

2013.1

PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM



**INSTITUTO
FORMAÇÃO**
Cursos Técnicos Profissionalizantes

Profª: Rhamize sousa

O processo de cuidar em enfermagem

1-Necessidades Humanas Básicas

1.1Considerações Gerais

Necessidade: “qualidade ou caráter de necessário: exigência”.

Necessário: adjetivo que significa “que não se pode dispensar; que se impõe; essencial; indispensável”.

Humanas: “relativas ao homem, à natureza do homem”.

Básicas: “que servem de base; fundamentais; principais; essenciais”.

As Necessidades Humanas Básicas (NHB) são necessidades comuns a qualquer ser humano, portanto, são universais. O que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a adequada maneira de satisfazê-las ou atendê-las.

Quando o organismo humano está em equilíbrio dinâmico (homeostasia), as NHBs não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do equilíbrio instalado no organismo. Desta forma, a necessidade pode ser compreendida como a “falta de algo desejável”.

2-Teoria das Necessidades Humanas Básicas utilizadas na Enfermagem

2.1Teoria da Motivação Humana de MASLOW:

Abraham Maslow elaborou, em 1954, uma teoria sobre a motivação humana centralizada no conceito de auto-realização, apoiando-se nas NHBs.

Ele afirma que todo ser humano possui necessidades comuns que motivam o seu comportamento, e que as mesmas estão organizadas em cinco níveis distintos e hierarquizadas, conforme apresentação gráfica a seguir:



Maslow concebe que a necessidade de um nível tem que ser minimamente satisfeita para que o indivíduo tenha disposição para buscar a satisfação do nível seguinte e, nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, não haveria mais motivação individual.

1º Nível – Necessidades Fisiológicas

São necessidades que devem ser atendidas, pelo menos em nível mínimo, para a sobrevivência do corpo ou espécie. Dentre elas:

- **Oxigenação:** obtida através do mecanismo da Respiração;
- **Nutrição:** obtida através da Alimentação;
- **Hidratação:** obtida através da ingestão de Água;
- **Manutenção da temperatura corporal:** através do Sistema Nervoso Central (bulbo) e ambiente;
- **Eliminação de resíduos ou substâncias tóxicas formadas no metabolismo:** obtida através da Excreção:
 - pulmões: eliminam o CO₂ (gás carbônico)
 - aparelho urinário: elimina urina
 - intestino: elimina as fezes
 - glândulas sudoríparas: eliminam o suor
- **Organismo refazer-se das atividades desenvolvidas durante o estado de vigília:** conseguido através do Sono e Repouso;
- **Reprodução e prazer:** através da Sexualidade;
- **Proteção das estruturas internas do organismo:** obtida através da integridade cutâneo-mucosa (primeira linha de defesa do organismo)
- **Desenvolvimento e fortalecimento dos músculos; facilitar a digestão, o peristaltismo e a eliminação intestinal; ativar a circulação sanguínea; aumentar a capacidade pulmonar; favorecer o padrão do sono; reduzir o estresse:** prática de Exercícios e Atividades Físicas;
- **Prevenção de deformidades; perda ou limitação de função do sistema músculo-esquelético:** obtida através da Mecânica Corporal (utilização eficiente do corpo, através do uso correto de todos os segmentos);
- **Manter a pele limpa e íntegra, unhas aparadas, etc.:** obtida através da realização e manutenção da Higiene Corporal;

2º Nível – Necessidades de Proteção e Segurança

É a necessidade que o ser humano possui de sentir-se protegido, sem ameaças de ordem física, psíquica ou social.

Inclui a necessidade de **abrigo**, que compreende habitação e vestuário adequados conforme as condições climáticas. A **habitação** proporciona **conforto físico** porque protege das intempéries, e **psíquico** porque proporciona sensação de segurança.

O **meio-ambiente** deve ser livre de agentes agressores físicos, químicos e biológicos; deve possuir saneamento básico, iluminação, pavimentação, controle de insetos e roedores, coleta de lixo, enfim, uma infra-estrutura básica que permita ao cidadão viver dignamente.

Quando o ser humano está saudável e protegido, sente-se **seguro**.

3º Nível – Necessidade de Amor e Pertencer (gregarismo)

As pessoas necessitam de amor e afeição, de sentir que pertencem a um grupo (gregarismo). Necessitam ter à sua volta pessoas (família, amigos, professores, etc.) com quem possam compartilhar suas alegrias e tristezas, suas ansiedades e suas dúvidas.

Esta necessidade, em geral, surge após as necessidades de segurança e proteção estarem satisfeitas, porque somente quando o indivíduo sente-se seguro e protegido, ele tem tempo e energia para procurar amor e pertencer e, assim, compartilhar amor com os outros.

4º Nível – Necessidade de Auto – Estima

Auto-estima significa “valorização de si mesmo; amor próprio”.

As pessoas devem se sentir bem em relação a si próprias, e orgulhosas quanto às suas habilidades e realizações. A auto-estima elevada é um motivador poderoso do comportamento.

5º Nível – Necessidade de Auto – Realização

A auto-realização é a ânsia de continuar a crescer e mudar, de trabalhar por novos objetivos, de desenvolver talentos, de cultivar seus potenciais.

Normalmente, a auto-realização ocorre com a maturidade. O adulto **auto-realizado** mostra-se satisfeito com as suas realizações e com a sua vida. Há uma sensação de plenitude e contentamento.

Uma pessoa que se auto-realiza é autônoma, facilmente motivada, não é egocêntrica. Geralmente é capaz de resolver seus problemas, aceita as outras pessoas e as ajuda.

2.2 Teorias das NHBs segundo JOÃO MOHANA:

Em sua teoria, João Mohana classifica as Necessidades Humanas Básicas em três níveis:

1º - Necessidade Psicobiológicas

2º - Necessidades Psicossociais

3º - Necessidades Psicoespirituais

Embora ele as classifique, Mohana considera que a abordagem descritiva e seqüencial das NHBs tem apenas caráter didático, pois na realidade o “homem é um todo indivisível” e suas necessidades estão intimamente ligadas.

Podemos compreender nesta teoria, que o autor considera que os aspectos psicológicos do indivíduo estão sempre intimamente relacionados com o seu próprio corpo físico, com o seu contexto social e com a sua espiritualidade (normalmente manifestada por uma religião por ele eleita).

Para Mohana, os dois primeiros níveis, ou seja, as necessidades psicobiológicas e as psicossociais são comuns a todos os seres vivos, porém, as psicoespirituais, que são do terceiro nível, é característica exclusiva dos seres humanos.

Está apresentada na seqüência, a classificação das Necessidades Humanas Básicas segundo Mohana:

Psicobiológicas:

- Oxigenação
- Hidratação
- Eliminação
- Sono e Repouso
- Exercício e Atividade Física
- Sexualidade

- Abrigo
- Mecânica Corporal
- Motilidade
- Cuidado Corporal
- Integridade Cutâneo-Mucosa
- Integridade Física
- Regulação (térmica, imunológica, vascular, etc.)
- Locomoção
- Percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa)
- Ambiente
- Terapêutica

Psicossociais:

- Segurança
- Amor
- Liberdade
- Comunicação
- Criatividade
- Aprendizagem
- Gregária
- Recreação
- Lazer
- Espaço
- Orientação no Tempo
- Aceitação
- Auto-realização
- Auto-estima
- Atenção

Psicoespirituais:

- Religiosa ou Teológica
- Ética e Filosofia de Vida

2.3 Teoria das NHBs segundo Wanda Horta

No Brasil, as teorias de enfermagem tiveram seu início com os escritos de Wanda Horta, sobre as Necessidades Humanas Básicas. Horta (1979) afirma que a enfermagem é a responsável pelo atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo (paciente, família e sociedade). A enfermagem deve ser orientada pelas necessidades humanas básicas de Maslow: necessidades fisiológicas; necessidades de segurança; necessidades de amor; necessidades de estima; necessidades de auto-realização, sendo que ambas as necessidades estão interligadas, e deve haver equilíbrio entre elas. Se algum fator ocasionar o desequilíbrio, o processo de resolução deve ser efetivado pelo papel da enfermagem na assistência. Deste modo, a enfermagem tem um papel fundamental na garantia deste estado de equilíbrio das necessidades humanas básicas.

Para Horta as necessidades são universais, mas a forma de manifestação e de satisfação varia de um indivíduo para outro, conforme idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade e o ambiente, entre outros. Apesar de Horta citar a teoria da Motivação Humana de Maslow

(1970), ela preferiu adotar a denominação de João Mohana (1964), classificando as necessidades em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

3-O processo de enfermagem

O processo de enfermagem proposto por Horta (1979), é o conjunto de ações sistematizadas e relacionadas entre si, visando principalmente a assistência ao cliente. Pode ser denominado como SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem).

Fases do processo de enfermagem segundo Horta:

- Histórico
- Exame Físico e Sinais Vitais
- Diagnóstico e Prescrição
- Evolução

Histórico de Enfermagem

O Histórico de Enfermagem é um roteiro sistematizado para o levantamento de dados sobre a situação de saúde do ser humano, que torna possível a identificação de seus problemas. É denominado por levantamento, avaliação e investigação que, constitui a primeira fase do processo de enfermagem, pode ser descrito como um roteiro sistematizado para coleta e análise de dados significativos do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. Ele deve ser conciso, sem repetições, e conter o mínimo indispensável de informações que permitam prestar os cuidados imediatos.

MODELO SISTEMATIZADO DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Histórico de Enfermagem

Iniciais do Nome do Paciente: _____ Registro: _____ Unidade: _____

Idade: ____ Sexo: ____ Raça: _____ Estado Civil: ____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Renda Mensal: _____ N.º de Dependentes: _____

Procedência: _____ Diagnóstico Médico: _____ Experiências Anteriores com Doenças e Internamentos: _____

O que Sabe sobre sua Doença e Tratamento: _____

Hábitos: Sono: _____ Alimentação: _____ Hidratação: _____ Eliminação

Urinária e Intestinal: _____ Fumo: _____ Álcool: _____

Antecedentes Familiares: _____ Alergias: _____

Outras Informações: _____

O Exame Físico

O exame físico envolve uma avaliação abrangente das condições físicas gerais de um paciente e de cada sistema orgânico. Informações úteis no planejamento dos cuidados de um paciente podem ser obtidas em qualquer fase do exame físico. Uma avaliação física, seja parcial ou completa, é importante para integrar o ato do exame na rotina de assistência de enfermagem.

O exame físico deverá ser executado em local privado, sendo preferível a utilização de uma sala bem equipada para atender a todos os procedimentos envolvidos.

Métodos de Avaliação Física:

Inspeção: Exame visual do paciente para detectar sinais físicos significativos. Reconhecer as características físicas normais para então passar a distinguir aquilo que foge da normalidade. Iluminação adequada e exposição total da parte do corpo para exame são fatores essenciais para uma boa inspeção. Cada área deve ser inspecionada quanto ao tamanho, aparência, coloração, simetria, posição, e anormalidade. Se possível cada área inspecionada deve ser comparada com a mesma área do lado oposto do corpo.

Palpação: Avaliação adicional das partes do corpo realizada pelo sentido do tato. O profissional utiliza diferentes partes da mão para detectar características como textura, temperatura e percepção de movimentos. O examinador coloca sua mão sobre a área a ser examinada e aprofunda cerca de 1 cm. Qualquer área sensível localizada deverá ser examinada posteriormente mais detalhadamente. O profissional avalia posição, consistência e turgor através de suave compressão com as pontas dos dedos na região do exame. Após aplicação da palpação suave, intensifica-se a pressão para examinar as condições dos órgãos do abdômen, sendo que deve ser pressionada a região aproximadamente 2,5 cm. A palpação profunda pode ser executada com uma das mãos ou com ambas.

Percussão: Técnica utilizada para detectar a localização, tamanho e densidade de uma estrutura subjacente. O examinador deverá golpear a superfície do corpo com um dos dedos, produzindo uma vibração e um som. Essa vibração é transmitida através dos tecidos do corpo e a natureza do som vai depender da densidade do tecido subjacente. Um som anormal sugere a presença de massa ou substância, tais como líquido dentro de um órgão ou cavidade do corpo. A percussão pode ser feita de forma direta (envolve um processo de golpeamento da superfície do corpo diretamente com os dedos) e indireta (coloca-se o dedo médio da mão não dominante sobre a superfície do corpo examinado sendo a base da articulação distal deste dedo golpeada pelo dedo médio da mão dominante do examinador).

Ausculta: Processo de ouvir os sons gerados nos vários órgãos do corpo.

Tipos de Ausculta:

Cardíaca: É executada para detectar as bulhas cardíacas normais.

Pulmonar: É executada para verificar as funções vitais de ventilação e respiração desempenhadas pelos pulmões. Avalia o movimento de ar através da árvore formada pela traquéia e brônquios. Num adulto, o diafragma do estetoscópio é colocado sobre a região posterior da parede torácica, entre as costelas. O paciente deverá respirar várias vezes, lenta e profundamente, com a boca ligeiramente aberta. O examinador deverá ouvir uma inspiração e uma expiração completas em cada posição do estetoscópio.

Sons respiratórios normais são chamados de murmúrios vesiculares e anormais de ruídos adventícios. Os 4 tipos de sons adventícios são:

- Estertores crepitantes: Mais comuns nos lóbulos inferiores (base dos pulmões D e E). Resultantes da reinsuflação súbita, aleatória de grupos de alvéolos. Percebido geralmente durante a inspiração. Geralmente desaparece com a tosse. Som semelhante a estalidos.
- Estertores subcrepitantes (roncos): Podem ser auscultados na maioria dos campos pulmonares. Resultantes de líquido localizado nas vias aéreas maiores. Percebido durante a expiração. Pode desaparecer com a tosse.
- Sibilos: Podem ser auscultados na maioria dos campos pulmonares. Resultante do estreitamento de vias aéreas (broncoespasmo). Percebido durante a inspiração ou expiração. Pode desaparecer com a tosse. Som semelhante a gemido ou chiado.
- Atrito pleural: Pode ser auscultado no campo ântero-lateral. Resultante da inflamação da pleura. Percebido na isnpiração. Não desaparece com a tosse.

Verificação de Sinais Vitais:

Sinais Vitais: São sinais indicadores das condições de saúde de uma pessoa

Temperatura Corpórea: demonstra em que temperatura as células, tecidos e órgão estão funcionando.

Valores normais: oral: 37°C

Retal: 37,6° C

Axilar: 35,6° a 37,3°C

Hipotermia: Igual ou inferior a 35,5°C

Febrícula: 37,4°C

Hipertermia: Igual ou superior a 37,5°C

Febre: Acima de 37,8°C

Técnica: Oral, axilar e retal:

- Lavagem simples das mãos
- Limpeza por meio de fricção por 3'', do termômetro de mercúrio com álcool a 70%
- Fazer a leitura da temperatura do termômetro ao nível dos olhos, se estiver acima de 35,5°C, agitar para que a temperatura abaixe;
- Comunicar ao paciente o que será realizado;
- Colocar o paciente em posição sentado ou deitado;
- **Oral:** Colocar o bulbo do termômetro sob a língua do paciente e deixar por 3'
- **Axilar:** Secar a axila e colocar o bulbo no centro da axila, pedindo para que o paciente manter o braço abaixado e cruzado sobre o peito. Permanecer o termômetro por 5'.

- **Retal:** Atender o paciente em local reservado. Calçar luvas de procedimento. Expor no paciente somente a região anal. Auxiliar ou colocar o paciente em posição de Sims. Com uma das mãos afastar as nádegas. Lubrificar o bulbo e introduzi-lo no ânus por 3cm, mantendo-o neste local por 3'.

- Fazer a leitura da temperatura do termômetro ao nível dos olhos.
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.
- Realizar a limpeza do termômetro com água e sabão e ou fricção com álcool à 70% por 3''.
- Deixar o paciente confortável.
- Retirar as luvas;
- Manter a unidade em ordem;
- Lavar as mãos.
- Realizar anotações

Frequência Cardíaca (Pulso): demonstra o número de batimentos cardíacos por minuto.

Valores normais: normocardia: 60 a 100 bcpm

Bradicardia: inferior a 60 bcpm

Taquicardia: superior a 100 bcpm

Recém nascido: 120 a 140 bcpm

Lactente: 100 a 120 bcpm

Adolescente: 80 a 100 bcpm

Técnica: Artérias carótida, braquial, radial, femural, poplítea, e dorsal do pé. Pulso apical em lactentes

- Lavagem simples das mãos;
- Comunicar ao paciente o que será realizado;
- Colocar o paciente em posição sentado ou deitado;
- Colocar as pontas dos dedos indicador e médio sobre a artéria de escolha, comprimindo levemente contra o osso, inicialmente bloqueando o pulso, em seguida relaxando a pressão de modo que o pulso se torne facilmente palpável;
- Acompanhar a pulsação, utilizando um relógio de pulso com marcador de segundos. Se o pulso for regular, contar o número de batimentos por 15' e multiplicar por 4. Se o pulso for irregular, contar o número de batimentos por 60'.
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.
- Lavar as mãos
- Realizar anotações

Frequência Respiratória (Respiração): Demonstra o número de movimentos respiratórios por minuto.

Valores normais: Eupnéia: Adultos 12 a 20 mrpm e Recém-nascidos: 30 a 60 mrpm.

Bradipnéia: Inferior a 12 mrpm

Taquipnéia: Superior a 20 mrpm

Apnéia: O movimento respiratório é interrompido

Dispnéia: Dificuldade para respirar, caracterizada por aumento do esforço inspiratório e expiratório, com a utilização ativa dos músculos intercostais e acessórios

Hiperventilação: Excesso de inspiração. Retenção de gás carbônico

Hipoventilação: Frequência respiratória abaixo do normal

Respiração de Cheyne-Stokes: Ritmo respiratório anormal caracterizado por períodos de apnéia e hiperventilação

Respiração de Kussmaul: Movimentos respiratórios anormalmente profundo, mas regulares regulares.

Técnica: De preferência realizar esta técnica seguida da verificação do pulso

- Lavagem simples das mãos;
- Comunicar o que será feito
- Colocar o paciente em posição deitado, com os braços ao lado do corpo
- Colocar uma das mãos sobre a região superior do abdômen
- Acompanhar o movimento respiratório utilizando um relógio de pulso com marcador de segundos. Em adultos, se o ritmo for regular contar o número de movimentos respiratórios por 30'' e multiplicar por 2, se irregular contar os movimentos por 60''. Em bebês contar os movimentos respiratórios por 60''.
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem
- Lavar as mãos
- Realizar anotações

Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem

O Diagnóstico de Enfermagem está baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas, preconizadas por Wanda Horta (1979) e pela Classificação Diagnóstica da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). A fase de diagnóstico está presente em todas as propostas de processo de enfermagem. Porém, frequentemente, termina por receber outras denominações tais como: problemas do cliente, lista de necessidades afetadas. Este fato gera inúmeras interpretações acerca do que se constitui um diagnóstico de enfermagem e contribui para aumentar as lacunas de conhecimento sobre as ações de enfermagem, provoca interpretações dúbias no processo de comunicação inter-profissional, caracterizando a falta de sistematização do conhecimento na enfermagem e abalando a autonomia e a responsabilidade profissional. Aparece em três contextos: raciocínio diagnóstico, sistemas de classificação e processo de enfermagem. O raciocínio diagnóstico envolve três tipos de atividades: coleta de informações, interpretação e denominação ou rotulação. A Prescrição de Enfermagem deve ter as seguintes características: data, hora de sua elaboração e assinatura do enfermeiro. Deve ser escrita com uso de verbos que indiquem uma ação e no infinitivo; deve definir quem, o que, onde, quando e com que frequência ocorrerão as atividades propostas; deve ser individualizada e direcionada aos diagnósticos de enfermagem específicos do cliente, tornando o cuidado eficiente e eficaz. A sequência das prescrições deve obedecer à seguinte ordem: a primeira é elaborada logo após o histórico, e as demais sempre após cada evolução diária, tendo assim validade de 24 horas. Para a primeira prescrição, portanto, toma-se como base o histórico de enfermagem, e as demais deverão seguir o plano da evolução diária, fundamentado em novos diagnósticos e análise. Entretanto, será acrescentada nova prescrição sempre que a situação do

cliente requerer. Existem vários tipos de prescrição de enfermagem. As mais comuns são as manuscritas, documentadas em formulários específicos dirigidos a cada cliente e individualmente. Um outro tipo é a prescrição padronizada, elaborada em princípios científicos, direcionada às características da clientela específica, reforçando a qualidade do planejamento e implementação do cuidado. É deixado espaço em branco destinado à elaboração de prescrições mais específicas ao cliente. A implementação das ações de enfermagem deve ser guiada pelas prescrições que por sua vez são planejadas a partir dos diagnósticos de enfermagem, sendo que a cada diagnóstico corresponde uma prescrição de enfermagem.

Exemplo:

Integridade da pele prejudicada, relacionada a hipotermia ou hipertermia; contato com substância química; fatores mecânicos; imobilização física; alteração no estado nutricional; proeminência óssea; alteração no turgor e elasticidade da pele, fator imunológico.

Evidenciado por lesões epidérmico e dérmico; eritema.

Prescrição de Enfermagem

- Proteger tecido dérmico lesionado com coxins – manter
- Aplicar curativo hidrocolóide em tecido dérmico lesionado- Manhã
- Realizar troca do curativo hidrocolóide- Tarde
- Realizar curativo em tecido dérmico lesionado com SF e óleo de girassol- Manhã e Noite

Evolução

O registro da etapa de avaliação ou evolução de enfermagem no processo de enfermagem pode estar baseado no Prontuário Orientado para o problema (POP), segundo Weed (Philip e Leslie, 1987). A avaliação proposta pelo POP está organizada em quatro etapas designadas sob a sigla SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano). Os dados subjetivos referem-se às informações fornecidas pelo cliente, familiares e ou amigos. Os dados objetivos apresentam observações clínicas, resultados dos exames complementares e tratamentos significativos (terapêutica medicamentosa e cirurgias). A análise explica o significado dos dados subjetivos e objetivos e nesta etapa o profissional de enfermagem definir o diagnóstico de enfermagem. O plano ou prescrição de enfermagem representa a decisão para se ter uma conduta específica baseada em novos dados e na análise.

4-Necessidade de proteção e segurança

4.1Lavagem Simples das Mãos

É o procedimento mais importante na prevenção e no controle das infecções hospitalares, devendo este procedimento ser rotina para toda a equipe multiprofissional, sendo o objetivo desta técnica reduzir a transmissão cruzada de microorganismos patogênicos entre doentes e profissionais.

Quando lavar as mãos:

- ao chegar à unidade de trabalho;
- sempre que as mãos estiverem visivelmente sujas;- antes e após contactar com os doentes;
- antes de manipular material esterilizado.
- após contatos contaminantes (exposição a fluidos orgânicos); - após contactar com materiais e equipamentos que rodeiam o doente;- antes e após realizar técnicas sépticas (médica - contaminada) e assépticas (cirúrgica – não contaminada);
- antes e após utilizar luvas de procedimento;
- após manusear roupas sujas e resíduos hospitalares;

- depois da utilização das instalações sanitárias.
- após assoar o nariz.

Técnica:

- Devem ser retirados todos os objetos de adorno, incluindo pulseiras. Para a realização da técnica, deve-se utilizar sabão líquido com pH neutro;
- Abrir a torneira com a mão não dominante;
- Molhar as mãos;
- Aplicar uma quantidade suficiente de sabão cobrindo com espuma toda a superfíciedas mãos;
- Esfregar com movimentos circulatorios: palmas, dorso, interdigitais, articulações, polegar, unhas e punhos;
- Enxaguar as mãos em água corrente e secar com papel toalha
- Se a torneira for de encerramento manual, utilizar o papel toalha para fechá-la.



4.2 Mecânica Corporal

Conceito: Esforço coordenado dos sistemas musculoesquelético e nervoso para manter o equilíbrio adequado, postura e alinhamento corporal, durante a inclinação, movimentação, levantamento de carga e execução das atividades diárias. Facilita o movimento para que uma pessoa possa executar atividades físicas sem usar desnecessariamente sua energia muscular.

Como assistir o paciente utilizando-se os princípios da Mecânica Corporal:

Alinhamento: Condições das articulações, tendões, ligamentos e músculos em várias partes do corpo. O alinhamento correto reduz a distensão das articulações, tendões, ligamentos e músculos.

Equilíbrio do corpo: Realçado pela postura. Quanto melhor a postura, melhor é o equilíbrio. Aumentar a base de suporte, afastando-se os pés a uma certa distância. Quando agachar dobrar os joelhos e flexionar os quadris, mantendo a coluna ereta.

Movimento Corporal Coordenado: O profissional usa uma variedade de grupos musculares para cada atividade de enfermagem. As forças físicas de peso e atrito podem refletir no movimento corporal, e quando corretamente usadas, aumentam a eficiência do trabalho do profissional. Caso contrário, pode prejudicá-lo na tarefa de erguer, transferir e posicionar o paciente. O atrito é uma força que ocorre no sentido oposto ao movimento. Quanto maior for a área da superfície do objeto, maior é o atrito. Quando o profissional transfere, posiciona ou vira o paciente no leito, o atrito deve ser vencido. Um paciente passivo ou imobilizado produz maior atrito na movimentação.

Como utilizar adequadamente o movimento corporal coordenado:

- Se o paciente não for capaz de auxiliar na sua movimentação no leito, seus braços devem ser colocados sobre o peito, diminuindo a área de superfície do paciente;
- Quando possível o profissional deve usar a força e mobilidade do paciente ao levantar, transferir ou movê-lo no leito. Isto pode ser feito explicando o procedimento e dizendo ao paciente quando se mover;
- O atrito pode ser reduzido se levantar o paciente em vez de empurrá-lo. Levantar facilita e diminui a pressão entre o paciente e o leito ou cadeira. O uso de um lençol para puxar o paciente diminui o atrito porque ele é facilmente movido ao longo da superfície do leito.
- Mover um objeto sobre uma superfície plana exige menos esforço do que movê-lo sobre uma inclinada;
- Trabalhar com materiais que se encontram sobre uma superfície em um bom nível para o trabalho exige menos esforço que levantá-los acima desta superfície;
- Variações das atividades e posições auxiliam a manter o tônus muscular e a fadiga;
- Períodos de atividade e relaxamento ajudam a evitar a fadiga;
- Planejar a atividade a ser realizada, pode ajudar a evitar a fadiga;
- O ideal é que todos os profissionais que estejam posicionando o paciente tenham pesos similares. Se os centros de gravidade dos profissionais estiverem no mesmo plano, estes podem levantar o paciente como uma unidade equilibrada.

4.3 Posicionamento do Paciente:

Conceito: É o alinhamento corporal de um paciente. Pacientes que apresentam alterações dos sistemas nervoso, esquelético ou muscular, assim como, maior fraqueza e fadiga, freqüentemente necessitam da assistência do profissional de enfermagem para atingir o

alinhamento corporal adequado enquanto deitados ou sentados.

Posição de Fowler: A cabeceira do leito é elevada a um ângulo de 45° a 60° e os joelhos do paciente devem estar ligeiramente elevados, sem apresentar pressão que possa limitar a circulação das pernas.

Posição de Supinação (dorsal): A cabeceira do leito deve estar na posição horizontal. Nesta posição, a relação entre as partes do corpo é essencialmente a mesma que em uma correta posição de alinhamento em pé, exceto pelo corpo estar no plano horizontal.

Posição de Pronação (decúbito ventral): O paciente estará posicionado de bruços.

Posição Lateral (Direito ou Esquerdo): O paciente está deitado sobre o lado, com maior parte do peso do corpo apoiada nos quadris e ombro. As curvaturas estruturais da coluna devem ser mantidas. A cabeça deve ser apoiada em uma linha mediana do tronco e a rotação da coluna deve ser evitada.

Posição de Sims: Nesta posição o peso do paciente é colocado no ílio anterior, úmero e clavícula.

Posição de Trendelenburgue: posição adotada onde as pernas e a bacia ficam em um nível mais elevado que o tórax e a cabeça.

Em todas as posições que o paciente se encontrar, o profissional deve avaliar e corrigir quaisquer pontos potenciais de problemas que se apresentem como hiperextensão do pescoço, hiperextensão da coluna lombar, flexão plantar, assim como, pontos de pressão em proeminências ósseas como queixo, cotovelos, quadris, região sacra, joelhos e calcâneos.

4.4 Mudança de Posição e Transporte do paciente debilitado

Conceito: A posição correta do paciente é crucial para a manutenção do alinhamento corporal adequado. Qualquer paciente cuja mobilidade esteja reduzida, corre o risco de desenvolvimento de contraturas, anormalidades posturais e locais de pressão. O profissional tem a responsabilidade de diminuir este risco, incentivando, auxiliando ou mudando o posicionamento do paciente pelo menos a cada 3 horas.

Técnica de Movimentação do paciente dependente no leito (realizada no mínimo por 2 profissionais):

- Avaliar o paciente quanto ao nível de força muscular, mobilidade e tolerância às atividades;
- Realizar a lavagem simples das mãos;

- Explicar ao paciente o que será feito;
- Propiciar privacidade ao paciente;
- Utilizar os princípios de mecânica corporal;
- Retirar travesseiros e coxins utilizados previamente;
- Posicionar o leito em posição horizontal;
- Baixar grades do leito
- Alinhar o paciente na posição de escolha, utilizando-se os princípios de mecânica corporal;
- Manter paciente centralizado no leito;
- Colocar travesseiro sob a cabeça na região dorsal costal superior (na altura da escápula);
- Colocar coxins e travesseiros sob proeminências ósseas;
- Certificar-se de que o paciente está confortável;
- Manter a unidade em ordem;
- Realizar a lavagem simples das mãos

Técnica de Transferência do Paciente do Leito para a Cadeira (Técnica realizada no mínimo por 2 profissionais):

- Avaliar o paciente quanto ao nível de força muscular, mobilidade e tolerância às atividades;
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Propiciar privacidade ao paciente;
- Utilizar princípios de mecânica corporal;
- Manter cadeira de rodas próxima do leito, com freios travados e apoios para os pés removidos;
- Travar os freios da cama;
- Ajudar o paciente a sentar-se no leito;
- Aguardar recuperação de queda de pressão arterial;
- Auxiliar o paciente a ficar em pé, segurando o paciente firmemente pelos braços e mantendo as mãos do paciente apoiada nos ombros do profissional;
- Sentar o paciente na cadeira de rodas;
- Certificar-se de que o paciente está seguro e confortável;
- Manter a unidade em ordem;
- Realizar a lavagem simples das mãos

Técnica de Transferência do Paciente do Leito para a Maca (Técnica realizada por 3 profissionais):

- Avaliar o paciente quanto ao nível de força muscular, mobilidade e tolerância às atividades;
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Propiciar privacidade ao paciente;
- Utilizar princípios de mecânica corporal;
- Posiciona-se ao lado do leito do paciente, cada um responsabilizando-se por uma determinada parte do corpo, sendo o mais alto pela cabeça e ombros, o mediano pelos quadris e coxas e o mais baixo pelos tornozelos e pés;
- Girar o paciente em direção ao tórax dos levantadores;
- Contar até três em sincronia e elevar o paciente junto ao tórax dos levantadores;
- Colocar o paciente suavemente sobre o centro da maca;
- Certificar-se de que o paciente está seguro e confortável (levantar grades, colocar faixas de segurança) ;
- Manter a unidade em ordem;
- Realizar a lavagem simples das mãos

4.5. Administração de Medicamentos

Conceito: É a administração de um fármaco no organismo através de uma via, com finalidade terapêutica. Para que um medicamento tenha ação terapêutica ele deve entrar no organismo do paciente, ser absorvido, metabolizado, atingir seu local de ação e ser distribuído para as células, tecidos ou um órgão específico, alterar as funções fisiológicas e sair do organismo.

Vias e Técnica de Administração de Medicamento:

Os fármacos podem ser administrados por diversas vias, sendo que cada via tem uma velocidade de absorção diferente. A via de administração prescrita para um medicamento depende de suas propriedades, dos efeitos desejados e das condições físicas e mentais do paciente.

Via oral: Os medicamentos são administrados pela boca e deglutidos com a ajuda de líquidos. Tem início de ação lenta e um efeito mais prolongado do que os medicamentos parenterais.

Sublingual: O medicamento é colocado embaixo da língua, onde é dissolvido.

Técnica:

- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Preparar a bandeja com os medicamentos à serem administrados:

O medicamento deve ser adicionado no copo de medicamentos e identificado conforme rótulo padrão. Deve-se sempre verificar a data de validade do medicamento. Para preparar

comprimidos ou cápsulas a partir de um frasco de estoque, colocar o número desejado na tampa do frasco e transferir o medicamento para o copo de medicamentos. Não tocar os medicamentos com os dedos. Todos os medicamentos à serem administrados no mesmo horário podem ser colocados no mesmo copo de medicamentos. Caso o paciente apresente dificuldades para deglutir, deve-se triturar os comprimidos e misturá-lo na água. Medicamentos líquidos do tipo suspensão devem ser agitados antes de serem administrados;

- Levar o medicamento para o paciente no horário correto;
- Identificar o paciente que receberá o medicamento, confirmando o seu nome;
- Explicar a indicação e ação do medicamento à ser administrado;
- Auxiliar o paciente a permanecer na posição sentada ou deitada de lado;

- Via Oral:

- . Auxiliar ou administrar o medicamento na boca do paciente;

- Via Sublingual:

- . Auxiliar ou administrar o medicamento sob a língua do paciente;
- Permanecer no quarto até que o paciente tenha deglutido cada medicamento;
- Manter o paciente confortável;
- Manter a unidade em ordem;
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Realizar checagem e anotações no prontuário;

Via Tópica: Medicamento aplicado na pele e na mucosa

- **Instilação Ocular:** o medicamento é aplicado na conjuntiva
- **Instilação Nasal:** o medicamento é aplicado nas narinas
- **Instilação Auricular:** o medicamento é aplicado nos ouvidos

Técnica

- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Preparar a bandeja com os medicamentos à serem administrados: Identificar o medicamento conforme rótulo padrão. Verificar data de validade do medicamento;
- Levar o medicamento para o paciente no horário correto;
- Identificar o paciente que receberá o medicamento, confirmando o seu nome;
- Explicar a indicação e ação do medicamento à ser administrado;
- Auxiliar o paciente a permanecer na posição dorsal com o pescoço hiperestendido para instilação ocular e nasal e posição lateral para a instilação auricular;

- Instilação Ocular:

- . Com a mão dominante, segurar o conta-gotas preenchido com o medicamento ou solução

oftálmica aproximadamente 1 a 2 cm acima do saco conjuntival;

- . Com a mão não dominante abrir o saco conjuntival;
- . Pingar o número de gotas prescritas do medicamento dentro do saco conjuntival;
- . Depois de instilar as gotas, pedir ao paciente para fechar o olho delicadamente;
- . Na administração de pomadas oftálmicas, segurar o aplicador de pomada acima das margens inferiores da pálpebra e aplicar uma pequena quantidade de pomada ao longo da extremidade interna da pálpebra inferior na conjuntiva, a partir do canto do olho interno para o externo. Pedir ao paciente para fechar o olho e massagear a pálpebra delicadamente em movimentos circulares com uma bola de algodão.

- Instilação Nasal:

- . Sustentar a cabeça do paciente com a mão não dominante;
- . Instruir o paciente a respirar pela boca;
- . Segurar o conta-gotas 1 cm acima das narinas e instilar o número de gotas prescritas em direção à linha média do osso etmóide;
- . Manter o paciente deitado de costas por 5 minutos;
- . Oferecer um lenço de papel para o paciente limpar a coriza.

- Instilação Auricular:

- . Sustentar a cabeça do paciente com a mão não dominante, colocando de maneira reta o canal auditivo;
- . Posicionar o canal do ouvido puxando-se o pavilhão da orelha para cima e para fora;
- . Segurar o conta-gotas 1 cm acima do conduto auditivo e instilar o número de gotas prescritas;
- . Manter o paciente lateralizado por 5 minutos;
- Auxiliar o paciente a retornar a posição confortável após a absorção do medicamento;
- Organizar a unidade;
- Lavar as mãos;
- Realizar checagem e anotação no prontuário.
- **Vaginal:** O medicamento é aplicado na vagina.
- **Retal:** O medicamento é aplicado no reto

Técnica

- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Preparar a bandeja com os medicamentos à serem administrados: Identificar o medicamento conforme rótulo padrão. Verificar data de validade do medicamento;
- Levar o medicamento para o paciente no horário correto;
- Identificar o paciente que receberá o medicamento, confirmando o seu nome;

- Explicar a indicação e ação do medicamento à ser administrado;
- Permitir a privacidade do paciente, com o uso de biombo;
- Auxiliar o paciente a permanecer na posição de ginecológica para administração do medicamento via vaginal e posição de Sims para administração do medicamento via retal;
- Expor somente a região necessária para a administração do medicamento;
- Calçar luvas de procedimento;
- Higienizar a região vaginal ou retal;

Via Vaginal:

- . Com a mão dominante abrir pequenos e grandes lábios;
- . Inserir o aplicador vaginal com medicamento ou o óvulo no canal vaginal;

- Via retal

- . Pedir ao paciente para respirar profundamente, relaxando o esfíncter anal;
- . Afastar os glúteos com a mão não dominante;
- . Inserir o aplicador retal com medicamento (10 cm em adultos e 5 cm em crianças e lactentes) ou supositório no reto;
- Orientar o paciente a permanecer em decúbito dorsal por 15 minutos;
- Oferecer um absorvente higiênico para o paciente colocar, assim que ele volte a deambular;
- Auxiliar o paciente a retornar a posição confortável após a absorção do medicamento;
- Organizar a unidade;
- Lavar as mãos;
- Realizar checagem e anotação no prontuário;

Via Inalatória: O medicamento será administrado por via nasal e oral.

Técnica para realização de Inalação ou Nebulização:

- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Preparar a bandeja com o medicamento à ser administrado: caximbo contendo medicamento CPM (SF 5 ml + gotas de broncodilador); circuito intermediário e máscara facial;
- Identificar o medicamento conforme rótulo padrão;
- Verificar data de validade do medicamento;
- Levar o medicamento para o paciente no horário correto;
- Identificar o paciente que receberá o medicamento, confirmando o seu nome;
- Explicar a indicação e ação do medicamento à ser administrado;
- Auxiliar o paciente a permanecer na posição sentada ou Fowler;
- Adaptar intermediário à máscara e a rede de ar comprimido ou oxigênio (CPM);
- Ligar a rede de ar ou oxigênio em média 3 a 5 litros, permitindo a formação de névoa;
- Orientar o paciente a manter a máscara devidamente ajustada à face cobrindo boca e nariz;
- Permitir a ação do medicamento por 15 minutos;
- Auxiliar o paciente a retornar a posição confortável após a absorção do medicamento;

- Desligar a rede de ar comprimido ou oxigênio;
- Organizar a unidade;
- Lavar as mãos;
- Realizar checagem e anotação no prontuário.

Via Parenteral: Envolve a administração de um medicamento nos tecidos do organismo.

Técnica:

- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Verificar data de validade do medicamento;
- Preparar a bandeja com o medicamento à ser administrado, devidamente preparado identificado, conforme rótulo padrão;
- Levar o medicamento para o paciente no horário correto;
- Identificar o paciente que receberá o medicamento, confirmando o seu nome;
- Explicar a indicação e ação do medicamento à ser administrado;
- Auxiliar o paciente a permanecer na posição orientada;
- Realizar a escolha do local;
- Fazer a antisepsia do local;
- Certificar-se de que não há ar na seringa;

Via Intradérmica (ID): Injeção na derme, pouco abaixo da epiderme. Calibre das agulhas: 13 X 4,5. Volume máximo administrado: 0,5 ml. Local de aplicação: Face interna do antebraço. Posição da agulha: 15º

- . Com a mão não-dominante, esticar a pele acima do local com o dedo indicador ou o polegar;
- . Com a agulha quase na pele do paciente, inserir lentamente com o bisel para cima a um ângulo de 5 a 15 graus até que seja sentida resistência;
- . Avançar a agulha através da epiderme a aproximadamente 3 mm abaixo da superfície da pele
- . Injetar o medicamento lentamente. Deve-se sentir uma resistência, caso não seja sentida, deve-se remover agulha e recomeçar;
- . Enquanto estiver injetando o medicamento, observar o aparecimento de uma pequena bolha de aproximadamente 6mm de diâmetro na superfície da pele;
- . Retirar a agulha pressionando a pele com algodão embebido em álcool a 70%;

Subcutâneo (SC): Injeção no tecido pouco abaixo da derme, ou seja, no tecido adiposo.

Calibre das agulhas: 13 X 4,5. Volume máximo administrado: 2 ml. Local de aplicação: Parte superior externa do braço, face lateral externa e frontal da coxa, região glútea, região abdominal, hipocôndrio D e E . Posição da agulha: 90º .

Intramuscular (IM): Injeção no músculo. Calibre das agulhas: 25 X 7; 30 X 8. Volume máximo administrado: 3 a 4 ml. Posição da agulha: 90º

Locais de aplicação:

Deltóide: Localizar a borda inferior do acrômio com uma das mãos e identificar a área na face súpero-lateral do braço de modo que esteja alinhada com a axila.

Vasto Lateral da Coxa: Posicionar o paciente em decúbito dorsal, com o quadril em rotação

interna (os dedos dos pés devem apontar para a linha mediana do corpo). Expor a face lateral da coxa. O local pode ser dividido em 3 partes, iniciando do trocanter maior do fêmur até o côndilo lateral femoral dos joelhos. O local ideal para a aplicação é o terço médio da coxa.

Dorso-glúteo: Posicionar o paciente em decúbito lateral, expondo a região glútea. Dividir a região glútea em 4 quadrantes. Administrar o medicamento no quadrante superior externo

Ventroglúteo (Hochestetter): Posicionar o paciente em decúbito lateral com a perna superior flexionada e posicionada anteriormente à perna inferior. Para injetar a medicação no quadril esquerdo do paciente, colocar a palma da mão direita sobre o trocanter maior do fêmur esquerdo. Posicionar o dedo indicador sobre a espinha ilíaca antero-superior e formar um V, colocando o dedo médio ao longo da crista ilíaca. Injetar a medicação seguramente no centro do V.

Técnica de Administração:

- Com a mão não-dominante, distender o tecido
- Segurar a seringa com a mão dominante como um lápis
- Injetar a agulha com o bisel para o lado com um único impulso
- Aspirar o êmbolo da seringa com a mão não dominante, se não refluir sangue administrar o medicamento lentamente, se refluir sangue retirar a agulha, trocá-la e introduzi-la novamente em outro local .
- Retirar a agulha pressionando a pele com algodão embebido em álcool a 70%

Intravenoso (IV): Injeção na veia. Não há volume máximo permitido. O calibre das agulhas deverá ser avaliado conforme as condições do acesso venoso. Locais: dobra do cotovelo, antebraço, dorso das mãos, jugular externa.

Abocaths(jelco) para escolha: numerações: 14, 16, 18, 20, 22 e 24.

Scalps para escolha: 19, 21, 23, 25, e 27.

Técnica de Punção Venosa para Administração de Fluidoterapia e Medicamentos:

- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Verificar data de validade dos medicamentos;
- Preparar a bandeja contendo solução para fluidoterapia devidamente preparada CPM, contendo rótulo, equipo e polifix (multivia); conforme rotina padrão; abocath ou scalp de variados tamanhos; recipiente com bolas de algodão; almotolia contendo álcool à 70%; esparadrapo ou microporen; medicamentos injetáveis devidamente preparados e rotulados (S/N); recipientes para lixo infectante e lixo perfuro-cortante;
- Fechar a roldana do equipo
- Conectar o frasco de soro ao equipo e o equipo ao polifix ou sistema de torneiras;
- Levar o medicamento para o paciente no horário correto;
- Identificar o paciente que receberá o medicamento, confirmando o seu nome;
- Explicar a indicação e ação do medicamento à ser administrado;
- Auxiliar o paciente a permanecer na posição orientada;
- Realizar a escolha do local para a punção;
- Colocar o garrote;

- Fazer a antisepsia do local;
- Distender o tecido com a mão não dominante e com a mão dominante introduzir a agulha scalp ou abocath no acesso venoso;
- Retirar o garrote ao perceber o retorno venoso na agulha inserida;
- Conectar a ponta do equipo ao scalp ou abocath;
- Abrir a roldana do equipo;
- Fixar a agulha com microporen ou esparadrapo;
- Controlar o gotejamento CPM;
- Se for administrar medicamento nesta via, manter a roldana do equipo clampeada e a ponta do equipo protegida com agulha no momento da infusão, e administrar os medicamentos prescritos, lentamente, em torno de 2 a 3 minutos;
- Conectar a ponta do equipo ao scalp ou abocath;
- Abrir o gotejamento de soro;
- Controlar o gotejamento de soro CPM;
- Identificar a fixação da punção venosa com nome de quem fez a técnica, data e horário;
- Manter o paciente confortável
- Organizar a unidade
- Lavar as mãos
- Realizar checagem e anotação no prontuário

Sistema de Medidas e Proporção dos Medicamentos:

1 colher de sopa = 1 medida = 15 ml

1 colher de sobremesa = 10 ml

1 colher de chá = 5 ml

1 colher de café = 3 ml

1 ml = 100 U.I

1 ml = 20 gotas = 60 microgotas

1 gota = 3 microgotas

1 ml/h = 1 microgota /min

5% = 5 g em 100 ml

0,9% = 0,9 g em 100 ml

20% = 20 g em 100 ml

O rótulo de identificação de medicamento deverá conter:

Nome do cliente

Número do leito

Nome da Medicação

Dose da medicação

Via de administração

Horário

O rótulo de soro deve conter:

Nome do cliente
 Número do leito
 Solução Prescrita
 Tempo de Infusão
 Gotejamento
 Início da Infusão
 Término da Infusão
 Data
 Assinatura do Responsável

Fórmula para calcular gotejamento de drogas

(Macrogotas) $N^{\circ} \text{ de gotas /min} = \frac{V}{T \times 3}$

(Microgotas) $N^{\circ} \text{ de gotas /min} = \frac{V}{T}$

5. NECESSIDADE DE HIGIENE E CONFORTO**5.1. Higiene Oral de um Paciente Dependente:**

Conceito: Auxilia a manter o estado sadio da boca, dentes, gengivas e lábios. A escovação remove dos dentes partículas de alimentos, placas e bactérias, massageia as gengivas e atenua o desconforto resultante de odores e gostos desagradáveis.

Técnica:

- Avaliar o paciente quanto ao nível de força muscular, mobilidade e tolerância às atividades;
- Preparar os equipamentos e materiais necessários: escova de dentes, creme dental, copo com água fria, anti-séptico bucal, cuba pequena, toalha de rosto e de papel;
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Propiciar privacidade ao paciente;
- Utilizar princípios de mecânica corporal;
- Se possível elevar a cabeceira do leito;
- Abaixar grades lateral do leito;
- Colocar toalha de rosto sobre o tórax do paciente;
- Colocar a mesa auxiliar ao alcance e ajustar sua altura, conforme necessário;
- Colocar creme dental na escova de dentes;
- Escovar as superfícies interna e externa dos dentes, de baixo e de cima escovando da gengiva para a coroa de cada dente. Fazer movimentos curtos e escovar cada dente

separadamente. Escovar os lados dos dentes, movimentando as cerdas para a frente e para trás;

- Segurar a escova a 45º e escovar a superfície e laterais da língua;
- Se o paciente conseguir, permitir que o mesmo enxágüe a boca com água e anti-séptico bucal;
- Auxiliar ou secar a boca do paciente;
- Certificar-se de que o paciente está seguro e confortável (elevar grades do leito);
- Manter a unidade em ordem;
- Realizar a lavagem simples das mãos.

5.2. Banho de Leito (paciente dependente) – arrumação do leito (técnica realizada por 2 profissionais – um profissional higieniza o paciente e o outro seca, assim como segura o paciente quando necessário)

Conceito: Banho completo na cama, realizado em pacientes que estejam totalmente dependentes e necessitem de cuidados gerais de higiene.

Técnica:

- Avaliar o paciente quanto ao nível de força muscular, mobilidade e tolerância às atividades;
- Preparar os equipamentos e materiais necessários: luvas de procedimento; 4 toalhas de banho; 3 luvas de banho; 2 bacias (1 contendo água morna e sabão e outra contendo somente água morna); 1 jarra (contendo água morna); 1 cuba grande (balde); sabonete líquido; xampu; condicionador (S/N); coxim; escova de cabelos; pijamas limpos; solução hidratante; comadre; papagaio; hamper; roupas de cama: Lençol de baixo, impermeável; travessão; sobrelençol; cobertor, colcha, fronhas; prestobarba e cuba rim (S/N); tesoura de cortar unhas.
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Explicar ao paciente o que será feito;
- Propiciar privacidade ao paciente (expondo somente as partes do corpo necessárias a higienização);
- Utilizar princípios de mecânica corporal;
- Se possível elevar a cabeceira do leito;
- Abaixar grades lateral do leito;
- Colocar paciente em posição anatômica;

Lavagem do cabelos

- Colocar o coxim sob os ombros do paciente;
- Colocar a cuba sob a cabeça do paciente;
- Colocar uma toalha sob o pescoço do paciente;
- Pentear os cabelos do paciente;
- Umidecer os cabelos do paciente com água e colocar xampu;

- Fazer espuma usando as 2 mãos ;
- Lavar os cabelos massageando o contorno do couro cabeludo, partes laterais e posterior da cabeça;
- Enxaguar os cabelos;
- Aplicar condicionar, se necessário repetir o enxágüe;
- Enxugar a cabeça e os cabelos do paciente ;
- Pentear os cabelos do paciente.

Higiene Corporal:

- Utilizar a primeira luva de banho;
- Lavar os olhos do paciente, usando diferentes áreas da luva de banho para cada olho;
- Mover a luva da comissura palpebral interna para a externa;
- Enxugar os olhos do paciente;
- Lavar e enxaguar testa, face, nariz, pescoço e orelhas e posteriormente secar. Homens podem ser barbeados neste momento;
- Colocar a toalha longitudinalmente sob um dos braços do paciente, lavando-o com água e sabonete, fazendo movimentos longos e firmes partindo da área distal para a proximal;
- Lavar a axila. Enxaguar o braço e a axila. Secar o braço e a axila. Repetir o processo no outro braço;
- Imergir as mãos do paciente na água da bacia e lavá-la. Secar as mãos do paciente. Limpar e cortar as unhas, se necessário;
- Lavar o tórax do paciente. Tomar cuidado especial ao lavar as pregas inframamárias nas mulheres. Enxaguar e secar;
- Lavar o abdômen do paciente, dando atenção especial ao umbigo e pregas do abdômen. Enxaguar e secar;
- Utilizar solução hidratante nos membros superiores, atendo-se as regiões de proeminências ósseas, tórax e abdômen;
- Manter o tórax e genitália do paciente cobertos;
- Trocar a água das bacias;
- Expor as pernas do paciente;
- Lavar, enxaguar e secar cada perna do paciente;
- Imergir os pés do paciente na água da bacia e lavá-los, assegurando a limpeza correta entre os dedos. Secar os pés do paciente. Limpar e cortar as unhas, se necessário;
- Utilizar solução hidratante nos membros inferiores, atendo-se as regiões de proeminências ósseas;
- Trocar a água das bacias;
- Utilizar a segunda luva de banho;
- Expor a genitália do paciente;
- Lavar cuidadosamente a genitália no sentido genitália - períneo;
- Manter a genitália do paciente coberta;
- Secar a genitália;
- Trocar a água das bacias;
- Utilizar a terceira luva de banho;
- Colocar o paciente em decúbito lateral (manter o paciente seguro por um dos profissionais);
- Lavar as costas do paciente, massageando-as no sentido do retorno venoso, e secá-las;
- Lavar e secar a região anal (no sentido glúteo-períneo);
- Utilizar solução hidratante nas costas e região sacra do paciente;

- Soltar a roupa de cama suja e enrolá-la no sentido paciente;
- Limpar qualquer umidade no lado do colchão exposto;
- Colocar a roupa de cama limpa e enrolada, na metade do colchão exposto, na seguinte ordem : lençol de baixo, impermeável, travessão, se necessário frauda do paciente;
- Desdobrar as roupas no lado do colchão exposto (e frauda);
- Colocar o paciente em decúbito dorsal;
- Colocar o paciente em decúbito lateral, contrário ao decúbito lateral anterior (manter o paciente seguro por um dos profissionais);
- Retirar as roupas de cama suja, que está sob o paciente e colocá-las no hamper;
- Desdobrar as roupas de cama limpa que estão sob o paciente (e a frauda);
- Colocar o paciente em decúbito dorsal;
- Manter a roupa de cama limpa alinhada adequadamente ao colchão;
- Colocar o pijama limpo no paciente;
- Alinhar o paciente na posição de escolha, utilizando-se os princípios de mecânica corporal;
- Manter paciente centralizado no leito;
- Colocar travesseiro sob a cabeça na região dorsal costal superior (na altura da escápula);
- Colocar coxins e travesseiros sob proeminências ósseas;
- Certificar-se de que o paciente está confortável;
- Elevar grades do leito;
- Manter a unidade em ordem;
- Realizar a lavagem simples das mãos

Referências Bibliográficas:

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. EPU. 1979.

POTTER. A. P. ; PERRY, A.G. Grande Tratado de Enfermagem Prática – Clínica e Prática Hospitalar. 3ª ed. São Paulo: Santos. 2002

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner/Sudarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, 2, 3, e 4, 1992.

KAWAMOTO,E.E.;FORTES,J.I. Fundamentos de enfermagem. São Paulo: EPU,1997

