFERÊNCIAS

3.1 Definição de avaliação do estado mental

A **Avaliação do Estado Mental**, trata-se, de pesquisa sistemática de sinais e sintomas de alterações do funcionamento mental, durante a entrevista psiquiátrica. As informações são obtidas por meio da observação direta da aparência do paciente, da anamnese, bem como do relato de familiares e outros informantes como atendentes, amigos, colegas ou até mesmo grupos sociais. A **Avaliação do Estado Mental** é essencial não só para o diagnóstico de possíveis transtornos psiquiátricos, como também identificação de outros diagnósticos, importantíssimos ao planejamento do cuidado em saúde pelos enfermeiros. Evidenciando **riscos** ou mesmo indícios importantes de transtornos neurológicos, metabólicos, intoxicações ou de efeitos de drogas.

Para a enfermagem, é uma avaliação que visa o estabelecimento de diagnósticos para o planejamento terapêutico para o melhor prognóstico possível ao cliente. Devendo ser avaliado considerando-se dois eixos:

- **EIXO LONGITUDINAL:** dados referentes à biografia do paciente e histórico da doença atual.
- **EIXO TRANSVERSAL:** avaliação do estado mental, relacionado ao estado mental do paciente no momento do exame.



3.2 Guia prático para realização da avaliação do estado mental

Para fins didáticos, neste exercício de aprendizagem, a avaliação do estado mental será dividida em três momentos essenciais, conforme apresentado a seguir.

A. Comunicação e Relacionamento interpessoal (utilização de técnicas subjetivas para o estabelecimento de confiança, vínculo e relacionamento terapêutico)

B. Observação (aparência, postura, higiene, vestimentas, comportamento, interação)

C. Exame das funções mentais (utilização de técnicas objetivas para avaliação das funções mentais dos clientes)

A) Comunicação e Relacionamento interpessoal - Esta é uma fase que utilizara técnicas subjetivas de interação para que se estabeleça uma efetiva comunicação entre profissional e cliente, que esteja embasada na **empatia** e **escuta terapêutica** facilitando assim o estabelecimento de **vínculo** e confiança. Trata-se de fase essencial, pois sem ela o profissional não era capaz de obter dados subjetivos do cliente, muito menos, avaliar com precisão as funções mentais e intervir terapêuticamente no cuidado em saúde mental.

Para estabelecer a comunicação e o relacionamento interpessoal o profissional de enfermagem:

DEVERÁ:	NÃO DEVERÁ:
- comunicar-se verbal e não verbalmente de modo eficaz com seu cliente, com estratégias motivacionais e empáticas	evitar perguntas tendenciosas;
- promover escuta ativa e reafirmação de conteúdos para aclarar pontos obscuros do dialogo e demonstrar atenção;	- reafirmações falsas;
- refletir e esclarecer pontos relevantes;	- distrações;

DEVERÁ	NÃO DEVERÁ
- respeitar os momentos de silencio;	- mudanças bruscas de assunto e/ou movimentos agressivos
- direcionar o diálogo para comunicação terapêutica.	linguagem muito técnica e pouco compreensível ao cliente;
	- interrupções.

Esta é também uma fase importante para coleta de dados sobre a história do adoecimento, antecedentes familiares e dados.

Identificação: nome, sexo, idade, estado civil, grupo étnico, procedência, religião;
Queixa Principal: motivo do atendimento; acrescentar a descrição na linguagem do paciente;
História da Moléstia atual: início dos sintomas, frequência, duração e flutuações dos mesmos. Descrever na sequência cronológica dos sintomas e eventos;
Pré- Natal/ Nascimento: gestação, parto, condições do nascimento (incluindo peso, anóxia, icterícia, distúrbio metabólico);
Desenvolvimento na Infância, Adolescência e Idade Adulta: condições de saúde; desenvolvimento motor, da linguagem e o controle esfinteriano, vida escolar, relacionamentos, sexualidade, relacionamento conjugal, etc.
História Médica e Psiquiátrica: internações, cirurgias, doenças, tratamentos, medicamentos utilizados;

Histórico Familiar: fazer **genograma** e **ecomapa** descrever histórico de doenças, histórias de suicídio, violação da lei, funcionamento social;

Personalidade Pré-Mórbida: atitudes e padrões de comportamento (ex.; competitividade, preocupações com limpeza, humor habitual, capacidade de expressar sentimentos, etc.);

Situação sócio-econômica: classe alta, média alta, média baixa, baixa, pobreza absoluta;

Condições de habitação (moradia): água encanada, energia elétrica, esgoto sanitário e coleta de lixo;

Estrutura e funcionamento familiar: equilibrada, conflitos frequentes, apoio;

Grau de sociabilidade: lazer e atividades sociais;

Escolaridade: até que serie estudou, se repetiu alguma vez.

Trabalho: ocupação/profissão;

Tabagismo, Etilismo e outras drogas: Tipo, quantidade, início, motivação para parar, quando parou;

Atenção a situações especiais:

- **Luto:** Tristeza por uma perda importante. Tem curso previsível (cerca de um ano) no ser humano saudável.

- **Transtornos de adaptação:** angústia, desconforto emocional depressão e estresse reativos à necessidade de adaptação por mudanças importantes e impactantes de vida (Ex.: divórcio, separação dos filhos, mudança de casa, escola, país, etc.). São mais intensos nas crianças, adolescentes, idosos e pessoas adultas intolerantes às frustrações e imaturas. Tem início em até 30 dias após o evento perturbador/modificador da vida da pessoa. Cursa com humor lábil, impaciência, irritabilidade, desgaste emocional, sensação de desânimo. Pode causar alterações na atividade laboral.

B) Observação

A observação é uma habilidade muito importante no cuidado em saúde mental, por meio dela é possível obter indícios acerca das melhores estratégias para o estabelecimento da efetiva comunicação e relacionamento interpessoal, mas também possibilita aferir dados objetivos acerca da aparência, postura, higiene, vestimentas, comportamento, interação do cliente com o meio no qual está inserido. É importante ressaltar que esta habilidade é exercida continuamente por todo o período de trabalho, no qual o profissional de enfermagem deverá estar sempre à disposição para assistir seu cliente em suas demandas.

C) Exame das funções mentais (utilização de técnicas objetivas para avaliação das funções mentais dos clientes)-

Este exame das funções mentais se dará por meio de uma entrevista, em consulta de enfermagem e a comunicação é essencial para criar um vínculo entre o enfermeiro e a pessoa. As funções mentais não podem ser avaliadas diretamente, para sua efetiva aferição é necessário que enfermeiro articule as habilidades de comunicação e observação com seus conhecimentos técnicos para estimular o cliente a demonstrar o que sente e pensa, avaliando-se continuamente também o comportamento do cliente durante esta interação. Para tanto o enfermeiro deverá utilizar a comunicação, a escuta terapêutica, o relacionamento interpessoal e de sua habilidade para interagir com a pessoa, identificando se esta em sofrimento mental, a sua

história clínica, antecedentes familiares. Todas as pessoas são seres **biopsicossociais** e para compreendê-las deve ser considerado também todo o contexto evolutivo e sócio cultural que a cerca.

Muito Importante

Para o completo exame clínico das funções mentais podem ser avaliadas considerando três partes

◆ **AVALIAÇÃO DA APARÊNCIA GERAL**

◆ **AVALIAÇÃO COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Observação: Neste item está incluído o Mini Exame do Estado Mental : MEEM

◆ **AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM, PENSAMENTO E SENSOPERCEÇÃO**

3.3 Saiba Mais

3.4 REFERÊNCIAS

Autoras:

Fernanda Raphael Escobar Gimenes

Soraia Assad Nasbine Rabeh

Ana Emilia Pace

Eugenia Velludo Veiga

Renata Karina Reis

Silvia Rita da Silva Canini

Emília Campos de Carvalho

As linguagens padronizadas e a prática clínica de enfermagem



As linguagens padronizadas e a prática clínica de enfermagem



Objetivos da aprendizagem

O aluno será capaz de identificar os diferentes sistemas de linguagens padronizadas úteis para o cuidado de enfermagem; descrever os principais benefícios que o uso desses sistemas oferece para a prática clínica de enfermagem; e identificar os principais elementos das linguagens padronizadas de enfermagem empregadas com maior frequência em nosso meio.

Descritores: Classificação, Prática Profissional, taxonomia. Enfermagem

4.1 Conteúdo

4.2 Caso clínico

4.3 Saiba Mais

4.4 REFERÊNCIAS

4.1 Conteúdo

A forma como uma profissão organiza seu conhecimento pode favorecer ou não a compreensão de seus conceitos (termos ou expressões utilizadas) quer pela sociedade, por profissionais de enfermagem e de áreas correlatas, quer por estudantes. Podemos utilizar um dos conceitos exemplificados na literatura, ou seja, o conceito depressão que em saúde tem um significado e uso, em economia outro e em meteorologia um terceiro (Risjord, 2009). Portanto, para os membros de uma profissão, um conceito deve ser igualmente entendido, independente da instituição, cidade ou país. Os conceitos retratam o conjunto de conhecimento de uma profissão; são usados ao se coletar informações do paciente, analisar os dados, gerar hipóteses e avaliá-las. Tal conhecimento é organizado nos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem (SLP), ou seja, as estruturas que organizam uma terminologia acordada entre os profissionais enfermeiros para descrever as avaliações, intervenções e resultados pertinentes ao cuidado de enfermagem (Rutherford, 2008). Ao mencionarmos as palavras dor ou febre, não transmitimos a sensação de dor ou a temperatura em si (o evento concreto), mas o seu significado que foi aprendido, ou seja, a ideia do que esses fenômenos representam (a abstração dos mesmos ou sua representação simbólica). Os conceitos são denominados ainda como títulos ou rótulos que descrevem fenômenos.

Na enfermagem há diversos SLP; eles auxiliam na organização dos conceitos. Ao se avaliar a condição de uma pessoa, o enfermeiro identifica o que aquela pessoa está apresentando; a partir daí ele analisa como aquela pessoa deveria e poderia estar na tentativa de elevar seu padrão de saúde; a seguir, ele decide o que poderia fazer para obter o resultado desejado. Muitas habilidades e fatores determinam essas decisões; mas, o que a pessoa apresenta (o diagnóstico apresentado), o que o enfermeiro determina como objetivo a ser alcançado (resultado esperado) e o que ele define como ações para alcançar o que foi planejado (intervenções), são comunicados ao mundo profissional por meio de conceitos. A forma como esses conceitos estão organizados, os SLP auxilia a prática clínica quando realmente representam o que se propõem e não contem divergências. Tais sistemas são organizados respeitando uma hierarquia, com regras que facilitam a busca de cada conceito e a sua compreensão, e que diferenciam os que parecem ser próximos ou com algumas características comuns. Ainda, devem permitir a incorporação de novos conceitos, à medida que o conhecimento gere novas evidências. Em uma dada profissão, como a Enfermagem, um fenômeno pode ter vários conceitos que se referem a ele (Morse, 1995); o fenômeno eliminação urinária, por exemplo, pode retratar a retenção urinária ou ainda a falta de produção de urina; são causas distintas de a pessoa não urinar e representam conceitos distintos com atributos ou características específicos. Na Enfermagem temos SLP que tratam de cada um dos elementos da prática de enfermagem supra descrito (diagnósticos, ou resultados ou intervenções) como, por exemplo, as classificações da **NANDA-I** (NANDA Internacional, 2013), NOC (Moorhead, 2010); e

NIC (Bulechek, 2011) ou ainda a junção desses três elementos em um único SLP, como por exemplo, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

A classificação (ou SLP) da NANDA-I (Herdman; Von Krog, 2013), que retrata os diagnósticos de enfermagem, contém os conceitos que representam o “julgamento clínico das respostas/experiências do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais e potenciais” (NANDA Internacional, 2013). Esse sistema de linguagem contém os diferentes rótulos ou títulos que caracterizam cada fenômeno (diagnóstico), bem como sua definição, as causas ou etiologias (fatores relacionados) ou potenciais causas (fatores de risco) e suas evidências clínicas ou sinais e **sintomas** (características definidoras).

Para exemplificar veja o **vídeo sobre a Pele** e logo após, a sua anatomia.

A classificação (ou SLP) dos resultados contém os conceitos que retratam estados, comportamentos ou percepções de um indivíduo família ou comunidade, medidos ao longo de um contínuo em resposta a uma intervenção; podem ser avaliados como positivos ou negativos (Moorhead, 2010). São quantificados por meio de escalas de **medida** e indicadores relacionados ao conceito de interesse. Veja o resultado **“Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção (1103)”**, relacionado ao caso, como ele contém esses elementos. Outros

resultados podem ser obtidos no livro Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Moorhead, 2010). A classificação (ou SLP) de intervenções, por sua vez, como na Classificação de Intervenções de Enfermagem (Bulechek, 2011), os conceitos contemplam qualquer tratamento baseado no julgamento e conhecimento, que seja realizado por enfermeiro, para melhorar um resultado do paciente/cliente. Esse sistema de linguagem padronizada contém para cada conceito (rótulo) uma definição e um conjunto de atividades pertinente ao conceito de interesse. Veja a intervenção “Cuidados com lesões (3660)”, relacionada ao caso, como ela contém esses elementos. Outras intervenções podem ser obtidas no livro Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) (Bulechek, 2011). Como visto, as contribuições dos SLP abrangem diferentes etapas do processo de cuidar: a avaliação da pessoa (dados obtidos por diferentes métodos e técnicas) e determinação de sua condição (diagnósticos de enfermagem), a determinação de objetivos a serem alcançados (resultados esperados), o estabelecimento das terapias inerentes a Enfermagem (intervenções) e a avaliação final do efeito da terapêutica (resultados obtidos); portanto subsidia os diferentes momentos do raciocínio clínico do enfermeiro. Exemplo dessa contribuição pode ser vista na situação clínica descrita a seguir. Para tanto, apresentamos parte de um registro fictício realizado pelo enfermeiro de uma clínica. A coleta de dados foi baseada no

modelo teórico das **Necessidades Humanas Básicas proposto por Horta (1979)**.

Tal modelo possui fases inter-relacionadas e organizadas que servem para a coleta de dados necessários para que o enfermeiro(a) possa direcionar as intervenções necessárias para a assistência individualizada. Destaca-se que se trata de um modelo de exercício clínico acadêmico, ou seja, foi construído com o objetivo de desenvolver habilidades ao estudante de graduação em Enfermagem para identificar algumas das taxonomias de enfermagem.

4.2 Caso clínico

J.C.R., 80 anos, sexo masculino, cor branca, casado, cinco filhos, pedreiro, natural e procedente de Barrinha-SP, cursou o ensino fundamental. Admitido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) no dia 22 de fevereiro de 2013, Clínica Médica, enfermaria 604, leito 2, com diagnóstico médico de Diabetes Mellitus tipo 2 descompensado, Hipertensão Arterial Sistêmica controlada e sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Está eupneico, com frequência respiratória de 18 mov/min, som claro pulmonar e murmúrios vesiculares presentes em toda a extensão pulmonar. Pressão arterial de 130x80 mmHg no braço direito, em decúbito dorsal; frequência de pulso radial direito de 72 bat/min, ritmo regular e cheio, preenchimento capilar maior

que 3 segundos; frequência cardíaca de 74 bat/min, regular; bulhas normofonéticas em dois tempos. Temperatura axilar 36,8° C. Orientado no tempo, espaço e quanto à pessoa. Acuidades auditiva, olfativa e gustativa preservadas; visual diminuída. **Pele** ressecada, textura fina, mobilidade, elasticidade e turgor diminuídos; presença de lesão circular na região coccígea, com 2 cm de diâmetro, **estágio II**, presença de exsudato sanguinolento no leito da ferida, e edema ao redor da ferida. Peso 92 Kg e altura 1,64 m; informa aceitar 25% da dieta prescrita, inapetência e baixa ingesta hídrica no período de internação hospitalar. Apresenta cavidade oral íntegra, úmida e corada. Passa a maior parte do tempo no leito; necessita de auxílio para movimentar-se no leito e para deambulação; amplitude limitada de movimentos de membros superior e inferior direitos. Necessita de ajuda parcial de outra pessoa para os cuidados de higiene. Tireoide palpável, consistência, tamanho e mobilidade de acordo com os padrões de normalidade. Sua última glicemia capilar foi de 240 mg/dl, em jejum. Iniciou insulinoaterapia, 16 UI de insulina NPH pela manhã.

4.3 Saiba Mais:

4.4 REFERÊNCIAS

Autoras:

Simone de Godoy

Leila Maria Marchi-Alves

Maria Helena Larcher Caliri

Administração segura de medicamentos pela via intramuscular ao paciente adulto



Administração segura de medicamentos pela via intramuscular ao paciente adulto



Objetivos de aprendizagem

Oferecer ao estudante a descrição do procedimento de administração de medicamentos pela via intramuscular ao paciente adulto nas regiões: ventroglútea, vasto lateral da coxa, deltoidea e dorsoglútea.

5.1 Visão geral sobre o conteúdo...

5.2 O que você deve saber antes de administrar um medicamento pela via intramuscular?

5.3 Materiais que você utilizará ...

5.4 Etapas comuns para a administração de medicamentos pela via intramuscular nos diferentes sítios

5.5 Saiba mais

5.6 REFERÊNCIAS

5.1 Visão geral sobre o conteúdo...

Administrar medicamentos é um processo multidisciplinar e complexo, que exige responsabilidade de todos os envolvidos e requer a aplicação de vários princípios que fundamentam a ação profissional, promovendo a segurança necessária para o paciente (CASSIANI; DEUS; CAPUCHO, 2011).

O processo de enfermagem orienta as decisões para a administração segura dos fármacos e garante a conformidade com os padrões da prática e a política da instituição de saúde. De maneira geral, utiliza-se o critério dos “seis certos” como diretriz para proteger o paciente contra os erros de medicação: paciente certo, medicamento certo, via certa, dose certa, hora certa, registro certo (POTTER; PERRY, 2009). Mais recentemente, pesquisadores identificaram e têm recomendado os “nove certos” da administração de medicamentos, com a inclusão da forma certa, ação certa e resposta certa (ELLIOT; LIU, 2010; CASSIANI; DEUS; CAPUCHO, 2011).

A via prescrita para administração de um medicamento depende das suas propriedades e do efeito desejado, assim como das condições do paciente. Quando as medicações são fornecidas por meio de injeções, configura-se a administração parenteral de medicamentos, que engloba a via intramuscular.

5.2 O que você deve saber antes de administrar um medicamento pela via intramuscular?

A aplicação de medicamentos pela via intramuscular envolve o depósito da medicação sob a fáscia muscular, abaixo da camada subcutânea. Em comparação ao tecido subcutâneo, os músculos permitem a injeção de maiores volumes, promovem a absorção mais rápida do fármaco e, por apresentarem menor sensibilidade,

diminuem o desconforto e a sensação dolorosa durante a aplicação (POTTER; PERRY, 2009).

O procedimento envolve mais do que simplesmente a “administração de uma solução dentro do corpo muscular”, mas também uma avaliação sobre qual a melhor região e músculo a ser selecionado, considerando critérios essenciais como: distância em relação a vasos e nervos importantes; musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento; espessura do tecido adiposo; idade e atividade do paciente; irritabilidade da droga; volume do medicamento; condições da musculatura e preferência do paciente, se não houver contra indicação (CASTELLANOS, 1977; POTTER; PERRY, 2009; WHITE et al., 2012).

A administração de medicamentos por via intramuscular é um procedimento frequentemente realizado pelos profissionais da equipe de enfermagem, que envolve riscos e requer técnica asséptica. Sua consecução demanda conhecimentos de anatomia, fisiologia e farmacologia, além de um conjunto de habilidades específicas capazes de promover uma prática responsável e livre de erros. Por sua complexidade, deve ser executada e/ou supervisionada pelo enfermeiro, exigindo do profissional senso de julgamento para a adequada tomada de decisões e planejamento efetivo da ação, considerando a escolha do local da punção, o modo de rodízio dos sítios de injeção, as especificidades relacionadas ao medicamento, além de outras considerações relativas à terapia medicamentosa, como a seleção do dispositivo mais apropriado (COREn-SP, 2010; POTTER; PERRY, 2009).

5.3 Materiais que você utilizará ...

- ◆ Prescrição médica
- ◆ Medicamento prescrito
- ◆ Bandeja

◆Agulhas

- a. Para aspiração do medicamento: avalie a viscosidade do fluído a ser aspirado, recomendamos utilizar as de calibre 40mm x 12mm ou 30mm x 8mm
- b. Para aplicação: avalie a espessura do tecido adiposo da região eleita para a injeção, as mais utilizadas no adulto são as de calibres: 25mm x 7mm, 25mm x 8mm, 30mm x 7mm e 30mm x 8mm

◆Seringa de 3mL ou de 5mL

◆Bolas de algodão ou gaze (swabs de álcool também são permitidos para antissepsia, caso a instituição disponibilize)

◆Álcool a 70%

◆Luvas de procedimento

◆Recipiente para descarte de material perfuro-cortante.

Atenção: utilize agulhas e/ou seringas com dispositivos de segurança!!!

De acordo com a **Portaria do MTE nº 485 de 11/novembro/2005** que aprova a NR-32 “*deve ser assegurado o uso de materiais perfurocortantes com dispositivos de segurança*” (§ 32.24.16).

5.4 Etapas comuns para a administração de medicamentos pela via intramuscular nos diferentes sítios

- 1) Higienizar as mãos
- 2) Identificar o paciente por meio de dois identificadores:
 - a. Pedir que o paciente lhe diga seu nome completo
 - b. Checar o número de identificação designado pela instituição na pulseira do paciente
- 3) Avaliar histórico de alergias a medicamentos
- 4) Selecionar a região de aplicação de acordo com as condições da musculatura, integridade da pele e queixa de dor
- 5) Certificar-se de que a prescrição médica está completa (Identificação do paciente, do medicamento, da dose, da via e do horário)
- 6) Reunir o material necessário para o preparo do medicamento
- 7) Comparar o rótulo do medicamento com a prescrição tres vezes:
 - a. Ao pegá-lo
 - b. Ao prepará-lo



1 de 19



1 de 18



1 de 11



1 de 18

5.5 Saiba Mais

Antes de realizar qualquer procedimento de enfermagem, a Higienização das Mãos é obrigatória. Para recordar como deve ser feita, [clique aqui!](#)

A Higiene das Mãos foi o “primeiro desafio global para segurança do paciente” da Organização Mundial da Saúde em 2004 e, tem sido tratada como prioridade pelos países que aderiram a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente” (WHO, 2006). Assim, em 2013, o Brasil lança seu **Programa Nacional de Segurança do Paciente** e junto a ele apresenta o manual **“Segurança do Paciente - Higienização das Mãos”**, onde você encontrará um aprofundamento dos conteúdos da publicação da Anvisa/MS de 2007 sobre o tema.

5.6 REFERÊNCIAS

Autoras:

Simone de Godoy

Leila Maria Marchi-Alves

Maria Helena Larcher Caliri

Cateterismo vesical de demora masculino e feminino



Cateterismo vesical de demora masculino e feminino



Objetivos da aprendizagem

Oferecer ao estudante a descrição dos procedimentos de cateterismo vesical de demora masculino e feminino no paciente adulto.

6.1 Visão Geral do Conteúdo...

6.2 O que você deve saber antes de realizar o cateterismo vesical de demora masculino e feminino?

6.3 Materiais que você utilizará...

6.4 Etapas dos procedimentos de cateterismo vesical de demora masculino e feminino

6.5 Saiba Mais

6.6 REFERÊNCIAS

6.1 Visão geral sobre o conteúdo ...

Os padrões de eliminação urinária estão relacionados a fatores fisiológicos, sociais e emocionais, sendo que a independência para esta atividade pode ser afetada por incapacidade física e/ou mental. Quando o enfermeiro identifica um caso de eliminação urinária alterada, ele deve ser capaz de estabelecer o diagnóstico de enfermagem com base nas queixas clínicas, implementar intervenções que eliminem ou atenuem os sintomas ou encaminhar o paciente a uma avaliação mais acurada (POTTER; PERRY, 2009).

Para identificar um problema de eliminação urinária e obter dados para o planejamento do cuidado, o enfermeiro deve empregar o raciocínio clínico, investigando o padrão de micção, os sintomas de alterações urinárias e os fatores que afetam a micção individualmente. Na implementação do cuidado, desenvolve ações que vão da promoção à saúde aos cuidados agudos nas alterações da eliminação vesical.

Em muitos casos, métodos alternativos de drenagem urinária podem ser empregados (WHITE et al., 2012; POTTER; PERRY, 2009).

A cateterização urinária é utilizada em situações específicas e consiste na introdução de um tubo flexível na bexiga para permitir a drenagem de urina. Pode consistir de um sistema intermitente (cateterismo vesical de alívio) ou residente (cateterismo vesical de demora). É prescrito com o propósito de esvaziar a bexiga para finalidade cirúrgica ou diagnóstica, para clientes com incontinência ou retenção urinária, quando se faz necessária a avaliação exata do débito urinário, para coleta de amostras de urinas e para irrigar a bexiga ou instilar medicamentos nas cirurgias urológicas (WHITE et al., 2012; POTTER; PERRY, 2009).

6.2 O que você deve saber antes de realizar o cateterismo vesical de demora masculino e feminino?

Cerca de 15% a 25% dos pacientes hospitalizados são expostos ao cateterismo urinário (CDC, 2009). Apesar do procedimento de inserção do cateter ser estéril há risco de infecção, agravado após 72 horas de permanência com o cateter ou, por traumas do tecido uretral no momento da inserção (JBI, 2006; MAZZO et al, 2011).

Medidas como o uso de sistema de drenagem fechada, treinamento dos profissionais quanto a técnica asséptica de inserção e manutenção dos cateteres tem se mostrado de grande importância para a prevenção da infecção (ALVES; LUPPI, 2006).

Embora muitas instituições de saúde apresentem o procedimento de cateterismo urinário padronizado, não existe a garantia de sua implementação na prática assistencial, o que expõe uma grande parcela de pacientes ao risco de infecção quando este é necessário (MAZZO et al., 2011).

6.3 Materiais que você utilizará...

- ◆ Prescrição médica

- ◆ Bandeja

- ◆ Pacote estéril de cateterismo vesical com:

- ◆ 1 cuba rim,

- ◆ 1 pinça Pean,

- ◆ 3 bolas de algodão e

- ◆ 1 cuba redonda pequena

- ◆1 Campo fenestrado (opcional)
- ◆1 Cateter uretral tipo Foley (duas vias) de calibre adequado ao paciente (usualmente de 12Fr a 14Fr)
- ◆1 Bolsa coletora sistema fechado
- ◆Solução anti-séptica aquosa de PVPI tópico a 10% ou solução de Clorexidina a 2%
- ◆1 Pacote de gaze estéril
- ◆1 Agulha 40mm x 12mm
- ◆1 Seringa de 20 ml
- ◆2 Ampolas de 10 ml ou 01 ampola de 20ml de água destilada
- ◆Gel anestésico estéril com seringa aplicadora
- ◆Recipiente com bolas de algodão embebido em álcool a 70%
- ◆1 par de luvas estéreis em numeração adequada ao profissional
- ◆Fita hipoalergênica
- ◆Material para higiene íntima
- ◆Biombos.

Atenção: os conhecimentos sobre higiene íntima e manuseio de materiais estéreis são essenciais para a realização deste procedimento, recorde-os!!!

6.4 Etapas dos procedimentos de cateterismo vesical de demora masculino e feminino

As etapas 1 a 19, bem como de 33 a 41 são comuns nos procedimentos, independente do sexo do paciente.

- 1) Higienizar as mãos
- 2) Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente
- 3) Reunir o material necessário e transportá-lo até o paciente
- 4) Encaminhar o paciente ao banheiro para que a higiene íntima seja feita com água e sabonete. Caso o paciente esteja acamado, realizar a higiene íntima no leito
- 5) Proteger a unidade do paciente com biombos
- 6) Posicionar o paciente e expor adequadamente somente a região perineal
- 7) Higienizar as mãos
- 8) Desinfetar as ampolas de água destilada com álcool a 70%, deixá-las sobre a mesa de cabeceira
- 9) Colocar o pacote estéril de cateterismo vesical sobre o colchão, entre as pernas do paciente
- 10) Abrir o pacote de cateterismo próximo à região exposta utilizando técnica asséptica
- 11) Abrir a embalagem do cateter vesical, da seringa de 20mL, do pacote de gazes, do gel lubrificante hidrossolúvel com seringa aplicadora, da bolsa coletora e do campo fenestrado (opcional), colocando-os no campo estéril

12) Umedecer as bolas de algodão, que estão na cuba redonda, com solução aquosa de PVPI ou Clorexidina 2%, desprezando o primeiro jato no lixo

13) Calçar a luva estéril em uma das mãos

14) Com a mão não enluvada, pegar a ampola de água destilada e com a mão enluvada pegar a seringa de 20mL que está no campo e aspirar seu conteúdo

15) Calçar a luva na outra mão

16) Testar o balonete do cateter injetando o volume de água destilada necessária de acordo com a recomendação do fabricante. Se o balonete inflar como pretendido, retirar o líquido e manter a seringa conectada ao cateter

Observação: há cateteres que não precisam ser pré-testados, pois são testados durante sua fabricação. Leia e siga a recomendação do fabricante que consta na embalagem!

17) Conectar o cateter ao coletor (sistema de drenagem fechado)

18) Verificar se o tubo de drenagem da bolsa coletora está fechado

19) Desdobrar o campo fenestrado com a abertura para baixo e colocar sobre o períneo do paciente

As etapas 20 a 32 estão descritas em função do sexo do paciente.

PACIENTE MASCULINO	PACIENTE FEMININO
20) Pegar uma bola de algodão umedecida na solução antisséptica usando a pinça Pean	20) Despejar uma pequena quantidade do gel anestésico estéril sobre a gaze que está no campo
21) Utilizar a mão não dominante para segurar o pênis e posicioná-lo em ângulo de 90° e retraindo o prepúcio	21) Pegar uma bola de algodão umedecida na solução antisséptica usando a pinça Pean
22) Manter a posição da mão não dominante durante todo o procedimento	22) Utilizar a mão não dominante para abrir os pequenos lábios com os dedos indicador e polegar, levantando suavemente para o alto e expondo o meato urinário
23) Realizar antisepsia do meato urinário em movimento único e circular, até a base da glande	23) Manter a posição da mão não dominante durante todo o procedimento
24) Desprezar a bola de algodão	24) Realizar antisepsia do meato urinário e vestibulo vaginal com movimento único, em sentido ântero-posterior
25) Repetir o procedimento duas vezes, mantendo o posicionamento do pênis e da mão não-dominante	25) Desprezar a bola de algodão
26) Pegar a seringa com gel anestésico estéril e injetar lentamente pelo meato uretral	26) Repetir o movimento com as outras duas bolas de algodão, realizando a antisepsia dos pequenos lábios direito e em seguida do esquerdo
27) Pegar o cateter com o polegar e o dedo indicador da mão dominante à uma distância de 7,5cm a 10cm da ponta e enrolar a extremidade do cateter na mão	27) Pegar o cateter com o polegar e o dedo indicador da mão dominante à uma distância de 7,5cm a 10cm da ponta e enrolar a extremidade do cateter na mão
28) Introduzir cerca de 17 a 22cm do cateter pelo meato uretral até o surgimento da urina e após progrida até a bifurcação do bocal de drenagem	28) Lubrificar a ponta do cateter passando-a sobre o gel anestésico que está na gaze
29) Injetar a água destilada que está na seringa na via do balonete	29) Introduzir cerca de 5 a 7,5cm do cateter pelo meato uretral até o surgimento da urina e após avançar por mais 2,5 a 5cm
30) Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência	30) Injetar a água destilada que está na seringa na via do balonete
32) Fixar o cateter na região supra-púbica ou porção superior da coxa com fita hipoalergênica. Deixar folga para livre movimentação dos membros inferiores	32) Fixar o cateter na face interna da coxa com a fita hipoalergênica. Não tracionar, permitindo livre movimentação dos membros inferiores

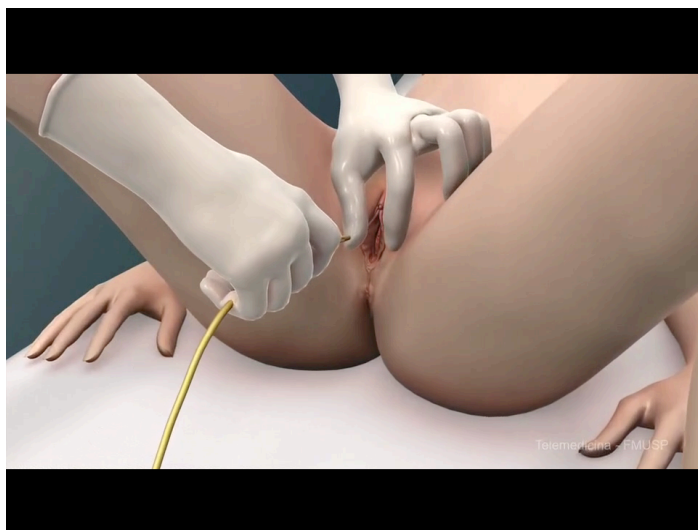
Veja a seguir dois vídeos que ilustram parte das etapas descritas e os passos para a finalização dos procedimentos

Filme 1 - Paciente Masculino



Fonte: Projeto Homem Virtual, Telemedicina-FMUSP.

Filme 2 - Paciente Feminino



Fonte: Projeto Homem Virtual, Telemedicina-FMUSP.

33) Posicionar a bolsa coletora na parte inferior da cama do mesmo lado em que foi fixada a sonda vesical, abaixo do nível da bexiga

34) Observar o volume drenado e as características da urina

35) Recolher o material e colocá-lo na bandeja

36) Retirar as luvas

37) Identificar a bolsa coletora com data, hora, nº da sonda utilizada, volume injetado no balão e nome do profissional

38) Reposicionar o paciente

39) Desprezar o material em sala de materiais contaminados

40) Higienizar as mãos

41) Registrar o procedimento realizado, quantidade e características da urina, nº do cateter utilizado, volume do balão e intercorrências (se houver).

6.5 Saiba mais

Antes de realizar qualquer procedimento de enfermagem, a Higienização das Mãos é obrigatória. Para recordar como deve ser feita, [clique aqui!](#)

A Higiene das Mãos foi o “primeiro desafio global para segurança do paciente” da Organização Mundial da Saúde em 2004 e, tem sido tratada como prioridade pelos países que aderiram a “Aliança Mundial para Segurança do Paciente” (WHO, 2006). Assim, em 2013, o Brasil lança seu [Programa Nacional de Segurança do Paciente](#) e junto a ele apresenta o manual

“Segurança do Paciente - Higienização das Mãos”, onde você encontrará um aprofundamento dos conteúdos da publicação da Anvisa/MS de 2007 sobre o tema.

6.6 REFERÊNCIAS

Autoras:

Renata Cristina C. Pereira Silveira

Rosana Aparecida Spadoti Dantas

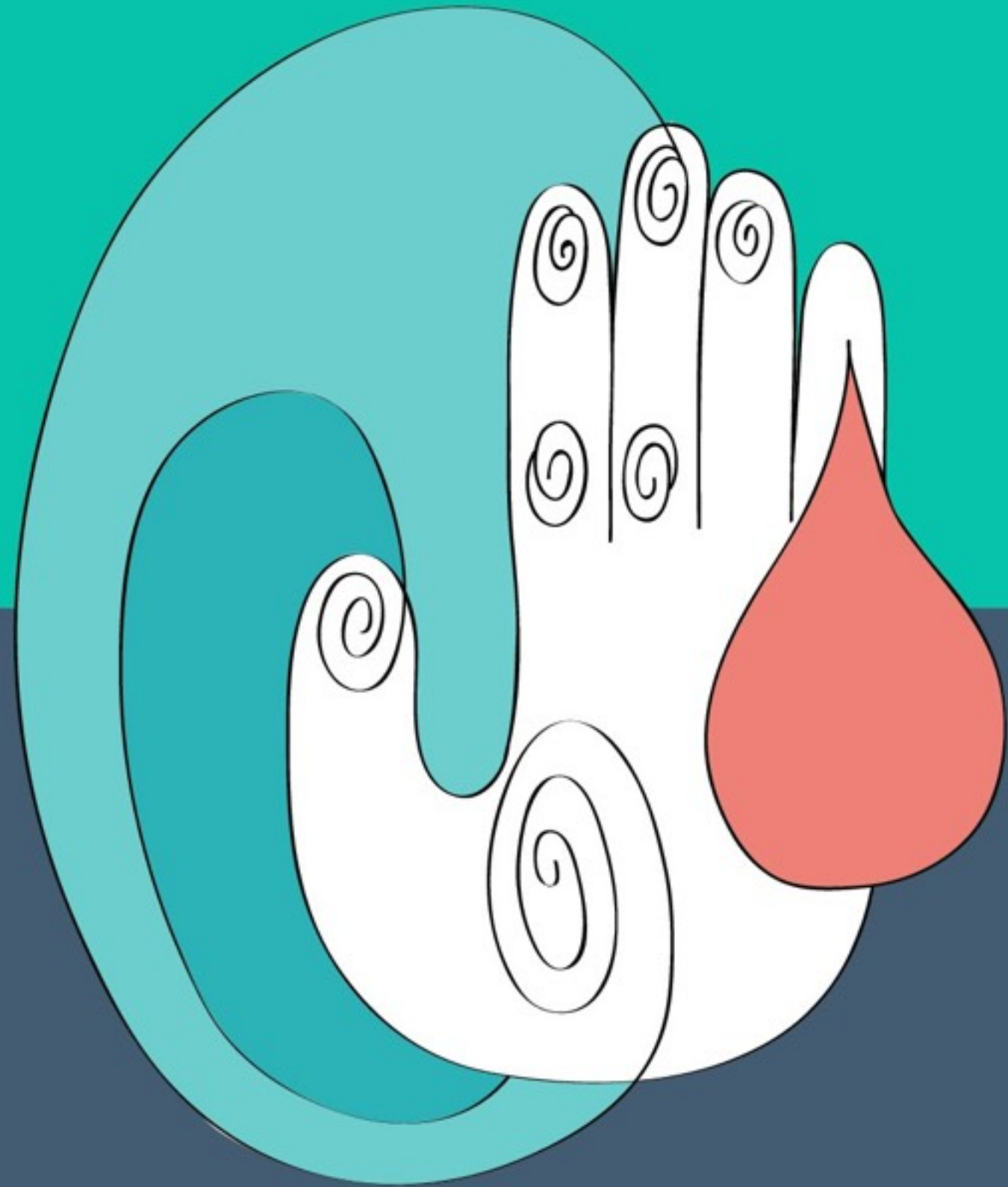
Carina Aparecida Marosti Dessotte

Helena Megumi Sonobe

Cristina Maria Galvão

Lídia Aparecida Rossi

ANTISSEPSE CIRÚRGICA DAS MÃOS



Antissepsia cirúrgica das mãos

Objetivos da aprendizagem

O aluno de graduação em enfermagem deverá realizar corretamente a técnica de “Antissepsia cirúrgica das mãos”, bem como compreender a importância dessa técnica na assistência de enfermagem prestada aos pacientes.

7.1 Conteúdo

7.2 Resultados de aprendizagem

7.3 Saiba Mais

7.4 REFERÊNCIAS

7.1 Conteúdo

A higienização das mãos é um dos mais importantes procedimentos a ser realizado pelos profissionais que trabalham em serviços de saúde, antes e depois do contato direto ou indireto com os pacientes. No ambiente cirúrgico, salienta-se a antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos, também conhecido como escovação cirúrgica. A antissepsia cirúrgica das mãos é procedimento relevante para a atuação do enfermeiro perioperatório no ambiente cirúrgico. O objetivo é remover a sujeira e oleosidade da pele, bem como eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional (ANVISA, 2009; NICOLLETE, 2007).

Imagem 1 Higienização das mãos



A microbiota transitória coloniza a camada superficial da pele, sobrevive por curto período de tempo e é passível de remoção pela higienização simples das mãos, com água e sabonete, por meio de fricção mecânica. A microbiota residente está aderida às camadas mais profundas da pele, é mais resistente à remoção apenas por água e sabonete (ANVISA, 2007). Assim, a pele nunca poderá ser considerada totalmente estéril, mas a antissepsia cirúrgica visa deixar o mínimo possível dos microrganismos das unhas, mãos, antebraços e braços, evitando o seu crescimento durante a realização do procedimento cirúrgico (ANVISA, 2009; NICOLLETE, 2007).

Desta forma, busca-se a prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC), terceira causa mais frequente das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), ocasionando o aumento das taxas de morbimortalidade e dos custos hospitalares. A ISC acomete a ferida operatória ou qualquer tecido manipulado durante a operação, inclusive órgãos ou cavidades naturais, e se inicia até 30 dias após a realização do procedimento. Em cirurgias nas quais foram implantadas próteses, a ISC pode ser diagnosticada até um ano após a data do implante, ou até a sua retirada, considerando um período inferior a um ano (OMS, 2009). Ela pode ser classificada de acordo com os planos acometidos conforme **MANUAL da ANVISA**.

O enfermeiro, que atua no centro cirúrgico ou em outros ambientes onde ocorrem procedimentos invasivos, tais como em unidades de hemodinâmica ou de transplantes, necessita da antissepsia cirúrgica das mãos, antes do uso das luvas e roupas

estéreis, para manusear os materiais esterilizados e realizar a montagem das mesas cirúrgicas.

Tradicionalmente, este procedimento é executado com o uso de escovas e esponjas descartáveis, de uso individual e que contêm soluções antissépticas degermantes à base de gluconato de clorexidina 2% ou Polivinilpirrolidona Iodado 10% (PVPI) (ANVISA, 2009). Na realização da antissepsia cirúrgica das mãos, os dedos, as mãos e os antebraços são visualizados como tendo quatro lados e cada lado deverá ser escovado de forma efetiva. O número de movimentos recomendados, geralmente, é de 15 para as unhas e 15 para cada área da pele. Entretanto, as instituições elaboram seus protocolos de acordo com os Órgãos Reguladores e as Comissões Internas de Controle das Infecções Hospitalares (CCIH), havendo algumas distinções nos protocolos para a realização do procedimento.

A técnica deverá ser realizada em um lavabo cirúrgico, localizado próximo à entrada da sala de operação, que deve possuir torneiras com mecanismos que dispensem o uso das mãos, com sistema de água fria e quente; cuja altura e profundidade devem ser suficientes para permitir a realização da técnica sem que os membros superiores toquem as torneiras ou a borda do lavabo e devem impedir respingos de água no uniforme privativo do profissional. Lavabos com uma única torneira devem ter dimensões mínimas iguais a 50 cm de largura, 100 cm de comprimento e 50 cm de profundidade. A cada nova torneira inserida deve-se acrescentar 50 cm de comprimento à peça (ANVISA, 2002).

Imagem 2 - Lavatório



7.1.1 Técnica da antissepsia cirúrgica das mãos (ANVISA, 2009):

7.1.1.1. Finalidade: eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional. As escovas utilizadas na técnica devem ser descartáveis, de cerdas macias, impregnadas ou não com antisséptico e de uso exclusivo em leito ungueal, subungueal e espaços interdigitais.

7.1.1.2 – Duração do procedimento: a antissepsia cirúrgica das mãos deve durar de três a cinco minutos para a primeira cirurgia, e de dois a três minutos para as cirurgias subsequentes.

7.1.1.3 – Passo a passo:

Slide 1 - Técnica da Antissepsia Cirúrgica das Mãos

**Técnica da Antissepsia
Cirúrgica das Mãos**

Logo após , a visualização dos slides acima , acesse o vídeo e acompanhe a técnica na íntegra.

Vídeo 1 - Antissepsia Cirúrgica das Mãos



7.2 Resultados de aprendizagem

Será solicitada aos alunos a leitura deste e-book após a aula expositiva-dialogada sobre “Prevenção e Controle de Infecções no Paciente Cirúrgico”.

O aluno fará a devolutiva da técnica de “Antissepsia cirúrgica das mãos” corretamente, no início das atividades práticas no Centro Cirúrgico.

O aluno também fará uma revisão de Microbiologia e Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

7.3 Saiba mais

Os links abaixo listados trazem revisões de literatura com evidências a serem utilizadas no planejamento da assistência de enfermagem perioperatória ao paciente, abarcando a importância da antissepsia das mãos e outras ações, imprescindíveis na prevenção e controle de infecção de sítio cirúrgico.

- **Sítio Cirúrgico - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.**
- **Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos.**
- **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - Higienização das Mãos.**
- **Aliança Mundial para a Segurança do Paciente - Cirurgias Seguras Salvam Vidas Manual.**
- **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde - Técnicas.**

7.4 REFERÊNCIAS

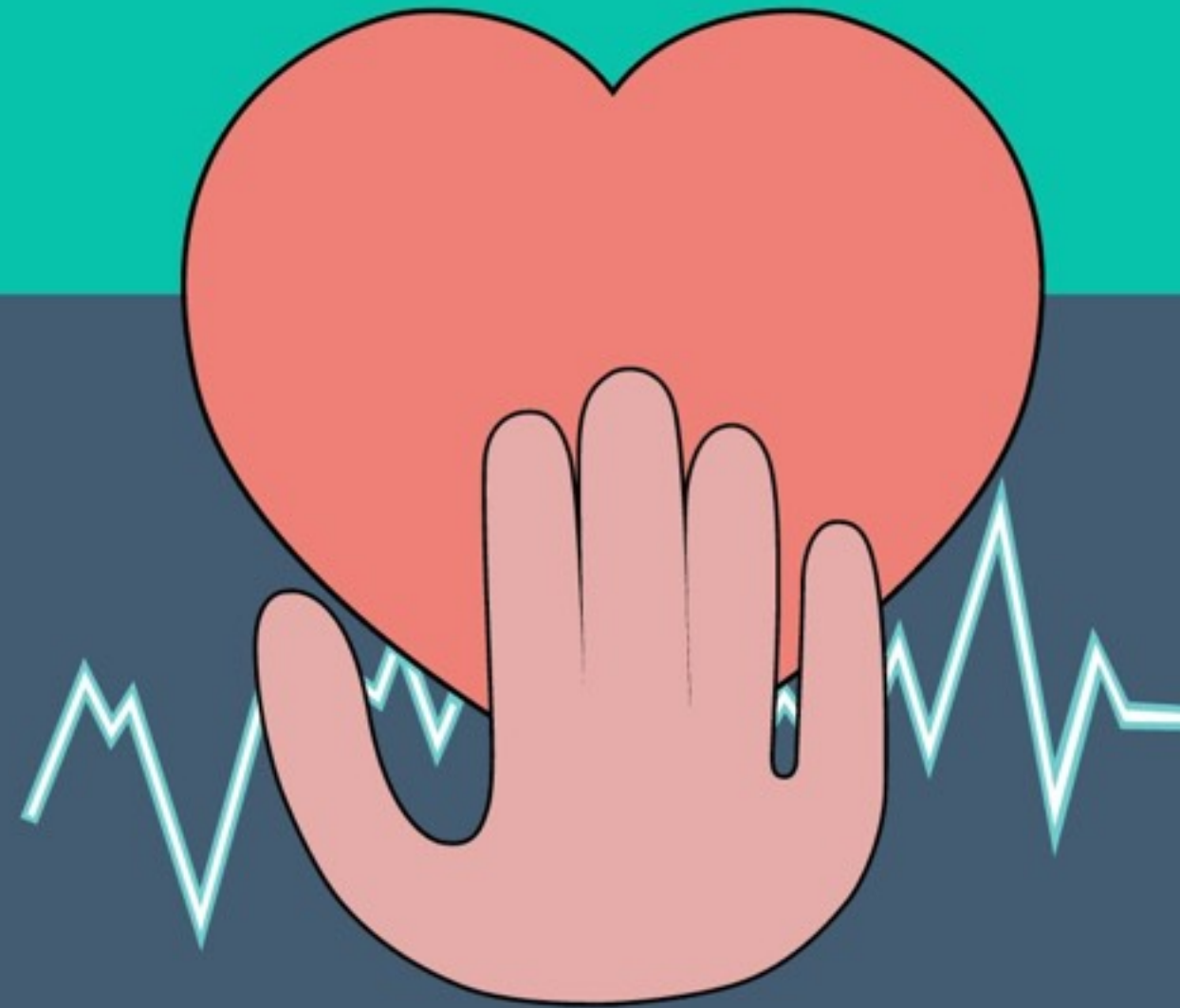
Autoras:

Renata Karina Reis

Aline Aparecida Monroe

Maria Célia Barcellos Dalri

Atendimento cardiovascular de emergência parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar no adulto



Atendimento cardiovascular de emergência: parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar no adulto



Objetivos da aprendizagem

Conhecer as etapas do atendimento cardiovascular de emergência em situação de parada cardiorrespiratória (PCR) em adulto de acordo com as diretrizes internacionais de 2010 na American Heart Association (AHA) no suporte básico de vida.

8.1 Introdução

8.2 O elo da cadeia de sobrevivência

8.3 O papel do enfermeiro no atendimento em situação de PCR

8.4 O Enfermeiro e as manobras de RCP no suporte básico de vida Desfibrilação Externa Automática (DEA)

8.5 Palavra do profissional

8.6 REFERÊNCIAS

8.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos últimos 25 anos, vem avançando na proposição e implantação de políticas de saúde includentes, contudo, ainda enfrenta problemas crônicos relacionados à persistência de modelos de atenção à saúde fragmentados, que se (des) organizam por meio de pontos de atenção à saúde isolados e com frágil comunicação uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2010).

Nesse contexto, os serviços de urgência sofrem o impacto de tal lógica de organização, tornando-se alvo para as críticas ao modelo nacional de assistência à saúde (O'DWYER, 2010). Para a reorganização e regulação desses serviços no âmbito do SUS, foi proposta a **Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)** que definiu que o papel da Atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), organizando a assistência desde as unidades Básicas, pelas equipes de saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a formação do enfermeiro referente à atenção às urgências e emergências deve ser realizada compreendendo que suas ações devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, considerando os diferentes cenários de sua atuação, seu papel assistencial e a densidade tecnológica disponível (BRASIL, 2011).

As situações de urgência e emergência surgem na vida das pessoas inesperadamente, exigindo atuação rápida, objetiva e eficaz da equipe de saúde. Dentre essas, a **parada cardiorrespiratória (PCR)** é considerada a maior de emergência visto que a sobrevivência está relacionada com o tempo e qualidade do atendimento realizado, o que requer o reconhecimento e atendimento rápido, seguro, (BOAVENTURA et al. 2010).

8.2 O Elo da cadeia de Sobrevivência

Para que o socorro possa ser prestado de maneira sistematizada ao cliente com parada cardiorrespiratória, as Diretrizes da **American Heart Association (2010)** preconizam a **cadeia de sobrevivência**, constituída pela sequência de ações demonstrada a seguir.

8.3 O Papel do enfermeiro no atendimento em situação de PCR

Podemos pensar a atuação do enfermeiro como um elo fundamental para o a gestão do cuidado em sua perspectiva mais ampla, quando refletimos o contexto de uma situação de PCR, independente do local em que esta ocorra, ou seja, desde um domicílio, via pública ou unidades de saúde.

A gestão desse cuidado possui múltiplas dimensões e facetas, variando de acordo com as necessidades de saúde (CECÍLIO, 2011),

Imagem 1 - Situação de PCR



bem como a disponibilidade de recursos assistenciais. Na gestão do cuidado individual o enfermeiro deve ter conhecimento técnico-científico sustentado nos **guidelines** e **I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia** de modo a sistematizar a assistência, e aperfeiçoar as habilidades psicomotoras e afetivas para as intervenções no processo de cuidado na situação de PCR e RCP.

Ainda na perspectiva de produção de cuidado, a que se ressaltar a gestão dos serviços de saúde, em especial a disponibilidade de recursos materiais necessários para o atendimento da PCR, bem como, os recursos humanos preparados e qualificados para a assistência ao usuário.

Outra dimensão, não menos importante, refere-se à gestão do cuidado coletivo, com engajamento do enfermeiro no

delineamento, operacionalização e sensibilização da equipe de saúde e/ou população quanto às políticas públicas e estratégias de intervenção voltadas para a prevenção das situações que podem resultar na PCR, ou seja, a atuação e valorização de Programas de Saúde (Ex. Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes / ou agravos cardiovasculares e metabólicos), bem como a própria promoção de hábitos de vida saudáveis junto à comunidade. Ainda no cuidado coletivo, outra dimensão mais específica seria a própria sensibilização e educação em saúde para leigos na comunidade, priorizando os conhecimentos básicos relacionados à PCR, dando início ao elo da cadeia de sobrevivência precocemente. Partindo da pluralidade das ações sob responsabilidade do enfermeiro no que se refere no atendimento de emergência cardiovascular, e considerando a complexidade das mesmas, este material terá um recorte, neste momento, para a gestão do cuidado individual e dos serviços de saúde para subsidiar a construção o raciocínio técnico e gerencial do estudante de graduação em enfermagem para a pronta intervenção na RCP.

O enfermeiro tem papel fundamental na ressuscitação cardiopulmonar (RCP), visto que ele é, frequentemente, quem avalia em primeiro lugar o paciente e inicia as manobras de RCR, acionando a equipe (ZANINI et al. 2006; ROH et al. 2013).

Sua atuação na realização das manobras de RCP deve ser de maneira ativa com o intuito de planejar, coordenar, organizar a assistência de enfermagem durante todo o atendimento, bem

como após a RCP, prestando cuidados diretos ao paciente, exercendo suas atividades com competência, de acordo com os princípios da ética e lei do exercício profissional.

Imagem 2 - Ressuscitação RCP

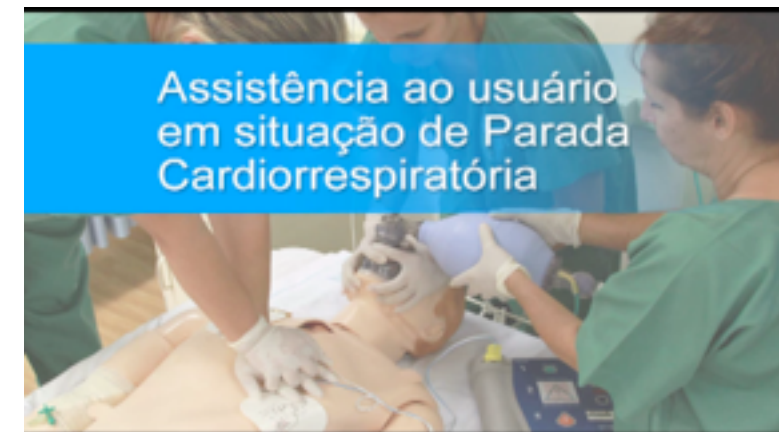


Para tal, exige-se do enfermeiro, dentre as várias atribuições, a capacidade de tomar decisões imediatas, visto que, tanto às manobras executadas no Suporte Básico de Vida (SBV), como as no Suporte Avançado de Vida (SAV) exigem uma equipe bem treinada, pois o atendimento da PCR requer ações rápidas, eficazes e integradas, sendo, por isso, melhor executadas por uma equipe do que por um membro isolado da mesma (LIMA et al. 2009).

Mas afinal, o que significa o SBV e o SAV no processo de produção do cuidado em saúde a um indivíduo em situação de PCR?

8.4 O Enfermeiro e as manobras de RCP no suporte básico de vida com Desfibrilação Externa Automática (DEA)

O **SBV** tem como objetivos o rápido reconhecimento das situações de gravidade, a intervenção precoce e a manutenção da estabilidade circulatória e respiratória por meio das manobras de reanimação. Então cabe ao enfermeiro:



No suporte avançado de vida são realizadas intervenções específicas com o uso de equipamentos e técnicas invasivas para estabilização e manutenção da circulação, com estabelecimento de acesso venoso ou intraósseo (IO); administração de drogas e fluidos; ventilação com dispositivos bolsa-válvula-máscara e administração de oxigênio a 100% até que seja estabelecido uma via aérea avançada ; monitorização; **desfibrilação** em caso de ritmos chocáveis e cuidados pós-

reanimação seguindo as recomendações do protocolo da AHA (AHA, 2010)

Ressalta-se que a **atuação em equipe** é um dos elementos chave para o sucesso da RCP. Vejamos os exemplo: na **gestão do cuidado individual** e na **gestão do serviço de saúde** figura 1 ilustra as diversas intervenções que o enfermeiro pode atuar numa situação de RCP, tanto no SBV quanto no SAV e que deve considerar no planejamento da assistência de enfermagem. É importante ressaltar que a PCR é uma situação de emergência que requer atendimento imediato da equipe de saúde, entretanto, deve-se manter os cuidados também com a família e outros pacientes que estão sob o cuidado da equipe de enfermagem.

8.5 Palavra do profissional

8.6 REFERÊNCIAS

Modelo Padronizado de Registro do Atendimento da PCR

Imagem 3 - Responsabilidades do enfermeiro

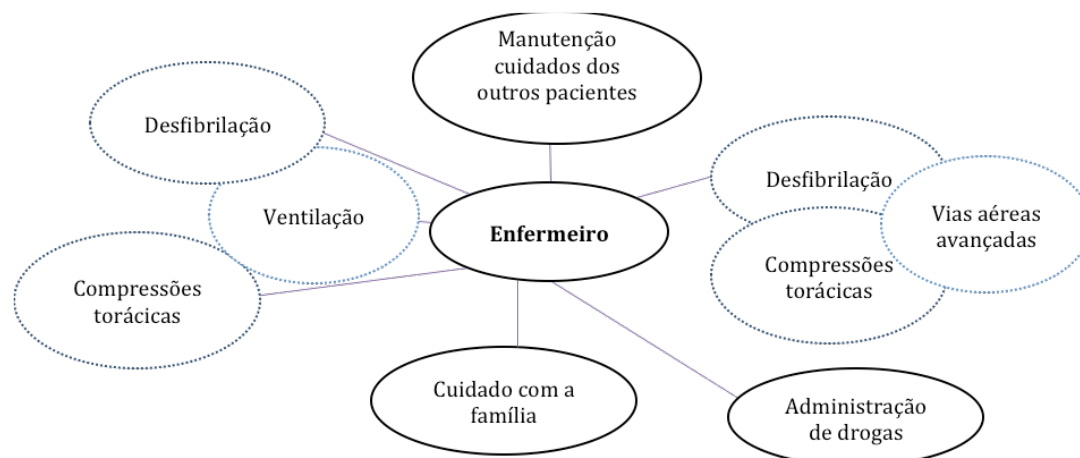


Fig 1 A diversidade do papel e responsabilidades do enfermeiro durante a RCP no SBV e SAV

Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs)

A alta variabilidade de características individuais, sociais e culturais, dificulta a construção de instrumentos que mensurem as AAVDs de forma universal, contudo, estudos sobre a temática indicam a importância de inserir os domínios das AAVDs na avaliação multidimensional do idoso, mesmo que de forma assistemática. Tais domínios se apresentam inter-relacionados nas atividades de lazer, produtivo e social (DIAS et al., 2011).

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs)

Compreende aspectos pessoais relacionados ao autocuidado. Um instrumento amplamente conhecido e utilizado para a avaliação das ABVDs é a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (EIAVD), ou Escala de Katz. Consta de seis itens que medem o desempenho do idoso nas atividades de autocuidado, obedecendo uma hierarquia de complexidade, baseada nas funções primárias biológicas e psicossociais. As atividades incluídas na escala são: alimentação, controle sobre as eliminações, transferência, higiene pessoal e vestimentas.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Atividades da Vida Diária(AVDs)

A alta variabilidade de características individuais, sociais e culturais, dificulta a construção de instrumentos que mensurem as AAVDs de forma universal, contudo, estudos sobre a temática indicam a importância de inserir os domínios das AAVDs na avaliação multidimensional do idoso, mesmo que de forma assistemática. Tais domínios se apresentam inter-relacionados nas atividades de lazer, produtivo e social (DIAS et al., 2011).

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs)

Indicam a capacidade do idoso ter uma vida independente dentro da comunidade onde vive. A independência ou dependência nestas atividades indicam se o idoso pode continuar a viver sozinho. Um instrumento amplamente utilizado na prática clínica e na pesquisa que avalia as AIVDs é a Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária desenvolvida por Lawton e Brody, que inclui aspectos desde a realização de compras pelo idoso, aos cuidados com suas finanças (GORDILHO et al., 2001).

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Atuação em equipe

O enfermeiro e a equipe de enfermagem desempenham funções que são independentes, interdependentes e colaborativas, porém, é importante salientar que estas atribuições podem ser diferentes dependendo da capacitação, do conhecimento e habilidades do enfermeiro, bem como do estabelecimento de diretrizes e protocolos que podem ser elaboradas pela instituição de saúde e que são garantidas pela lei do exercício profissional.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Capítulo 2 - Atendimento cardiovascular de emergência: parada cardiorrespiratória e r

Autonomia

É a capacidade de decisão, de comando e de controle sobre sua vida (PASCHOAL, 2000; GORDILHO et al., 2001).

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Avaliação cuidadosa de seu contexto

A abordagem ao idoso neste momento deve ser realizada de forma ampla e integral, de modo a realizar anamnese detalhada direcionada para as causas da queda. Neste momento, o fato de saber se esta é a primeira queda ou não, pode direcionar a avaliação. Detalhar o acometimento de fatores extrínsecos (fatores ambientais, vestimenta) e intrínsecos (doenças, efeitos de polifármacos) faz-se importante. Esta avaliação poderá evitar quedas posteriores, assim como proporcionará entender a queda atual.

Questionar:

História da queda: onde e quando o evento ocorreu, porque o idoso caiu (fatores intrínsecos e extrínsecos)

Onde e como o idoso foi encontrado no chão?

Quantas vezes houve quedas no último ano?

Fez uso de medicação antes da queda? Qual? Faz uso de polifarmácia?

Houve alguma consequência?

Houve necessidade de procurar um médico?

Exame físico? Especial atenção ao exame do sistema cardiovascular (atenção para aferição da PA na posição sentado, deitado e em pé), neurológico (atenção para avaliação do estado mental e presença de sintomas depressivos) e musculoesquelético

Tipo de lesão física e psicológica causada?

Teve atividades da vida diária (AVDs) restringidas?

Intervenção realizada?

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Avaliação do Estado Mental

A Avaliação do Estado Mental é um pratica do cuidado de enfermagem que tem por objetivo avaliar funcionamento emocional e cognitivo da pessoa, verificando o equilíbrio das funções mentais diante da capacidade da pessoa atuar social e profissionalmente. A avaliação do enfermeiro das funções mentais poderá identificar pontos fortes remanescentes do sujeito em diversas situações da vida, ajudando-o a mobilizar recursos e a utilizar seu potencial para lidar com dificuldades e conflitos.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação do Estado Mental I - Avaliação do estado mental I

Biopsicossociais

Seres que são influenciados e constituídos pela interação de diferentes dimensões, em especial, a biológica, psicológica e social. Não desconsiderando que podem também ser influenciados por outras como a cultura, economia, etc.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Avaliação do Estado Mental I - Avaliação do estado mental I

Capacidade funcional

É a capacidade da pessoa manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (GORDILHO et al., 2001)

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Catarata

É uma patologia dos olhos que consiste na opacidade parcial ou total do cristalino ou de sua cápsula.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Choro

Nem sempre o choro é um indicativo de fome para se iniciar a mamada ou de que está insatisfeito após a mamada.

Muitas vezes o excesso de intervenção pode irritar o bebê. Pode ocorrer do profissional, na tentativa de auxiliar na mamada, empurrar a cabeça do bebê em direção à mama. Isso pode irritar o bebê que passa a recusar ainda mais a mama. Pode ser que o bebê não goste de ser tocado por estranhos, assim, é melhor orientar a mãe ao invés de intervir na técnica neste momento.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Amamentação: avaliação clínica da mamada - Avaliação clínica da mamada

Cognição

Cognição é a compreensão de um conjunto de atos e comportamentos para alcançar determinado objetivo (GRIEVE, 2000).

As principais funções psíquicas envolvidas no processo cognitivo são: motivação, atenção, aprendizagem, memória, linguagem, raciocínio, percepção e pensamento (FERNANDES, 2001). Alterações na cognição acarretam prejuízos que afetam o cotidiano e comprometem a qualidade de vida do idoso.

O funcionamento mental implica em habilidades de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e capacidade de produzir respostas às solicitações e estímulos externos (SOUZA; CHAVES, 2005).

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Consequências das quedas

Lesões físicas;

- Fraturas;

- Alteração da capacidade funcional;

- Imobilidade;

Medo de quedas- pode ocorrer isolamento social, restrição de atividades da vida diária, superproteção familiar e limitação de autonomia.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Dependência

Condição de uma dada pessoa que faz com que ela requeira o auxílio de outras pessoas para a realização de atividades do dia a dia.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Depressão

A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais comum que acomete os idosos e pode levá-los ao suicídio (BRASIL, 2006). Possui relação com o declínio funcional e, conseqüentemente, com incapacitações, o que implica em piora da qualidade de vida e, entre os fatores de risco para a depressão encontram-se incluídas algumas doenças, uso de medicações e a incapacidade funcional (TOLEDO, SANTOS NETO, 2006), além de isolamento social, dificuldade de relações interpessoais, conflitos com familiares, bem como as dificuldades econômicas (BRASIL, 2006).

A depressão é “um desajustamento psicológico e social, ativado e influenciado por experiências sociais e por acontecimentos de vida difíceis que provocam readaptações ao interagirem com as competências globais do sujeito e com os seus processos de desenvolvimento e maturação” (MARUJO, 1994, p.497).

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Ecomapa

Instrumento de avaliação familiar que permite a representação gráfica das ligações de uma família as pessoas e estruturas sociais do meio que habita, desenhando seu sistema “ecológico”. Identifica padrões organizacionais e a natureza das relações das pessoas da família com seu meio.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Avaliação do Estado Mental I - Avaliação do estado mental I

Empatia

Experiência pela qual uma pessoa se identifica com outra, tendendo a compreender o que ela pensa e a sentir o que ela sente, ainda que nenhum dos dois expresse o pensamento ou sentimento de modo explícito ou objetivo. Capacidade de compreensão emocional e estética acerca das percepções e sentimentos do outro, na perspectiva do outro e na sua própria perspectiva.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação do Estado Mental I - Avaliação do estado mental I

Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG) é a mais utilizada quando se trata de avaliação da depressão em pessoas idosas (FRANK; RODRIGUES, 2006). Criada por Yesavage et al em 1983, a EDG passou a ser considerada uma escala com propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para rastreamento de depressão no idoso (ERTAN; EKER, 2000). No Brasil foi traduzida, adaptada e validada por Stoppe Junior et al. (1994)

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Escuta terapêutica

A comunicação é um instrumento básico do cuidado em enfermagem e neste processo a escuta do outro não requer apenas a presença de um emissor e um receptor de mensagens. Trata-se da escuta que permite ao outro expressar de tal forma que consiga compreender a si mesmo e a identificar o que é melhor para si. Valorizando a pessoa como um sujeito que busca se compreender e se expressar, sendo capaz de se desenvolver. Permite, portanto, ao paciente a expressão de pensamentos/sentimentos e exercício autorreflexivo para alívio de tensões.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação do Estado Mental I - Avaliação do estado mental I

Estado alerta

DEFINIÇÃO DE ESTADO ALERTA

Alerta quieto - corpo e face relativamente inativos, olhos brilhantes. Os estímulos visuais e auditivos evocam respostas. Este é o estado que mais recompensa os pais (diz-se que o bebê está disponível para a interação).

Alerta ativo - o bebê está acordado e apresenta mais movimentos; é considerado como um estado de transição para o choro. O bebê está disponível para o mundo externo e pode ser acalmado ou trazido de volta para um estado de alerta quieto com o uso de estímulos adequados, mas, se estes forem fortes em demasia, o bebê tende a tornar-se novamente desorganizado.

(PRECHTL, 1974)

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Amamentação: avaliação clínica da mamada - Avaliação clínica da mamada

Fatores extrínsecos

Fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais, geralmente relacionados ao ambiente em que o idoso interage, sua casa, locais públicos, transporte coletivo, entre outros. Exemplos são locais mal iluminados, mal planejados, que propiciem escorregar, tropeçar, errar o passo, pisar em falso, colidir com alguém, vestimentas e calçados inadequados.

A m b i e n t e E x t e r n o

Piso da calçada escorregadio, Presença de desnível e/ ou degrau, Degraus sem sinalização, Escadas sem corrimão, Escadas sem iluminação, Pouca iluminação

Q u a r t o

Piso encerado, Objetos pelo chão (no caminho), Tapetes soltos, Cama, incluindo o colchão, com altura de aproximadamente de 50 cm , Armários muito altos, difíceis de alcançar, Ausência de luz na cabeceira da cama, Interruptor longe da cama, Presença de produtos de beleza sem rótulos misturados à medicamentos, Presença de degraus sem iluminação e sem sinalização, Pouca iluminação, Telefone longe da cama.

Banheiro

Piso escorregadio e/ou molhado, Box com piso em desnível superior a 1,5 cm, em relação ao banheiro, Box com piso em desnível sem sinalização, Tapetes de pano soltos, Banheiro sem barras de apoio no box e vaso sanitário, Sanitários com altura superior ou inferior a 50 cm, Presença de porta toalhas e suporte para shampoo, móvel e de difícil acesso, Produtos de higiene sem rótulos misturados à medicamentos, Pouca iluminação

Cozinha

Piso escorregadio, Área física pequena, Armários altos/necessita de subir em móveis para alcançar objetos, Pouca iluminação, Itens pesados na porta da geladeira, Mesa com quinas (pontiadudas), Cadeiras sem braço de apoio, Presença de degraus sem iluminação e sem sinalização, Pouca iluminação, Utilização de banquinhos e /ou escadas para alcançar armários

Sala

Tapetes soltos, Objetos espalhados pelo chão (no caminho), Animais de estimação (no caminho), Sofá e/ou poltronas sem apoio , Mesinha de centro, Pouca iluminação, Mesa com quinas e/ ou de vidro, Fios de telefone soltos e compridos, Presença de degraus sem iluminação e sem sinalização, Velas acesas durante o dia ou noite

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Fatores intrínsecos

- Idade avançada (80 anos e mais)

- Sexo feminino

- Alterações fisiológicas do envelhecimento

- Diminuição da visão

- Diminuição da audição

- Sedentarismo

- Distúrbios músculos-esqueléticos (fraqueza muscular e degenerações articulares)

- Alterações na postura

- Alteração de equilíbrio e locomoção

- Deformidades nos pés

- Doenças que predispõem a queda

- Doenças Cardíacas

- Doenças Pulmonares

- Doenças Neurológicas (Derrame Cerebral, Demência,

- Doença de Parkinson, Mal de Alzheimer)

- Doenças Geniturinária

- Osteoporose

- Artrose

- Labirintite

- Medicamentos que predispõem a queda

- Antidepressivos

- Ansiolíticos, hipnóticos e antipsicóticos

- Anti-hipertensivos

- Anticolinérgicos

- Diuréticos

- Antiarrítmicos

- Hipoglicemiantes

- Anti-infl amatórios não-hormonais

Polifarmácia (uso de 5 ou mais drogas associadas)

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Genograma

Instrumento de avaliação familiar que permite obter uma representação gráfica que mostra o desenho ou mapa da família. Explicita a estrutura familiar ao longo de várias gerações e das etapas do ciclo de vida familiar, além dos movimentos emocionais a ele associados.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Avaliação do Estado Mental I - Avaliação do estado mental I

Glaucoma

Glaucoma é uma designação genérica para um grupo de doenças distintas que envolvem pressão intraocular associada a neuropatia óptica. A pressão intraocular elevada é um fator de risco significativo para o desenvolvimento de glaucoma, mas é possível uma pessoa desenvolver dano no nervo com pressão intraocular normal ou não desenvolver mesmo com pressão intraocular elevada durante anos sem apresentar lesões. Reduzir a pressão diminui a perda visual mesmo nesses casos. Se não for tratado, o glaucoma leva ao dano permanente do disco óptico da retina, causando uma perda progressiva do campo visual.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Independência

Refere-se a o estado em que a pessoa é capaz de existir ou funcionar, de maneira satisfatória, sem a ajuda de outro (BALTES, SILVERBERG, 1994).

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Irritabilidade

Não consegue abocanhar a aréola para o início da mamada

Pode estar relacionado a posição inadequada do bebê; reflexo de abocanhar inibido; confusão de bicos; mamas ingurgitadas e mamilo plano ou invertido. As causas desses problemas devem ser sanadas ao iniciar a mamada.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Amamentação: avaliação clínica da mamada - Avaliação clínica da mamada

Medida

Uma escala de cinco pontos tipo Likert que quantifica o resultado de um paciente ou indicador de estado em um contínuo do menos ao mais desejado e provê uma avaliação em um dado tempo. (Moorhead, 2010, p. 39)

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

As Linguagens - As linguagens padronizadas e a prática clínica de enfermagem

Modelo Padronizado de Registro do Atendimento da PCR

O modelo Utstein para registrar PCR surgiu na conferência de 1990, na antiga cidade que leva o seu nome, situada próximo de Stavanger Noruega, com participação de representantes da AHA, Conselho Europeu de Ressuscitação (ERC), Heart and Stroke Foundation of Canadá (HSFC), Conselho Sul Africano de Ressuscitação e do Conselho Australiano de Ressuscitação. Na ocasião, havia a preocupação com uma comparação adequada entre os resultados dos esforços relacionados à ressuscitação, efetuados tanto em diferentes países, como dentro de um mesmo país, por falta de definições e metodologias uniformizadas.

A partir de então, muitos investigadores e diretores de sistemas de saúde têm adotado as planilhas, estilo e nomenclatura Utstein para registrar os resultados das manobras de RCP no ambiente pré-hospitalar. Esse processo de padronização evoluiu com a inclusão da RCP intra-hospitalar do adulto, dentro dos acordos internacionais para seu registro.

O ponto principal enfatizado pelo Utstein Style é o reconhecimento dos tempos de intervenções após a PCR e estabilidade após as medidas terapêuticas para avaliação da eficácia e resposta das vítimas de PCR (CAVALCANTE; LOPES, 2006).

O in-hospital Utsteis Style foi validado no Brasil (AVANCI e MENEGHIN, 2008), sendo um instrumento objetivo e aplicável à realidade do país. Tal instrumento aborda informações relevantes e permite melhorar a qualidade do atendimento da PCR.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Capítulo 2 - Atendimento cardiovascular de emergência: parada cardiorrespiratória e r

Parada cardiorrespiratória (PCR)

A paragem cardiorrespiratória ou parada cardiorrespiratória ou PCR é a interrupção da circulação sanguínea que ocorre em consequência da interrupção súbita e inesperada dos batimentos cardíacos ou da presença de batimentos cardíacos ineficazes. Após uma PCR o indivíduo perde a consciência em cerca de 10 a 15 segundos devido à parada de circulação sanguínea cerebral.. Caso não haja retorno à circulação espontânea e o paciente não seja submetido a ressuscitação cardiopulmonar, a lesão cerebral começa a ocorrer em cerca de 3 minutos e após 10 minutos de ausência de circulação as chances de ressuscitação são próximas a zero

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Capítulo 2 - Atendimento cardiovascular de emergência: parada cardiorrespiratória e r

Prevenção das quedas

O acompanhamento de um idoso com risco ou história de queda exige uma conduta multidisciplinar. O sucesso de um plano de prevenção também depende da colaboração e envolvimento dos familiares e/ou cuidadores, bem como do próprio idoso (PAIXÃO JUNIOR; HECKMAN, 2011). Prevenir a queda pode significar preservar a função do idoso, prevenir a perda de autonomia e independência e conservação da capacidade funcional do mesmo. Reduzir a possibilidade de um idoso sofrer iatrogenias é também promover sua qualidade de vida (FABRÍCIO, RODRIGUES e COSTA JUNIOR, 2004).

- reconhecimento do indivíduo que tem maior predisposição à queda, ou seja indivíduos com idade superior a 75 anos, com capacidade funcional prejudicada, doenças neurológicas, cardiovasculares e reumatológicas, consumidores de polifármacos e indivíduos que já sofreram quedas anteriores;
- atuação em orientações sobre o ambiente de um modo geral evitando problemas de estrutura física que podem causar queda, prestando atenção a detalhes principalmente de cozinhas, quartos e banheiros;
- orientação quanto ao uso apropriado de vestuário e calçado que o idoso usa;
- orientação quanto ao uso correto de acessórios;
- orientação sobre as formas corretas de posicionamento e postura corporal ao andar, ao sentar-se e levantar-se;
- acompanhamento e ajuste do uso de fármacos identificando possíveis interações medicamentosas;
- nunca subestimar as queixas dos idosos, que podem indicar doença eminente ou agravamento de uma já instalada;
- reforçar autocuidado;
- Exercícios de equilíbrio;
- Instruções comportamentais, correções de deficiências sensoriais;
- Uso de protetores de quadril;
- Ambiente seguro;

Teste de equilíbrio e Marcha – POMA

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

Quedas

Evento não intencional, em que ocorre a incapacidade da mecânica postural do corpo em manter a posição ereta em razão de uma desestabilização interna ou externa (FERREIRA, GABRIEL e GABRIEL, 2011; PAIXÃO JUNIOR e HECKMAN, 2011; RUBENSTEIN et al. 1990)

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso

SBV

É o conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida à vítima, tornando o SBV vital até a chegada do SIV (Suporte intermediário de vida - transporte até o hospital), traçando um padrão para atendimento, tendo objetivo principal não agravar lesões já existentes ou gerar novas lesões.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Capítulo 2 - Atendimento cardiovascular de emergência: parada cardiorrespiratória e r

Sem Título

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Sem Título duplicado

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua. Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris nisi ut aliquip ex ea commodo consequat.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Vínculo

Pode ser compreendido como laço moral; relação de confiança, afinidade. Trata-se de uma tecnologia leve de relacionamento que na saúde é essencial ao relacionamento interpessoal, condição fundamental no cuidado para a uma relação de ajuda-confiança entre profissional e paciente.

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Avaliação do Estado Mental I - Avaliação do estado mental I

Visão

A visão faz parte do nosso corpo e deve ser avaliada a partir do nascimento do ser humano, ela é um dos órgãos do sentido e que deve ter avaliação adequada do profissional de saúde. Quando a pessoa apresenta qualquer sintoma e relata a um profissional de saúde alguma dificuldade, o mesmo deve ser questionado o tipo de problema e encaminhado ao oftalmologista para avaliação adequada para o tratamento

Termos do Glossário Relacionados

Arraste os termos relacionados até aqui

Índice

Buscar Termo

Avaliação Multidimensional do idoso - Avaliação multidimensional do idoso