

CONCEITOS BÁSICOS DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

 Cursoslivres



Procedimentos Básicos de Enfermagem

Técnicas de Higienização e Conforto

A higienização e o conforto do paciente são aspectos fundamentais da assistência de enfermagem, garantindo não apenas o bem-estar, mas também a prevenção de infecções e complicações associadas à hospitalização. Entre as principais práticas, destacam-se a higiene corporal, a mudança de decúbito para prevenção de lesões por pressão e os cuidados com o ambiente hospitalar. Essas ações são essenciais para a recuperação do paciente e a segurança nos serviços de saúde.



Higiene Corporal do Paciente

A higiene corporal é um dos cuidados básicos da enfermagem e tem como objetivo manter a pele limpa, prevenir infecções e proporcionar conforto ao paciente. Segundo Potter e Perry (2018), a higiene influencia diretamente a integridade da pele, a autoestima e a dignidade do paciente, sendo um dos pilares do cuidado humanizado.

A assistência à higiene corporal pode ser realizada de diferentes formas, dependendo do estado clínico do paciente:

- **Banho no leito:** Indicado para pacientes acamados ou com mobilidade reduzida. Deve ser feito com técnica asséptica, respeitando a privacidade do paciente e utilizando materiais adequados, como toalhas úmidas ou esponjas descartáveis (SANTOS et al., 2021).

- **Banho de aspersão:** Quando o paciente tem mobilidade suficiente para se deslocar ao chuveiro, mas ainda necessita de assistência parcial.
- **Higienização perineal:** Essencial para pacientes com incontinência urinária ou fecal, prevenindo infecções do trato urinário e dermatites associadas à umidade (BRASIL, 2020).

Além do banho, outros cuidados de higiene incluem:

- Higiene oral para evitar complicações como pneumonia aspirativa;
- Higiene capilar, incluindo lavagem e penteado para conforto e bem-estar;
- Troca de roupas de cama e vestuário conforme necessidade.

A assistência à higiene deve respeitar a autonomia do paciente sempre que possível, promovendo seu envolvimento no processo para preservar a dignidade e independência.

Mudança de Decúbito e Prevenção de Lesões por Pressão

As lesões por pressão, também conhecidas como úlceras de pressão ou escaras, são feridas que ocorrem devido à compressão prolongada da pele contra superfícies rígidas, comprometendo a circulação sanguínea. Essas lesões são comuns em pacientes acamados ou com mobilidade reduzida e podem levar a complicações graves, como infecções sistêmicas (NPUAP, 2019).

A **mudança de decúbito** é uma das principais estratégias para prevenir essas lesões. Ela consiste em reposicionar o paciente regularmente para aliviar a pressão em áreas vulneráveis, como:

- Região sacral
- Calcaneares
- Cotovelos
- Ombros

As principais recomendações para prevenção de lesões por pressão incluem:

1. **Mudança de posição a cada 2 horas** para redistribuir a pressão sobre a pele.
2. **Uso de colchões pneumáticos ou de espuma viscoelástica**, que ajudam a reduzir a pressão contínua em áreas sensíveis (PARKER et al., 2021).
3. **Hidratação e nutrição adequadas**, pois a desnutrição aumenta o risco de lesões cutâneas.
4. **Aplicação de hidratantes na pele seca**, reduzindo o risco de fissuras e escaras.

Além disso, a equipe de enfermagem deve inspecionar regularmente a pele do paciente, identificando precocemente qualquer sinal de lesão e adotando medidas preventivas.

Cuidados com o Ambiente Hospitalar

A qualidade do ambiente hospitalar impacta diretamente a segurança e o bem-estar do paciente. A manutenção da higiene do ambiente é fundamental para a prevenção de infecções hospitalares, que representam um dos maiores desafios dos serviços de saúde (ANVISA, 2021).

Entre as principais medidas para um ambiente hospitalar seguro e confortável, destacam-se:

- **Desinfecção regular de superfícies:** Mesas, grades de leitos, cadeiras e equipamentos médicos devem ser higienizados frequentemente com soluções antissépticas.
- **Ventilação adequada:** Ambientes bem arejados reduzem a proliferação de microrganismos e melhoram o conforto do paciente.
- **Controle de ruídos:** O barulho excessivo pode causar estresse e prejudicar o sono dos pacientes. A redução de ruídos em ambientes hospitalares melhora a recuperação e a qualidade de vida dos internados (SILVA et al., 2020).
- **Organização do espaço:** Manter a disposição correta dos materiais evita acidentes, como quedas e contaminação cruzada.

A equipe de enfermagem desempenha um papel crucial na supervisão da limpeza hospitalar, garantindo que os protocolos de biossegurança sejam seguidos e que os pacientes estejam em um ambiente seguro e confortável.

Considerações Finais

A higienização corporal, a mudança de decúbito e a manutenção do ambiente hospitalar são cuidados essenciais na assistência ao paciente. Esses procedimentos contribuem para a prevenção de complicações, promovem o conforto e garantem a segurança nos serviços de saúde. A capacitação contínua dos profissionais de enfermagem é fundamental para que essas práticas sejam realizadas com eficiência e humanização.

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Segurança do Paciente: Higienização de Superfícies Hospitalares**. Brasília, 2021. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em: 06 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 06 mar. 2025.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline**. Washington, DC, 2019.
- PARKER, D. M.; RADOWSKI, A.; TURNER, K. **Pressure Injury Prevention: Strategies and Best Practices in Nursing Care**. New York: Springer, 2021.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- SANTOS, R. M.; SOUZA, E. A.; OLIVEIRA, J. P. **Cuidados de Higiene e Conforto ao Paciente Hospitalizado**. São Paulo: Manole, 2021.
- SILVA, C. L.; ALMEIDA, J. P.; OLIVEIRA, T. **Impacto da Qualidade do Ambiente Hospitalar no Bem-Estar dos Pacientes**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, p. 45-52, 2020.

Administração de Medicamentos na Enfermagem

A administração de medicamentos é uma das responsabilidades fundamentais dos profissionais de enfermagem, incluindo auxiliares e técnicos. Para garantir um tratamento seguro e eficaz, é essencial conhecer as diferentes vias de administração, as técnicas corretas para aplicação de injetáveis e os cálculos de dosagem e diluição. O conhecimento e a aplicação dessas práticas minimizam riscos e asseguram a segurança do paciente.

Vias de Administração de Medicamentos

Os medicamentos podem ser administrados por diferentes vias, dependendo de sua formulação, mecanismo de ação e do estado clínico do paciente. De acordo com Potter e Perry (2018), as principais vias de administração incluem:

1. Via Oral (VO)

- Forma mais comum e segura.
- Inclui comprimidos, cápsulas, líquidos e pós solúveis.
- Pode ter absorção alterada por alimentos ou pH gástrico.

2. Via Sublingual e Bucal

- Medicamentos dissolvem-se sob a língua ou na mucosa oral.
- Absorção rápida diretamente na corrente sanguínea.

3. Via Parenteral (Injetável)

- Permite administração direta na corrente sanguínea ou tecidos.
- Inclui as vias **intramuscular (IM)**, **subcutânea (SC)**, **intravenosa (IV)** e **intradérmica (ID)**.

4. Via Retal e Vaginal

- Utilizada para supositórios, enemas e cremes.
- Absorção variável, dependendo da vascularização da mucosa.

5. Via Inalatória

- Medicamentos em aerossóis ou nebulizações.
- Indicação comum para doenças respiratórias como asma e DPOC.

6. Via Tópica e Transdérmica

- Administração de pomadas, cremes e adesivos transdérmicos.
- Absorção gradual e ação localizada ou sistêmica.

Cada via de administração exige cuidados específicos para garantir a eficácia do medicamento e evitar reações adversas.

Técnicas de Aplicação de Injetáveis

A administração de medicamentos por via injetável requer técnica rigorosa para evitar complicações como infecções, dor e reações adversas. Segundo Lima e Fernandes (2020), as principais técnicas incluem:

1. Aplicação Intradérmica (ID)

- Feita na camada superficial da pele, geralmente no antebraço.
- Utilizada para testes alérgicos e vacinas, como o PPD para tuberculose.
- Agulha fina (13 x 4,5 mm), inserida em um ângulo de 10 a 15°.

2. Aplicação Subcutânea (SC)

- Administrada no tecido adiposo, abaixo da pele.
- Indicada para insulina, heparina e vacinas.
- Agulha curta (13 a 16 mm), inserida em um ângulo de 45° a 90°, dependendo da espessura da pele.

3. Aplicação Intramuscular (IM)

- Injeção profunda no tecido muscular, permitindo absorção rápida.
- Locais de aplicação: glúteo, deltoide e vasto lateral da coxa.
- Agulha longa (25 a 40 mm), inserida em um ângulo de 90°.

4. Aplicação Intravenosa (IV)

- Administração direta na corrente sanguínea.
- Utilizada para infusões rápidas e medicamentos de emergência.
- Exige técnica asséptica rigorosa para evitar infecções.

Cada via parenteral tem indicações específicas, sendo necessário observar a escolha correta do local, da agulha e da técnica para minimizar riscos ao paciente.

Cálculo de Dosagem e Diluição

O cálculo correto da dosagem é essencial para evitar erros de administração e garantir a segurança do paciente. Os erros de dosagem são uma das principais causas de eventos adversos na enfermagem (ROCHA et al., 2021).

1. Cálculo de Dosagem Simples

A fórmula básica para o cálculo da dose é:

Dose necessária = Dose prescrita × Volume disponível / Dose disponível

Exemplo:

Se um paciente precisa de 500 mg de um medicamento e a ampola contém 1.000 mg em 10 mL, o volume a ser administrado será:

$$500 \times 10 / 1000 = 5 \text{ mL}$$

2. Cálculo de Gotejamento Intravenoso

Para infusões intravenosas, o cálculo do gotejamento é feito pela fórmula:

$$\text{Gotas por minuto} = \frac{\text{Volume (mL)} \times \text{Fator de Gotejamento}}{\text{Tempo (min)}}$$

Onde o fator de gotejamento depende do equipo utilizado:

- **Equipo macrogotas:** 20 gotas/mL
- **Equipo microgotas:** 60 gotas/mL

Exemplo:

Se um soro de 500 mL deve ser infundido em 4 horas com equipo macrogotas:

$$500 \times 20 / 240 = 41,6 \text{ gotas/minuto}$$

3. Diluição de Medicamentos

Muitos medicamentos devem ser diluídos antes da administração. A diluição adequada evita irritação dos tecidos e garante absorção eficaz.

Exemplo:

Se um antibiótico deve ser diluído em 100 mL de soro fisiológico e administrado em 30 minutos, é necessário garantir que a taxa de infusão seja calculada corretamente para evitar efeitos adversos (FERREIRA et al., 2022).

Considerações Finais

A administração de medicamentos exige conhecimento técnico e atenção rigorosa para garantir segurança e eficácia. O domínio das diferentes vias de administração, das técnicas de aplicação de injetáveis e dos cálculos de dosagem é essencial para a prática da enfermagem. A capacitação contínua dos profissionais é fundamental para evitar erros e garantir a qualidade da assistência ao paciente.

Referências

- FERREIRA, C. M.; SOUZA, J. P.; LIMA, F. C. **Segurança na Administração de Medicamentos: Diluição e Tempo de Infusão**. São Paulo: Manole, 2022.
- LIMA, A. F.; FERNANDES, R. P. **Técnicas de Enfermagem: Procedimentos e Práticas Clínicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- ROCHA, D. S.; ALMEIDA, C. R.; OLIVEIRA, T. M. **Prevenção de Erros na Administração de Medicamentos**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 3, p. 45-52, 2021.



Cuidados com Feridas e Curativos na Enfermagem

O tratamento de feridas é um aspecto fundamental na assistência de enfermagem, pois envolve a avaliação da lesão, a escolha adequada dos materiais e a aplicação de técnicas de curativos que promovam a cicatrização e previnam infecções. O conhecimento sobre os diferentes tipos de feridas, os processos de cicatrização e as melhores práticas para prevenção de infecções é essencial para garantir um cuidado eficaz e seguro ao paciente.

Tipos de Feridas e Processos de Cicatrização

As feridas podem ser classificadas de acordo com sua origem, profundidade e características clínicas. Segundo Ferreira et al. (2021), as principais classificações incluem:

1. Classificação das Feridas

- **Feridas agudas:** Causadas por traumas ou procedimentos cirúrgicos, apresentam processo de cicatrização rápido e previsível.
- **Feridas crônicas:** Caracterizam-se pela dificuldade de cicatrização, como úlceras por pressão, pé diabético e úlceras venosas.
- **Feridas abertas e fechadas:** As abertas possuem solução de continuidade na pele (cortes, lacerações), enquanto as fechadas não apresentam rompimento evidente (contusões, hematomas).
- **Feridas infectadas e não infectadas:** As infectadas apresentam sinais de inflamação exacerbada, presença de exsudato purulento e aumento da temperatura local.

2. Processo de Cicatrização

A cicatrização é um processo biológico que ocorre em três fases principais (POTTER; PERRY, 2018):

1. Fase Inflamatória (0-4 dias)

- Ocorre a resposta imune inicial, com liberação de mediadores inflamatórios.
- Há aumento da vascularização e migração de células de defesa para o local da lesão.

2. Fase Proliferativa (4-21 dias)

- Formação de tecido de granulação.
- Deposição de colágeno e desenvolvimento de novos vasos sanguíneos (angiogênese).

3. Fase de Maturação (21 dias a meses/anos)

- Remodelação da matriz extracelular e fortalecimento do tecido cicatricial.
- Pode durar semanas a meses, dependendo da extensão da lesão e das condições do paciente.

Fatores como nutrição, idade, doenças crônicas (diabetes, insuficiência vascular), infecção e uso de medicamentos podem influenciar a velocidade da cicatrização (SOUZA et al., 2020).

Materiais e Técnicas de Curativos

A escolha do curativo adequado depende do tipo de ferida, da quantidade de exsudato e do estágio da cicatrização. De acordo com Lima et al. (2022), os materiais mais utilizados incluem:

1. Materiais Utilizados em Curativos

- **Gazes estéreis:** Utilizadas para absorção de exsudatos e proteção da ferida.
- **Compressas de algodão:** Auxiliam na limpeza e cobertura da ferida.
- **Filmes transparentes:** Indicados para feridas superficiais, permitem visualização contínua do leito da ferida.
- **Espumas e hidrocoloides:** Mantêm ambiente úmido, acelerando a cicatrização de úlceras e feridas crônicas.
- **Carvão ativado:** Indicado para feridas infectadas com mau odor, pois absorve secreções e neutraliza odores.

2. Técnicas de Curativos

A aplicação do curativo deve seguir um protocolo rigoroso para evitar contaminação e otimizar a cicatrização:

1. **Higienização das mãos antes e após o procedimento.**
2. **Uso de materiais estéreis e técnicas assépticas.**
3. **Limpeza da ferida com solução fisiológica 0,9% ou soluções antissépticas indicadas.**
4. **Aplicação do curativo conforme o tipo de lesão.**
5. **Troca do curativo conforme indicação clínica (diariamente ou em intervalos específicos).**

Em feridas cirúrgicas ou traumáticas, a troca do curativo deve ser realizada com cuidado para evitar lesões no tecido em regeneração (ANVISA, 2021).

Prevenção de Infecções em Feridas

A infecção é uma das principais complicações no tratamento de feridas, podendo levar a complicações graves, como sepse e necrose tecidual. Para evitar infecções, é essencial seguir medidas rigorosas de controle de infecção (SANTOS et al., 2020).

1. Principais Fatores de Risco para Infecção em Feridas

- Higiene inadequada do local da lesão.
- Uso incorreto de materiais de curativo.
- Contaminação cruzada devido a falhas na assepsia.
- Doenças associadas, como diabetes e imunossupressão.

2. Medidas Preventivas

- **Higienização adequada da ferida** com soro fisiológico 0,9% ou solução antisséptica indicada.
- **Uso de curativos específicos** para controle de umidade e proteção contra microrganismos.
- **Troca do curativo em intervalos adequados** para evitar a proliferação de bactérias.
- **Monitoramento regular da ferida**, observando sinais de infecção como vermelhidão intensa, inchaço, secreção purulenta e odor fétido.

A atuação da equipe de enfermagem na educação do paciente sobre o autocuidado com feridas também é essencial para prevenir infecções e garantir um tratamento eficaz (FERREIRA et al., 2021).

Considerações Finais

Os cuidados com feridas exigem conhecimento técnico e aplicação rigorosa de protocolos para promover a cicatrização e evitar complicações. A escolha do curativo adequado, o uso correto dos materiais e a adoção de medidas preventivas são fundamentais para garantir a segurança do paciente e otimizar os resultados do tratamento.



Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Brasília, 2021. Disponível em: www.anvisa.gov.br. Acesso em: 06 mar. 2025.
- FERREIRA, C. M.; SOUZA, J. P.; LIMA, F. C. **Cuidados Avançados com Feridas e Técnicas de Curativos**. São Paulo: Manole, 2021.
- LIMA, A. F.; FERNANDES, R. P. **Protocolos de Curativos e Tratamento de Feridas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
- POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- SANTOS, R. M.; SOUZA, E. A.; OLIVEIRA, J. P. **Prevenção de Infecções em Feridas Cirúrgicas**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 3, p. 45-52, 2020.
- SOUZA, C. L.; ALMEIDA, J. P.; OLIVEIRA, T. **Fases da Cicatrização e Fatores que Influenciam a Regeneração Tecidual**. Revista de Enfermagem Clínica, v. 20, p. 34-41, 2020.