



**INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP**  
**DELEGAÇÃO REGIONAL DO NORTE**  
**CENTRO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE VIANA DO CASTELO**

# **CUIDADOS HUMANOS**

## **BÁSICOS – ALIMENTAÇÃO E**

## **MOBILIDADE**

**Unidade de Formação de Curta Duração: 3518**

**Carga horária: 25 horas**

**Formadora: Enf. Bárbara Vilela**

**Aver-O-Mar, setembro de 2013**



**Área de Educação e Formação:** 762 - Trabalho Social e Orientação

**Formação:** 762190 – Assistente Familiar de Apoio à Comunidade

**Nível de Qualificação do QNQ:** 2

**Modalidade:** Educação e Formação de Adultos

# CUIDADOS HUMANOS BÁSICOS – ALIMENTAÇÃO E MOBILIDADE

**Unidade de Formação de Curta Duração:** 3518

**Carga horária:** 25 horas

**Formadora:** Enf. Bárbara Vilela

**Aver-O-Mar, setembro de 2013**



**Título:** Cuidados Humanos Básicos – Alimentação e Mobilidade

**Editor:** Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP

Delegação Regional do Norte

Centro de Formação Profissional de Viana Do Castelo

**Ano:** 2013

**Área de Educação e Formação:** 762 - Trabalho Social e Orientação

**Formação:** 762190 – Assistente Familiar de Apoio à Comunidade

**Nível de Qualificação do QNQ:** 2

**Modalidade:** Educação e Formação de Adultos

**Unidade de Formação de Curta Duração:** Cuidados Humanos Básicos – Alimentação e Mobilidade

**Objetivos Gerais:**

- Aplicar técnicas de alimentação e eliminação a clientes/utilizadores dependentes e semi-dependentes.
- Aplicar técnicas de mobilidade e posicionamento a clientes/utilizadores dependentes e semi-dependentes.
- Aplicar técnicas de atendimento e acolhimento a diversos tipos de clientes/utilizadores.

**Conteúdos Temáticos:**

- Alimentação e Eliminação
  - Alimentação dos clientes/utilizadores dependentes e semi-dependentes;
  - Preparação dos tabuleiros de refeição;
  - Manipulação de urinóis e arrastadeiras.
- Mobilidade e Posicionamento
  - Transferências entre:



- A cama e a cadeira;
- A cama e a zona de banho.
- Transporte em andarilho, canadianas e cadeira de rodas;
- Técnicas de posicionamento e mobilidade.
- Atendimento e acolhimento
  - Noções de atendimento personalizado;
  - Problemas previsíveis segundo o grupo etário e as circunstâncias do cliente/utilizador.



## INTRODUÇÃO

O ser humano tem necessidades humanas básicas que devem ser satisfeitas para que o indivíduo tenha motivação para procurar responder a outras necessidades. Assim, a alimentação e a mobilidade são duas necessidades humanas básicas que se encontram na base de todas as necessidades. Cada uma destas necessidades deve ser minimamente satisfeita para que o indivíduo tenha disposição para procurar satisfação numa outra necessidade. A alimentação permite a nutrição do corpo humano para sobrevivência e a mobilidade permite o bom funcionamento do corpo quer movimentação quer pela promoção da circulação sanguínea.

Sendo a alimentação e mobilidade um item a abordar neste módulo, torna-se evidente explorar a sua importância na vida do indivíduo.

Muitas pessoas, em situações de doença ou de forma prolongada podem ter dificuldade no processo de alimentação, por isso torna-se importante conhecer as normas básicas de alimentação a utentes semi-dependente e dependentes.

Na vida, uma das atividades mais importantes está relacionada com a função motora. Quando alguma doença ou lesão interferem nesta função surgem problemas que dificultam esta necessidade básica causando alterações físicas, psicológicas e sociais que vão alterar de uma forma mais ou menos profunda o desempenho de outras atividades.

Conscientemente, ou não, todos os profissionais de saúde desempenham um papel importante no que diz respeito à ajuda ao utente. Para além disso, ao cuidar de pessoas é essencial ter noções de atendimento e acolhimento como um serviço de excelência personalizado a cada um.

Com este manual pretende-se clarificar as técnicas de alimentação, eliminação, posicionamento, mobilidade, transferência e transporte de utentes, com os diferentes equipamentos auxiliares. Pretende-se também dar noções de atendimento e acolhimento a diversos tipos de utentes.



## 1. ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO

A alimentação é o processo pela qual o organismo obtém e assimila os alimentos e nutrientes para as funções vitais. A alimentação é um ato voluntário e consciente, e é através dela que o ser humano obtém produtos para o seu consumo. É totalmente dependente da vontade do indivíduo.

A eliminação é o processo corporal com movimento e evacuação de resíduos, sob a forma de excreção.

### 1.1. Alimentação dos Utentes Dependentes e Semi-Dependentes

Ao contrário das outras pessoas, é possível que o utente dependente ou semi-dependente tenha alguma dificuldade com os movimentos, levando mais tempo a comer, sendo, por isso, necessário auxiliá-lo. Este auxílio deve ser controlado, uma vez que se deve incentivar a pessoa a alimentar-se, evitando substituí-la.

Para manutenção da saúde e para seu restabelecimento é essencial que se consuma diariamente os nutrientes necessários às necessidades biológicas. Assim, é importante programar uma dieta adequada a cada utente. A escolha deve atender ao apetite, ingestão, digestão e absorção de cada utente.

#### 1.1.1. Tipos de dietas terapêuticas

As dietas devem ir ao encontro das necessidades de cada utente, atendendo às diferenças culturais e sociais de cada um; o que nem sempre é possível.

Nalguns casos, as necessidades nutricionais do utente hospitalizado não diferem do indivíduo saudável. No entanto, outras vezes é necessário alguns ajustes, por isso, existem vários tipos de dietas, para os diversos casos.

- Dieta geral: Dieta com quantidade e conteúdos adequados à satisfação da maioria das pessoas. Normalmente, associada a uma dieta terapêutica livre, indicada para utentes sem indicações dietético-terapêuticas específicas.
- Dieta ligeira: É uma variedade da dieta geral, adaptada a utentes pré-operados ou outros. Normalmente é composta por cozidos e grelhados, sem gorduras.

- Dieta mole ou pastosa: Os alimentos são triturados, macios e bem cozidos, em forma de puré ou papa. Normalmente são pobres em fibras. É indicada em utentes com dificuldade em deglutir (disfagia) e mastigar bem como pessoas sem dentes e a recuperar de cirurgias.
- Dieta líquida: É composta por líquidos ou alimentos tornados líquidos (chás, sumos de frutas, gelados, gelatinas, ...). É prescrita a pessoas que não toleram sólidos ou semissólidos, antes ou depois de uma cirurgia, casos de lesões orais ou esofágicas que dificultam a mastigação e a deglutição de alimentos sólidos. Normalmente é pobre em proteínas e com densidade calórica baixa. Não é recomendada em períodos prolongados e, por vezes, são complementadas com suplementos nutricionais.
- Dieta hipossódica: Dieta pobre em cloreto de sódio (tradicional sal de cozinha). É indicada para utentes hipertensos, com retenção de líquidos.
- Dieta hipercalórica: é altamente rica em energia com o objetivo de prevenir e tratar a desnutrição.
- Dieta hiperproteica: Dieta rica em proteínas, usada também nos casos de desnutrição, oferecendo principalmente proteínas de alto valor biológico como a albumina, também é administrada em utentes traumatizados como os queimados, para o desenvolvimento da hiperplasia de novas células, principalmente para reconstituição do tecido lesionado.
- Dieta hipoproteica: Dieta pobre em proteínas, indicada para utentes que com ingestão controlada de proteínas, como os portadores de insuficiência renal, cirrose hepática.
- Dieta hipoglicídica: Dieta pobre em glícidos (hidratos de carbono ou açúcares), que tem como principal objetivo diminuir a quantidade destes, sem contudo diminuir necessariamente as calorias, um exemplo é a dieta para o diabético, que é pobre em glícidos simples, em destaque a sacarose, o tradicional açúcar de mesa.



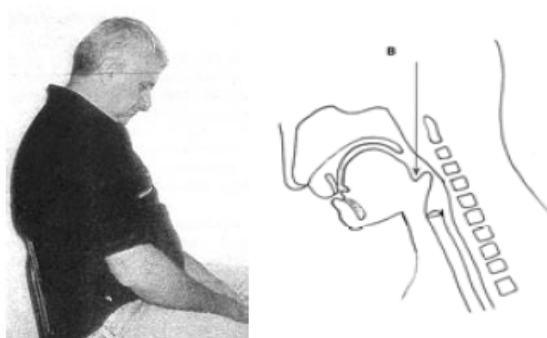
- Dieta hipolipídica: Dieta pobre em gorduras, principalmente saturadas, indicada para utentes com hipercolesterolemia e obesos.
- Dieta hiperlipídica: Dieta com uma boa quantidade de gorduras, indicada para tratamento de desnutrição grave.
- Dieta zero: utente que não se alimenta.

### 1.1.2. Alimentação dos utentes semi-dependentes

Para se alimentar, o utente semi-dependente deve permanecer sentado ou recostado, bem como após a alimentação. A posição para uma alimentação segura, na cama e em cadeira de rodas deve ser com o tronco elevado e a cabeça direita. Caso o utente tenha algum braço afetado, este deve estar em cima da mesa. O prato deve ser colocado sobre uma superfície antiderrapante para evitar o seu desliz.



Em utentes com dificuldades na deglutição e que se engasguem facilmente, a flexão da cabeça (queixo junto ao peito) aumenta o espaço vascular e, desta forma, protege as vias respiratórias, evitando que a comida passe para as mesmas.







Em utentes que sofreram acidentes vasculares cerebrais a rotação da cabeça para o lado lesado elimina a possibilidade de a comida seguir pelo lado lesado e faz com que a comida se desloque preferencialmente pelo lado melhor.



### **Apetite**

O profissional de saúde pode aumentar ou estimular o apetite do utente atendendo ao ambiente que o rodeia. Se este se apresentar limpo e sem odores será mais agradável. Se lhe for proporcionada a higiene pessoal (incluindo a oral) antes da refeição assim como a mudança da roupa da cama permite uma maior satisfação. Também é importante ter atenção às necessidades de urinar ou evacuar que o utente possa apresentar. O posicionamento confortável e a escolha do melhor horário permitem também uma melhor alimentação.

Existem alguns fatores que diminuem o apetite como são exemplo as náuseas e os vómitos. Nestes casos, devem-se evitar movimentos bruscos desnecessários que podem aumentar as náuseas e deve-se aconselhar uma inspiração profunda. É aconselhável a redução da ingestão de alimentos e líquidos quando o desconforto for grande. Deve-se apenas oferecer líquidos (ou alimentos leves) em pequenas quantidades, conforme tolerado.

As refeições, sendo consideradas um ato social, devem, se possível, ser assistidas por familiares ou por um profissional de saúde. Este momento é útil para realizar educação para a saúde.

Os utentes que apresentam casos mais graves, normalmente devem ser os últimos a ser servidos, para que haja uma assistência contínua.

Apenas se deve alimentar um utente quando ele é incapaz de o fazer por si autonomamente, ou para prevenir que um utente debilitado se esforce excessivamente. O auxílio na alimentação deve assegurar uma alimentação adequada a utentes totalmente dependentes.



Antes de alimentar um utente é essencial confirmar as necessidades nutricionais, dieta prescrita e indicações para comer. Deve-se assim verificar o tabuleiro da refeição se o nome corresponde à identificação do utente e se contém a dieta prescrita. Deve-se também verificar o registo da presença de alergias alimentares. É também necessário certificar-se se o utente tem a dentadura, os óculos e os aparelhos auditivos colocados, se for o caso.

É importante avaliar o nível de consciência, a capacidade de mastigar e de engolir pois só tendo a segurança suficiente se deve alimentar o utente.

Antes de iniciar a refeição é importante ajudar o utente a lavar as mãos, colocar-lhe o tabuleiro na mesa de alimentação e verificar se se encontra ao alcance do mesmo. Para além disso, deve-se proteger a roupa e/ou os lençóis da cama, colocando um guardanapo ou uma toalha onde seja possível entornar comida.

Durante a alimentação é importante encorajar o utente a preparar e distribuir os alimentos (colocar manteiga, cortar a carne, ...) e só se este não for capaz de o fazer é que devemos ajudar. Para além disso, deve-se dar tempo suficiente para que o utente possa comer e mastigar calmamente. Deve-se também oferecer os líquidos (água) sempre que necessite e consoante as preferências.

No final da refeição deve-se avaliar o nível de satisfação do utente, retirar o tabuleiro o mais rápido possível e limpar a sujidade. É também importante proporcionar higiene oral e das mãos oferecendo ajuda, se necessário.

Finalmente, é essencial avaliar e registar a ingestão de alimentos e de líquidos, o que inclui o tempo da refeição, o tipo e a quantidade de nutrientes consumidos.

### 1.1.3. Problemas comuns em utentes semi-dependentes

Dificuldades	Causas	Atenção	Como resolver
<b>Mastigar</b>	Fraqueza dos músculos da cara e língua do lado afetado	Engasgamento	Dar pequenas porções de alimento ou alimentos triturados
		Mastigação lenta e sempre para o mesmo lado	Estimular para o uso do lado afetado ao mastigar



		Queda dos alimentos por não ser capaz de fechar a boca	Apoiar o queixo para manter a boca fechada e ajudar os movimentos da mastigação
	Diminuição da salivação	Dificuldade em formar um bolo alimentar homogéneo. Pode estimular-se a salivação através de várias estratégias.	Prato agradável à vista.
			Iniciar a refeição com um alimento ácido (sopa com umas gotas de vinagre, um pouco de ananás ou um morango).
			Massajar debaixo do queixo com as pontas dos dedos.
			Oferecer líquidos ao longo do dia e durante a refeição.
<b>Engolir alimentos sólidos</b>	A cabeça para trás aumenta o risco de engasgamento	Nunca beber ou comer deitado ou inclinado para trás.	A posição de sentado com o tronco direito ajuda a mastigar e a engolir.
	Diminuição ou atraso do reflexo de deglutição	Fica com a comida na boca sem engolir	Fazer pressão com a colher na língua
			Pedir para engolir
	Fraqueza dos músculos do pescoço (faringe) do lado afetado	Tosse enquanto engole	Engolir rodando (movimento do pescoço de “dizer não”) a cabeça para o lado afetado (elimina o trajeto do lado lesado)
	Restos de comida ficam na garganta	Tosse depois de engolir, por queda de comida para as vias aéreas	Intercalar os sólidos com líquidos para limpar quaisquer restos de comida.
<b>Engolir líquidos</b>	Má proteção das vias respiratórias	Beber muito rápido pode favorecer o engasgamento	Dar pequenos goles de cada vez.
		Tosse enquanto engole	Engolir com o queixo para baixo. Usar um copo recortado. Se continuar a engasgar-se espessar um pouco o líquido.

A disfagia – desconforto ou dificuldade em deglutir – constitui um problema à manutenção estado nutricional, sendo, por vezes, necessário recorrer a outras formas de alimentação.

#### 1.1.4. Alimentação dos utentes dependentes

Nalguns casos, há pessoas que não podem ingerir, digerir ou absorver os nutrientes suficientes, sendo necessário encontrar temporária ou permanentemente uma maneira de o fazer através de métodos especializados. Assim, um utente dependente na alimentação pode ser alimentado por nutrição entérica ou parentérica.

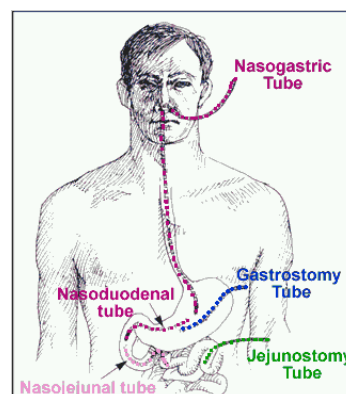
##### Nutrição entérica

Para uma pessoa que não consegue engolir sólidos, mas absorve os nutrientes através do intestino delgado, é adequada a alimentação entérica. Este tipo de alimentação consiste na ingestão de uma forma líquida especial, por via oral, ou através de entubação pelo nariz ou pela boca até ao estômago.



A nutrição entérica é a designação genérica dada a todo o tipo de *nutrição por sonda*, ou alimentação por gavagem sendo uma nutrição artificial. A nutrição entérica exige absorção, mas ultrapassa a ingestão, a mastigação e a fase cefálica de estímulo de secreções digestivas. Neste tipo de alimentação é inserida uma sonda no tubo gastrointestinal.

As dietas entéricas são prescritas de acordo com a situação do utente: função gastrointestinal normal ou quase normal, transtornos gastrointestinais graves, alimento pré-ingerido quimicamente, encefalopatias, insuficiência respiratória e cardíaca ou estados hipermetabólicos.



Na alimentação entérica há maior incidência de diarreias e infeções, principalmente das dietas preparadas no hospital. A via

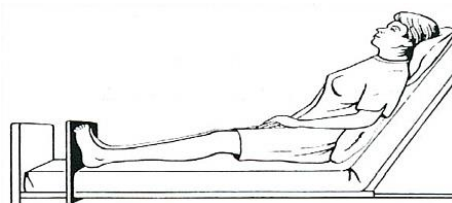
nasoduodenal ou nasojejunal anula o piloro, o que aumenta a incidência de dores do abdómen, diarreias e cólicas. A via nasogástrica vai diminuir estes sintomas e é a mais utilizada.

#### Indicações gerais:

Neste tipo de alimentação deve-se controlar o conteúdo gástrico antes de cada refeição e de 4 em 4 horas para alimentação contínua. Deve-se então, vigiar se o utente tolera o que foi administrado, sendo que, caso não tolere, deve-se aspirar o conteúdo gástrico. Se a quantidade for superior ou igual a 100 cc deve-se adiar a refeição e vigiar.

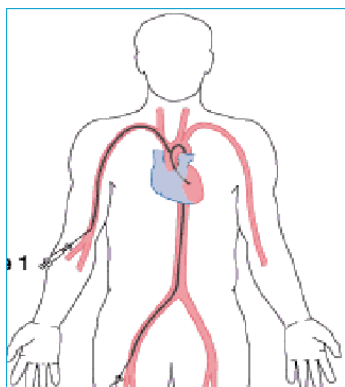
#### Procedimento:

- Identificar o utente, conferir tipo de alimentação e forma de administração (Para evitar erros);
- Efetuar lavagem higiénica das mãos (Prevenir infeções);
- Preparar o material e transportá-lo para junto do utente (Economizar tempo);
- Explicar ao utente todos os procedimentos (Diminuir ansiedade/ Obter colaboração);
- Proporcionar um ambiente calmo e sem cheiros. Apresentar os alimentos em recipientes adequados (Facilitar ingestão);
- Aspirar o conteúdo gástrico e reintroduzi-lo (Verificar a posição e permeabilidade da sonda /Avaliar quantidade do conteúdo gástrico);
- Introduzir ar, auscultando a região. Aspirar de seguida (Verificar permeabilidade da sonda e localização);
- Posicionar o utente 30 a 45º (Evitar desconforto abdominal / Facilitar progressão do alimento / Prevenir regurgitação e aspiração);
- Verificar temperatura dos alimentos (Prevenir complicações);
- Conectar o sistema de alimentação à sonda (Iniciar alimentação);
- Regular ritmo de administração (Prevenir complicações);



- Lavar a sonda com água (Despistar sinais de intolerância gástrica);
- Lavar o sistema com água (Reutilizar apenas durante 24h/ Prevenir obstrução da sonda e do sistema /Prevenir complicações);
- Proporcionar higiene oral (Proporcionar conforto/ Prevenir secura e fissuras na boca);
- Manter o utente elevado, no mínimo 30 minutos (Favorece esvaziamento gástrico / Prevenir regurgitação e aspiração dos alimentos);
- Recolher e dar destino a todo o material (Prevenir contaminação do ambiente);
- Efetuar lavagem higiénica das mãos (Prevenir infeções).

### Nutrição parentérica



Para pessoas que não possam comer ou absorver o suficiente pela via gastrointestinal normal quando alimentadas por via entérica, deve-se utilizar a alimentação parentérica. A nutrição parentérica constitui uma forma de administração de nutrientes por via endovenosa, destinada a situações nas quais o tubo gastrointestinal está impedido de digerir ou absorver, de forma permanente ou temporária, a quantidade de nutrientes necessária a prevenir ou corrigir a malnutrição. É uma alternativa para administrar nutrientes a utentes incapazes de realizar a digestão gástrica e/ou a sua absorção intestinal.

Os líquidos parentéricos utilizados para aumentar a nutrição são introduzidos diretamente no sistema venoso e normalmente contêm glicose, aminoácidos, eletrólitos, minerais e vitaminas.

#### 1.2. Preparação dos Tabuleiros de Refeição

As refeições devem ser variadas, em pequenas dimensões e frequentes. É essencial fornecer todos os nutrientes por isso a refeição deve seguir a roda dos alimentos. Assim, o tabuleiro de refeição deve conter quer proteínas, como hidratos de carbono, lípidos ou vitaminas.

A refeição deve, sempre que possível, ser do agrado do utente. Desta forma, mais facilmente se obterá a vontade do utente para se alimentar.

No caso de utentes que sejam independentes e consigam mastigar e engolir, o tabuleiro deve conter: um copo com água, talheres, guardanapo ou babete, um pão (se indicado), um prato de sopa, um prato de comida, uma peça de fruta ou fruta cozida.



Se existe alguma dificuldade no movimento das mãos, utilizam-se alimentos mais macios, fáceis de cortar. Ou então, tal como a todas as refeições é essencial o trabalho do profissional, este pode auxiliar o utente. O profissional tem também como função incentivar o utente a alimentar-se devidamente.

Existem ainda alguns utensílios que ajudam na alimentação de pessoas com dificuldades, como é o caso:

- Caneca com asas dos dois lados para serem agarradas com ambas as mãos;
- Caneca com abertura em V no aro que permite inclinar a mesma até ao final;
- Caneca com abertura na tampa que pode ser utilizada para evitar que o líquido caia;



- Prato de plástico ou antiderrapantes para não quebrarem;
- Prato dividido em secções para os diferentes alimentos;





- Talheres articulados com punhos acolchoados para ajudar a colocar na posição correta.



### 1.3. Eliminação

As necessidades de eliminação são universais a todos os seres humanos. A eliminação pode ser urinária ou intestinal. A eliminação urinária depende do funcionamento dos rins, ureteres, bexiga e uretra. A quantidade normal de urina produzida é de 1 a 2 litros por dia. A eliminação intestinal é o movimento e evacuação de resíduos, sob a forma de excreção. A evacuação de resíduos é uma das necessidades básicas do organismo sendo o tubo digestivo a principal via para a remoção dos resíduos sólidos.

Para a eliminação é essencial seguir as necessidades de cada pessoa, isto é deve respeitar o horário e as preferências de cada um. No entanto, é necessário confirmar que elementos de urina e fezes não são necessários para análise, para quantificação ou observação das suas características.

#### 1.3.1. Manipulação de urinóis e arrastadeiras

Urinóis, arrastadeiras e bacios podem ser usados quando o utente consegue controlar a saída de fezes e urina.

Antes de utilizar qualquer um destes utensílios deve-se colocar por perto: papel higiénico, bacia com água, panos absorventes, luvas descartáveis e toalhetes.

Estes utensílios devem ser preferencialmente em inox por permitir uma melhor desinfecção e esterilização do material. O tratamento dos materiais é feito em máquinas próprias para o efeito de forma a controlar a infeção. A manipulação destes utensílios



deve ser o mais cuidadosa possível no sentido de evitar focos de infeção, quer para quem a utiliza (utente) quer para quem os manipula (prestador de cuidados).



O prestador de cuidados deve utilizar equipamento de proteção individual, nomeadamente, luvas aquando da sua manipulação deste material. Deve também lavar frequentemente as mãos, quer antes e após, da sua manipulação, uma vez que as luvas não substituem a lavagem das mãos.



### Tipos de urinóis e arrastadeiras

- Arrastadeira em cunha: Pode ser em plástico ou em inox. Este utensílio permite que a pessoa acamada possa defecar (tanto homem como mulher) e urinar (apenas à mulher).



- Arrastadeira bidé: Normalmente é em inox. Este utensílio permite que a pessoa acamada possa defecar (tanto homem como mulher) e urinar (apenas à mulher).



- Urinol: Este utensílio serve para urina, sendo utilizada por homens. Este pode ser em plástico, em plástico com pega ou em inox com pega.

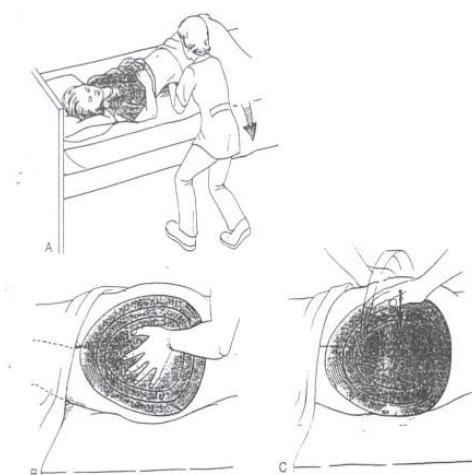
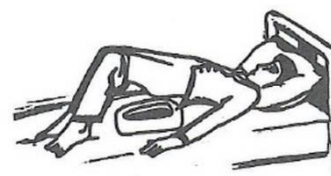


- Bacio alto: quando o utente ainda tem alguma mobilidade, pode ser usado na posição sentada pela pessoa acamada, para urinar e defecar (tanto homem como mulher). Este utensílio facilita expulsão de fezes.

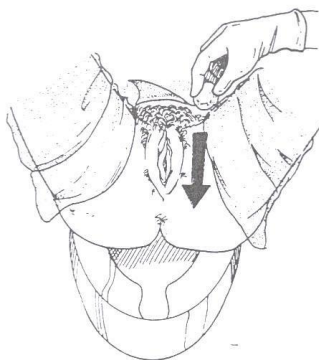


### Procedimento de colocação de arrastadeira

- Identificar a arrastadeira mais adequada à situação da pessoa acamada;
- Colocar o utente em decúbito lateral (de lado) para aplicação da arrastadeira, caso este não consiga efetuar movimentos de elevação da anca;
- Colocar o utente em decúbito dorsal (de costas).

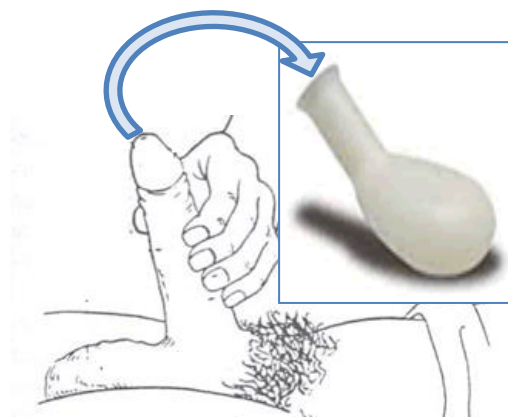


A arrastadeira deverá ficar corretamente colocada de modo a que o conteúdo excretado fique no interior da arrastadeira.



### Procedimento de colocação de urinol

Deve-se ter em atenção que o pénis fique colocado dentro da boca do urinol de forma a não escorrer urina por fora. Normalmente o utente realiza esta atividade sozinho, mas outras vezes é necessário auxiliar. Por norma deve-se colocar o utente em decúbito dorsal ou em decúbito lateral. Deve-se deixar o urinol próximo do utente de forma que este consiga utilizá-lo, se necessitar.





## 2. MOBILIDADE E POSICIONAMENTO

A mobilidade é a capacidade de movimento livre, sem dificuldade, de forma rítmica e voluntária. É um aspeto fundamental da vida. A mobilidade é vital para a autonomia e independência da pessoa. No entanto, muitas vezes, em casos de doença, as pessoas necessitam de ajuda para se movimentarem. O profissional de saúde deve, então saber como efetuar esses mesmos movimentos.

Os posicionamentos são posturas em que se coloca o utente, quando este não tem capacidade para mudar de decúbito sozinho e/ou quando a situação clínica não permite.

### 2.1. Transferências

Define-se como transferência a ação de mover alguém ou alguma coisa de um local para outro.

Os objetivos das transferências são a promoção do conforto e do alinhamento corporal, a distribuição equitativa do peso do corpo, a estimulação motora e sensorial, a prevenção de contracturas e a promoção da drenagem de fluídos. Para além disso, facilita a respiração e impede o desenvolvimento de lesões na pele.

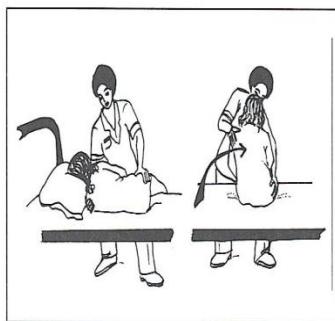
### Técnica de Levante

A técnica de levante é o método pelo qual se transfere, pela primeira vez, o utente da posição horizontal para a posição vertical. Tem como principal objetivo prevenir complicações da imobilidade, no entanto permite treinar o equilíbrio, preparar o treino de marcha e incentivar o auto-cuidado.

O primeiro levante do utente é considerado o levante que se faz após uma cirurgia ou após um período alargado de tempo em que o utente se encontre acamado. Ao efetuar esta técnica é essencial explicar ao utente todo o procedimento. Inicialmente avalia-se a tensão arterial e a frequência cardíaca com o utente deitado. De seguida coloca-se o utente em posição de Fowler (sentado) durante 30 a 60 minutos. Posteriormente, volta-se a avaliar a tensão arterial e a frequência cardíaca, bem como



no final do levante. Se os valores vitais se encontrarem dentro do normal efetua-se o levante para o local desejado.

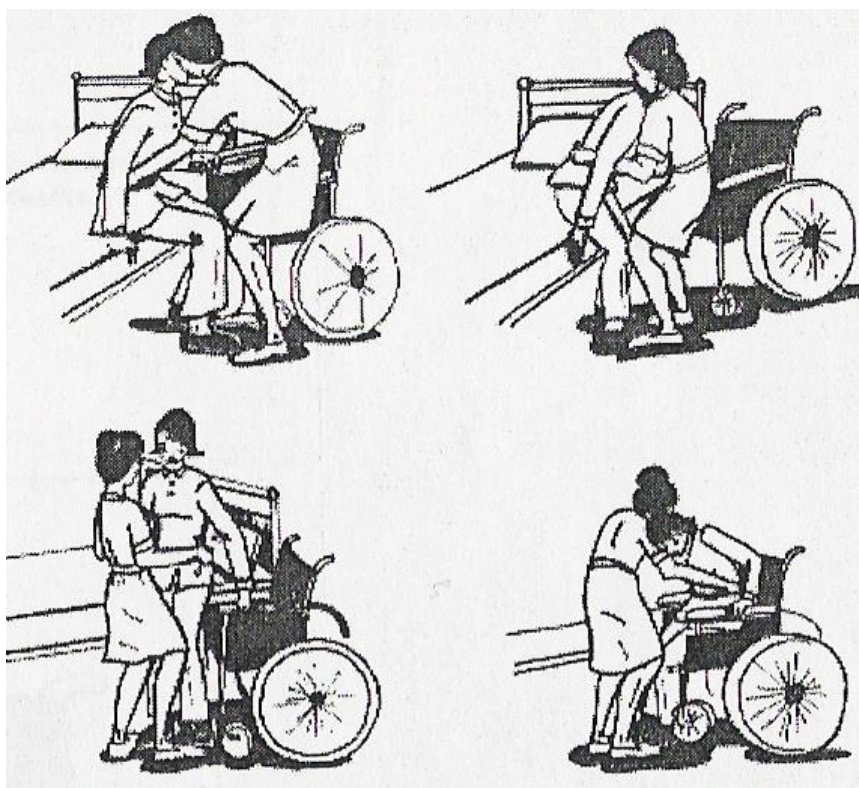


### 2.1.1. A cama e a cadeira

#### **Transferir o utente da cama para a cadeira/sofá/cadeira de rodas sem equipamentos de proteção coletiva**

- Colocar a cadeira de rodas, de forma, a que este movimento seja para o lado em que o utente tem força. A cadeira deve estar a uma distância adequada para permitir a participação e segurança do utente. Quanto mais forte o utente for maior deve ser a distância;
- Remover o braço da cadeira de rodas do lado da cama;
- Remover ou afastar os pedais da cadeira de rodas;
- Baixar o mais possível a cama, ao nível da cadeira. Baixar as grades laterais da cama e voltar o utente lateralmente com os joelhos fletidos;
- Travar a cadeira e a cama;
- Elevar a cabeceira da cama até posição mais alta;
- Posicionar-se à frente da cadeira, voltado para o utente, rodando ou ajustando-o a rodar os membros inferiores para fora da cama.
- Virar ou assistir o utente a virar-se para o lado do profissional, de modo a que possa elevar o tronco, apoiando-se no cotovelo, se possível, para assumir a posição de sentado na cama com os pés pendentes.

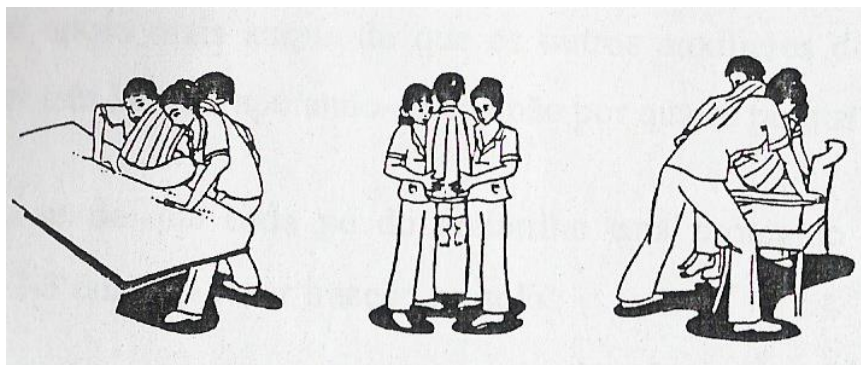
- Assistir o utente a deslizar no bordo da cama, segurando-o pela cintura, até apoiar os pés no chão.
- Estabilizar os joelhos do utente, com os joelhos do profissional, se necessário.
- Virar ou assistir o utente a virar-se segurando-o pela cintura, até ficar enquadrado com a cadeira de rodas e com a região poplíteia encostada ao assento.
- Assistir o utente a fletir o tronco e joelhos, suave e progressivamente, acompanhando-o, até ficar sentado.



- Instalar os pedais na cadeira de rodas em posição de apoio, ajustando-o ao utente (flexão 90º coxofemural e do joelho).
- Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando de frente.

### **Transferir o utente da cama para a cadeira/sofá/cadeira de rodas com recursos humanos**

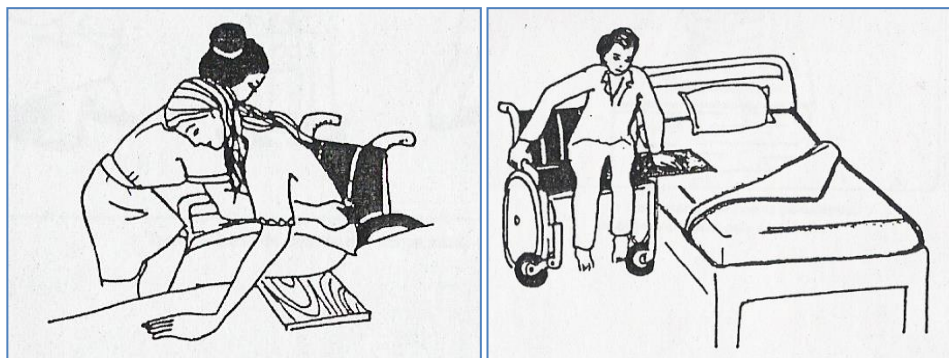
- Um profissional de cada lado do utente segura o utente nos membros superiores e inferiores e deslocam-no até onde for necessário.



**Transferir o utente da cama para a cadeira/sofá/cadeira de rodas com equipamentos de proteção coletiva (tábuas)**

- Instalar a cadeira de rodas de costas voltadas para a cabeceira.
- Travar a cadeira de rodas.
- Remover os pedais da cadeira de rodas ou abrir, se necessário.
- Remover o braço da cadeira, mais próximo da cama;
- Posicionar o utente em decúbito dorsal no meio da cama, fletindo-lhe ou assistindo-o a fletir o tronco ajudando a rodar os membros inferiores para fora da cama.
- Fletir lateralmente o tronco do utente para o lado oposto ao da transferência, elevando simultaneamente o membro inferior, de modo a introduzir a extremidade da tábua de transferência sob a região nadegueira. Apoiar a outra extremidade da tábua no assento da cadeira.
- Deslizar ou assistir o utente a deslizar sobre a tábua até ficar sentado na cadeira de rodas.
- Remover a tábua.

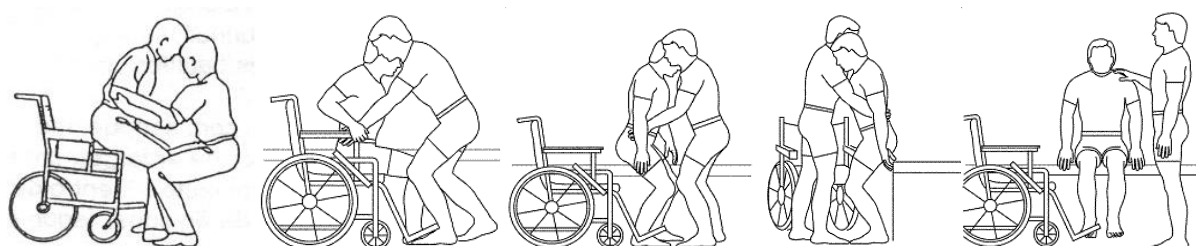




- Instalar o braço e os pedais da cadeira de rodas em posição de apoio e, se necessário, ajustá-los ao utente (flexão coxofemural e do joelho a 90º).
- Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o de frente.
- Assegurar que o utente sinta conforto e segurança.

#### **Transferir o utente da cadeira /cadeira de rodas/sofá para a cama**

- Posicionar a cadeira perto da cama e travar a mesma.
- Remover o braço da cadeira de rodas do lado da cama.
- Remover ou afastar os pedais da cadeira de rodas.
- Posicionar-se frente ao utente colocando as mãos sob as axilas e os joelhos justapostos.
- Assistir ao utente a fletir o tronco, seguido da sua extensão a fazer carga nos pés com extensão suave e progressiva dos joelhos, acompanhando com os joelhos, até ficar de pé.
- Virar ou assistir o utente a virar-se segurando-o pela cintura, até ficar enquadrado com a cama e com a região poplitea encostada à mesma.
- Estabilizar os joelhos do utente com os do profissional, se necessário.



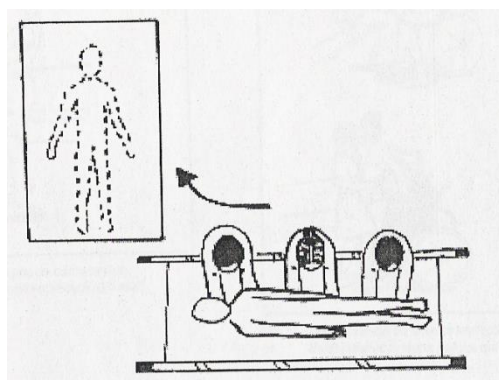


- Assistir o utente a elevar-se e sentar-se no bordo da cama, segurando-o pela cintura com ajuda do cinto, se necessário.
- Assistir o utente a deitar-se apoiando-se no cotovelo do lado da cabeceira da cama.
- Posicionar ou assistir o utente a posicionar-se.
- Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da cama.

### 2.1.2. A cama e a maca/cama

#### Transferir o utente da cama para a maca

- Ajustar a altura da cama e da maca;
- Posicionar o utente decúbito dorsal;
- Instalar a maca com a cabeceira junto aos pés da cama fazendo um ângulo de 90º travando as rodas da cama e da maca.
- Posicionar todos os profissionais do mesmo lado da cama para executar a transferência.
- Incline os quadris e os joelhos;
- Posicionar: 1º enfermeiro/ou profissional de saúde na cabeceira da maca, com um braço estabiliza a região cervical e apoia os ombros e com o outro apoia a região dorso-lombar cruzando os braços; o 2º enfermeiro/ou profissional de saúde no terço médio da maca, com um braço apoia a região dorsal e com o outro apoia as coxas; 3º enfermeiro/ou profissional de saúde no terço inferior da maca, com um braço apoia a região nadegueira e com o outro as pernas;
- Transferir o utente para a cama após a indicação do elemento coordenador (colocado na cabeceira da maca);
- Role o utente imóvel na direção do tórax dos enfermeiros;





- Coloque-se de pé, diante de um sinal combinado, erguendo o utente da maca de uma vez só;
- Gire sobre si mesmo e movimente-se na direcção da cama; baixe o utente até a cama de uma vez só, ao mesmo tempo que inclina os quadris e os joelhos;
- Posicionar ou assistir o utente a posicionar-se na cama.

## 2.2. Transporte em Cama, Maca, Cadeira de Rodas

O transporte de um utente numa instituição de saúde pode ser realizado na cama, maca ou cadeira de rodas. Para se fazer o transporte ou remoção do utente de um determinado lugar para outro, nas dependências do hospital, exige-se que a pessoa que realiza o transporte tenha noções básicas de como atuar de forma correta e adequada.

Cuidados gerais com o transporte de utentes:

1. O transporte do utente deve ser feito com muito cuidado. A movimentação mal executada pode provocar lesões, por vezes irreversíveis;
2. Para que o transporte seja eficiente deve-se agir com rapidez e segurança, porém com cuidado;
3. Observar constantemente o estado geral do utente durante o transporte;
4. Movimentos suaves ao manipular o utente diminuem as vibrações, solavancos, dor e desconforto;
5. Não mover local fraturado ou suspeito de fratura, nestes casos, uma pessoa deverá apoiar apenas este segmento (perna, braço, etc.);
6. Ao se movimentar ou transportar utentes politraumatizados, os cuidados devem ser redobrados: utentes com traumatismo crânio-encefálico devem ser movimentados com máxima atenção, sem movimentos de flexão e rotação e com maior número de pessoas;
7. Ao proceder ao transporte do utente com maca:
  - Descer e subir rampas com a cabeça do utente para cima, exceto quando o utente estiver em estado de choque;

- Conduzir a maca pelo corredor com o utente sempre a olhar para frente. Se for preciso subir a rampa ou entrar em elevador, virar a maca após, para conduzir o utente sempre na posição correta;
- Ao entrar no elevador, nivelar o mesmo e travar a porta. Entrar primeiro com a cabeceira da maca, desta maneira já saíra na posição correcta;
- Transporte a maca com a grade, principalmente quando for transportar utentes anestesiados, inconscientes, agitados e crianças;
- Transportar o utente sempre coberto com um lençol, se necessário.

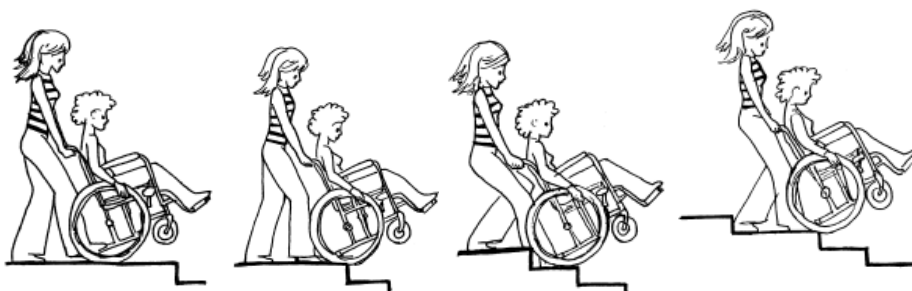
8. Ao proceder transporte com cadeiras de rodas:

- Descer a rampa, transportar sempre a cadeira de rodas de costas;
- Subir a rampa com o utente a olhar para a frente;
- Solicitar auxílio, sempre que necessário, para subir e descer a rampa;
- Subir e descer degraus inclinando a cadeira para trás;

Subir degraus



Descer degraus



- Entrar no elevador puxando a cadeira, de trás; desta forma, ao sair do elevador estará na posição correta.

9. Cuidados com as portas e paredes.



Cuidados específicos a utentes com soro:

- Cuidado para não obstruir a agulha ou cateter, mantendo o soro sempre na altura adequada para que o débito seja constante;
- Não fazer tração no sistema de soros, para que a agulha ou cateter não se desloque, de forma a evitar a desconexão;
- Se houver infiltração de soro no tecido subcutâneo, interromper o débito. Comunicar ao responsável pela medicação assim que chegar à unidade;
- Caso haja desconexão dos cateteres, procurar o posto de enfermagem mais próximo.

### **2.3. Transporte em Andarilho, Canadianas e Cadeira de Rodas**

As ajudas técnicas são equipamentos de reabilitação ou auxiliar que visam reduzir as consequências do aparecimento de incapacidades motoras ou melhorar a qualidade do apoio prestado à pessoa. São exemplos o andarilho, as canadianas e a cadeira de rodas. As ajudas técnicas podem não compensar todas as incapacidades mas associadas à ajuda humana, são um bom promotor da independência física das pessoas.

O tipo de equipamento de reabilitação ou auxiliar selecionado para cada utente depende muitas vezes das suas limitações físicas. As muletas e as canadianas são apropriadas para indivíduos com uso total e força suficiente nos membros superiores e que tenham funcionamento nos membros inferiores limitado. As bengalas, tripés ou pirâmides de base alargada são apropriadas para utentes com fraqueza ou paralisia de um dos lados do corpo, incluindo os que sofreram AVC. Os andarilhos são a opção para pessoas com fraqueza generalizada dos membros superiores e inferiores e são utilizados por pessoas de idade com artrite generalizada, fratura da anca ou doenças neuromusculares.

Em regra geral, é o fisioterapeuta que tira as medidas ao utente em relação a cada peça do equipamento de reabilitação ou auxiliar, selecionando-o de acordo com o peso, altura e necessidades específicas de cada indivíduo.

Existem alguns ensinamentos que importa fazer ao utente antes de utilizar os equipamentos:



- Cuidados com o equipamento e dispositivos;
- Como chegar à posição de pé;
- Treino de marcha “efetivo”;
- Como enfrentar as escadas e curvas;
- Como regressar à posição de sentado;
- O que fazer após uma queda, como retomar a posição de sentado ou a pé.

### Andarilho

Os andarilhos são um bom sistema de apoio da marcha, para pessoas com fraqueza generalizada dos membros superiores e inferiores. Os andarilhos variam conforme a estrutura e o objetivo. O utente capaz de manter o equilíbrio e levantar o andarilho pode usar um que seja leve, ajustável e de levantar. Os andarilhos mais pesados e não ajustáveis são recomendados para os utentes que se podem desequilibrar e cair para trás ao levantar um andarilho normal. Os andarilhos com rodas, com ou sem assento, são eficientes do ponto de vista da energia, no entanto, a instabilidade do andarilho com rodas impede a sua utilização por alguns utentes.



O comprimento do andarilho de uma pessoa é igual à distância do seu grande trocanter ao chão. Um andarilho com a medida adequada possibilita ao utente ficar de pé com os cotovelos ligeiramente fletidos quando o andarilho está apoiado no chão.

O padrão de marcha com o andarilho de levantar consiste em avançar o andarilho, dar um passo em frente com uma perna de cada vez, manter os passos iguais, recuperar o equilíbrio e repetir, avançar o andarilho. Uma forma de andar alternativa consiste em avançar o andarilho, dar um passo com o pé direito, avançar o andarilho,



dar um passo com pé esquerdo e continuar, repetindo este padrão. É importante lembrar o utente para não andar quando o andarilho não está pousado no chão.

### Canadianas

As canadianas são objetos utilizados como apoio para o corpo humano projetado com o propósito de auxiliar uma pessoa a caminhar quando uma das extremidades inferiores requer suporte adicional durante o deslocamento, geralmente quando o utente sofre algum tipo de incapacidade para deambular. Algumas canadianas podem ser ajustadas em tamanho e flexibilidade segundo as necessidades do utente. No caso de se utilizar apenas uma deve ser usada no lado contrário do membro lesionado. Há também aquelas projetadas especificamente para crianças.

O comprimento das canadianas de uma pessoa deve estar de modo a que o apoio do antebraço fique logo abaixo do cotovelo e a pega deve encontrar-se ao nível do grande trocânter. Canadianas com a medida adequada possibilitam ao utente ficar de pé com os cotovelos ligeiramente fletidos quando as canadianas estão apoiadas no chão.



Conforme as capacidades individuais do utente, os profissionais de saúde prescrevem a marcha a quatro pontos alternados, dois pontos ou oscilação passo a passo. A marcha a quatro pontos alternados usa-se para pessoas com força muscular limitada ou equilíbrio questionável. Sendo um padrão de marcha muito seguro e estável, a marcha a quatro pontos é também um método de deambulação muito lento. O padrão de marcha a quatro pontos é o seguinte:

- Canadiana direita;



- Perna esquerda;
- Canadiana esquerda;
- Perna direita;
- Repetir até atingir o destino.

A marcha a dois pontos assemelha-se mais a um padrão de marcha normal. Embora mais rápida que a marcha a quatro pontos, exige um maior equilíbrio, porque em cada momento são apenas dois pontos de contacto com o chão. O utente começa por ficar de pé na posição inicial, depois desvia o peso de modo a avançar a perna direita e a canadiana esquerda simultaneamente, seguindo com a perna esquerda e a canadiana direita e repetindo o padrão até atingir o destino.

A marcha de oscilação passo a passo o utente parte da posição inicial nas canadianas, sem carga no membro afetado. Ambas as canadianas são levantadas e movidas para a frente em bloco enquanto o utente sustenta o peso no membro não afetado, depois o peso é transferido para as canadianas. O utente dá então um passo para as canadianas e repete o processo. No método balanço rápido o utente também parte da posição inicial, mais uma vez ambas as canadianas são colocadas 10 a 15 cm à frente como um bloco único enquanto o utente suporta o peso no membro não afetado. Mas agora, quando transfere o peso para as canadianas, a perna não afetada é impelida até ficar numa posição avançada em relação à outra, pousando à frente das canadianas. O processo repete-se até cobrir a distância desejada.

### **Cadeira de rodas**

As cadeiras de rodas são uma ajuda técnica importante para a mobilização de utentes incapacitados ou aqueles que permanecem muito tempo sentados por outra qualquer incapacidade.

Quando usadas 9 horas por dia, a duração média de uma cadeira de rodas é de cerca de dois anos, a maioria é utilizada muito para além desse período de tempo. Em muitos países as cadeiras de rodas são um bem escasso e pouca atenção é dada às suas condições.



As barreiras arquitetónicas, o terreno citadino ou rural, a construção social para os incapacitados e o custo são alguns dos fatores que em muitos países fazem restringir as pessoas se lesionadas para o uso de cadeiras de rodas.

As cadeiras de rodas são tão diversas como as pessoas que as utilizam. A prescrição da cadeira de rodas, muitas vezes, enumera recomendações de modificações de acordo com as necessidades do utente. A altura e a largura da cadeira de rodas baseiam-se nas dimensões físicas do utente, sendo o objetivo conseguir uma boa postura quando o utente está sentado. As costas e o assento da cadeira de rodas podem ser modificados de modo a acomodar dispositivos anti-pressão e acrescentar suportes de posicionamento. Existem cadeiras de rodas com costas altas, costas reclináveis entre outras, para pessoas que necessitam de um suporte de cabeça e pescoço ou que toleram dificilmente a posição de sentado direito.



#### 2.4. Técnicas de Posicionamento e Mobilidade

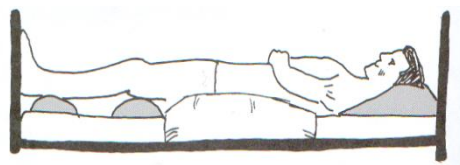
O posicionamento é a postura correta, inativa ou de repouso, que permite um correto alinhamento dos diferentes segmentos do corpo, de forma a garantir a integridade e o equilíbrio do sistema músculo-esquelético, com o mínimo de dispêndio de energia.

Os posicionamentos são efetuados pelo profissional de saúde de acordo com a situação clínica da pessoa e o programa estabelecido. É essencial explicar sempre o procedimento ao utente e incentivá-lo ao auto-cuidado.

Dependendo do tipo de utente, recomendam-se posicionamentos de 2/2 horas num utente crítico e sempre que o utente necessitar e o seu estado clínico permita.



A pessoa deve ficar confortável e deve-se respeitar o alinhamento corporal e as amplitudes articulares em todas as posições.



Os posicionamentos têm como objetivo estimular a circulação, respiração, eliminação e exercício, bem como, manter a integridade da pele, prevenir atrofias musculares e proporcionar conforto e bem-estar.

Ao efetuar posicionamentos é essencial observar, cuidadosamente, a pele em todos os pontos de apoio possíveis de formar áreas de pressão em cada decúbito. A alternância de posicionamento é o principal mecanismo de prevenção de úlceras de pressão.

Antes de efetuar os posicionamentos é importante conhecer o estado de consciência e o grau de mobilidade do utente. É também essencial manter boas condições de higiene do utente e da cama: secar bem a pessoa, manter continuamente a pele seca (trocar fralda, se necessário) assim como a roupa da cama limpa e esticada. Deve-se colocar um resguardo, ao fazer a cama, de modo a facilitar as deslocções do utente.

A nutrição e a hidratação adequadas auxiliam também na prevenção de feridas.

### **Cuidados a zonas de pressão**

Em zonas de pressão é importante massajar a pele com creme hidratante, principalmente nas proeminências ósseas após os cuidados de higiene, aquando os posicionamento e em SOS.

Em casos de zona de rubor (vermelha) deve-se massajar apenas a pele circundante sem pressionar, de forma a restabelecer a irrigação sanguínea.

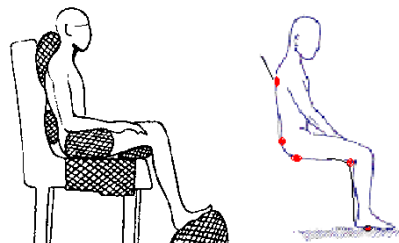
É importante utilizar materiais de prevenção de úlceras de pressão, tais como colchão de pressão alterna, proteção calcanhar ou cotovelo; tendo em conta que nenhum destes materiais é eficaz se o utente não for mudado de posição regularmente.

#### **2.4.1. Tipos de posicionamentos e técnicas associadas**

As posições básicas são a posição de sentado, o fowler, o decúbito dorsal, decúbito ventral e decúbito lateral. As posições modificadas são decúbito semi-dorsal e decúbito semi-ventral.

### Posição sentado

O doente deve ficar apoiado por almofadas de maneira a que a articulação coxo-femural, joelhos e pés fiquem em ângulo recto. Os braços devem ficar apoiados quer seja no corpo ou no cadeirão.



Os pontos de pressão são as omoplatas, as costas, a região sagrada, a região poplíteia e os calcanhares.

### Posição de Fowler

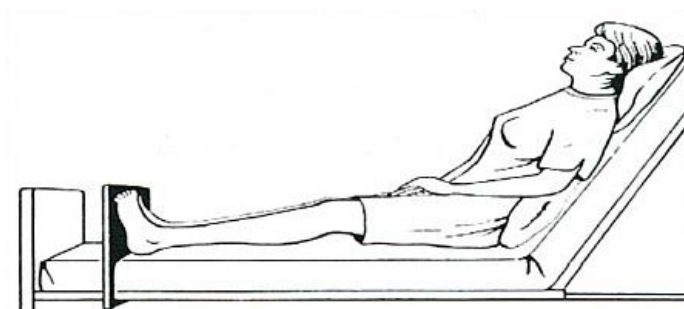
Nesta posição o utente fica ligeiramente sentado. O tronco deve estar elevado entre os 45º e os 60º. É a posição mais aconselhada para pessoas com problemas respiratórios.

É aconselhável colocar uma almofada sob a cabeça bem como nos membros superiores se o utente não tiver controlo sobre os braços e as mãos. Também pode ser colocada uma almofada na região lombar, na região poplíteia e sob os tornozelos para suportar estas zonas.

As zonas de possíveis alterações no alinhamento corporal são:

- Hiperextensão do pescoço;
- Extensão da coluna lombar;
- Extensão dos joelhos;
- Rotação externa das pernas;
- Flexão plantar ou extensão do tornozelo.

As zonas sujeitas a maior pressão são a omoplata, as costas, os cotovelos, a região sagrada e os calcanhares.



### Decúbito dorsal

No decúbito dorsal, também denominado de posição de supina, a relação entre as partes do corpo é essencialmente a mesma numa correta posição de alinhamento em pé, com a exceção do corpo estar no plano horizontal. Almofadas, rolos trocanterianos, rolos de mãos e talas podem ser utilizados para aumentar o conforto do utente e reduzir lesões na pele ou sistema músculo-esquelético.

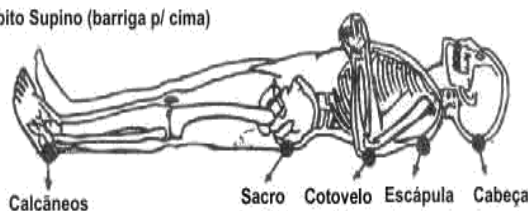
O colchão deve ser firme o suficiente para o suporte da coluna cervical, torácica e lombar. Os ombros são apoiados e os cotovelos são flexionados ligeiramente para controlar a rotação do ombro. Um suporte para os pés é usado para evitar o pé equino, manter o alinhamento adequado e propiciar liberdade de movimentos para os pés.

Existem algumas áreas problemáticas para a posição de decúbito dorsal:

- O travesseiro muito alto sob a cabeça aumenta a flexão cervical;
- Cabeça na horizontal sob o colchão;
- Ombros sem suporte e em rotação interna ou externa;
- Cotovelos estendidos;
- O polegar não oposto aos demais dedos;
- Rotação externa das pernas e joelhos;
- Pés sem suporte.

Os pontos de pressão sem proteção são a cabeça, as omoplatas, os cotovelos, a região sagrada e os calcanhares.

Decúbito Supino (barriga p/ cima)



Para deitar o utente em decúbito dorsal o profissional de saúde ajuda-o colocando uma pequena almofada achatada que apoie a cabeça, o pescoço e os ombros. Os braços são posicionados ao longo do corpo em posição de repouso, com os cotovelos em extensão e as palmas das mãos para baixo. A posição dos membros superiores pode variar por uma ligeira abdução dos ombros com uma pequena almofada ou rolo a elevar os antebraços e as mãos.

As ancas ficam estendidas e apoiadas na posição por um rolo trocanteriano. É importante evitar fazer pressão na face posterior da perna, porque poderia lesar os vasos sanguíneos, levando a uma flebite. Os joelhos ficam estendidos ou ligeiramente fletidos, mas um grau elevado de flexão do joelho pode levar a contracturas com compromisso da postura e da marcha. Os pés posicionam-se em ângulo reto com a perna. Existem contradições para a forma de prevenir a formação de contraturas que resultam em pé equino, mas, para manter o ângulo de flexão desejado, usa-se, habitualmente, um tipo de dispositivo, como quadros ajustáveis, lençóis dobrados com firmeza, almofadas, talas de repouso de pernas com placas de pés ou botas ténis.





### Decúbito ventral

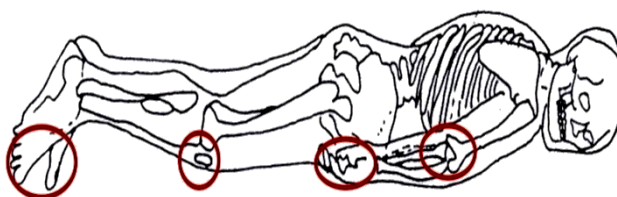
O utente na posição de decúbito ventral ou posição de pronação que é a outra designação para esta posição, está de bruços. Nesta posição o utente fica deitado sobre a sua parte ventral com a cabeça virada para um dos lados.

A almofada sob a cabeça do utente deve ter uma altura que evite a flexão ou extensão cervical e mantenha o alinhamento da coluna lombar. Colocar uma almofada sob a parte inferior das pernas permite a dorsiflexão dos tornozelos e a flexão dos joelhos, o que auxilia no relaxamento. Caso não haja almofada disponível, os tornozelos do utente devem estar em dorsiflexão sobre a extremidade do colchão. O alinhamento corporal é insuficiente quando os tornozelos estão continuamente em flexão plantar e a coluna lombar permanece em hiperextensão.

Os profissionais de saúde devem avaliar e corrigir os pontos potenciais de problemas que podem ser:

- Hiperextensão do pescoço;
- Hiperextensão da coluna lombar;
- Flexão plantar.

Os pontos de pressão sem proteção são a orelha, o queixo, os cotovelos, na mulher a região mamária e nos homens os genitais, os joelhos e os dedos dos pés.



Antes de colocar o utente em decúbito ventral, os profissionais de saúde devem avaliar qualquer contraindicação possível, como um aumento progressivo da pressão intra-craniana ou esforço cardio-pulmonar.

O profissional de saúde ajuda o utente a deitar-se sobre o abdómen. A cabeça fica virada de lado, o que facilita a respiração e a drenagem das secreções orais. Pode colocar-se uma almofada debaixo da cabeça, para maior conforto, e outra entre o tórax e o umbigo para aliviar a pressão no tórax ou nas mamas. As ancas e os joelhos ficam estendidos e apoiados nas almofadas. Os pés e os dedos dos pés ficam apoiados noutra almofada, ou posicionados entre a beira do colchão e a armação da cama, para evitar zonas de pressão. Na posição de decúbito ventral o utente pode sentir-se mais confortável com os braços fletidos acima da cabeça ou estendidos ao longo do corpo em posição neutral.



### Decúbito lateral

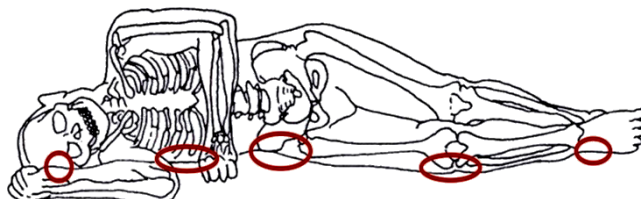
Na posição de decúbito lateral o utente está deitado sobre o lado, com a maior parte do peso do corpo apoiada na anca e no ombro. Quando o utente está nesta posição, o alinhamento do tronco deve ser o mesmo como se estivesse em posição

ereta. Por exemplo, as curvaturas estruturais da coluna devem ser mantidas, a cabeça deve ser apoiada numa linha mediana do tronco e a rotação da coluna deve ser evitada, especialmente nos utentes mais fracos.

Os seguintes pontos problemáticos são comumente observados nos utentes nestas posições:

- Flexão lateral do pescoço;
- Curvaturas da coluna fora do alinhamento normal;
- Rotação interna, adução ou ausência de apoio das articulações dos ombros e dos quadris;
- Ausência de suporte para os pés.

Ausência de proteção nos pontos de pressão na zona parietal (cabeça), orelha, osso ilíaco, joelhos e tornozelos.



Para colocar o utente em decúbito lateral, o profissional de saúde ajuda-o a deitar-se de lado e arranja uma almofada firme para apoiar a cabeça e pescoço. O braço do nível mais baixo posiciona-se ao lado do corpo, apoiando o do nível superior numa almofada, para evitar a pressão sobre o tórax. A perna de nível superior fica fletida na anca e joelho e posicionada sobre uma almofada em frente da perna do nível mais baixo, para minimizar a pressão nesta última. Pode usar-se outra almofada nas costas, para manter a posição de decúbito lateral.







### Decúbito semi-dorsal

Pode-se definir o decúbito semi-dorsal como uma variante de decúbito dorsal. Para colocar o utente nesta posição o profissional de saúde pode partir do decúbito dorsal para obter o semi-dorsal. Coloca almofadas sob a região dorso-lombar. Volta a cabeça para o lado do decúbito e coloca uma almofada. A posição dos braços é idêntica ao decúbito dorsal. Ligeira flexão das pernas. Coloca a perna superior sobre uma almofada. É ideal para prevenção de úlceras de pressão, por manter livres de apoio, as principais áreas de proeminência óssea.

Vigiar as zonas de maior risco que são o lóbulo da orelha, a omoplata inferior, a região sagrada e os maléolos.



### Decúbito semi-ventral

O decúbito semi-ventral difere do decúbito lateral em relação à distribuição do peso do utente. O utente fica deitado de lado com o braço e a perna de cima puxados para a frente. Nesta posição o peso do utente é colocado no ílio anterior, úmero e clavícula. Partindo do decúbito lateral podemos obter o semi-ventral, para isso o profissional de saúde coloca almofadas sob o tórax e abdómen. A cabeça fica voltada para o lado do decúbito e coloca uma pequena almofada, tal como no decúbito ventral.

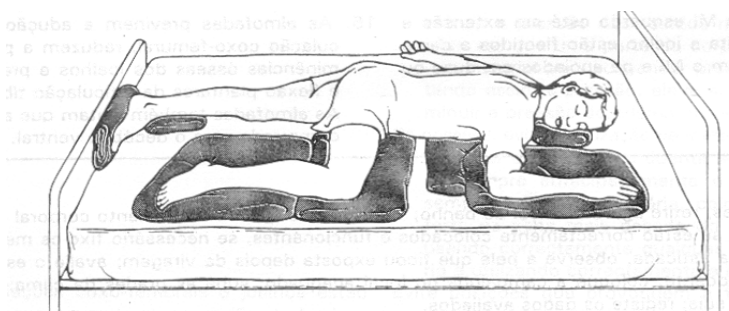


O braço superior fica em abdução e flexão do antebraço sobre as almofadas, enquanto que o braço inferior fica em adução e extensão por detrás do corpo. Uma perna está em extensão enquanto a outra está com o joelho ligeiramente fletido sobre almofadas;

Os pontos problemáticos que são geralmente observados nos utentes em posição de semi-ventral são:

- Rotação do pescoço;
- Rotação interna do ombro e perna superiores;
- Rotação interna do ombro inferior;

As zonas sujeitas a maior pressão são a cabeça, a orelha, o ombro inferior, a crista ilíaca, o joelho inferior e os maléolos.



#### 2.4.2. Auxiliares de posicionamento

Para manter o alinhamento corporal correto é, por vezes, necessária a ajuda de vários dispositivos auxiliares de posicionamento, como por exemplo: almofadas, rolos trocanterianos, suportes dos pés, rolos de mão, talas, cunha ou almofada de abdução.

De uma maneira geral estes dispositivos podem ser criados a partir de materiais disponíveis nas unidades hospitalares ou em casa dos utentes. Outros como as talas podem ser prescritos pelos fisiatras e concebidos ou adaptados pelos ortoprotésicos ou pelos terapeutas ocupacionais. Mesmo a mais vulgar peça de equipamento pode causar zonas de pressão ou comprometer a circulação, se não for corretamente aplicada. Para prevenir a pressão e o desenvolvimento de zonas isquémicas, os profissionais de saúde verificam e removem o equipamento cada 2 a 4 horas, a menos que haja indicação médica em contrário.

**Almofadas.** As almofadas podem ser usadas para posicionar, estabilizar e apoiar ou assegurar uma ponte numa zona de pressão. As alternativas às almofadas são toalhas enroladas ou dobradas, lençóis de banho e blocos de espuma com material lavável. É importante verificar o conteúdo, pois algumas pessoas são alérgicas às substâncias utilizadas no enchimento de almofadas e dispositivos semelhantes.



**Rolos trocaterianos.** Pode usar-se uma toalha de banho ou lençol de flanela para fazer um rolo trocateriano quando não existir um industrial ou quando a aquisição implicar “mais” uma despesa. Este rolo utiliza-se para evitar a rotação externa da anca na posição de decúbito dorsal. O lençol dobrado em três é enrolado à largura e colocado sob a anca desde o topo da crista ilíaca até aproximadamente 15 cm acima do joelho. Deve ser enrolado contra e para baixo da pessoa, de modo a formar um rolo que acompanhe a face externa da coxa.



**Suportes de pés.** As alternativas aos quadros de pés são caixas cobertas com lençóis, talas de apoio de pernas ou ténis bota. Em qualquer destes casos, é necessário pesquisar as zonas de pressão ou isquémia e exercitar os pés do utente, de acordo com as suas capacidades, com a finalidade de manter o tônus e a força muscular e a amplitude articular.



**Rolos de mão.** Um dos tratamentos consagrados pelo tempo para posicionar uma mão numa posição de ligeira flexão era um esfregão enrolado ou uma bola de borracha macia. O uso



de um cone firme, mantido em posição por uma tira elástica na face dorsal da mão assegura uma pressão constante em toda a superfície flexora dos dedos que por sua vez exerce pressão nas inserções dos flexores espásticos do punho e dedos.



**Talas.** Existe desacordo quanto ao facto da colocação de talas nos membros espásticos facilitar ou inibir a espasticidade. Muitos terapeutas ocupacionais só colocam talas nos utentes com



espasticidade moderada a grave. Assim, a sua utilização depende da resposta individual do utente ao dispositivo bem como uma investigação mais aprofundada de forma a ter informação necessária para determinar a melhor intervenção possível.

**Cunha ou almofada de abdução.** A almofada abdutora é um dispositivo de posicionamento triangular em forma de cunha feito em espuma dura. Esta cunha utiliza-se, especificamente, para utentes com prótese total da anca, com o objetivo de manter os membros inferiores na posição de abdução que é necessária para manter a prótese posicionada na articulação até que os músculos, tecidos moles e incisão em torno da prótese cicatrizem.





### 3. ATENDIMENTO E ACOLHIMENTO

O profissional é o rosto da empresa ou instituição em que trabalha. O profissional que contacta com o público deve ser notado pela competência, gentileza e profissionalismo. Neste contexto, o corpo fala muito. Manter as costas direitas, utilizar gestos suaves e manter uma fisionomia alegre irá transmitir disponibilidade e interesse. Uma imagem corporativa forte dá confiança e contribui para desempenhos mais positivos.

O vestuário faz também, parte integrante do processo de comunicação interpessoal. É essencial que cada profissional se vista de acordo com o seu posicionamento na instituição que representa.

#### 3.1. Noções de Atendimento Personalizado

Quando um utente chega a um serviço é essencial que o profissional se dirija ao mesmo sem precipitações. Se possível, é importante colocar-se do seu lado direito evitando estar de frente pois cria um efeito de barreira. Desta forma criará um clima de partilha em vez de oposição. Coloque-se sempre respeitando a “zona de intimidade”, ou seja, mais ou menos com a distância de um braço estendido, evitando assim, a aproximação excessiva à pessoa.

Se estiver ocupado a atender outra pessoa ou com algum serviço, deve-se dar de imediato sinal ao recém-chegado de que reparou nele, sorrindo ou acenando a cabeça.

Olhar a pessoa nos olhos e manter o contacto visual permanente com ele sempre que fala de forma a demonstrar segurança, disponibilidade e escuta ativa. Sorrir é também essencial. Demonstra tranquilidade e simpatia.

Para além disso, recebe-se o utente com uma saudação: “Bom dia!”, “Boa tarde!”, “Como está...?” de acordo com a situação em causa. É essencial evitar frases feitas que transmitam uma ideia de atendimento mecânico e não personalizado. A frase inicial deve ser de escuta ativa, procurando compreender as reais necessidades e expectativas da pessoa.

Deve-se ter em atenção o tom de voz e a forma como se pronunciam as palavras e se constroem as frases.



É relevante tentar identificar o estilo da pessoa que se vai atender: o seu nível social e a sua forma de comunicar, para se adaptar e sincronizar com ela sem sair de um registo profissional.

É fundamental não utilizar palavras excessivamente técnicas, siglas ou códigos que uma pessoa comum não entenda: o que para o profissional é óbvio para um utente pode não o ser.

Manter a paciência e disponibilidade para dar todas as explicações até conseguir que a pessoa esteja esclarecida é essencial para um bom atendimento. Algumas pessoas têm vergonha de colocar questões e de mostrar que não sabem, por isso, antecipe as necessidades da pessoa esclarecendo-a de tudo o que ela deve saber.

### **3.1.1. Entrevista**

Após a receção inicial, em serviços de saúde é importante recolher uma série de dados com a finalidade de identificar os problemas e necessidades do utente. Esta parte é desempenhada pelo enfermeiro que faz uma avaliação inicial completa, criando condições para um ambiente terapêutico. Estas informações permitem também dar início ao plano de tratamento e de alta.

Normalmente a ficha de avaliação inicial inclui: a identificação do utente, antecedentes pessoais e familiares, resumo da situação atual, descrição geral dos aspetos sociológicos, psicológicos e económicos, observações importantes e fontes de dados e/ou contacto como exemplo um familiar, amigo ou vizinho.

A entrevista é realizada num local calmo e isolado para dar oportunidade ao utente de se expressar livremente. Depois de cumprimentar e de se apresentar, o profissional deve explicar o objetivo da entrevista. Durante a mesma deve-se avaliar a situação emocional do utente e observar a comunicação não-verbal. Informar/esclarecer/ensinar sempre que necessário. Completar a informação com dados obtidos na observação física. Registar dados obtidos num impresso apropriado a que a equipa de saúde tem acesso.

A admissão do utente é um processo importante pois facilita a integração do mesmo no meio hospitalar assim como os seus familiares. Este momento tem também



como objetivo integrar o utente no espaço físico que o rodeia, reunir condições para que o internamento seja o mais curto possível e oferecer um atendimento personalizado.

São funções do profissional, ajudar a pessoa a instalar-se na unidade, apresentar a restante equipa e as suas funções, ensinar a usar os equipamentos: cama, mesa de refeições, ..., explicar ao utente as rotinas do serviço incluindo horários de visita.

### **3.2. Problemas Previsíveis Segundo o Grupo Etário e as Circunstâncias do Cliente/Utilizador**

Dependendo da faixa etária dos utentes, verificam-se diferentes preocupações e necessidades a que o profissional deve estar atento.

No caso das crianças, normalmente, necessitam de estar sempre acompanhadas de uma figura de proteção, normalmente os pais. Estas podem ter consigo também amuletos aos quais mantêm um vínculo importante.

Os adolescentes, por sua vez, podem necessitar do seu espaço e da sua privacidade, dispensando a presença de adultos. Estes preocupam-se bastante com a intimidade e necessitam, muitas vezes, de espaço para falar e desabafar sem que se intrometam nos seus assuntos pessoais.

Os adultos têm uma variedade imensa de problemas previsíveis. Desde preocupações com as doenças, a situação económica e familiar, a vida profissional e até ao nível do bem-estar pessoal. Ao nível que se envelhece surgem as preocupações com o medo da morte.



## CONCLUSÃO

Algumas pessoas, em situações de doença têm dificuldades na satisfação das suas necessidades básicas como a alimentação e a eliminação. Nestes casos é essencial o trabalho de um profissional que auxilie nestas tarefas. É importante conhecer as técnicas de alimentação nos diversos tipos de dificuldades apresentadas pelos utentes. Os utentes semi-dependentes necessitam de auxílio na preparação dos alimentos para comer ou até mesmo na introdução deles na boca. Os utentes dependentes normalmente têm formas de alimentação que são monitorizados pelo profissional.

A preparação dos tabuleiros de refeição deve conter todos os elementos que a pessoa necessita para se alimentar, sem que necessite de pedir elementos em falta.

Quanto à manipulação de urinóis e arrastadeiras os profissionais devem ter cuidados para evitar focos de infecção.

A mobilidade é vital para a autonomia e independência da pessoa. No entanto, em casos de doença, as pessoas necessitam de ajuda para se movimentarem. Desta forma o profissional deve conhecer as técnicas de posicionamento, mobilidade e transferência das pessoas quer seja na cama ou na cadeira. Deve também conhecer os utensílios auxiliares de posicionamento para proporcionar maior conforto ao utente e prevenir complicações. Para além disso, deve conhecer as técnicas de transporte em andarilho, canadianas e cadeira de rodas de forma a evitar acidentes.

Como o profissional é o rosto da empresa ou instituição em que trabalha, aquele que contacta com o público deve ser notado pela competência, gentileza e profissionalismo. Desta forma, o utente deve sentir um atendimento personalizado por parte de cada profissional.



## BIBLIOGRAFIA

FHIPPS W., SANDS J., MAREK J. *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. Loures: LUSOCIÊNCIA-Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. ISBN: 972-8383-65-7.

GREVE, Júlia Maria D'Andrea. *Tratado de Medicina de Reabilitação*. São Paulo: Editora Roca Lda, 2007; 1ª edição, ISBN: 978-85-7241-688-7.

PORTUGAL. *Técnicas de Reabilitação II*. Coimbra: Formasau, 1997. 1.ª edição.

POTTER, Patricia A., PERRY, Anne G. *Grande Tratado de Enfermagem Prática*. São Paulo: Santos Livraria Editora, 1996. 1ª edição.

SORENSEN & LUCKMAN. *Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta, 1998. 1.ª edição em Português.

UROSEVICH, Patricia Reilly, *Movilización, traslado y deambulación del paciente en enfermería*. Nursing photobook, Barcelona: Ediciones Doyma, S.A., 1988. ISBN: 0-916730-27-1.

WILSON, Christine Brown. *Revisão bibliográfica: uma prática de mobilização mais segura para os enfermeiros*. In: "Nursing". - Lisboa. ano 14, nº. 162 (Jan. 2002). p. 35-40.

*Texto respeitando o Novo Acordo Ortográfico.*