



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL “MANOEL GUEDES”

Escola Técnica “Dr. Gualter Nunes”

**Curso de Habilitação Profissional de Técnico em
Enfermagem**

MÓDULO I

Procedimentos Básicos de Enfermagem

Tatuí-SP

Sumário

1. HOSPITAL	3
1.1 Definição:	3
1.2 Funções:	3
1.3 Organização:	3
1.4 Classificação:	3
1.5 Equipe de Saúde:	4
2. PACIENTE	4
2.1 Diretos do paciente:	4
2.2 Necessidades Humanas Básicas:	8
2.3 Pesquisa de sinais e sintomas:	8
2.4 Regiões superficiais do corpo:	9
3. PRONTUÁRIO	9
3.1 Definição:	9
3.2 Admissão:	9
3.3 Alta:	10
3.4 Transferência:	10
3.5 Anotação de enfermagem:	11
4. ORDEM E LIMPEZA	11
4.1 Limpeza da Unidade	11
4.2 Preparo de cama hospitalar:	13
5. HIGIENE CORPORAL	15
5.1 Higiene Oral:	15
5.2 Higiene dos cabelos	16
5.3 Banho	17
6. MEDIDAS DE CONFORTO E SEGURANÇA	19
6.1 Desconforto físico:	19
6.2 Prevenção de úlceras de pressão:	21
6.3 Colocação e retirada de comadre e papagaio:	22
6.4 Restrição mecânica de movimento:	22
7. POSIÇÕES DO CORPO	23
8. MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE	24
8.1 Mecânica corporal	24
8.2 Transporte do paciente do leito para a maca e vice-versa:	25
8.3 Transporte do paciente em cadeira de rodas:	25
9. CONTROLES	26
9.1 Sinais Vitais	26
9.2 Mensuração do peso e da altura	30
Definição	30
9.3 Eliminação intestinal	31
9.4 Diurese	32
10. ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE	32
10.1 Fatores que afetam o apetite:	32
10.2 Dietas Hospitalares	32
10.3 Preparo do paciente e do ambiente para a refeição:	32
Paciente acamado, capaz de alimentar-se sozinho	32
11. COLETA DE MATERIAIS PARA EXAMES	33
11.1 Definição	33
11.2 Finalidades	33
11.3 Coleta de sangue	33
11.4 Coleta de Urina	34
11.5 Coleta de Fezes	34
11.6 Coleta de Escarro:	35
12. TERMOS TÉCNICOS	35
12.1 Estado Geral:	35
12.2 Estado Nutricional:	35
12.3 Estado Hídrico:	35
12.4 Sensação dolorosa:	35
12.5 Sistema Nervoso – comportamento	36
12.6 Sistema cardiocirculatório:	36
12.7 Sistema respiratório:	36
12.8 Sistema digestivo:	36
12.9 Sistema urinário:	37

12.10 Pele – temperatura:	37
12.11 Rosto – cabelos:	37
12.12 Olhos:.....	37
12.14 Outros:	38
REFERÊNCIAS	38

1. HOSPITAL

1.1 Definição:

O Ministério da Saúde define hospital como sendo “parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente”.

1.2 Funções:



Restauradora – diagnosticar, tratar e reabilitar os doentes dando inclusive cuidados de

- Emergência.
- Preventiva – assistência durante a gravidez e o nascimento da criança; controle das doenças transmissíveis e educação sanitária.
- Ensino – formação e aperfeiçoamento de médicos, enfermeiros e outros profissionais da equipe de saúde.
- Pesquisa – aspectos sociais, psicológicos e físicos da saúde; práticas hospitalares e técnicas administrativas.

1.3 Organização:

Um hospital é dividido em departamentos que são interligados com a finalidade de proporcionar atendimento especializado e de qualidade ao paciente. Os principais departamentos são:

- Diretoria
- Corpo clínico (serviços médicos)
- Serviço de apoio clínico: Rx, ultra-sonografia, tomografia, laboratório, endoscopia, banco de sangue etc.
- Serviços técnicos: enfermagem, nutrição e dietética, serviço social, farmácia, odontologia, psicologia, fisioterapia, serviço de arquivo médico e estatística (SAME) etc.
- Serviço de Apoio Administrativo: finanças, contabilidade, manutenção, lavanderia, departamento pessoal etc.

1.4 Classificação:

Os hospitais podem ser classificados em:

- a) Segundo o tipo de clínica:
 - GERAL – oferece uma variedade de clínica: Clínica médica, cirúrgica, pediatria, ortopedia, obstetrícia, neurologia etc.
 - ESPECIAL – admite pacientes com um tipo particular de doença ou idade: Hospital de Oncologia, Hospital de Doenças Infecciosas, Maternidade, Hospital Psiquiátrico, Hospital de Pediatria etc.
- b) Segundo o tipo de administração:
 - OFICIAL OU PÚBLICO – mantido pelo governo Federal, Estadual e Municipal.
 - PARTICULAR OU PRIVADO – é o que pertence à pessoa jurídica de direito privado.
 - FILANTRÓPICO – é o hospital particular sem fins lucrativos.
- c) Segundo o número de leitos:
 - Clínica – até 25 leitos
 - Pequeno porte – de 26 a 49 leitos

- Médio porte – de 50 a 199 leitos
- Grande porte – de 200 a 499 leitos
- Extra ou especial – acima de 500 leitos

1.5 Equipe de Saúde:

São todos os profissionais ligados direta ou indiretamente ao paciente: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, dentistas e todo o pessoal auxiliar de saúde.

2. PACIENTE



2.1 Diretos do paciente:

Criada no sentido de incentivar a humanização do atendimento ao paciente, a Lei 10.241, promulgada pelo governador do Estado de São Paulo, Mário Covas, em 17 de março de 1999, dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e de ações de saúde no Estado, e dá outras providências, decretando a Assembléia Legislativa:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Artigo 1º - A prestação dos serviços e ações de saúde aos usuários, de qualquer natureza ou condição, no âmbito do Estado de São Paulo, será universal e igualitária, nos termos do artigo 2º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995.

Artigo 2º - São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

- I - ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;
- II - ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;
- III - não ser identificado ou tratado por:
 - a) números;
 - b) códigos; ou
 - c) de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso;

IV - ter resguardado o segredo sobre seus dados pessoais, através da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública;

V - poder identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente por sua assistência, através de crachás visíveis, legíveis e que contenham:

- a) nome completo;
- b) função;
- c) cargo; e
- d) nome da instituição;

VI - receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

- a) hipóteses diagnósticas;
- b) diagnósticos realizados;
- c) exames solicitados;
- d) ações terapêuticas;
- e) riscos, benefícios e inconvenientes das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;
- f) duração prevista do tratamento proposto;
- g) no caso de procedimentos de diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais, os riscos e consequências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;
- h) exames e condutas a que será submetido;
- i) a finalidade dos materiais coletados para exame;

j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e
I) o que julgar necessário;

VII - consentir ou recusar, de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação, procedimentos diagnósticos ou terapêuticos a serem nele realizados;

VIII - acessar, a qualquer momento, o seu prontuário médico, nos termos do artigo 3º da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995;

IX - receber por escrito o diagnóstico e o tratamento indicado, com a identificação do nome do profissional e o seu número de registro no órgão de regulamentação e controle da profissão;

X - vetado:

- a) vetado;
- b) vetado;
- c) vetado;
- d) vetado;
- e) vetado; e
- f) vetado;

XI - receber as receitas:

- a) com o nome genérico das substâncias prescritas;
- b) datilografadas ou em caligrafia legível;
- c) sem a utilização de códigos ou abreviaturas;
- d) com o nome do profissional e seu número de registro no órgão de controle e regulamentação da profissão; e
- e) com assinatura do profissional;

XII - conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, os carimbos que atestaram a origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIII - ter anotado em seu prontuário, principalmente se inconsciente durante o atendimento:

- a) todas as medicações, com suas dosagens, utilizadas; e
- b) registro da quantidade de sangue recebida e dos dados que permitam identificar a sua origem, sorologias efetuadas e prazo de validade;

XIV - ter assegurado, durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

- a) a sua integridade física;
- b) a privacidade;
- c) a individualidade;
- d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;
- e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e
- f) a segurança do procedimento;

XV - ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;

XVI - ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;

XVII - vetado;

XVIII - receber do profissional adequado, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria do conforto e bem estar;

XIX - ter um local digno e adequado para o atendimento;

XX - receber ou recusar assistência moral, psicológica, social ou religiosa;

XXI - ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa;

XXII - receber anestesia em todas as situações indicadas;

XXIII - recusar tratamentos dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida; e

XXIV - optar pelo local de morte.

§ 1º - A criança, ao ser internada, terá em seu prontuário a relação das pessoas que poderão acompanhá-la integralmente durante o período de internação.

§ 2º - A internação psiquiátrica observará o disposto na Seção III do Capítulo IV do Título I da Segunda Parte da Lei Complementar n. 791, de 9 de março de 1995.

Artigos 3º a 5º - Vetados.

Artigo 6º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Carta dos Direitos do Paciente, baseada no Manual da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais para a América Latina e o Caribe

É Direitos do Paciente:

Acesso ao tratamento: A todo o indivíduo deverá dar-se o acesso imparcial ao tratamento ou à internação ou ainda que se indique o medicamento adequado, sem levar em conta sua raça, sua crença, seu sexo, sua nacionalidade ou a procedência de que paga pelo seu tratamento.

Respeito e dignidade: O paciente tem o direito de receber o tratamento respeitoso em todo o momento e sob todas as circunstâncias, como reconhecimento de sua dignidade pessoal.

Privacidade e confidencialidade: O paciente tem direito, de acordo com a lei, à privacidade pessoal e de informação, de acordo com as seguintes garantias:

- Recusar a falar ou a ver alguém que não esteja oficialmente relacionado com o hospital, incluindo visitantes ou pessoas formalmente ligadas ao hospital, porém não tendo vinculação direta com o seu tratamento.
- Usar vestimentas pessoais apropriadas, assim como objetos religiosos simbólicos, sempre que não interferirem nos procedimentos do diagnóstico ou do tratamento.
- Ser examinado em instalações projetadas para garantir o isolamento visual e auditivo razoável. Isto inclui o direito a pedir que se tenha uma pessoa do mesmo sexo presente durante certas partes de um exame médico, durante o tratamento ou o procedimento efetuado por um profissional do sexo oposto, assim como o direito a não permanecer nu durante mais tempo que o necessário para levar a cabo o procedimento para o qual foi necessário despir-se.
- Esperar que toda a consulta ou menção do seu caso seja feita discretamente e que não haja gente presente que não esteja diretamente envolvida no seu tratamento, sem o seu consentimento.
- Que o seu boletim médico seja lido apenas por aqueles diretamente ligados a seu tratamento ou pelo supervisor de qualidade. Outras pessoas só terão ciência do boletim com autorização prévia por escrito.
- Esperar que toda a comunicação e registros pertencentes ao seu tratamento, incluindo o pagamento, sejam tratados de forma confidencial.
- Ter proteção e o adequado isolamento para a segurança pessoal.

Segurança pessoal: O paciente tem o direito de esperar por uma segurança razoável na medida em que os procedimentos e as instalações do hospital possibilitem isso.

Identidade: O paciente tem o direito de conhecer a identidade e a posição profissional dos indivíduos que lhe estejam prestando serviços, assim como de saber qual médico ou profissional da saúde é o responsável pelo seu tratamento.

Isto inclui o direito do paciente de conhecer se existe alguma relação profissional entre os indivíduos que o estão tratando, assim como a relação com outras instituições da saúde ou educativas ligadas ao seu tratamento.

A participação de um paciente em programas de treinamento clínico ou para obter informação com propósitos de investigação deverá ser voluntária.

Informação: O paciente tem o direito de obter do profissional responsável pela coordenação do seu tratamento a informação completa e atualizada do diagnóstico (até onde se saiba), de seu tratamento ou de qualquer prognóstico.

A informação em questão deverá ser comunicada ao paciente de forma que se possa obter dela a sua compreensão.

Quando não se considera aconselhável, sob o ponto de vista médico, dar essa informação ao paciente, a mesma deve ser colocada à disposição de uma pessoa autorizada.

Comunicação: O paciente tem o direito ao acesso de pessoas alheias ao hospital por meio de visitas do tipo verbal e escrita.

Quando o paciente não fala nem entende o idioma predominante na comunidade, deverá ter acesso a um intérprete. Este caso é de particular importância quando as citadas barreiras idiomáticas representam contínuo problema.

Consentimento: O paciente tem o direito de participar, desde que esteja convenientemente informado, das decisões relacionadas com o seu tratamento de saúde.

Até onde isso seja possível, deverá basear-se em uma explicação clara e concisa de sua condição e de todos os procedimentos técnicos implícitos, incluindo a possibilidade de qualquer risco de morte ou reações sérias, de problemas relacionados com sua recuperação e sua possível saída satisfatória do hospital.

O paciente não deverá ser submetido a nenhum procedimento sem o consentimento voluntário, competente e cordato seu ou de algum representante legalmente autorizado.

Quando existirem alternativas médicas significativamente diferentes e levar a cabo os procedimentos ou o tratamento.

O paciente deverá ser informado se o hospital se propõe a realizar ou a compreender alguma experimentação humana ou algum outro projeto educativo ou de investigação que influencie a sua saúde ou o seu tratamento.

Assim mesmo, o paciente tem o direito de recusar-se a participar das referidas atividades.

Consultas: Sob petição e por sua própria conta, o paciente tem o direito de consultar um especialista.

Negação do tratamento: O paciente poderá recusar o tratamento até onde lhe permite a lei. Quando ocorrer a negação do tratamento pelo próprio paciente ou por seu representante legal, a prestação do mesmo só se dará após um acordo prévio.

Deveres do paciente

Fornecimento de informações: O paciente tem a obrigação de fornecer, sob o que vem a ser o seu melhor entendimento, informação precisa e completa sobre as suas queixas atuais, enfermidades anteriores, hospitalizações, medicamentos e outros assuntos relacionados com a sua saúde.

O paciente tem a responsabilidade de informar ao profissional responsável qualquer mudança inesperada da sua condição.

O paciente também é responsável pela informação dada, visto que dela pode depender o curso da ação que será aplicada no seu tratamento e o que se espera dele.

Cumprimento das instruções: O paciente é responsável por seguir o plano de tratamento recomendado pelo profissional principal que é responsável pelo seu cuidado.

Isso pode incluir obedecer às instruções dadas pelas enfermeiras e o pessoal do serviço de saúde associado no desempenho do plano de saúde estabelecido e levar a cabo as ordens do profissional responsável no cumprimento dos regulamentos e estatutos do hospital.

O paciente é responsável pelo cumprimento das instruções recebidas e, quando for incapaz por qualquer razão, deve comunicar isto ao profissional responsável do hospital.

Negação em seguir o tratamento: O paciente é o responsável pelas suas ações caso se recuse a receber o tratamento ou não siga as instruções recebidas das enfermeiras ou dos profissionais responsáveis pela sua recuperação.

Regulamentos e estatutos do hospital: O paciente é responsável pela observância dos regulamentos e dos estatutos do hospital que influenciem o seu tratamento e a própria conduta.

Respeito e consideração: O paciente é responsável por infringir os direitos dos demais pacientes e do pessoal do hospital.

É também sua função a de controlar o ruído, o fumo e o número de visitantes. O paciente é responsável por um comportamento respeitoso pela propriedade de outras pessoas e do hospital.

2.2 Necessidades Humanas Básicas:

A finalidade do atendimento de enfermagem é sempre proporcionar ao indivíduo a sensação de bem estar, que promove o caminhar para a saúde. Para alcançar esta condição de bem estar, o paciente necessita ter satisfeitas necessidades que são comuns à espécie humana, e que nem sempre podem alcançar sem a nossa ajuda.

Maslow, propôs uma teoria sobre a hierarquia das necessidades, que é a seguinte:

- 1 – Necessidades fisiológicas
- 2 – Necessidades de segurança e proteção
- 3 – Necessidade de afeto
- 4 – Necessidade de posição social
- 5 – Necessidade de auto-realização

João Mohana acrescenta a importância do fator psicológico em todos os níveis de necessidade, ou seja:

- 1 – Psico-biológicas
- 2 – Psicossociais
- 3 – Psico-espirituais

As necessidades psico-biológicas precedem todas as outras, porque são essenciais à sobrevivência. Incluem:

Oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, locomoção, terapêutica, percepção sensorial, regulação térmica e hormonal.

As necessidades psicossociais, quando satisfeitas, proporcionam ao indivíduo ajustamento com o seu grupo social, incluem:

Segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem, gregária, recreação, lazer, espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, auto-imagem, atenção.

As necessidades psico-espirituais levam-no a buscar razões e justificativas para o sofrimento, dor, os conflitos e as alegrias, através da fé em uma doutrina religiosa ou de uma filosofia de vida.

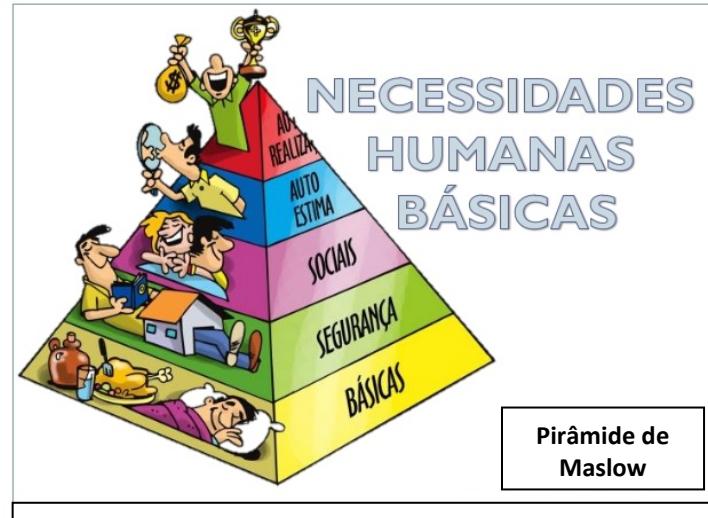
2.3 Pesquisa de sinais e sintomas:

Definição:

A observação é uma qualidade fundamental e indispensável aos componentes da equipe de saúde. Faz parte integrante das ações de cada dia. A observação é um dos instrumentos básicos da enfermagem, já que através dela que conhecemos o indivíduo, identificamos os seus problemas e determinamos suas necessidades afetadas, procurando recuperá-lo com tratamento de enfermagem específico.

Sintomas:

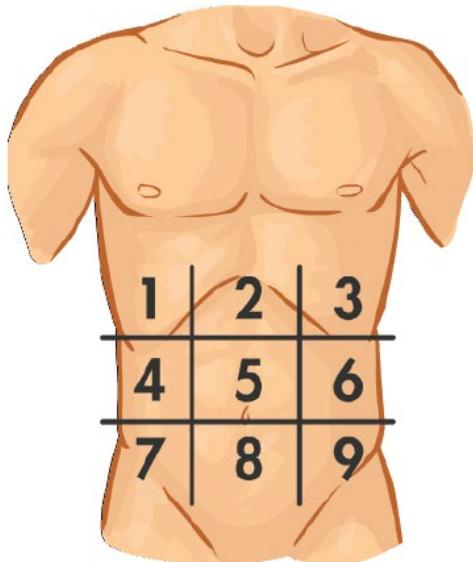
São aqueles descritos pelo paciente, não podendo ser visto ou sentido por outros. Ex. dor de qualquer natureza, reações emocionais etc.



Sinais:

É um sintoma objetivo, do ponto de vista do observador, é uma manifestação externa que pode ser percebida através dos sentidos. Ex. presença de sangue num curativo, edema, eritemas, alterações dos sinais vitais, presença de odores e secreções etc.

2.4 Regiões superficiais do corpo:



Regiões do abdome

1. Hipocôndrio direito
2. Epigástrico
3. Hipocôndrio esquerdo
4. Flanco direito
5. Mesogástrico
6. Flanco esquerdo
7. Fossa Ilíaca direita
8. Hipogástrico
9. Fossa Ilíaca esquerda

3. PRONTUÁRIO

3.1 Definição:

É um conjunto de documentos que identificam o paciente, registram a evolução da doença, o tratamento prescrito e executado, bem como o motivo da alta. É importante pois, auxilia no diagnóstico e tratamento, constitui valioso material para ensino e pesquisa e é um documento para fins legais.

A captura de tela mostra uma interface de usuário para o gerenciamento de prontuários. No topo, há campos para nome (ALIDOR DOS SANTOS), CPF (345678910-65), CNIS (234567891011128), sexo (Masculino) e data de nascimento (28/04/1964). Abaixo, uma seção 'Dados Cadastrais' inclui campos para endereço (RUA 25 DE AGOSTO, nº 1849, bairro CENTRO, CEP 90540031), procedência (CLÍNICA), nacionalidade (Porto Alegre - RS), naturalidade (Porto Alegre - RS), e-mail (suporte@nephrosys.com.br) e telefone (51-3024-0220). Outras seções incluem 'Programas de Tratamento' com uma lista de datas e procedimentos, e uma seção 'Lançamento de Entradas/Saídas de programa' com uma lista de datas e movimentações.

.32 Admissão:

A admissão é feita quando o paciente acaba de ser recebido na unidade. É feita pelo enfermeiro e pelo auxiliar ou técnico de enfermagem. Cada profissional deverá fazer sua abordagem, pertinente à sua competência.

A maneira de receber o paciente depende da rotina de cada hospital. Todavia existe uma rotina padronizada para a admissão em geral, que é a seguinte:

- a) Mostrar as dependências do hospital e explicar as normas e rotinas: local e horário do banho, refeições, visita médica, de familiares, funcionamento do sistema de campainha, serviços disponíveis no hospital etc.
- b) Relacionar e guardar roupas e valores, em setor próprio ou entregar aos familiares.
- c) Apresentar a equipe de enfermagem e companheiros de quarto ou enfermaria.
- d) Se necessário, encaminhar ao banho de admissão e vestir roupa apropriada.
- e) Preparar o prontuário.
- f) Avisar o médico se necessário.
- g) Comunicar ao serviço de nutrição e dietética (SND) ou outros serviços de acordo com a rotina do hospital (Rx, laboratório, centro cirúrgico etc.).
- h) Fazer as anotações de enfermagem no prontuário seguindo a seqüência:
 - Data e hora da internação.
 - Procedência: residência, pronto socorro, outro hospital etc.
 - Condições de chegada: deambulando, em cadeira de rodas, de maca etc.
 - Acompanhado ou sozinho.
 - Tipo de tratamento: clínico, cirúrgico etc.
 - Uso de medicamentos no domicílio: nome e horário.
 - Doença pregressa: diabetes, hipertensão etc.
 - Alergias: esparadrapo, medicações (quais), soluções (iodo), odores etc.
 - Vícios: etilismo, tabagismo, drogas etc.
 - Sinais vitais.
 - Peso altura se necessário.
 - Orientações dadas: jejum, tricotomia, dieta, repouso, exames etc.

3.3 Alta:

A alta do paciente é assinada pelo médico no prontuário do paciente. Se isto não for feito, a enfermagem não poderá executar os procedimentos de alta.

Tipos de alta:

- a) Alta hospitalar: é a alta que o paciente recebe quando está em condições de deixar o hospital.
- b) Alta a pedido: é a que o médico concede a pedido do paciente ou responsável, mesmo sem estar devidamente tratado. Deverá o responsável assinar um termo de responsabilidade.
- c) Alta condicional ou licença médica: concedida ao paciente em ocasiões especiais, (natal, dia das mães etc.) com a condição de retornar em data pré estabelecida. É também assinado termo de responsabilidade.
- d) Alta por indisciplina grave: quando o paciente infringe a ética e a moral.

Procedimentos:

- a) Avisar o paciente.
- b) Avisar a família, tesouraria, serviço de nutrição ou outros conforme a rotina do hospital.
- c) Dar ao paciente ou a alguém responsável orientações quanto a: medicação, repouso, dieta, restrições, retorno e outras dúvidas.
- d) Entregar orientações feitas pelo médico (receita, guias etc.).
- e) Entregar exames feitos antes da admissão.
- f) Reunir os pertences do paciente e providenciar sua roupa.
- g) Fazer anotações de enfermagem contendo: hora da saída, tipo de alta, condições do paciente, presença de acompanhante e as orientações dadas.
- h) Entregar prontuário completo à secretaria.

3.4 Transferência:

A transferência do paciente é feita da mesma maneira que a alta. A unidade para onde o paciente será transferido deve ser antecipadamente avisada para preparar-se para o recebimento.

O paciente deverá ser transportado de acordo com seu estado geral.

Deverá estar acompanhado de guia ou resumo do caso feito pelo médico responsável pelo paciente, pois o prontuário jamais será transferido com o paciente. O prontuário é um documento exclusivo da instituição.

A transferência pode ocorrer também de uma unidade para outra, dentro do mesmo hospital, ou na mesma unidade de um leito/quarto para outro. A transferência deve ser também comunicada e registrada.

3.5 Anotação de enfermagem:

Definição:

É o registro feito pela enfermagem no prontuário referente às condições do paciente e todos os procedimentos executados.

Requisitos:

- a) Registrar os dados logo após a ocorrência para estabelecer uma continuidade, ou seja, nunca antes nem muito tempo depois dos fatos.
- b) Anotar as informações sempre a caneta. Fazer o registro em caneta azul ou preta para o dia, e vermelha para a noite, segundo a rotina do hospital.
- c) Indicar o horário toda vez que for fazer uma anotação e ter sempre o cuidado para evitar ambigüidade. Ex.: 19 horas e não 7 horas.
- d) Preencher ou completar o cabeçalho do impresso não esquecendo de colocar a data.
- e) Anotar os dados com precisão e veracidade, ou seja, não omitir dados nem registrá-los de forma incorreta.
- f) Anotar sem deixar espaço em branco para que alguém não altere o registro e cancelar o espaço com um traço.
- g) Anotar sem rasurar, se acontecer, não utilizar corretivo, escrever a palavra **digo**, e continuar a anotação.
- h) Fazer as anotações de forma objetiva e completa evitando palavras desnecessárias como: "paciente" já que é sobre ele que o relatório está sendo feito.
- i) Evitar anotações subjetivas como: "sem queixas", "passou bem a noite", "vomitou muito" etc.
- j) Anotar as informações quando são dadas pelo paciente utilizando-se os verbos na 3^a pessoa. Ex.: "informa que", "refere que". Se for dada por outra pessoa, escreve-se: "segundo a mãe", "segundo o pai" etc.
- k) Utilizar termos científicos por extenso a não ser as abreviaturas padronizadas normalmente utilizadas como: IM, RX, ECG etc.
- l) Terminar o registro com nome legível. Se for escola, colocar também o nome da escola. Ex.: Al. Aux. Cristina.
- m) Evitar assinar a anotação com apelidos. Ex. Rô, Fá, Rê etc. Escrever o nome por extenso evitando rubricas.



4. ORDEM E LIMPEZA

4.1 Limpeza da Unidade

Definição:

Limpeza é a eliminação de todo material orgânico e inorgânico através de água, ação mecânica e detergente.

O serviço de limpeza é de grande interesse nos hospitais e serviços de saúde não só porque esta é a primeira impressão do serviço dado ao paciente e aos seus acompanhantes, mas também pela importância no controle das infecções hospitalares.

A limpeza envolve técnicas como a lavagem básica das mãos, uso de precauções padrão, e a limpeza da unidade do paciente propriamente dita.



A limpeza da unidade envolve a lavagem e desinfecção do mobiliário e material, feita para segurança e proteção do paciente, funcionário, e também para controle de infecção hospitalar.

Tipos:

A limpeza de unidade pode ser de dois tipos:

- Limpeza terminal – é a limpeza feita toda vez que se desocupa o leito podendo ser devido à alta hospitalar, óbito e transferência.
- Limpeza concorrente – é a limpeza feita periodicamente, isto é, diariamente enquanto o paciente estiver internado.

Componentes da unidade do paciente:

A unidade do paciente é composta por: cama, mesa de cabeceira, mesa de refeição, cadeira, escadinha, painel de parede (saídas de oxigênio e ar comprimido), armário, campainha, suporte do soro, luz indireta (aranjela), comadre, papagaio, cuba rim e rouparia (lençóis, toalhas e cobertores).

Finalidades:

Tem por finalidade a prevenção e controle da disseminação de microrganismos, mantendo o ambiente limpo e agradável.

Material Utilizado (limpeza terminal)

- Uma bandeja contendo: uma bacia com água e outra com solução desinfetante, pano de limpeza, luvas de borracha.
- Balde
- Hamper
- Jarro s/n

Procedimento:

- Lavar as mãos
- Reunir o material e levá-lo à unidade
- Abrir as janelas para arejar o quarto
- Soltar a roupa de cama e colocar cada peça no hamper
- Retirar todos os objetos da mesa de cabeceira
- Afastar a cama da parede, deixando espaço suficiente para a realização da limpeza.
- Colocar a balde no piso próximo aos pés da cama e o restante sobre o assento da cadeira.
- Colocar as luvas
- Fazer a limpeza da mesa de cabeceira por dentro e por fora, respeitando sempre o sentido distal para o proximal.
- Limpar um dos lados do travesseiro, e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira, respeitando a lei do limpo com limpo, e em seguida, limpar o outro lado.
- Estender o impermeável sobre o colchão no sentido longitudinal e limpar o lado exposto.
- Dobrar o impermeável três vezes no sentido da cabeceira para os pés da cama e colocá-lo sobre o travesseiro.
- Limpar a face superior do impermeável.
- Limpar a face superior e lateral do colchão no sentido da cabeceira para os pés.
- Colocar (arrastar) o colchão sobre os pés da cama, expondo a metade superior do estrado.
- Limpar a cabeceira e o estrado.
- Elevar o estrado da cama e proceder à limpeza do mesmo.
- Virar o colchão verticalmente, apoiando a parte limpa na cabeceira, expondo a parte inferior do estrado e limpá-lo.
- Elevar o estrado dos pés da cama e proceder à limpeza (deixar elevado).
- Deslizar o colchão para a posição normal.
- Limpar a face inferior do colchão usando o mesmo movimento feito para a limpeza da face superior.
- Limpar os pés da cama (guarda), inclusive as manivelas.
- Limpar a base da bandeja e colocá-la sobre o colchão.
- Limpar a cadeira
- Recompor a unidade
- Lavar e guardar os materiais

- Lavar as mãos
- Aguardar 2 horas para a arrumação da cama

4.2 Preparo de cama hospitalar:

Finalidades:

- a) Preparar uma cama segura e confortável.
- b) Manter a unidade com aspecto agradável

Tipos :

- a) Cama fechada
- b) Cama aberta
- c) Cama aberta com paciente
- d) Cama para operado

CAMA FECHADA

Definição:

É aquela que está desocupada, aguardando a chegada do paciente.

Material:

- 2 lençóis
- 1 lençol móvel ou traçado ou forro
- 1 impermeável (S/N)
- 1 colcha
- Toalhas de rosto e banho
- Fronha
- Cobertor (S/N)

Procedimento:

- Lavar as mãos
- Reunir o material necessário e levá-lo ao quarto
- Colocar a cadeira aos pés da cama e sobre ala o travesseiro
- Colocar a roupa no espaldar da cadeira, observando a ordem em que será usada observando a técnica da dobradura (2 vezes no sentido da largura e 1 vez no sentido do comprimento): 1º toalhas, 2º fronha, 3º colcha, 4º cobertor, 5º lençol de cima, 6º lençol móvel, 7º impermeável, 8º lençol de baixo.
- Pegar o lençol da cadeira e colocá-lo sobre o centro do colchão, de modo que a dobra do meio corresponda ao meio da cama.
- Ajeitar o lençol e fazer a dobra nos cantos.
Obs.: para manter o lençol esticado, poderá fazer um nó com as pontas do lençol sobre o colchão. Em alguns hospitais o lençol já vem com elástico.
- Colocar o impermeável e o lençol móvel e prendê-los por baixo do colchão.
- Estender o lenço de cima, colocando a bainha rente à cabeceira da cama.
- Colocar o cobertor e a colcha a dois palmos da cabeceira, sobre o lençol.
- Fazer a dobra nos pés da cama.
- Colocar a cadeira no lugar.
- Passar para o outro lado da cama, puxar as roupas peça por peça iniciando pelo lençol de baixo.
- Completar a cama, fazendo a dobra nos pés e encerrando na cabeceira.
- Cobrir o travesseiro com a fronha observando que a abertura fique voltada para o lado oposto ao da porta de entrada e deixá-lo em pé.
- Ajeitar as toalhas na cabeceira, se for o caso.
- Deixar a unidade em ordem.
- Lavar as mãos.



CAMA ABERTA

Definição:

É aquela que está sendo ocupada pelo paciente que pode deambular.

Material:

Os mesmos da cama fechada, podendo ser reutilizados o cobertor e a colcha (S/N).

Procedimento:

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material e levá-lo ao quarto.
- Levar hamper para recolher as roupas de cama ou improvisá-lo com um lençol ou colcha amarrados na grade do pé da cama.
- Verificar se há algum objeto nos lençóis.
- Dispor as roupas na cadeira observando a mesma seqüência da cama fechada.
- Virar a dobra do lençol de cima sobre o cobertor e a colcha (dobra feita).
- Fazer uma dobra em "L" para permitir a entrada do paciente sem desarrumar toda a cama.
- Colocar o travesseiro sobre a cama com a abertura voltada para o lado contrário à porta.
- Fazer a limpeza concorrente.
- Deixar a unidade em ordem.
- Lavar as mãos.

CAMA ABERTA COM PACIENTE

Definição:

É a cama ocupada pelo paciente que não pode deambular ou quando não pode ser mobilizado.

A troca deve ser feita por duas pessoas. Geralmente a arrumação é feita após o banho no leito.

Procedimento:

- Lavar as mãos.
- Levar todo o material para o quarto.
- Levar hamper ou improvisá-lo.
- Colocar toda a roupa em ordem na cadeira.
- Reutilizar a colcha e o cobertor se for necessário ou se não estiverem sujos.
- Soltar toda a roupa de cama e deixar o paciente só com o lençol.
- Proceder ao banho conforme técnica (procedimento será descrito posteriormente).
- Virar o paciente para o lado oposto à cadeira contendo as roupas de cama.
- Dobrar as roupas de cama de modo que fique exposto metade do colchão.
- Estender as roupas limpas e fazer os cantos.
- Virar o paciente para o lado já pronto.
- Retirar peça por peça e colocá-las no hamper (deixar o impermeável e limpá-lo).
- Estender as roupas limpas uma por uma começando pelo lençol de baixo e terminando pelo lençol móvel.
- Fazer os cantos.
- Voltar o paciente para a posição normal.
- Trocar o lençol de cima evitando expor o paciente.
- Colocar a colcha e o cobertor (S/N).
- Dobrar o lençol sobre a colcha e finalizar fazendo o canto.
- Deixar a unidade em ordem.
- Fazer a limpeza concorrente.
- Lavar as mãos.

CAMA DE OPERADO

Definição:

É a cama feita para receber o paciente que encontra-se no centro cirúrgico ou realizando exames sob efeito de anestesia.

Material:

O mesmo para cama fechada acrescido de: lençol ou toalha para cabeceira e suporte de soro.



Procedimento:

- Lavar as mãos.
- Levar todo o material para o quarto.
- Levar hamper ou improvisá-lo.
- Dispor toda a roupa na cadeira conforme a técnica.
- Retirar toda a roupa de cama e colocá-la no hamper.
- Fazer uma limpeza na parte superior da mesa de cabeceira, colchão e assento da cadeira.
- Arrumar o lençol de baixo, o impermeável e o traçado, da mesma forma que é feito para a cama fechada.
- Colocar as demais roupas sem fazer os cantos.
- Dobrar virando para cima: o lençol de cima, o cobertor e a colcha, tanto nos pés da cama quanto na cabeceira.
- Dobrar ou enrolar tudo para o lado que melhor se adaptar à entrada da maca com o paciente.
- Colocar o forro em leque na cabeceira.
- Deixar o travesseiro preso às grades ou sobre a cadeira.
- Deixar na mesinha só o material necessário para o paciente.
- Providenciar, dependendo da cirurgia: frasco de drenagem, aspirador, 2 suportes de soro etc.
- Deixar a unidade em ordem.
- Lavar as mãos.

5. HIGIENE CORPORAL

5.1 Higiene Oral:

Finalidades:

- Eliminar resíduos alimentares
- Proporcionar conforto e bem estar
- Prevenir cáries e infecções
- Evitar o mau hálito

Quando deve ser feita:

- Pela manhã
- Após as refeições
- De 2 em 2 horas para pacientes inconscientes e com vômitos, SNG, febre.

Material:

- Escova de dente ou espátula envolvida com gaze
- Copo com água e/ou canudo de plástico
- Pasta de dente ou solução anti-séptica (água e sal de cozinha, água bicarbonatada a 2%, água e limão, cepacol etc.)
- Cuba rim
- Toalha de rosto
- Luva de procedimento
- Saco plástico para desprezar as espátulas
- Lubrificante para os lábios se necessário

Higiene para paciente semi dependente:

- Conversar com o paciente e verificar o tipo de higiene que será feita

- Separar o material
- Lavar as mãos
- Levar os materiais para o quarto e colocar sobre a mesa de cabeceira
- Colocar o paciente em posição de Fowler se não houver contra indicação
- Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente
- Instruir sobre o modo correto de escoar os dentes (no sentido da gengiva para os dentes)
- Colocar a cuba rim no queixo para receber a água do bochecho
- Enxaguar a escova e guardar
- Deixar o paciente confortável
- Organizar o ambiente
- Lavar a guarda o material
- Lavar as mãos
- Anotar o cuidado prestado

Higiene para paciente totalmente dependente:

- Utilizar a mesma técnica acrescida de:
- Canudo de plástico para auxiliar a bochechar a água
- Usar luva de procedimento
- Realizar a escovação para o paciente

Higiene para o paciente inconsciente:

- Utilizar a mesma técnica acrescentando: espátula envolvida em gaze, solução anti-séptica, saco plástico.
- Lavar as mãos
- Calçar as luvas
- Colocar o paciente em posição de Fowler se não for contra indicado
- Proteger a roupa do paciente e a roupa de cama com toalha de rosto
- Adaptar a cuba rim no queixo do paciente
- Umedecer a gaze com solução e fazer a limpeza dos dentes e gengivas
- Lavar também a língua
- Lubrificar os lábios se estiverem ressecados
- Deixar o paciente confortável
- Guardar os materiais
- Lavar as mãos
- Anotar o cuidado prestado

Cuidados com a dentadura ou ponte móvel:

- A enfermagem tem a responsabilidade de cuidar da prótese enquanto o paciente não a estiver usando.
- O paciente que não tem condições de cuidar da prótese, a enfermagem deve fazer:
 - retirar com cuidado para não machucar, utilizando uma gaze.
 - fazer a higiene das gengivas, língua e lábios.
 - fazer a limpeza da prótese com escova de dentes.
 - Recolocá-la no paciente.
 - Se o paciente não for usá-la, secá-la, e guardá-la em saquinho plástico e entregá-la para os familiares.
 - Ao recolocar a prótese deve ser umedecida para evitar atrito.

5.2 Higiene dos cabelos

Finalidades:

- Promover a limpeza dos cabelos e couro cabeludo
- Proporcionar conforto e bem estar
- Estimular a circulação do couro cabeludo

Material:

- Shampoo ou sabonete líquido
- Condicionador



- Pente ou escova
- Jarro com água morna
- Bacia grande
- Balde
- Toalha de banho
- Plástico ou impermeável
- Bolas de algodão para proteger ou ouvidos
- Luvas de procedimento

Procedimento (primeiro método):

- Lavar as mãos
- Preparar o material e levá-lo ao quarto
- Posicionar em decúbito dorsal com o travesseiro sobre os ombros, forrando a cabeceira e próprio travesseiro com impermeável e toalha de banho
- Ocluir os ouvidos com as bolas de algodão
- Posicionar a bacia sobre a cabeça, segurando a nuca com uma das mãos e com outra proceder a lavagem.
- Friccionar bem o couro cabeludo
- Enxaguar bem despejando a água do jarro diretamente sobre os cabelos
- Retirar a bacia e envolver os cabelos na toalha
- Continuar o banho no leito se for o caso
- Pentear os cabelos e deixar o paciente em ordem
- Guardar os materiais e deixar a unidade em ordem
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário

OBS: A técnica é facilitada se for feita por duas pessoas. Verificar se não há contra indicação quanto a erguer o pescoço do paciente.

Procedimento para lavagem dos cabelos (segundo método):

Utiliza-se uma pequena banheira inflável adaptada à cabeça do paciente e com um pequeno chuveiro portátil ou mesmo um jarro d'água vai procedendo a lavagem. A água que foi utilizada é escoada para dentro de um balde localizado na parte inferior do leito.

5.3 Banho

Finalidades:

- Limpeza da pele
- Proporcionar bem estar
- Estimular a circulação
- Remover odores
- Observar anormalidades na pele, edemas, circulação, úlceras de decúbito, etc.

Tipos de banho:

- Aspersão: banho de chuveiro
- Imersão: banho de banheira (o paciente fica totalmente submerso exceto a cabeça)
- Ablução: banho na banheira ou bacia onde o paciente se leva jogando pequenas porções de água em seu corpo
- De leito: usado para pacientes acamados.



Banho no leito:

Material:

- Bandeja contendo: 1 balde, 2 bacias, 1 jarro com água, saboneteira com sabonete, luvas de banho de tecido, luvas de procedimento, 1 toalha de rosto, 1 toalha de banho, pente e/ou escova de cabelo.
- Biombo

- Comadre
- Hamper
- Roupa de cama
- Material para higiene oral
- Material para higiene dos cabelos s/n
- Desodorante e solução hidratante de uso pessoal
- Jornal

Procedimento:

- Explicar ao paciente o que será feito e avisar que não é necessário cortar as unhas e verificar os materiais disponíveis para higiene oral.
- Desocupar a mesa de cabeceira.
- Lavar as mãos.
- Levar todo o material para o quarto.
- Fechar as portas e janelas para evitar corrente de ar.
- Cercar a cama com biombo s/n.
- Dispor os materiais da higiene oral e do banho sobre a mesa de cabeceira.
- Colocar a roupa de cama dobrada na seqüência sobre o espaldar da cadeira, conforme técnica já descrita.
- Colocar o balde no chão próximo aos pés da cama.
- Colocar o hamper próximo à cama.
- Colocar a comadre sobre o jornal no chão
- Oferecer comadre ao paciente.
- Elevar a cabeceira da cama se não houver contra indicação e realizar a higiene oral e tricotomia facial (barba) se necessário.
- Abaixar a cabeceira e soltar a roupa de cama, retirar o travesseiro e cobertores se possível.
- Lavar os cabelos se necessário, conforme a técnica.
- Retirar a camisola ou o pijama do paciente mantendo-o coberto com o lençol. Se for inverno deixar o cobertor também.
- Cobrir o tórax com toalha de rosto e calçar luvas de procedimento, e com as luvas de pano lavar o rosto iniciando pelos olhos do canto interno para o externo (sem usar sabonete).
- Lavar o rosto na seguinte seqüência: primeiro a região frontal, face, nariz, queixo, orelhas, pescoço e nuca.
- Retirar a toalha de rosto.
- Colocar a toalha de banho sobre o tórax passando por debaixo dos braços. Iniciar pelo braço distal começando pelos punhos com movimentos circulares, obedecendo o retorno venoso.
- Lavar o ombro, o tórax, os seios (tomando-se o cuidado de enxaguá-los e secá-los muito bem na dobra inferior, sobretudo em pacientes obesas) e o abdômen.
- Lavar as axilas.
- Lavar as mãos do paciente na bacia (se o mesmo não tiver condições de fazer sua própria higiene íntima).
- Desprezar a água.
- Retirar a toalha sem expor o paciente.
- Colocar a toalha debaixo dos MMII e lavar primeiro a perna distal com movimentos circulares.
- Flexionar ligeiramente as pernas e colocar ambos os pés na bacia. Se a bacia for pequena lavar um da cada vez.
- Desprezar a água.
- Colocar o paciente em decúbito lateral, com o rosto voltado para o lado de quem está executando o banho.
- Forrar a cama na região do dorso com a toalha de banho
- Lavar a região dorsal de cima para baixo.
- Fazer massagem de conforto com movimentos circulares, firmes, mas com suavidade, no sentido da cintura para cima.



- Descer a tolha e lavar as nádegas, massageando a região sacrococcígea.
- Ainda em decúbito lateral, colocar a comadre e voltar o paciente em decúbito dorsal.
- Colocar em posição ginecológica e realizar a higiene íntima no sentido de frente para trás (púbis-ânus), deixando cair água do jarro diretamente na região.
- Desprezar as luvas de banho (pano) dentro do hamper.
- Retirar a comadre e enxugar a região genital com o lençol móvel ou toalha, se for desprezá-la em seguida.
- Retirar as luvas de procedimento.
- Virar o paciente para o lado contrário de quem executou o banho e proceder a troca da roupa de cama (fazer desinfecção do colchão).
- Colocar a camisola ou o pijama.
- Pentear os cabelos.
- Colocar o travesseiro limpo.
- Reunir o material e deixar tudo em ordem.
- Fazer a limpeza concorrente.
- Lavar as mãos.

Lavagem externa feminina ou higiene íntima:

Finalidades:

- Proporcionar conforto e bem estar
- Prevenir o aparecimento de infecções
- Combater a infecção já instalada

Indicação:

- Diariamente por ocasião do banho
- Após defecação
- Em caso de corrimento abundante

Material - Bandeja contendo:

- Jarro com água morna
- Luva de pano
- Sabonete ou solução anti-séptica
- Saco plástico para lixo
- Luva de procedimento
- Comadre
- Toalha
- Impermeável



Método:

- Preparar o paciente e o ambiente
- Separar o material
- Lavar as mãos
- Levar o material para a mesa de cabeceira e colocar a comadre sobre a cadeira.
- Colocar o paciente em posição ginecológica
- Colocar o impermeável e a toalha sob a região genital
- Calçar as luvas
- Ensaboar a vulva com solução anti-séptica utilizando as luvas de banho
- Lavar com água obedecendo o sentido púbis-ânus.
- Retirar a comadre
- Enxugar a vulva com toalha ou lençol
- Deixar a paciente confortável e o ambiente em ordem
- Retirar as luvas
- Providenciar a limpeza e a ordem do material
- Lavar as mãos
- Fazer as anotações de enfermagem

6. MEDIDAS DE CONFORTO E SEGURANÇA

6.1 Desconforto físico:

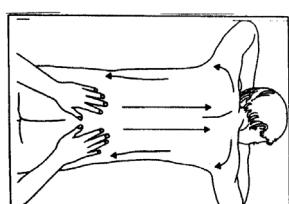
Causas:

- Frio ou calor excessivo;
- Longo tempo na mesma posição;
- Postura incorreta;
- Atrito de roupas sobre feridas ou locais doloridos;
- Roupa de cama suja, enrugada ou úmida;
- Ruídos;
- Odor desagradável;
- Roupas apertadas ou equipamentos que fazem pressão sobre determinado local (gesso, tração, etc.);
- Falta de habilidade do pessoal para o cuidado.

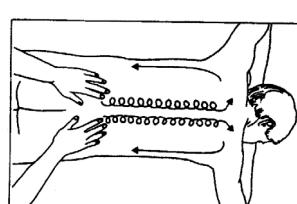
Meios para promover o conforto físico:

- Observar e retirar as causas do desconforto;
- Evitar cuidar do paciente com as mãos frias e com movimentos bruscos;
- Utilizar objetos que ajudam a promover o conforto físico, principalmente de pacientes imobilizados no leito, desde que sejam observadas as contra indicações. São alguns deles:
 - Colchão "caixa de ovo" de espuma ou inflável. Colchão com pequenas ondulações que é colocado sobre o colchão normal.
 - Colchão d'água ou colchão de ar. Colchão utilizado para prevenir escaras e que substitui o colchão normal.
 - Almofada d'água, almofada "caixa de ovo" inflável e roda de espuma. Utilizados para conforto de regiões (sacrococcígea) que recebem muita pressão.
 - Travesseiro, cobertor e rolo. Servem para posicionar o paciente no leito sem escorregar. Indispensável para a mudança de decúbito.
 - Rodas de algodão, luvas de borracha com água, espuma recortável auto adesiva, gel adesivo e outros. São equipamentos simples que ajudam a proteger pequenas proeminências ósseas como: calcâneo, tornozelos, cotovelos, joelhos e região trocanteriana.
- Massagem de conforto
 - Finalidade:
 - produzir relaxamento;
 - ativar a circulação sanguínea;
 - evitar atrofia;
 - prevenir a formação de escaras.
 - Movimentos mais comuns:
 - Deslizamento: deslizar as mãos sobre o dorso, no sentido da cintura para cima.
 - Amassamento: amassar os músculos com ambas as mãos.
 - Fricção: movimentar de forma circular com as pontas dos dedos onde a pele se move junto com os dedos.
 - Tapotagem: dar palmadas de leve nas costas com as mãos em concha.
 - Material:
 - Creme ou vaselina para a pele seca.
 - Talco ou álcool para a pele oleosa.
 - Observações:
 - retirar relógios, anéis, e manter as unhas curtas para não machucar o paciente.
 - Utilizar em torno de 3 a 5 minutos para o procedimento.

Deslizamento



Amassamento



6.2 Prevenção de úlceras de pressão:

Definição:

É uma lesão na pele, que pode atingir tecidos mais profundos, causada pela deficiência de circulação sanguínea, ocasionada por pressão prolongada e consequente falta de nutrição nos tecidos. Acomete principalmente pacientes idosos, hemiplégicos, ou seja, pacientes incapacitados de mobilizarem-se sozinhos.

Fatores predisponentes:

- Desnutrição;
- Desidratação
- Diabetes;
- Edema generalizado;
- Obesidade;
- Má circulação;
- Senilidade;
- Incontinência de fezes e urina.



Causas imediatas:

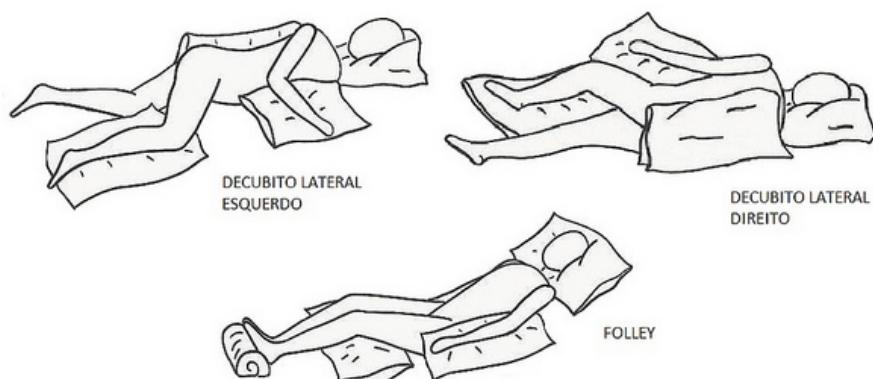
- Permanência por longo período na mesma posição.
- Fricção causada por aparelho de gesso, tração, defeitos do colchão ou estrado.
- Umidade causada por permanecer longo tempo molhado com fezes, urina e suor.
- Excesso de calor ou frio.

Fases de formação da úlcera:

- Eritema
- Edema local
- Isquemia
- Necrose

Cuidados de enfermagem:

- Evitar todas as causas que provocam o desconforto físico.
- Utilizar posicionadores e protetores nos diferentes segmentos corporais, para evitar a pressão local, principalmente nas proeminências ósseas.
- Sentar o paciente fora do leito sempre que possível.
- Incentivar a deambulação precoce.
- Fazer mudança de decúbito de 2/2 horas.



- Manter a cama limpa, seca e com os lençóis esticados.
- Manter o paciente sempre limpo.
- Realizar movimentos passivos com os membros, se não houver contra indicação, para melhorar a circulação e impedir atrofia. Os movimentos especializados devem ser realizados pelo fisioterapeuta.

- Estimular a movimentação ativa (quando o próprio paciente realiza os movimentos). Avaliar sempre a contra indicação.
- Estimular a alimentação que deve ser rica em proteínas, sais minerais e vitaminas.

6.3 Colocação e retirada de comadre e papagaio:

Definição:

É a colocação de um recipiente para que o paciente possa satisfazer sua necessidades fisiológicas de evacuação e micção, quando impossibilitado de levantar-se.

Objetivos:

- Higiene e conforto do paciente.
- Atender suas necessidades básicas.

Material:

- Comadre (feminino) ou papagaio (masculino)
- Papel higiênico
- Material para lavagem externa se for defecar.

Procedimento para colocar e retirar comadre:

- Levar a comadre coberta e colocá-la sobre a cadeira.
- Virar o paciente em decúbito lateral.
- Ajustar a comadre na região.
- Virar o paciente sobre a mesma.
- Retirar-se, quando o paciente tiver condições de ficar só.
- Oferecer papel higiênico.
- Fazer lavagem externa.
- Retirar a comadre da mesma forma que foi colocada.
- Cobrir a comadre com pano ou papel se o banheiro for longe do paciente.
- Levar o material para despejar no vaso sanitário, lavar em local apropriado (nunca na pia do lavatório), desinfetar e guardar.

OBS: A colocação da comadre também pode ser feita pedindo ao paciente para levantar o corpo apoiando os pés no leito. A comadre deve ser colocada delicadamente e aquecida. Se necessário colocar biombos. Se o paciente fizer a sua própria higiene íntima, oferecer água, sabão e uma bacia para lavar as mãos. Observar sempre o aspecto das fezes antes de desprezá-las, e anotar no prontuário.

Procedimento para colocar e retirar papagaio:

- Se o paciente tiver condições, entregar-lhe para que ele mesmo coloque. Caso contrário, colocar o papagaio de maneira que não molhe a cama e estar atento para retirar assim que terminar.
- Ao despejar o conteúdo do papagaio, enxaguar bem com água e deixar novamente ao alcance do paciente acamado, de preferência na cadeira, longe dos pertences e da mesa de cabeceira.
- O papagaio em uso, deve ser lavado diariamente para retirar as crostas.
- O papagaio que não for usado novamente deve ser lavado, desinfetado e guardado em local apropriado.

6.4 Restrição mecânica de movimento:

Indicações:

- Deve ser usado como último recurso, devido aos efeitos físicos e psicológicos que o paciente pode apresentar.
- Evitar quedas de pacientes agitados, semi conscientes ou com convulsões.
- Nos casos de agitação psicomotora.
- Em doentes mentais que constituem perigo para si e para os outros pacientes.
- Nos casos de pacientes que não colaboram na manutenção de sondas drenos, venóclise e outros.

Tipos de restrições:

Lençóis, ataduras, talas, cama com grades, etc.

Locais de restrição:

- Ombro: dobrar o lençol tipo faixa, e colocá-lo sob o dorso do paciente, passar pelas axilas, cruzar sob o pescoço e amarrar na cabeceira da cama.
- Abdômen: usar o mesmo tipo de faixa de lençol e passar sob a região lombar. Pegar outro lençol e passar sobre o abdômen. Trançar ambas as pontas de cada lado e amarrar no estrado da cama.
- Joelhos: usar faixa de lençol e envolver separadamente os joelhos e amarrar as pontas em cada lado da cama.
- Membros superiores: usar ataduras de crepe de 15cm. Proteger a região com algodão ortopédico ou compressas para evitar traumatismo no local. Amarrar as pontas na grade da cama ou no estrado.

OBS: Observar continuamente sinais de garroteamento: cianose, edema e queixa de formigamento. Remover a restrição pelo menos duas vezes por dia, para massagem e higiene local. Sempre que restringir os ombros, restringir também o abdômen. Evitar fazer pressão sobre uma artéria. Anotar no prontuário o motivo, a hora e o tipo de restrição feita.

7. POSIÇÕES DO CORPO

Decúbito dorsal

- Paciente deitado de costas.
- Cabeça com ou sem travesseiro.
- Pernas estendidas ou levemente fletidas.
- Braços ao longo do corpo ou sobre o abdômen.
- Indicações: usado para realização de exame físico.



Decúbito ventral

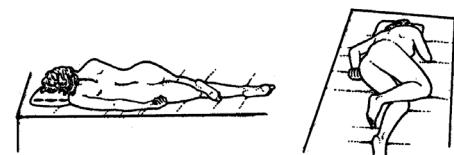
- Paciente deitado sobre o abdômen, com a cabeça voltada para o lado.
- Indicações: usado para exames da coluna vertebral e região cervical.

Posição ereta ou ortostática

- Paciente em pé. Deve estar com calçado ou sobre o piso forrado.
- Indicações: detectar anormalidades ortopédicas ou neurológicas.

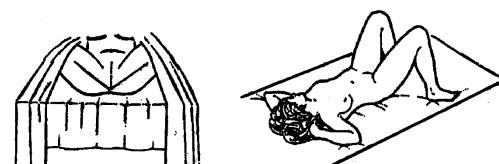
Posição de Sims

- Paciente deitado sobre o lado esquerdo.
- Cabeça apoiada no travesseiro.
- Braço esquerdo fica atrás do corpo.
- Flexionar as pernas. A direta deve ficar em ângulo agudo bem próximo ao abdômen, e a esquerda menos fletida.
- Indicações: exames vaginais e retais, lavagem intestinal e clister.



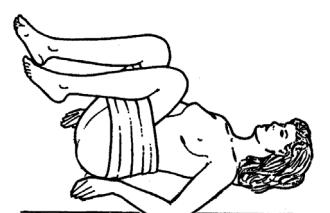
Posição ginecológica

- Paciente deitado de costas.
- Pernas flexionadas sobre as coxas, planta dos pés sobre o colchão e joelhos bem afastados um do outro.
- Indicações: sondagem vesical, lavagem vaginal e tratamento vaginal.



Posição litotômica

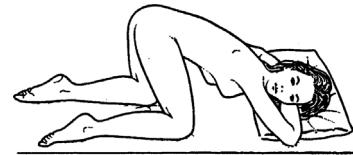
- Paciente em decúbito dorsal.
- Cabeça e ombros ligeiramente elevados.



- Coxas bem afastadas uma da outra e flexionadas sobre o abdômen.
- Os glúteos ficam um pouco fora da mesa.
- Havendo suporte colocar as pernas sobre os mesmos, fixando-as pela região poplítea.
- Indicação: partos, cirurgias e exames de períneo, vagina e reto.

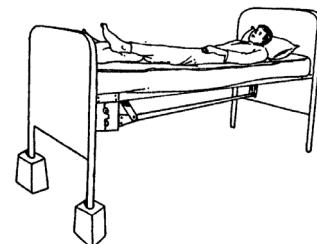
Posição genupeitoral

- Paciente se mantém sobre os joelhos e peito.
- Cabeça voltada para um dos lados, apoiada em travesseiro.
- Braços flexionados nos cotovelos.
- Indicações: exames retais.



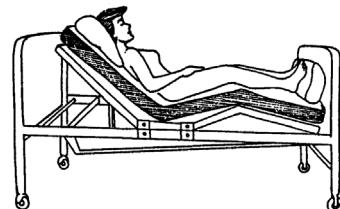
Posição Trendelenburg

- Paciente em decúbito dorsal.
- Requer cama especial ou adaptada.
- Cabeça fica mais baixa que o corpo, num plano inclinado.
- Joelhos ligeiramente flexionados.
- Indicações: cirurgias da região pélvica, estado de choque hipovolêmico, tromboflebites, etc.



Posição de Fowler

- Paciente em decúbito dorsal.
- Requer cama especial ou adaptada.
- Cabeceira da cama elevada até que o tórax atinja o ângulo de 45 graus em relação à cama.
- Indicações: alimentação, patologias respiratórias de modo geral.



8. MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE

8.1 Mecânica corporal

Definição:

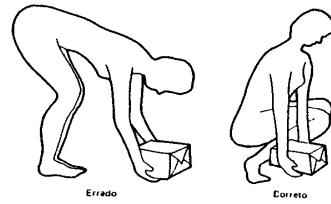
É o modo pelo qual o corpo se movimenta e mantém o equilíbrio pelo uso mais eficiente de todas as suas partes. Postura é a relação das várias partes do corpo quando se está de pé, sentado, deitado ou em movimento. Uma boa postura requer que o peso esteja em equilíbrio em relação à coluna e ao centro de gravidade. O centro de gravidade é o ponto ao redor do qual todas as partes do corpo mantém o respectivo equilíbrio.



Realizamos movimento usando músculos e ossos. Os princípios da boa mecânica corporal precisam ser aplicados sempre que objetos pesados são levantados ou transportados. O corpo precisa estar em equilíbrio. A utilização dos músculos fortes evitará tensão dos mais fracos. Os músculos do coxa e das pernas são mais fortes e devem ser usados sempre que possível.

O equilíbrio é mantido com o mínimo de esforço se o centro da gravidade estiver sobre o centro da base de sustentação. Ex.: faz-se um menor esforço quando se levanta um objeto flexionando os joelhos do que dobrando a cintura

Ao auxiliar um paciente a mover-se, a posição do auxiliar é mais estável se os pés estiverem mais afastados, os joelhos flexionados (centro de gravidade mais baixo) e o objeto mais próximo ao corpo.



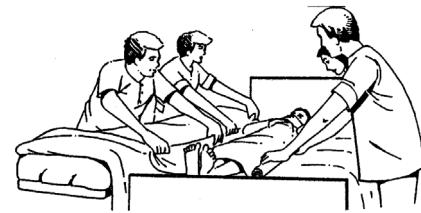
Fatores que contribuem para uma boa postura:

- Via emocional ajustada.
- Boa saúde.
- Adaptação dos móveis.
- Equipamento correto.
- Uso de vestuário que não restrinja a atividade física.
- Prática periódica de atividade física.
- Auto controle para evitar o desgaste físico.
- Organização do trabalho.

8.2 Transporte do paciente do leito para a maca e vice-versa:

Requisitos:

- São necessárias 4 pessoas.
- Lençol móvel.



Procedimento:

- Preparar a maca.
- Deixar o paciente só com o sobre lençol.
- Soltar o lençol móvel e enrolar as pontas bem próximo ao paciente.
- Colocar a maca paralela e encostada no leito.
- Duas pessoas devem ficar ao lado da cama e duas ao lado da maca, segurando pelo lençol móvel.
- Apoiar a cabeça com travesseiro se o paciente estiver inconsciente.
- Contar até três a passar de uma só vez.
- Cobrir o paciente com o sobre lençol e manter o lençol móvel sob o paciente.

8.3 Transporte do paciente em cadeira de rodas:

Material:

- Cadeira de rodas.
- 2 lençóis.
- Chinelo.
- Camisola ou roupão.

Procedimento:

- Pode ser feito por uma só pessoa.
- Forrar a cadeira com lençol.
- Colocar a cadeira bem próxima ao leito e encostada para o lado dos pés.
- Travar a cadeira.
- Virar o paciente de lado, colocando um braço no ombro do paciente e o outro na região poplítea.
- Observar seu estado geral.
- Permanecer o tempo que for necessário nessa posição até que o paciente esteja em condições de ser transportado.
- Vestir roupa apropriada (roupas transparentes, rasgadas, curtas ou que expõem demais o paciente, devem ser evitadas). Se o paciente não dispõe de roupa, usar camisola cirúrgica como roupão.
- Fazê-lo levantar, apoиando-se nos ombros do auxiliar que o segura pela cintura.
- Virar o paciente e sentá-lo na cadeira.
- Cobri-lo com o sobre lençol.

- Calçar os chinelos. Se não houver, usar propés.
- Estar atento a qualquer alteração que o paciente possa apresentar.

9. CONTROLES

9.1 Sinais Vitais

Definição:

Os sinais vitais (SSVV) referem-se à:

- Temperatura (T) em graus centígrados - °C
- Pulso (P) em batimentos por minuto – bpm
- Respiração (R) em respiração por minuto – rpm
- Pressão arterial (PA) em milímetros de mercúrio mmHg

Indicam o estado físico do indivíduo.

Ajudam no diagnóstico e tratamento.



MATERIAIS



Material para verificar os SSVV:

- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Termômetro
- Recipiente com algodão e álcool
- Relógio com ponteiro de segundos
- Caneta e papel

Temperatura:

a) Definição:

É o calor produzido pela atividade metabólica corporal.

b) Alterações fisiológicas:

Existem vários fatores que podem influenciar a atividade metabólica. Quanto maior o metabolismo maior é a temperatura corporal. Quanto menor o metabolismo menor é a temperatura corporal. São eles:

- Sono e repouso.
- Idade: o metabolismo num recém nascido é maior que no indivíduo idoso.
- Exercícios: o trabalho muscular eleva a temperatura.
- Estresse: aumenta a atividade metabólica.
- Fator hormonal: aumento da temperatura na fase de ovulação (ciclo menstrual).
- Desnutrição: baixo metabolismo que leva à baixa temperatura.
- Alimentação: alteração transitória da temperatura relacionada com ingestão de bebidas ou alimentos muito quentes ou frios.
- Infeção: em geral a hipertermia acompanha os processos infecciosos e inflamatórios.



c) Valores normais:

- Temperatura axilar: 35,8 °C a 37 °C
- Temperatura oral: 36,3 °C a 37,4 °C
- Temperatura retal: 37°C a 38°C

d) Alterações:

- Sub febril ou febrícula: 37,1 °C a 37,5 °C
- Febril: maior ou igual a 37,6 °C

e) Tempo de permanência do termômetro no paciente:

- Via axilar: 4 a 5 min (pode variar de acordo com o tipo de termômetro).
- Via oral: 2 a 3 min.

- Via retal: 2 a 3 min.

Obs.: os termômetros são específicos para cada via. Sendo o de via oral e retal de uso exclusivo do paciente.

f) Procedimentos para verificar temperatura axilar:

- Lavar as mãos.
- Reunir todo o material numa bandeja.
- Fazer desinfecção na bandeja
- Explicar ao paciente o que será feito.
- Observar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35°C . Caso necessário, fazer manobras para abaixar.
- Secar a axila do paciente com o próprio lençol ou pedir que ele mesmo faça.
- Colocar o bulbo do termômetro na axila e posicionar o braço sobre o peito.
- Manter o braço imóvel para que o termômetro não se desloque a fim de não prejudicar a leitura.
- Manter o termômetro observando o tempo necessário.
- Retirá-lo e proceder a leitura.
- Limpar o termômetro com álcool no sentido da extremidade para o bulbo.
- Fazer manobras para abaixar a coluna de mercúrio.
- Guardar em local apropriado.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário e avisar ao enfermeiro ou responsável, caso os valores estejam acima ou abaixo do normal.

Obs.: a axila é o local que oferece menor precisão quanto aos valores, mas no entanto é a via mais usada.

P脉:

Definição:

É uma oscilação provocada nas artérias quando o coração contrai e manda grande volume de sangue para todo o corpo. O pulso pode ser verificado nos locais onde as artérias passam próximo à superfície da pele.

Na palpação do pulso, verifica-se a freqüência, o ritmo e a tensão.

a) Valores normais:

- Recém nascido: 120 a 140 bpm
- Lactente: 100 a 120 bpm
- Infância e adolescência: 80 a 100 bpm
- Adulto: 60 a 80 bpm

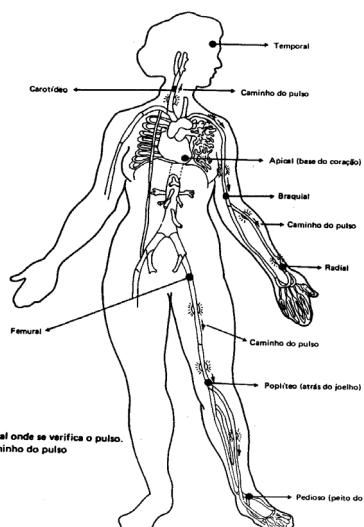


b) Locais para verificação do pulso:

(figura ao lado)

c) Características:

- Quanto à freqüência: varia de acordo com a idade, sexo e atividade física.
- Volume: o volume de cada batimento é igual e
- Ritmo: o intervalo de tempo entre cada batimento é igual em condições normais.



d) Tipos de pulso:

- Taquicárdico ou taquisfígico: pulso acelerado acima da faixa normal.
- Bradicárdico ou bradisfígico: freqüência abaixo da faixa normal.
- Filiforme ou fraco: pulso fino e quase imperceptível.
- Arrítmico ou irregular: quando o intervalo entre os batimentos é irregular.

e) Procedimento:

- Lavar as mãos.
- Explicar ao paciente o que será feito.
- Deitar o paciente ou sentá-lo em posição confortável. O braço apoiado na cama, mesa ou colo.
- Colocar os três dedos médios (indicador, médio e anular) na face interna do punho, ao lado do polegar, sobre a artéria radial (conforme desenho).
- Sentir a artéria fazendo uma leve pressão no local.
- Contar os batimentos por 1 minuto. Se necessário, repetir a contagem.
- Anotar e informar as anormalidades.
- Lavar as mãos.

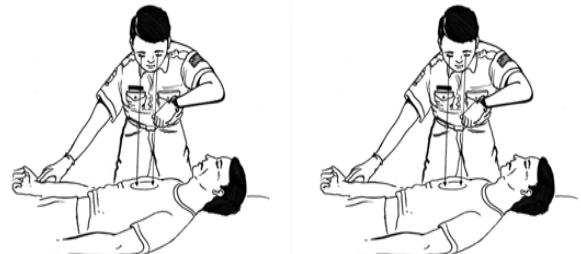
Obs.: não usar o polegar para verificar o pulso, pois a própria pulsação pode ser confundida com a do paciente. Para se obter o pulso normal do indivíduo, o mesmo deve estar em repouso, sentado ou deitado. Caso contrário o pulso pode apresentar variações.

Respiração (R) ou freqüência respiratória (FR)

a) Definição:

É uma troca de gases. Um processo onde o organismo capta oxigênio (O₂) para dentro dos pulmões (inspiração) e elimina o dióxido de carbono (CO₂) para fora dos pulmões (expiração).

O controle da respiração compreende a verificação da freqüência e outras características, com o ritmo e a profundidade.



b) Valores normais:

- Recém nascido: 30 a 40 rpm
- Adulto: 14 a 20 rpm

c) Tipos de respiração:

- Taquipnêia: aumento da freqüência respiratória.
- Bradipnêia: diminuição da freqüência respiratória.
- Apnéia: parada respiratória.
- Ortopnêia: respiração facilitada pela posição vertical (sentada).
- Estertorosa: respiração com ruído semelhante à "cachoeira".
- Sibilante: respiração com o som de assobio.
- Cheyne Stokes: aumento gradual da profundidade da respiração alternada com períodos de apnêia.
- Kussmaul: inspiração profunda, seguida de apnêia e expiração suspirante.
- Dispnêia: dificuldade para respirar.

d) Procedimento:

- Lavar as mãos.
- Deitar o paciente ou sentá-lo confortavelmente.
- Observar os movimentos do tórax (inspiração e expiração) que correspondem a um só movimento para efeito de contagem.
- Colocar a mão no pulso do paciente para disfarçar a observação, pois o paciente pode alterar os movimentos se souber que está sendo observado, independente de sua vontade.
- Anotar e informar as alterações se houver.

Obs.: não permitir que o paciente fale durante a contagem.

Pressão arterial:

a) Definição:

É a pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias. Pressão arterial (PA), depende da força de contração do coração, do volume de sangue circulante e da resistência oferecida pela parede das artérias. A PA é medida em milímetros de mercúrio (mmHg).

A pressão sistólica é a maior força exercida pelo batimento cardíaco; e a diastólica, a menor. O primeiro som auscultado corresponde à PA sistólica e o último som corresponde à PA diastólica.

- b) Fatores que interferem nos valores da PA:
- Idade (aumenta com a idade).
 - Sexo (na mulher, diminui durante a menstruação).
 - Obesidade (aumenta de acordo com o peso).
 - Horário do dia (é mais baixa durante o sono e ao acordar).
 - Posição (em pé a PA é mais alta do que quando o paciente estiver deitado).
 - Atividade física (aumenta temporariamente).
 - Doença (varia).
 - Volume sanguíneo (varia).
 - Ingestão de alimentos (ligeiramente mais elevada 1 hora após as refeições).
 - Medo ou ansiedade (aumenta).
 - Raiva e estresse (aumenta).



- c) Valores normais:

A PA normal varia de um indivíduo para o outro, mas pode ser considerada normal quando está entre:

- PA sistólica (máxima): varia de 90 a 120 mmHg
- PA diastólica (mínima): 60 a 80 mmHg

- d) Locais para verificação da PA:

- Artéria braquial, nos membros superiores
- Artéria poplítea, nos membros inferiores. O manguito deve ser de tamanho apropriado.

- e) Variações da PA:

- Hipertensão: PA acima da média (140/90 mmHg)
- Hipotensão: PA inferior à média (90/60 mmHg)

Pressão arterial diastólica(mmHg)	Pressão arterial sistólica(mmHg)	Classificação
< 85	< 130	Normal
85 – 89	130 – 139	Normal limítrofe
90 – 99	140 – 149	Hipertensão leve
100 – 109	160 – 179	Hipertensão moderada
> 110	> 180	Hipertensão grave
< 90	> 140	Hipertensão sistólica isolada

- f) Procedimento:

- Lavar as mãos.
- Explicar o que será feito.
- Preparar todo o material.
- Limpar o diafragma e as olivas do estetoscópio.
- Manter o paciente deitado ou sentado, com o braço apoiado ao nível do coração e com a palma da mão voltada para cima.
- Colocar o manguito logo acima da dobra do cotovelo tendo o cuidado para não deixá-lo muito frouxo ou apertado demais.
- Ajeitar o manguito de tal forma que as borrachas não se cruzem para evitar excesso de ruído.
- Posicionar o manômetro de forma bem visível.
- Localizar a artéria braquial com os dedos indicador e médio.

- Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a região da artéria e encaixar as olivas nos ouvidos.
- Fechar a válvula da pêra e inflar rapidamente o manguito até 200 mmHg normalmente. Outra maneira: apalpar o pulso radial com a outra mão e inflar o manguito até desaparecer o pulso radial, daí inflar mais 20 a 30 mmHg.
- Abrir a válvula da pêra lentamente. O primeiro batimento que se ouve corresponde à pressão máxima ou sistólica (1^a bulha de Korotkoff) e observar sua correspondência no manômetro.
- Continuar a descompressão e observar o ponto em que foi ouvido o último som que corresponde à pressão mínima ou diastólica (5^a bulha de Korotkoff).
- Abrir a válvula e retirar todo o ar do manguito.
- Deixar o paciente em posição confortável.
- Anotar os valores e notificar as alterações.
- Limpar as olivas com álcool.
- Colocar o material em ordem.
- Lavar as mãos.

g) Observações gerais:

- Verificar as condições do aparelho
- Caso tenha que verificar novamente, esvaziar todo o manguito antes de fazer nova medida.
- O manguito deve ter largura adequada, em geral que cubra 2/3 do comprimento do braço.
- O manguito deve ser colocado no braço sem roupa.
- O diafragma não deve tocar a borda inferior do manguito.
- Deve-se apalpar o pulso antes de insuflar o manguito.
- Não verificar PA em braço que tenha realizado cateterismo cardíaco ou que tenha shunt A-V (para hemodiálise).
- Recomenda não verificar em braço que tenha venóclise.
- A variedade de sons que se ouve ao mensurar a pressão, chama-se sons de korotkoff.

Roteiro geral para verificar os SSVV:

- a) Levar todo o material para a unidade do paciente.
- b) Colocar primeiro o termômetro.
- c) Contar o pulso.
- d) Sem retirar a mão do punho, contar a freqüência respiratória.
- e) Verificar a pressão arterial.
- f) Anotar todos os valores e o nome do paciente, quarto, leito e hora.

9.2 Mensuração do peso e da altura

Definição

É o ato de medir o peso e a altura do indivíduo.

Finalidades:

- Deve ser verificado na internação ou a pedido médico.
- Importante para acompanhar o crescimento da criança.
- Importante para acompanhar o tratamento de pacientes nas clínicas de pediatria, nefrologia, endocrinologia, pacientes com retenção urinária e outros.



Balança Antropométrica

Procedimento:

- Orientar o paciente.

- Testar, tarar e travar a balança.
- Forrar o piso da balança com papel.
- Pedir ao paciente para retirar o excesso de roupas.
- Ajudá-lo a subir na balança sem calçados, com os pés unidos e bem no centro do pedestal.
- Destrarvar a balança.
- Mover o indicador de quilos até a marca do peso aproximado do paciente.
- Mover o indicador de gramas até atingir o equilíbrio.
- Fazer a leitura e registrar.
- Auxiliar o paciente a descer e a se vestir.
- Colocar os mostradores em zero e travar a balança.
- Lavar as mãos.

Obs.: pesar de preferência de manhã, em jejum, sempre no mesmo horário e com a bexiga vazia.

Verificação da estatura:

- Colocar o paciente de costas para a escala de medida.
- Suspender o antropômetro até a altura da cabeça do paciente.
- Manter a cabeça imóvel, corpo ereto, os pés juntos e encostados na escala métrica.
- Travar a haste.
- Auxiliar o paciente a descer da balança.
- Fazer a leitura e anotar.
- Destrarvar e descer a haste.

Obs.: se for pesar e medir ao mesmo tempo, primeiro verifica-se o peso e depois a estatura.

Controle de peso e altura em crianças:

- Crianças de até 1 metro, a medida é feita com a criança deitada e com antropômetro manual.
- A criança com o peso abaixo de 16Kg é pesada sem roupa em balança com prato (pediátrica). Caso a criança não permita a pesagem, pesar o adulto em balança convencional, depois pesá-lo segurando a criança no colo. A diferença dos valores corresponde ao da criança.

9.3 Eliminação intestinal

Definição:

É a visualização das fezes do paciente para verificar o aspecto e o volume.

Procedimento:

- Isolar a cama com biombo, se necessário.
- Colocar a comadre, conforme técnica já descrita.
- Manter o paciente em posição confortável.
- Retira a comadre conforme a técnica.
- Fazer higiene íntima.
- Observar as características das fezes e desprezá-las no vaso sanitário.
- Lavar a comadre conforme a técnica.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário.

Observações gerais:

- Freqüência das fezes.
- Consistência: normal, endurecida, pastosa, semipastosa, líquida e semilíquida.
- Coloração: marrom, esbranquiçadas, pretas ou com sangue vivo.
- Odor: característico.
- Se o paciente for deambulante, evacuar no vaso e pedir para não acionar a descarga.

9.4 Diurese

Definição:

Diurese é um termo utilizado para denominar a quantidade de urina eliminada. O controle da diurese é prescrito pelo médico e consiste em medir o volume urinário em 24 horas.

Procedimento:

Quando o médico solicitar diurese de 24 horas, proceder da seguinte forma:

- Pedir ao paciente para esvaziar a bexiga e contar a partir deste momento (de preferência pela manhã)
- Providenciar frascos limpos.
- Rotular o frasco com nome do paciente, leito, data e hora.
- Orientar o paciente para guardar toda a urina no frasco.
- Após completar o período, anotar o volume e verificar se há necessidade de encaminhar a urina ao laboratório.
- Desprezar a urina e lavar os frascos.
- Lavar as mãos.
- Anotar no prontuário.

10. ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE



10.1 Fatores que afetam o apetite:

- Aparência bonita
- Temperatura adequada
- Variação na composição do cardápio
- Ambiente limpo e calmo
- Conforto físico
- Refeições sem interrupção
- Regularidade no horário das refeições
- Ausência de odores desagradáveis

10.2 Dietas Hospitalares

- Livre ou normal ou geral:
Dieta cuja condição clínica não exige restrições.
- Branda:
É aquela com pouco resíduo. Há restrições quanto aos alimentos crus.
- Leve ou pastosa:
Dieta que contém menos resíduo que a dieta branda. Com frutas cozidas e passadas no liqüidificador, vegetais em forma de purês e carne moída.
- Líquida:
Composta de água, caldo de carne, suco de frutas, chá, gelatina, caldo de legumes e de feijão.
- Dietas especiais:
Hipercalórica, hipossódica (para hipertensos), hipocalórica (para diabéticos, etc.

10.3 Preparo do paciente e do ambiente para a refeição:

Paciente acamado, capaz de alimentar-se sozinho

- Lavar as mãos
- Verificar se a dieta está de acordo com a prescrição
- Ajudar o paciente a sentar-se
- Colocar a bandeja sobre a mesa de refeição
- Colocar o prato e talheres ao seu alcance; cortar a carne e o pão, se for necessário

- Se o paciente recusar a refeição ou deixar de comer alimentos adequados à sua dieta, persuadi-lo explicando-lhe o valor dos mesmos
- Terminada a refeição, retirar a bandeja e oferecer material para higiene oral e lavagem das mãos
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem
- Registrar alterações observadas.

Paciente acamado incapaz de alimentar-se sozinho

- Lavar as mãos
- Verificar se a dieta está de acordo com a prescrição
- Colocar o paciente em posição de Fowler, se não houver contra-indicação
- Colocar a bandeja sobre a mesa de refeição
- Servir pequena quantidade de alimento de cada vez e, vagarosamente, animar o paciente a aceitar toda a refeição
- Se o paciente estiver impossibilitado de ver, descrever-lhe os alimentos antes de começar a alimentá-lo
- Limpar a boca do paciente sempre que necessário
- Terminada a refeição, oferecer-lhe água
- Remover a bandeja
- Fazer a higiene oral do paciente, deixá-lo confortável e a unidade em ordem
- Lavar as mãos
- Anotar no relatório: hora da alimentação, tipo de dieta, reações do paciente e alterações observadas

11. COLETA DE MATERIAIS PARA EXAMES

11.1 Definição

Consiste em colher sangue, urina, fezes e secreções, solicitados pelo médico, durante a internação do paciente.

Em muitos hospitais, a colheita de sangue é atribuição do laboratório.

11.2 Finalidades

- Complementação diagnóstica
- Auxiliar a evolução clínica do paciente

1.1 Regras Gerais

- Preparar o paciente, informando o tipo de exame que será feito e como deve colaborar.
- Usar frascos limpos ou estéreis de acordo com o tipo de exame.
- Lavar as mãos antes e após o procedimento e também usar luvas.
- Identificar corretamente (nome, n.º leito, data, hora, registro, etc.) cada frasco se houver mais de 1.
- Encaminhar o material imediatamente para o laboratório com o respectivo pedido de exame.
- Checar o pedido de exame no prontuário.



11.3 Coleta de sangue

Características Gerais:

- Geralmente é colhido em jejum.
- Exige punção venosa.
- Para alguns exames é solicitado jejum de 12 horas.

- Exige frasco especial para determinados grupos de exames, tais como:
 - Hemograma, hematócrito, hemoglobina, tipagem sangüínea (frascos com tampa de borracha roxa contendo anticoagulante).
 - Uréia, creatinina, sódio, potássio, exames sorológicos (frascos sem anticoagulante com tampa de borracha marrom).
 - Glicemia: frasco com tampa de borracha cinza contendo fluoreto e oxalato
 - Hemocultura: frascos contendo meio de cultura aeróbio ou anaeróbio.

11.4 Coleta de Urina

Tipos:

Urina I: deve ser colhida pela manhã na primeira micção do dia. colocar em torno de 100 ml (mínimo 10 ml) em frasco limpo e seco. Pedir para que o paciente faça higiene íntima e despreze o primeiro jato.

- a) Proteinúria: urina de 24 horas.
 - Separar frasco com capacidade para 2.000 ml e identificá-los com data e hora de início e fim da colheita.
 - Desprezar a 1ª urina da manhã e anotar a hora, indicando o início do período.
 - Colher todas as micções durante as 24 horas, inclusive a última deve ser no horário referente ao dia anterior.
 - Enviar toda a urina para o laboratório, ou apenas 1 amostra, para isto toda a urina deve ser misturada.
 - Se for clearance de creatinina, encaminhar toda a urina e também uma amostra de sangue (tubo seco com tampa marrom), e anotar no pedido o peso e a altura do paciente.
 - Checar no prontuário.
- b) Urocultura:
 - Deve ser colhida com técnica asséptica.
 - Fazer higiene íntima usando anti-séptico.
 - Desprezar a 1ª porção e colher o 2º jato.
 - De preferência o paciente pode urinar diretamente no frasco, se não for possível, utilizar cuba rim estéril.
 - Para os pacientes com incontinência urinária e que estejam sem sonda de demora, passar uma sonda de alívio para colher a amostra.
 - Caso esteja com sonda de demora, deve ser feito o seguinte:
 - Deixar a sonda fechada por aproximadamente 30 minutos
 - Fazer assepsia no local próprio indicado no coletor urinário e com auxílio de uma seringa de 20 ml com agulha, fazer a punção no local, abrir a sonda e aspirar.
- c) Glicosúria e Cetonúria:
 - Oferecer frasco para o paciente urinar
 - Calçar luva de procedimento.
 - Tão logo tenha feito, retirar uma fita do frasco reagente e molhá-la na urina.
 - Comparar a cor da fita com a cor padrão.
 - tempo e o método variam de acordo com o fabricante.

11.5 Coleta de Fezes

Exame Parasitológico de fezes (EPF):

- Orientar o paciente para evacuar numa comadre limpa.
- Colher pequena quantidade de fezes utilizando uma espátula, e colocar em recipiente próprio com tampa.
- Identificar o recipiente.
- Encaminhá-la ao laboratório junto com a requisição.

Cultura de fezes (coprocultura):

- Orientar para o paciente evacuar em comadre esterilizada e com auxílio de uma espátula estéril, colher pequena quantidade de fezes colocando-a num recipiente também estéril.
- Encaminhar imediatamente para o laboratório com a requisição.

Pesquisa de sangue oculto nas fezes:

É a pesquisa para verificar se o paciente está eliminando sangue não visível pelas fezes. Para isto é importante que o paciente faça o seguinte preparo:

- Restrição dos seguintes alimentos por 3 dias: carnes, couve, couve-flor, brócolis.
- Não usar medicamentos que contenham ferro e vitamina C.
- Colher as fezes do modo do EPF.
- Encaminhá-la ao laboratório.

11.6 Coleta de Escarro:

Procedimento:

- Instruir o paciente sobre o procedimento.
- O exame deve ser colhido em jejum
- Pedir para o paciente bochechar água para lavar a boca.
- Orientá-lo para tossir e escarrar dentro do recipiente, não apenas cuspir.
- Fechar o frasco e encaminhá-lo para o laboratório.
- Obs.: se o exame for para cultura, colher em frasco estéril. A amostra pode ser colhida em qualquer hora do dia, desde que longe das refeições, ou seja, nunca misturado com alimentos.

12. TERMOS TÉCNICOS

12.1 Estado Geral:

- Astenia: debilidade, sensação de fraqueza.
- Apatia: indiferença, falta de afetividade.
- Atonia: perda da força motora dos músculos.
- Atrofia muscular: diminuição do músculo ocasionado pela falta de nutrição ou exercícios.
- Tônus: estado fisiológico de ligeiro grau de contração muscular.



12.2 Estado Nutricional:

- Caquexia: emagrecimento intenso, mau estado geral.
- Desnutrição: debilidade orgânica provocada pela ingestão insuficiente de calorias e proteínas.
- Obesidade: aumento do peso devido ao acúmulo de tecido adiposo

12.3 Estado Hídrico:

- Desidratação: perda de líquidos e de eletrólitos pelo organismo.
- Edema: retenção de líquidos nos tecidos.
- Anasarca: edema generalizado.
- Ascite: acúmulo de líquido na cavidade peritoneal.
- Sudorese: aumento da transpiração.

12.4 Sensação dolorosa:

- Artralgia: dor articular.
- Mialgia: dor muscular.
- Cefaléia: dor de cabeça.
- Otalgia: dor de ouvido.

- Gastralgie: dor de estômago.

12.5 Sistema Nervoso – comportamento

- Insônia: dificuldade para dormir.
- Alucinação: percepção irreal de estímulos, podendo afetar qualquer um dos sentidos; falsa percepção sensorial.
- Delírio: transtorno mental com alucinações, confusão, excitação; gradativamente, ocorre o afastamento da realidade.
- Fobia: medo anormal.
- Depressão: abatimento; sentimento de angústia, de frustração.
- Obnubilação: ofuscação.
- Convulsão: contrações involuntárias e súbitas dos músculos esqueléticos.
- Coma: profundo estado de sonolência, com perda da sensibilidade e de movimentos voluntários.
- Paralisia: parada da função motora, não necessariamente da sensibilidade.
- Paresia: parálisia incompleta.
- Parestesia: diminuição da sensibilidade.
- Paraplegia: parálisia dos membros inferiores.
- Tetraplegia: parálisia dos quatro membros.
- Hemiplegia: parálisia de uma das metades (direita ou esquerda) do corpo.

12.6 Sistema cardiocirculatório:

- Estase sanguínea: paralisação ou diminuição da circulação sanguínea.
- Cianose: coloração azulada da pele devido à falta de oxigenação.
- Anoxia: falta de oxigênio nos tecidos.
- Isquemia: redução ou deficiência do fluxo sanguíneo em determinada região do corpo.
- Necrose: tecido morto devido a falha na circulação local.
- Hipotensão arterial: diminuição do valor da pressão arterial.
- Hipertensão arterial: aumento do valor da pressão arterial.
- Bradicardia: freqüência cardíaca abaixo do normal.
- Taquicardia: freqüência cardíaca acima do normal.

12.7 Sistema respiratório:

- Apnéia: parada da respiração.
- Ortopnéia: dificuldade para respirar, melhorando com o indivíduo na posição sentada.
- Bradipnéia: diminuição da freqüência respiratória.
- Taquipnéia: aumento da freqüência respiratória.
- Dispnéia: dificuldade para respirar, respiração irregular.
- Hemoptise: hemorragia de origem pulmonar.
- Tosse produtiva: tosse com secreção.

12.8 Sistema digestivo:

- Disfagia: dificuldade para deglutição.
- Polifagia: aumento do apetite.
- Anorexia ou inapetência: falta de apetite.
- Polidipsia: aumento da necessidade de beber água.
- Língua hiperemiada: muito vermelha
- Sialorréia: aumento da secreção salivar.
- Halitose: mau hálito.
- Náuseas: enjôo; vontade de vomitar.
- Eructação: arroto.
- Azia ou pirose: sensação de ardor estomacal e de azedume na garganta.
- Hematêmese: vômito com sangue.
- Melena: fezes escuras (“em borra de café”) decorrente de hemorragia.

- Abdômen timpânico: distensão do intestino, por gázes com sonoridade exagerada à percussão.
- Flatulência: distensão abdominal devida ao acúmulo de gases no intestino.
- Fecaloma: fezes endurecidas.
- Diarréia: evacuação líquida e abundante.
- Disenteria: evacuação líquida e constante, com muco ou sangue, e acompanhada de cólicas e dores abdominais
- Constipação ou obstipação intestinal: prisão de ventre.
- Enterorragia: hemorragia intestinal.

12.9 Sistema urinário:

- Micção: ato de urinar.
- Diurese: volume urinário, geralmente de 24 horas.
- Anúria: ausência ou diminuição do volume urinário até 50 ml/dia.
- Oligúria: diminuição do volume urinário abaixo de 500 ml/dia.
- Poliúria: aumento do volume urinário.
- Polaciúria: vontade freqüente de urinar, sem aumentar a diurese.
- Nictúria: micções freqüentes noturnas
- Disúria: dificuldade e/ou ardor para urinar.
- Hematúria: urina com sangue.
- Piúria: urina com pus.
- Glicosúria: presença de glicose na urina.
- Colúria: presença de pigmentos biliares na urina.

12.10 Pele – temperatura:

- Calafrio: sensação de frio acompanhada de eriçamento dos pêlos.
- Febrícula: febre de curta duração e de pequena intensidade
- Hipertermia: aumento da temperatura corporal.
- Hipotermia: diminuição da temperatura corporal.
- Prurido: coceira.
- Escara de decúbito: massa de tecido necrosado, decorrente da pressão constante do tecido contra os ossos e/ou diminuição do fluxo sanguíneo.
- Hematoma: tumefação causada pelo acúmulo de sangue, decorrente de traumatismo.

12.11 Rosto – cabelos:

- Alopécia: queda total ou parcial do cabelo.
- Palidez: face esbranquiçada, sem cor.
- Face congestionada: face vermelha devido a febre e/ou alteração emocional.
- Face icterica: cor amarelada da pele e globo ocular, devido à presença de pigmentos biliares no sangue.

12.12 Olhos:

- Blefarite: inflamação das pálpebras.
- Exoftalmia: saliência exacerbada do globo ocular.
- Isocoria: pupilas de tamanho normal.
- Miose: pupilas contraídas.
- Midríase: pupilas dilatadas.
- Anisocoria: pupilas com diâmetros diferentes.
- Fotofobia: dificuldade de visão na claridade.
- Diplopia: Visão dupla.

13.13 Nariz:

- Epistaxe: sangramento nasal.
- Coriza: processo inflamatório com secreção nasal.

12.14 Outros:

- Esplenomegalia: aumento do baço em tamanho.
- Hepatomegalia: aumento do fígado em tamanho.
- Prolapso: queda de um órgão ou de parte deste.
- Síndrome: conjunto de sinais e sintomas que caracterizam uma doença.
- Síncope: síndrome caracterizada por perda dos sentidos e parada momentânea da circulação e respiração.
- Toxemia: intoxicação.
- Enxaqueca: cefaléia acompanhada de náuseas e problemas visuais.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N.M.C.; et al. **Procedimentos Básicos de Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1995.

- FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Práticas de enfermagem**: apresentando a enfermagem e sua prática: fundamentos, conceitos, situações e exercícios. São Caetano do Sul: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.
- GENS, G.; MACUCO, B.; BRANDÃO, N. **Enfermagem para Recuperação da Saúde do Adulto**. 3 Ed. Porto Alegre: D.C.Luzzatto, 1990.
- 2002.
- HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. (2 vol.)
- KAWAMOTO, E.; FORTES, I. **Fundamentos de Enfermagem**. 2 Ed. São Paulo: E.P.U., 1997.
- KOCH, ROSI. et al. **Técnicas Básicas de Enfermagem**. 16 Ed, Curitiba: Florence, 1999.
- LIMA, I. L. de I.; et al. **Manual técnico e auxiliar de enfermagem**. 5.ed., Goiânia: AB, 1995.
- NURSING. Os Direitos dos Pacientes. São Paulo: Nº 14. Julho, 1999.
- POTTER, P.; PERRY. **Grande Tratado de Enfermagem Prática**. São Paulo: Tempo, 1996.
- POSSO, M. B. S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1999.
- SÁ, C. M. D. de; SANCHEZ, S. **Enfermagem básica**. Rio de Janeiro: Publicações Médicas, 1993.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Projeto Classe descentralizada. **Glossário – Auxiliar de Enfermagem**. São Paulo, 1993.
- SCHULL, P. D. **Enfermagem Básica**: teoria & prática. Ed. especial, São Paulo: Rideel/Difusão, 2001.
- VEIGA, D. de A.; CROSSETTI, M. da G. **Manual de técnicas de enfermagem**. 3.ed., Porto Alegre: D.C. LUZZATTO, 1991.