



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

<b>1. HOSPITAL</b>	<b>3</b>
1.1 Definição:	3
1.2 Funções:	3
1.3 Organização:	3
1.4 Classificação:	3
1.5 Equipe de Saúde:	4
<b>2. PACIENTE</b>	<b>4</b>
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
<b>3. PRONTUÁRIO</b>	<b>9</b>
3.1 Definição:	9
3.2 Admissão:	9
3.3 Alta:	10
3.4 Transferência:	10
3.5 Anotação de enfermagem:	11
<b>4. ORDEM E LIMPEZA</b>	<b>11</b>
4.1 Limpeza da Unidade	11
4.2 Preparo de cama hospitalar:	13
<b>5. HIGIENE CORPORAL</b>	<b>15</b>
5.1 Higiene Oral:	15
5.2 Higiene dos cabelos	16
5.3 Banho	17
<b>6. MEDIDAS DE CONFORTO E SEGURANÇA</b>	<b>19</b>
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
<b>7. POSIÇÕES DO CORPO</b>	<b>23</b>
<b>8. MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTE</b>	<b>24</b>
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
<b>9. CONTROLES</b>	<b>26</b>
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
<b>10. ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE</b>	<b>32</b>
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
<b>11. COLETA DE MATERIAIS PARA EXAMES</b>	<b>33</b>
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
<b>12. TERMOS TÉCNICOS</b>	<b>35</b>
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
<b>REFERÊNCIAS .....</b>		<b>38</b>

# 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 e 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 conseqüências 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

l) 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.

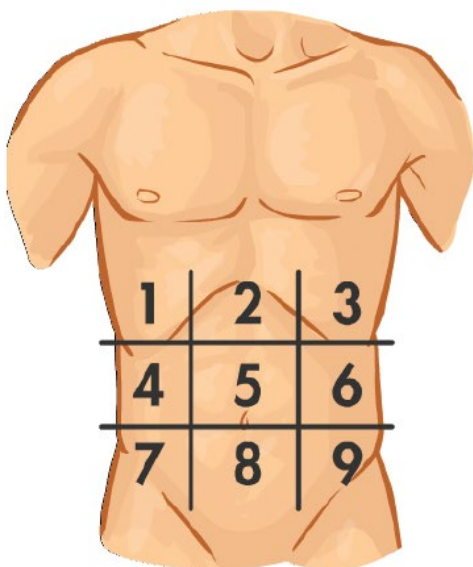
### Sintomas:

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.



### .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 sequência:
  - 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:*

- Registrar os dados logo após a ocorrência para estabelecer uma continuidade, ou seja, nunca antes nem muito tempo depois dos fatos.
- 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.
- 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.
- Preencher ou completar o cabeçalho do impresso não esquecendo de colocar a data.
- Anotar os dados com precisão e veracidade, ou seja, não omitir dados nem registrá-los de forma incorreta.
- Anotar sem deixar espaço em branco para que alguém não altere o registro e cancelar o espaço com um traço.
- Anotar sem rasurar, se acontecer, não utilizar corretivo, escrever a palavra **digito**, e continuar a anotação.
- Fazer as anotações de forma objetiva e completa evitando palavras desnecessárias como: “paciente” já que é sobre ele que o relatório está sendo feito.
- Evitar anotações subjetivas como: “sem queixas”, “passou bem a noite”, “vomitou muito” etc.
- Anotar as informações quando são dadas pelo paciente utilizando-se os verbos na 3ª pessoa. Ex.: “informa que”, “refere que”. Se for dada por outra pessoa, escreve-se: “segundo a mãe”, “segundo o pai” etc.
- Utilizar termos científicos por extenso a não ser as abreviaturas padronizadas normalmente utilizadas como: IM, RX, ECG etc.
- Terminar o registro com nome legível. Se for escola, colocar também o nome da escola. Ex.: Al. Aux. Cristina.
- 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 (arandela), 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
- Recompôr 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 guardar 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 os 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.

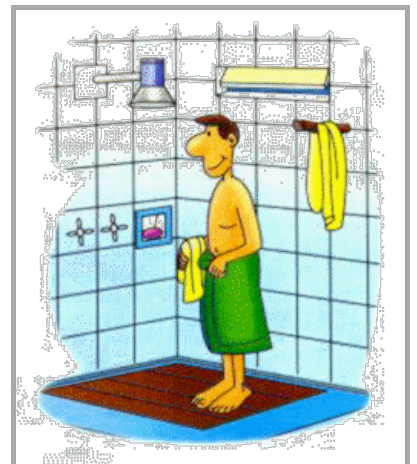
### 5.3 Banho

**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 se vai 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:**

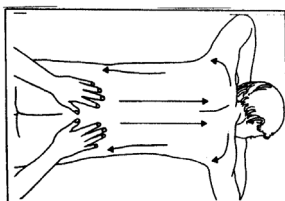
### *Causas:*

- Frio ou calor excessivo;
- Longo tempo na mesma posição;
- Postura incorreta;
- Atrito de roupas sobre feridas ou locais doloridos;
- Roupas 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.

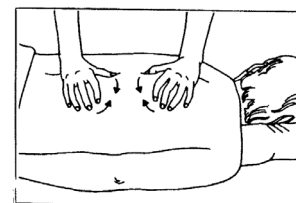
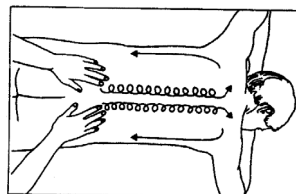
### *Meios para promover o conforto físico:*

- 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 (sacroccógea) 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 sangüínea;
    - 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 conseqüente 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.

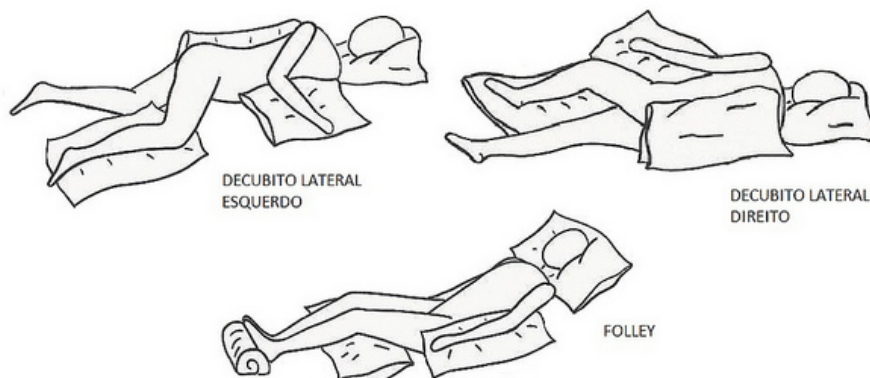


### *Fases de formação da úlcera:*

- 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 suas 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**

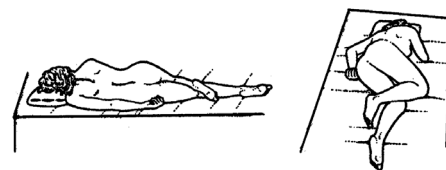
- Paciente deitado sobre o abdômen, com a cabeça voltada para o lado.
- Indicações: usado para exames da coluna vertebral e região cervical.

### **Posição ereta ou ortostática**

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

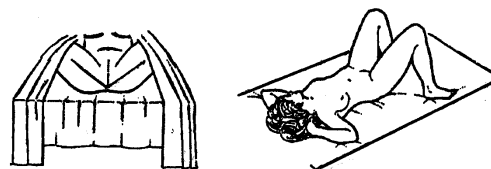
### **Posição de Sims**

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



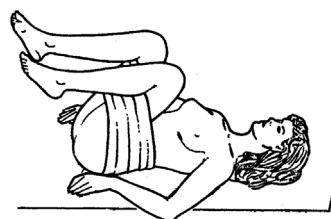
### **Posição ginecológica**

- 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 poplíteia.
- Indicação: partos, cirurgias e exames de períneo, vagina e reto.

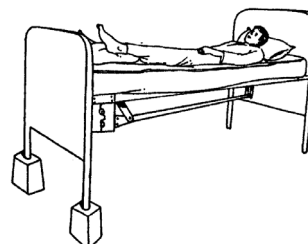
### Posição genupeitoral

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



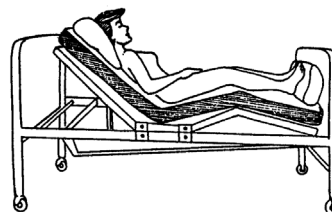
### Posição Trendelemburg

- 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, tromboflebitas, 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:

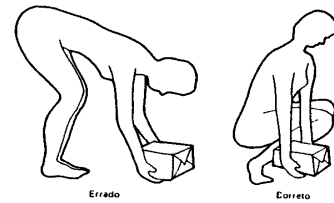
É o modo pelo qual o corpo se movimenta e mantém o equilíbrio pelo uso mais eficiente de todas as suas partes. Postura é a relação das várias partes do corpo quando se está de pé, sentado, deitado ou em movimento. Uma boa postura requer que o peso esteja em equilíbrio em relação à coluna e ao centro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

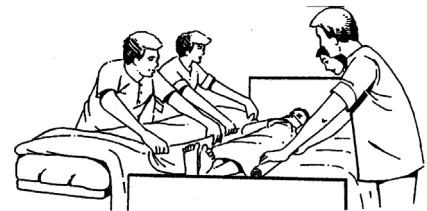
## **8.2 Transporte do paciente do leito para a maca e vice-versa:**

**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.
- Chinelos.
- 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 poplíteia.
- 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, apoiando-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.

#### 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.
- Infecção: 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.

### **Pulso:**

#### **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 frequência, 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



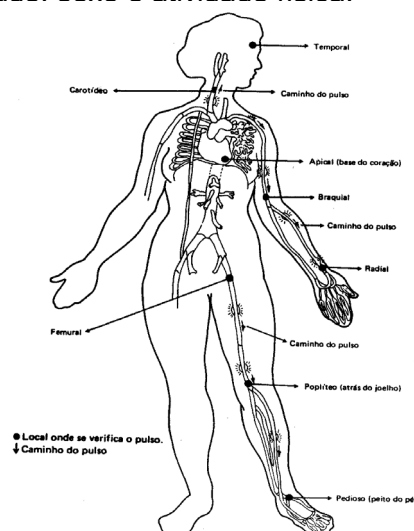
b) Locais para verificação do pulso:  
(figura ao lado)

c) Características:

- Quanto à frequência: 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 taquisfígmico: pulso acelerado acima da faixa normal.
- Bradicárdico ou bradisfígmico: frequência abaixo da faixa normal.
- Filiforme ou fraco: pulso fino e quase imperceptível.
- Arritmico 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 frequência respiratória (FR)**

a) Definição:

É uma troca de gases. Um processo onde o organismo capta oxigênio (O<sub>2</sub>) para dentro dos pulmões (inspiração) e elimina o dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) para fora dos pulmões (expiração).

O controle da respiração compreende a verificação da frequência 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:

- Taquipnéia: aumento da frequência respiratória.
- Bradipnéia: diminuição da frequência respiratória.
- Apnéia: parada respiratória.
- Ortopnéia: 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 apnéia.
- Kussmaul: inspiração profunda, seguida de apnéia e expiração suspirante.
- Dispnéia: 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 sangüíneo (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)

<b>Pressão arterial diastólica(mmHg)</b>	<b>Pressão arterial sistólica(mmHg)</b>	<b>Classificação</b>
< 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 (1ª 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 (5ª 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 apropriada, 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 do 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 frequência 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.
- Destruar 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.
- Suspende 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.
- Destruar 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 biombos, 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:*

- Frequência 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 liquidificador, 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.

- Gastralgia: 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: paralisia incompleta.
- Parestesia: diminuição da sensibilidade.
- Paraplegia: paralisia dos membros inferiores.
- Tetraplegia: paralisia dos quatro membros.
- Hemiplegia: paralisia de uma das metades (direita ou esquerda) do corpo.

### **12.6 Sistema cardiocirculatório:**

- Estase sangüínea: paralisação ou diminuição da circulação sangüínea.
- Cianose: coloração azulada da pele devido à falta de oxigenação.
- Anoxia: falta de oxigênio nos tecidos.
- Isquemia: redução ou deficiência do fluxo sangüíneo 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: frequência cardíaca abaixo do normal.
- Taquicardia: frequência 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 frequência respiratória.
- Taquipnéia: aumento da frequência respiratória.
- Dispnéia: dificuldade para respirar, respiração irregular.
- Hemoptise: hemorragia de origem pulmonar.
- Tosse produtiva: tosse com secreção.

### **12.8 Sistema digestivo:**

- Disfagia: dificuldade para deglutir.
- 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 gases 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:**

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

### **12.12 Olhos:**

- Blefarite: inflamação das pálpebras.
- Exoftalmia: saliência exagerada 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.