

Prefeitura Municipal de Várzea Paulista do Estado de São Paulo

VÁRZEA PAULISTA – SP

Enfermeiro

NB069-N9



Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

Prefeitura Municipal de Várzea Paulista do Estado de São Paulo

Enfermeiro

EDITAL Nº 26, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019

AUTORES

Língua Portuguesa - Profª Zenaide Auxiliadora Pachegas Branco

Política de Saúde - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

Conhecimentos Específicos - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Leandro Filho

Christine Liber

DIAGRAMAÇÃO

Renato Vilela

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA

Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários).....	01
Sinônimos e antônimos.....	10
Sentido próprio e figurado das palavras.....	10
Processos de constituição dos enunciados: coordenação, subordinação; concordâncias verbal e nominal.....	62
Pontuação.....	13
Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, artigo, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem.....	17
Concordância verbal e nominal.....	55
Regência verbal e nominal.....	62
Colocação pronominal.....	68
Crase.....	68

POLÍTICA DE SAÚDE

Diretrizes e bases da implantação do SUS.....	01
Constituição da República Federativa do Brasil: Saúde.....	07
Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.....	08
Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças.....	10
Reforma Sanitária e Modelos Assistenciais de Saúde – Vigilância em Saúde.....	19
Doenças de notificação compulsória no Estado de São Paulo. Doenças de notificação compulsória Nacional.....	25
Indicadores de nível de saúde da população.....	34
Políticas de descentralização e atenção primária à Saúde.....	38
Lei Federal nº 8.080/1990.....	53
Lei Federal n.º 8.142/1990.....	62
Decreto Federal n.º 7.508/2011.....	63
Resolução CD/FNDE nº 26 de 17 de Junho de 2013.....	66
Rede de Atenção à Saúde. Linhas de cuidados.....	81
Princípio da Atenção Primária.....	92
Política Nacional de Atenção Básica.....	92
Determinantes Sociais e Processos de Saúde-doença.....	115
Promoção e Prevenção à Saúde.....	121
Trabalho em equipe multiprofissional.....	127
Noções sobre prontuário eletrônico.....	129

SUMÁRIO

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Introdução à enfermagem: fundamentos de enfermagem.....	01
Exercício de enfermagem: código de ética dos profissionais de enfermagem. Legislação profissional – COFEN/COREN...	22
Programa Nacional de Imunização: considerações gerais. Calendário de vacinação para o Estado de São Paulo. Vacinação contra as doenças imunopreveníveis.....	29
Cadeia de frio.....	34
Meios de desinfecção e esterilização.....	34
Administração aplicada à enfermagem: administração em enfermagem.....	46
Supervisão em enfermagem. Enfermagem em pronto-socorro: considerações gerais sobre pronto atendimento: a) definição de urgência e emergência; b) prioridade no tratamento; c) princípios para um atendimento de urgência e emergência. Assistência de enfermagem nas urgências: a) do aparelho respiratório; b) do aparelho digestivo; c) do aparelho cardiovascular; d) do aparelho locomotor e esquelético; e) do sistema nervoso; f) ginecológicas e obstétricas; g) dos distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos; h) psiquiátricas; i) do aparelho urinário.....	60
Atenção básica à saúde: atenção à criança (crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação, doenças diarreicas e doenças respiratórias).....	74
Atenção à saúde da mulher (pré-natal, parto, puerpério, prevenção do câncer ginecológico, planejamento familiar).....	91
Atenção à saúde do adulto (hipertensão arterial e diabetes melito).....	108
Assistência de enfermagem em queimaduras. Assistência de enfermagem em intoxicações exógenas (alimentares, medicamentosas, envenenamentos).....	110
Assistência de enfermagem em picadas de insetos, animais peçonhentos e mordeduras de animais (soros e vacinas)...	112
Assistência de pacientes: posicionamento e mobilização.....	112
Organização e Gestão dos Serviços de Saúde.....	113
Sistematização da assistência de enfermagem.....	115
Política Nacional de Humanização (PNH).....	115
Sistema Único de Saúde: conceitos, fundamentação legal, diretrizes e princípios, participação popular e controle social. Diagnóstico de Saúde na Comunidade.....	118
Planejamento, organização, direção, controle e avaliação.....	118
Indicadores de Saúde.....	120
A integralidade da atenção em Saúde. Saúde da Família e atendimento domiciliar. Organização social e comunitária no campo da Saúde Coletiva.....	120
Vigilância em Saúde.....	121
Equipe de Saúde.....	121
Educação para a Saúde.....	122
O trabalho com grupos. Políticas e Práticas em Saúde Coletiva. Conhecimentos básicos sobre o Programa de Saúde da Família.	122
Conhecimentos básicos sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.....	125
Humanização e Saúde.....	126
O enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.....	134
Prevenção e tratamentos das DCNT.....	139
Atenção domiciliar.....	139
Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.....	140

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - ENFERMEIRO

Introdução à enfermagem: fundamentos de enfermagem.....	01
Exercício de enfermagem: código de ética dos profissionais de enfermagem. Legislação profissional – COFEN/COREN...	22
Programa Nacional de Imunização: considerações gerais. Calendário de vacinação para o Estado de São Paulo. Vacinação contra as doenças imunopreveníveis.....	29
Cadeia de frio.....	34
Meios de desinfecção e esterilização.....	34
Administração aplicada à enfermagem: administração em enfermagem.....	46
Supervisão em enfermagem. Enfermagem em pronto-socorro: considerações gerais sobre pronto atendimento: a) definição de urgência e emergência; b) prioridade no tratamento; c) princípios para um atendimento de urgência e emergência. Assistência de enfermagem nas urgências: a) do aparelho respiratório; b) do aparelho digestivo; c) do aparelho cardiovascular; d) do aparelho locomotor e esquelético; e) do sistema nervoso; f) ginecológicas e obstétricas; g) dos distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos; h) psiquiátricas; i) do aparelho urinário.....	60
Atenção básica à saúde: atenção à criança (crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação, doenças diarreicas e doenças respiratórias).....	74
Atenção à saúde da mulher (pré-natal, parto, puerpério, prevenção do câncer ginecológico, planejamento familiar).....	91
Atenção à saúde do adulto (hipertensão arterial e diabetes melito).....	108
Assistência de enfermagem em queimaduras. Assistência de enfermagem em intoxicações exógenas (alimentares, medicamentosas, envenenamentos).....	110
Assistência de enfermagem em picadas de insetos, animais peçonhentos e mordeduras de animais (soros e vacinas)....	112
Assistência de pacientes: posicionamento e mobilização.....	112
Organização e Gestão dos Serviços de Saúde.....	113
Sistematização da assistência de enfermagem.....	115
Política Nacional de Humanização (PNH).....	115
Sistema Único de Saúde: conceitos, fundamentação legal, diretrizes e princípios, participação popular e controle social. Diagnóstico de Saúde na Comunidade.....	118
Planejamento, organização, direção, controle e avaliação.....	118
Indicadores de Saúde.....	120
A integralidade da atenção em Saúde. Saúde da Família e atendimento domiciliar. Organização social e comunitária no campo da Saúde Coletiva.....	120
Vigilância em Saúde.....	121
Equipe de Saúde.....	121
Educação para a Saúde.....	122
O trabalho com grupos. Políticas e Práticas em Saúde Coletiva. Conhecimentos básicos sobre o Programa de Saúde da Família...	122
Conhecimentos básicos sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.....	125
Humanização e Saúde.....	126
O enfermeiro na Atenção Primária à Saúde.....	134
Prevenção e tratamentos das DCNT.....	139
Atenção domiciliar.....	139
Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.....	140

INTRODUÇÃO À ENFERMAGEM: FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM

Definições

A enfermagem segundo Wanda Horta é "A ciência e a arte de assistir o ser humano em suas necessidades básicas e torna-lo independente destas necessidades quando for possível através do autocuidado". A enfermagem como ciência pode ser exercida em vários locais tais como: Hospitais, Empresas Particulares (Enf. Do Trabalho), Escolas, Unidades de Saúde. Dentro de introdução à enfermagem estuda-se a enfermagem no âmbito hospitalar.

Nos dias de hoje, o hospital é definido segundo a OMS como elemento de uma organização de caráter médico social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa, e preventiva a população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; e um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

Funções do Hospital

- **Preventiva:** Principalmente nos ambulatórios, onde os pacientes retornam após a alta para controle.
- **Educativa:** Através da educação sanitária e prática da saúde pública visando o paciente, a família e a comunidade. Sob o ponto de vista de formação e aperfeiçoamento de profissionais de saúde.
- **Pesquisa:** O hospital serve de campo para a pesquisa científica relacionada à saúde.
- **Reabilitação:** O hospital através do diagnóstico precoce utilizando os cuidados clínicos, cirúrgicos e especiais por meios do qual o paciente adquire condições de retornar ao seu meio e suas atividades.
- **Curativa:** A função a qual o Brasil faz como função principal. Tratamento de qualquer natureza.

CLASSIFICAÇÃO

Segundo o tratamento:

Geral: É o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas.

Especial ou Especializada: Limita-se a atender pacientes necessitados de assistência de determinada especialidade médica. Ex: Hospital do câncer.

Segundo o número de leitos:

Pequeno porte: hospital com capacidade normal de até 50 leitos.

Médio porte: hospital com capacidade normal de 50 a 150 leitos.

Grande porte: Capacidade normal de 150 a 500 leitos.

Extra ou Especial: capacidade acima de 500 leitos.

Terminologia Hospitalar

Matrícula ou registro: definido como a inscrição de um paciente na unidade médica hospitalar que o habilita ao atendimento.

Internação: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar.

Leito Hospitalar: cama destinada à internação de um paciente em um hospital. Não é considerado leito hospitalar (cama destinada ao acompanhante, camas transitórias utilizadas no serviço diagnóstico de enfermagem, cama de pré parto, recuperação pós anestésica e pós operatórios, camas instaladas no alojamento de médicos).

Censo Hospitalar Diário: É a contagem a cada 24 horas do número de leitos ocupados.

Dia Hospitalar: É o período de trabalho, compreendido entre dois censos hospitalares consecutivos.

Leito Dia: Unidade representada pela cama à disposição de um paciente no hospital.

Óbito hospitalar: é o óbito que se verificam no hospital após o registro do paciente.

Alta: ato médico que configura a cessação da assistência prestada ao paciente.

O PACIENTE

O paciente é o elemento principal de qualquer instituição de saúde. Considera-se paciente todo o indivíduo submetido a tratamento, controle especiais, exames e observações médicas.

O paciente procura o hospital quando atingido pela doença, pois se cria nele angústia, inquietação, que leva a exagerar o poder e conhecimento sobre os profissionais que o socorrem, muitas vezes torna-se difícil o tratamento do doente, originando problemas de relacionamento (paciente pessoal).

A doença trás ao paciente graves consequências como:

- Choque emocional,
- Ameaça do equilíbrio psicológico do paciente,
- Rompimento das defesas pessoais,
- Leva a pedir proteção e cuidados,
- Obriga ao abandono das atividades normais,
- Ao recolhimento ao leito,
- Ao afastamento da comunidade.

O paciente ao ser admitido no hospital espera do médico e da enfermagem, uma explicação, uma palavra de conforto em relação ao seu estado de saúde. Se isto não acontece, o seu quadro psicológico pode ser agravado, levando-o a se tornar submisso e despersonalizado, ou então agressivo.

Exame físico

O diagnóstico do paciente traça as diretrizes para o tratamento e cuidado de enfermagem. Para que o diagnóstico seguro seja estabelecido há a necessidade de um exame completo, que consta de exame físico e psicológico. Os instrumentos básicos dos exames físicos são os sentidos humanos da visão, tato, audição e olfato. Certos instrumentos podem facilitar e oferecer maior precisão quanto a fenômenos acústicos e visuais como estetoscópio e oftalmoscópio.

Métodos de exame físico

São quatro os métodos universalmente usados para exame físico:

- Inspeção: é a observação do estado geral do paciente, coloração da pele, presença de deformação como edema, estado nutricional, padrão de fala, temperatura corporal, postura, movimento do corpo.
- Palpação: consiste em sentir as estruturas (tecidos, órgão), do corpo através da manipulação.
- Percussão: efetuada com leves pancadas das pontas dos dedos sobre uma área do corpo. O som produzido revela o estado dos órgãos internos.
- Ausculta: consiste em escutar ruídos no corpo, especialmente para verificar o funcionamento do coração, pulmão, pleura e outros órgãos. Para isto utiliza-se o estetoscópio.

No exame físico verificar:

- Condições Gerais: estado de consciência, aspecto de nutrição e hidratação, expressão facial, condições de locomoção, vícios, peso, altura, idade aparente, alergia a drogas.
- Sinais Vitais: Pulso, respiração, pressão arterial, temperatura.
- Postura e Aparelho Locomotor Motricidade, mecânica corporal e marcha.
- Tórax e Pulmões Contorno, expansibilidade, intensidade de ruídos respiratórios.
- Abdômen: Cicatrizes, lesões

Atribuições do auxiliar de enfermagem no exame físico:

Preparar o material que consiste em:

- Termômetro
- Oftalmoscópio
- Esfigmomanômetro
- Otoscópio
- Estetoscópio
- Cuba-rim
- Martelo de percussão
- Vidro com álcool
- Abaixador de língua
- Bolas de algodão
- Fita métrica
- Toalha

Para exames especiais, o material varia conforme o exame: espéculo vaginal, luvas, lubrificantes, laminas, tubos para cultura, etc.)

Preparar o Paciente e o Ambiente :

- Explicar ao paciente o que vai ser feito, a fim de obter a sua colaboração;
- Verificar sua higiene corporal;
- Oferecer-lhe a comadre (se necessário);
- Levá-lo para a sala de exame ou cercar a cama com biombo;
- Dispor o material para o exame sobre a mesa auxiliar;
- Cobrir o paciente de acordo com o tipo do exame, e da rotina do serviço.

- Obs.: Evitar descobrir o paciente mais do que necessário, procurando também não atrapalhar o médico;
- Usar roupas folgadas ou lençóis para permitir mudanças de posição com maior rapidez;
- Não permitir que o paciente sinta frio descobrindo só a região a examinar;
- Deixá-lo o mais seguro e confortável possível.

Prestar Assistência Durante o Exame Físico

- Certificar-se da temperatura e iluminação da sala. Fechar janelas se estiver frio e providenciar um foco se a iluminação for deficiente.
- Verificar T.P.R.P.A , peso, altura e anotar no prontuário;
- Despir a camisola do paciente, cobrindo-o com lençol;
- Avisar o medico que o paciente esta pronto para o exame;
- Colocar-se junto a cama do lado oposto aquele que estiver o medico;
- Entregar-lhe os objetos a medida que necessitar.
- Obs.: Se for o enfermeiro ou auxiliar que for realizar o exame físico do paciente ou, colher algum material para exame todos os cuidados acima deverão também ser seguidos

Posições para o Exame Físico:

a) Posição Ginecológica

- Indicações:** Exame vaginal, exame vulvo vaginal, lavagem vaginal, sondagem vesical, tricotomia).
- Descrição da Posição:
 - Colocar a paciente em de decúbito dorsal;
 - Joelhos flexionados e bem separados, com os pés sobre a cama;
 - Proteger a paciente com lençol ate o momento do exame

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar a paciente, avisando-a que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Colocar a paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Pedir a paciente para flexionar os membros inferiores, colocando os calcanhares na cama;
- Afastar bem os joelhos;
- Proteger a paciente com lençol em diagonal, de tal forma que uma ponta fique sobre o peito e a outra na região pélvica. As outras duas pontas deverão ser presas sob os calcanhares da paciente;
- Colocar a paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recompôr a Unidade;

b) Posição de Decúbito Dorsal

Indicação: Realizar exame físico

Técnica:

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisa-lo sobre o que será feito

- Isolar a cama com biombos;
- Deitar o paciente de costas com a cabeça e ombros ligeiramente elevados por travesseiros, as pernas estendidas;
- Dar condições necessárias para a expansão pulmonar, não dobrando o pescoço ou cintura;
- Manter os membros superiores ao longo do corpo;
- Deixar o paciente em posição correta para evitar distensão dos tendões da perna;
- Manter os joelhos ligeiramente fletidos e os pés bem apoiados;
- Evitar a queda dos pés equinos;
- Proteger o paciente sempre com o lençol, expondo apenas o necessário;
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente

c) Posição de SIMS

Indicação: Exames retais, lavagem intestinal, exames vaginais, clister

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos
- Colocar o paciente deitado do lado esquerdo
- Aparar a cabeça do paciente sobre o travesseiro
- Colocar o braço esquerdo para trás do corpo
- Flexionar o braço direito e deixá-lo apoiado sobre o travesseiro
- Colocar o membro inferior esquerdo ligeiramente flexionado
- Colocar o membro inferior direito fletido até quase encostar o joelho no abdômen
- Deixar o paciente sempre protegido com lençol, expondo apenas a região necessária
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recompôr a Unidade
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente.

d) Posição de Fowler:

Finalidade: pacientes com dificuldades respiratórias, para a alimentação do paciente, pós-operatório nasal, buco maxilo, cirurgia de tireoide (tireodectomia).

Técnica:

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Manter o paciente em posição dorsal, semi-sentado, recostado, com os joelhos fletidos, apoiados em travesseiros ou o estrado da cama modificado;
- Elevar a cabeceira da cama mais ou menos em ângulo de 45 graus
- Elevar o estrado dos pés da cama para evitar que o paciente escorregue

- Verificar se o paciente está confortável
- Proteger o paciente com lençol
- Deixar o paciente em posição confortável após o exame ou tratamento
- Recolocar o material no lugar
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente

e) Posição de Decúbito Lateral

Finalidade: Cirurgias renais, massagem nas costas, mudança de decúbito.

Técnica :

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos
- Posicionar o paciente na cama sobre um dos lados
- Colocar a cabeça sobre o travesseiro, apoiando também o pescoço
- Colocar outro travesseiro sob o braço que está suportando o peso do corpo
- Colocar um travesseiro entre as pernas para aliviar a pressão de uma perna sobre a outra
- Manter o alinhamento corporal a fim de facilitar a respiração;
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o local a ser examinado;
- Colocar o paciente em outra posição confortável após o repouso de mudança de decúbito ou exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente

f) Posição em Decúbito Ventral

Finalidade: Laminectomias, cirurgias de tórax posterior, tronco ou pernas.

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos
- Deitar o paciente com o abdômen sobre a cama ou sobre a mesa de exames
- Colocar a cabeça virada para um dos lados
- Colocar os braços elevados, com as palmas das mãos apoiadas no colchão, à altura da cabeça ou ao longo do corpo
- Colocar um travesseiro, se necessário, sob a parte inferior das pernas e pés, para evitar pressão nos dedos
- Proteger o paciente com lençol
- Colocar o paciente em posição confortável
- Recompôr a Unidade
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente
- Obs.: Em alguns casos esta posição é contra indicada (pacientes portadores de incisões abdominais, ou com dificuldade respiratória, e idosos, obesos.)

g) Posição Genu-peitoral

Finalidade Exames do reto e vagina, sigmoidoscopia.

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Solicitar ao paciente para que fique em decúbito ventral
- Apoiar o peito do paciente de encontro com o colchão ou mesa de exame
- Pedir ao paciente para fletir os joelhos;
- Colocar a cabeça virada para um dos lados, sobre um pequeno travesseiro
- Pedir para o paciente estender os braços sobre a cama, na altura da cabeça
- Solicitar ao paciente para que descanse o peso do corpo sobre a cabeça, ombros, peito, e os joelhos, formando assim, um ângulo reto entre as coxas e as pernas
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o necessário
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame
- Recompôr a Unidade
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente

h) Posição de Trendelenburg

Finalidades Cirurgias da região pélvica, estado de choque, tromboflebitas, casos em que deseja melhor irrigação cerebral, drenagem de secreção pulmonar.

Técnica

Lavar as mãos.

Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito. Colocar o paciente na posição dorsal horizontal.

Inclinar a cabeceira da cama em ângulo adequado.

Elevar os pés da cama em ângulo adequado, de forma que a cabeça fique mais baixa em relação ao corpo.

Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o necessário.

Recompôr a Unidade.

Lavar as mãos.

Anotar no prontuário do paciente

Técnica de verificação de medidas antropométricas:

Definição: é a verificação do peso corporal e altura do paciente.

Finalidade: averiguar o peso e altura do paciente.

Normas para técnica de verificação de medidas antropométricas

O paciente deve estar sem sapatos e com roupas leves;

A verificação do peso deve ser sempre na mesma hora;

O paciente deve estar na posição ereta;

Material:

Balança antropométrica,

Papel toalha.

Técnica

Explicar o procedimento ao paciente;

Aferir a balança;

Proteger o piso da balança com papel;

Solicitar ao paciente que retire os sapatos, roupas pesadas e suba na balança;

Posicionar o paciente de frente para a balança, isto é, para a escala desta;

Executar a técnica da pesagem;

Colocar em seguida, o paciente de frente para a pessoa que está fazendo a mensuração e verificar a estatura;

Encaminhar o paciente ao leito novamente;

Anotar no prontuário.

Obs.: - Causas do aumento de peso:

a) Descontrole hormonal, (hipotireoidismo);

b) Bulimia (aumento da fome);

c) Problemas psicológicos;

d) Retenção de água.

Causas do emagrecimento:

a) Desidratação;

b) Anorexia;

c) Descontrole hormonal, (hipertireoidismo).

ADMISSÃO DO PACIENTE

O paciente deve ser recebido no hospital com toda cordialidade e atenção. A primeira impressão que o paciente tem e sempre de grande importância para inspirar-lhe confiança no hospital e no tratamento que ali vai receber. Este bom acolhimento influirá também nos familiares ou pessoas que o acompanham.

Técnica

Lavar as mãos;

Preencher todos os dados da ficha de identificação do paciente;

Fazer a lista dos valores do paciente sob suas vistas ou alguém de sua família. Entregá-los ao responsável para guardá-los no cofre do hospital ou conforme rotina da instituição;

Levar o paciente até seu quarto e orientá-lo quanto as instalações sanitárias e demais dependências da enfermaria;

Deixar a campainha ao seu alcance;

Providenciar para que o paciente conheça a equipe que lhe dará assistência. Mostrar-lhe o regulamento do hospital quanto a visita, horas de repouso, de refeição, etc.;

Encaminhar o paciente para o banho oferecendo o material;

Arrumar a cama conforme técnica de arrumação de cama aberta;

Acomodar o paciente e verificar os sinais vitais, fazer o exame físico conforme a técnica, lavando as mãos em seguida;

Anotar na folha de evolução de enfermagem o horário da admissão, sinais vitais, exame físico completo, e se o paciente veio sozinho acompanhado, deambulando, em cadeira de rodas ou de maca;

Comunicar o serviço de nutrição a dieta do paciente;
Encaminhar pedidos de exames;
Iniciar o tratamento propriamente dito

ALTA HOSPITALAR

Técnica

Verificar se a folha de alta esta assinada pelo medico;
Reunir e entregar os pertences ao paciente;
Verificar se existem valores do paciente guardados pelo hospital tais como: dinheiro, joias, documentos etc.
Se houver necessidade ajudar o paciente a vestir-se
Anotar no prontuário o horário e as condições em que o paciente esta saindo, e as orientações feitas no momento da alta;
Esperar os familiares ou responsáveis;
Acompanhar o paciente a portaria;

Obs.: - Em caso de alta por óbito, anotar no prontuário a hora, e o medico que constatou e atestou o óbito.

ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

As anotações no prontuário são baseadas em observação de enfermagem.

Observação e o ato, habito ou poder de ver, notar e perceber; e examinar, contemplar e notar algo através da atenção dirigida.

Finalidades:

Contribuir com informações para o diagnostico e tratamento médico e de enfermagem;
Conhecer o paciente, família e comunidade;
Construir fator decisivo entre a vida e a morte através dos dados colhidos;
Auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisões especifica;
Verificar os problemas aparentes e inaparentes;
Planejar cuidados de enfermagem;
Analisar os serviços hospitalares prestados;
Analisar os cuidados de enfermagem prestados;
Servir de base para qualquer documentação e anotação

O Que Observar:

Sintomas: É uma manifestação perceptível no organismo que indica alteração na saúde física ou mental.

Sintoma Subjetivo: É aquele descrito pelo paciente, não podendo ser visto ou sentido por outros. Ex. cefaleia.

Sintoma Objetivo: É aquele notado ou sentido pelo observador, e sinônimo de sinal. Ex. vômito, Edema, etc.

Síndrome: É um complexo de conjunto de sinais e sintomas.

A observação serve não só para descobrir anormalidades, mas também para identificar a potencialidade do individuo. A observação global associada a outras obser-

vações gerais leva a descoberta de aspectos favoráveis, podendo indicar ausência de problemas, recuperação, ou mesmo os recursos físicos e mentais, dos quais o individuo dispõe para auxiliar na sua própria recuperação.

Anotações de enfermagem:

Finalidades Relatar por escrito as observações do paciente;

Contribuir com informações para o diagnostico medico e de enfermagem;

Contribuir com informações para fazer o planejamento do plano de cuidados de enfermagem;

Servir de elementos para pesquisa;

Fornecer elementos para auditoria de enfermagem;

Servir para avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (quanto a qualidade e continuidade);
Servir como fonte para a aprendizagem.

Tomando como base as observações os elementos principais a serem anotados são o seguinte:

01 A aparência;

02 Estado físico: queixas, observações em geral, alimentação, exames, testes, encaminhamento, eliminações, tratamentos dados, resultados dos cuidados prestados, medicamentos, conteúdos e demais observações colhidas pelo exame físico;

03A conservação ou a comunicação;

04 - O comportamento:

Equilíbrio do pensamento (senso critico, confusão, expressão de ideias, delírios, localização no tempo e espaço, etc.);

Equilíbrio do estado perceptivo (alucinações, delírios);
Equilíbrio de estado afetivo (emoções, sentimentos, capacidade para resolver situações, etc.);

Equilíbrio no ajustamento social (dependência, isolamento, reação ao ambiente e pessoa);

Capacidade de aprendizagem - inteligência;

05 - Atividades;

06 - Recomendações.

Normas para anotações de enfermagem:

01 - Usar termos descritos: Ex. o paciente esta ansioso, o paciente deambula constantemente no corredor, torcendo as mãos, apresentando expressão facial de preocupação;

02 - Usar termos objetivos: aquilo que foi visto ou sentido e não de interpretação pessoal;

03 - Usar termos concisos;

04 - Considerar o aspecto legal das anotações: não permitindo rasuras, linha em branco entre uma e outra anotação, colocar nomes de pessoas;

05 - Considerar o segredo profissional;

06 - Observar a redação, ortografia, letra: Usar 3a pessoa gramatical: Ex. o enfermeiro atendeu imediatamente ao chamado da campainha;

07 - Colocar horário;

08 - Colocar vias de administração e locais de aplicação de medicamentos;

09 - Fazer assinatura legível;

10 - Nunca anotar medicamentos ou tratamentos feitos por outras pessoas.

Prevenção e controle de infecção

Alguns conceitos importantes:

Assepsia - Segundo o Ministério da Saúde, é o processo pelo qual se consegue afastar germes patogênicos de determinado local ou objeto.

Antissepsia - É o método que inibe a proliferação de germes, sem, no entanto provocar a sua destruição. É utilizado apenas em relação a tecidos vivos. Ex: utilização de álcool para limpar a pele antes de aplicar uma injeção, lavagem das mãos.

Desinfecção - É a destruição de microrganismos patogênicos, não incluindo os esporos.

Esterilização - É o processo aplicado a materiais e ambiente com o objetivo de destruição de microrganismo em todas as suas formas, incluindo os esporos.

Infecção Hospitalar - A infecção hospitalar é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

Lavagem das mãos

- Após tocar fluidos, secreções e itens contaminados;
- Após a retirada das luvas;
- Antes de procedimentos com paciente;
- Entre contatos com pacientes;
- Entre procedimentos num mesmo paciente;
- Antes e depois de atos fisiológicos;
- Antes do preparo de soros e medicações.

Material

Sabão;
Toalha de papel.

Procedimento:

Retirar anéis, relógio, etc.;
Posicionar-se sem encostar-se na pia
Abrir a torneira;
Ensaboar as mãos;
Frictionar as mãos;
Enxaguar as mãos, deixando a torneira aberta;
Enxugar as mãos com papel toalha;
Fechar a torneira com a mão protegida com papel toalha, caso não tenha fechamento automático.
Jogar na lixeira, específica, o papel toalha usado.

Higiene da unidade do paciente

Tipos de limpeza

Limpeza diária ou concorrente ou desinfecção concorrente

É aquela feita diariamente para a manutenção da limpeza hospitalar constituindo na arrumação da cama e na manutenção da limpeza do mobiliário e do ambiente.

Proporciona conforto, segurança e bem-estar ao cliente, além de minimizar o risco de infecção através de eliminação de microrganismos existentes no ambiente hospitalar.

Chamamos também de desinfecção concorrente aquela realizada

imediatamente após a expulsão de matéria orgânica do corpo do indivíduo (cliente) com sangue, fezes, vômito, etc.

LIMPEZA OU DESINFECÇÃO GERAL OU TERMINAL

É feita após a saída do cliente por alta, transferência, óbito ou suspensão das medidas de isolamento e o preparo do leito para que seja recebido outro cliente.

A desinfecção terminal pode ser do leito, no caso de alta de um paciente ou do quarto todo. Nesta técnica existe a parte que compete a Enfermagem e a que é da alçada dos funcionários da limpeza, conforme rotina estabelecida.

Outras barreiras empregadas são os isolamentos:

- 1) Isolamento total:** Destina-se a prevenir a transmissão de doenças altamente contagiosas, como por exemplo: Difteria (neste tipo de isolamento usa-se máscara, luvas e avental);
- 2) Isolamento respiratório:** Usado para prevenção de doenças que se transmitem por via respiratória, como por exemplo a Meningite. Há a necessidade do uso de máscara, somente;
- 3) Isolamento entérico:** Para prevenir infecções que são transmitidas pelo contato direto ou indireto com fezes e/ou urina. Ex: Enterocoliteneccrosante. Há necessidade do uso de luvas e, às vezes, avental;
- 4) Isolamento protetor ou reverso:** Para pacientes imunodeprimidos como no caso de portadores de HIV.

Usa-se máscaras para defesa deles, mas para nossa proteção, às vezes, dependendo do grau da doença, necessita-se de óculos e avental;

- 5) Isolamento de contato:** Para prevenção de doenças altamente transmissíveis pelo contato, como é o caso de sarna infectada. Necessita-se de luvas e avental.

Arrumação do leito do paciente

Tipos de cama:

Leito fechado: é a cama que está desocupada aguardando a chegada do cliente. Deve ser arrumada aproximadamente 2 horas após ter sido feita a limpeza geral, permitindo arejamento do ambiente.

Leito aberto: é aquela que está sendo ocupado por um paciente que pode locomover-se.

Na cama aberta, se o cliente estiver usando colcha e cobertor sobre lençol deve fazer uma dobra sobre os mesmos, num ângulo de aproximadamente 90 graus.

Leito operado: É feita para aguardar o paciente que está na sala de cirurgia ou em exame, sob anestesia.

Tem finalidade de:

- Proporcionar conforto e segurança ao paciente;
- Facilitar a colocação do paciente no leito;

Controle de sinais vitais

Definição: sinais vitais são reflexos ou indícios de mudanças no estado do paciente. Eles indicam o estado físico do paciente e ajudam no seu diagnóstico e tratamento.

Normas:

- Os sinais vitais deverão ser verificados a cada 06 horas. Quando o caso exigir deve ser visto quantas vezes for necessário
- Ao se verificar qualquer um dos sinais vitais, deve ser explicado ao paciente o que ser realizado
- Quando houver alteração de alguns dos sinais vitais deve ser comunicado ao enfermeiro da unidade e ao médico responsável pelo paciente, se for necessário.

Material

Bandeja contendo:

- Termômetro,
- Bolas de algodão seco,
- Bolas de algodão embebidas no álcool a 70%,
- Estetoscópio,
- Aparelho P.A.
- Esfigmomanômetro;
- Caneta
- Relógio,
- Gazes

Temperatura (T): É o grau de calor que atinge um determinado corpo. É o equilíbrio entre a produção e a eliminação deste calor.

- Axilar: de 36°C a 36,8°C
- Bucal :de 36,2°C a 37°C
- Retal: de 36,4°C a 37,2°C

Nomenclatura:

- **Eutermia ou normotermia:** valor dentro da normalidade = 36°C a 37°C
- **Febril ou febrícula:** valor de 37,5°C a 38°C
- **Febre:** valor de 38,1°C a 39°C
- **Pirexia:** de 39,1°C a 40°C
- **Hiperexia ou hipertermia:** acima de 40°C
- **Hipotermia:** abaixo de 36°C

Cuidados de enfermagem para hipertermia:

1. Estimular ingestão hídrica;
2. Estimular banho de água morna quase fria;
3. Colocar compressas frias, não geladas, nas pregas inguinais e axilares e testa;
4. Diminuir a quantidade de roupas;
5. Proporcionar repouso;
6. Orientar que mantenha alimentação.

Cuidados de enfermagem para hipotermia:

1. Oferecer alimentos quentes (chocolates, sopas, bebidas isotônicas);
2. Proporcionar repouso;
3. Aumentar a quantidade de roupas;
4. Oferecer alimentos ricos em vitaminas;
5. Se der, aquecer o ambiente.

Temperatura Axilar: Apesar de não ser a mais precisa, é a maneira mais utilizada para se verificar a temperatura.

A temperatura axilar é contraindicada nas queimaduras de tórax porque a circulação fica alterada), nas fraturas dos membros superiores, na furunculose axilar e em pacientes muito caquéticos.

Temperatura Bucal: É contraindicada a verificação de temperatura bucal nos casos de comprometimento da boca e face, e em todos os clientes impossibilitados de manter o termômetro sob a língua, como crianças, clientes inconscientes e doentes mentais. O termômetro deverá ser de uso individual.

Temperatura retal: O reto é o local de maior precisão para verificar a temperatura. É contraindicada a verificação de temperatura retal nos casos de comprometimento do ânus, do reto e do períneo. O termômetro deverá ser de uso individual.

Pulso (P ou FC): É o nome que se dá à dilatação, pequena e sensível, das artérias, produzida pela corrente circulatória. Toda vez que o sangue é lançado do ventrículo esquerdo para a aorta, a pressão e o volume provocam oscilações ritmadas em toda a extensão da parede arterial, evidenciadas quando se comprime, moderadamente, a artéria contra uma estrutura dura.

Valores de normalidade:

- Homens: 60 a 70bpm
- Mulheres: 65 a 80bpm

Fatores que alteram a frequência do pulso:

Fatores Fisiológicos: emoções, digestão, banho frio (porque faz vaso constrição), exercícios físicos (aceleram), algumas drogas como osdigitálicos (diminuem).

Fatores Patológicos:

- Febre - doenças agudas (aceleram)
- Choque (diminuem)

Classificação do pulso pode ser quanto à:

1) Regularidade:

- A. Rítmico** - bate ou pulsa com regularidade, ou seja, o tempo de intervalo entre os batimentos é o mesmo.
- B. Arritmico** - bate sem regularidade (irregular), o intervalo entre os batimentos é diferente.

2)Amplitude:

- a) Fraco ou filiforme:** redução da força ou do volume sanguíneo (facilmente desaparece com a compressão).
- b) Forte ou cheio:** aumento da força ou do volume sanguíneo (dificilmente desaparece com a compressão).

3)Tensão:

- a) Macio** - fraco
- b) Duro** - forte

4)Tipos de Pulso:

Bradisfígmico - São os batimentos do pulso abaixo do normal (lento)

Taquisfígmico - São os batimentos do pulso acima do normal (acelerado)

Dicrótico - Dá a impressão de dois batimentos

Bradycardia - São os batimentos cardíacos abaixo do normal, em número

Taquicardia - São os batimentos cardíacos acima do normal, em número

Observações importantes:

Evitar verificar o pulso em membros superiores afetados por sequelas de lesões neurológicas ou vasculares;

Não verificar o pulso em membro com fístula arteriovenosa (para hemodiálise);

Nunca usar o dedo polegar na verificação, pois pode confundir a sua pulsação com a do paciente;

Em caso de dúvida, repetir a contagem;

Proceder a verificação com as mãos secas e quentes.

Respiração (R ou FR): é o processo no qual ocorre a troca de oxigênio e gás carbônico entre o corpo e o meio ambiente.

Avaliação da respiração:

- Quanto à frequência (número de movimentos respiratórios por minuto/mrpm).

Valores de normalidade:

-No homem (15 a 20 mrpm)

-Na mulher (18 a 20 mrpm)

Quanto ao ritmo:

Regular: quando o intervalo entre os movimentos respiratórios é igual.

Irregular: quando são diferentes.

-Quanto à profundidade (intensidade da respiração): Superficial e Profunda

Nomenclatura:

-Eupneia: respiração com frequência normal

-Bradipnéia: quando a frequência respiratória está abaixo de 12 mrpm

-Taquipnéia: quando frequência respiratória acima de 24 mrpm

-Apneia: ausência ou parada de respiração por 20 segundos

-Dispneia: respiração difícil, caracterizada pelo aumento do esforço inspiratório e expiratório

-Ortopnéia: quando paciente tem dificuldade para respirar na posição deitada e só consegue respirar bem se estiver sentado

-Cheyne Stokes: quando o ritmo respiratório desigual, ou seja, todo alterado

-Estertorosa: respiração com barulho

-Kussmaul: respiração profunda e ofegante característica de coma e acidose diabética grave.

Existem fatores que alteram a respiração:

- Sono e banho quente: diminuem a respiração

- Emoções, exercícios e banho frio: aumentam a respiração.

Pressão Arterial – P.A: é a tensão que o sangue exerce nas paredes das artérias. A medida da pressão arterial compreende a verificação da pressão máxima (sistólica) e a pressão mínima (diastólica), sendo registrado em forma de fração.

A P.A. depende do:

Débito cardíaco: representa a quantidade de sangue ejetado do ventrículo esquerdo para o leito vascular em um minuto;

Resistência vascular periférica: determinada pelo lúmen (calibre), pela elasticidade dos vasos e viscosidade sanguínea;

Viscosidade do sangue: decorre das proteínas e elementos figurados do sangue.

A P.A. é alterada em algumas situações fisiológicas, como:

a) Alimentação, medo, ansiedade, exercícios, estimulantes aumentam a P.A.

b) Repouso, jejum, depressão, diminuem a P.A.

Terminologias referentes a pressão arterial:

Hipertensão: P.A. elevada;

P.A. convergente: P.A. mínima próxima da P.A. máxima;

Hipotensão: P.A. baixa;

P.A. Divergente: P.A. mínima distante da P.A. máxima.

Local de Verificação:

Membros superiores (braços),

Membros inferiores (região poplíteia)

Valores da PA

Sistólica - 90 - 140 mmhg

Diastólica - 60 - 90 mmhg.

Normas para verificação da Pressão Arterial:

Na presença de lesões ou doenças contagiosas, proteger esfigmomanometro envolvendo o membro do paciente com sanito. Encaminhar o esfigmomanometro para lavanderia na alta do paciente

Caso haja alterações no som é importante anotar para análise de dados clínicos

Verificar todos os sinais vitais de um paciente, lavar as mãos, e passar para outro

Em casos de verificar a P.A. com o paciente sentado, o membro superior deve ser posicionado de forma que o braço permaneça no mesmo nível que o coração, isto é, ao longo do corpo

Não verificar a P.A. nos membros com fistulas arteriovenosas

Lembrar que a P.A. pode ser verificada nos membros inferiores, se necessário

Técnica para verificação da Pressão Arterial

- Lavar as mãos
- Preparar o material
- Promover a desinfecção das olivas e diafragma do estetoscópio com álcool a 70%
- Explicar ao paciente o que ser feito
- Colocar o paciente em condição confortável, com antebraço apoiado e a palma da Mão para cima
- Expor o membro superior do paciente
- Colocar o manguito (esfigmomanómetro) cinco cm acima da prega do cotovelo, na face interna do braço prendendo-o de modo a não comprimir nem soltar
- Localizar com os dedos a artéria braquial na dobra do cotovelo;
- Colocar o estetoscópio no ouvido e segurar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria, evitando uma pressão muito forte;
- Fechar a válvula da pera de borracha e insuflar até o desaparecimento de todos os sons (cerca de 200 mmHg);
- Abrir a válvula vagarosamente;
- Observar o manómetro, o ponto em que ouvir o primeiro batimento e a P.A. sistólica máxima;
- Soltar o ar do manguito gradativamente até ouvir claramente o último batimento lendo o manómetro (P.A. diastólica mínima);
- Retirar todo o ar do manguito. Repetir a operação se for necessário;
- Remover o manguito e deixar o paciente confortável;
- Promover a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com álcool a 70%;
- Anotar na ficha de controle;
- Lavar as mãos

Técnica de Verificação de P.A. nos Membros Inferiores

- Lavar as mãos
- Preparar o material
- Promover a limpeza das olivas e diafragma do estetoscópio com álcool a 70%
- Explicar ao paciente o que ser feito
- Colocar o paciente em posição confortável com os MMII estendidos
- Expor o membro inferior do paciente
- Colocar o manguito (esfigmomanómetro) cinco cm acima da prega do joelho, prendendo-o de modo a não comprimir nem soltar-se
- Localizar com os dedos a artéria poplítea na dobra do joelho
- Colocar o estetoscópio no ouvido e segurar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria, evitando uma pressão muito forte
- Fechar a válvula da pera de borracha e insuflar até o desaparecimento de todos os sons (cerca de 200 mmHg)
- Abrir a válvula vagarosamente
- Observar o manómetro. O ponto em que ouvir o primeiro batimento e a P.A. sistólica máxima

- Soltar o ar do manguito gradativamente até ouvir claramente o último batimento lendo o manómetro (P.A. diastólica mínima)
- Retirar todo o ar do manguito. Repetir a operação se for necessário
- Remover o manguito e deixar o paciente confortável
- Promover a limpeza das olivas e do diafragma do estetoscópio com álcool a 70%
- Anotar na ficha de controle
- Lavar as mãos

Cuidados de Higiene e Conforto

Higiene do paciente

Normas para os Cuidados de Higiene e Conforto

- 01 - A higiene do paciente fica a cargo da Equipe de Enfermagem
- 02 - Explicar sempre ao paciente o que vai ser feito
- 03 - Preferencialmente realizar a higiene oral do paciente, antes do banho e após as refeições, com solução de Bicarbonato de Sódio, e quando se fizer necessário
- 04 - Ao lidar com o paciente, de maneira direta, e imprescindível o uso de luvas para procedimentos
- 05 - Cuidar durante o banho, para não expor, desnecessariamente, o paciente. A privacidade contribui muito para o conforto mental do paciente
- 06 - Secar bem toda a superfície do corpo do paciente, principalmente as dobras
- 07 - As portas do banheiro não devem ser trancadas, durante o banho
- 08 - Deve-se testar a temperatura da água, antes do banho do paciente. Geralmente se usa água morna.

Higiene oral

Definição: consistem na limpeza dos dentes, gengivas, bochechas, língua e lábios.

Condições patológicas que predispõem a irritação e a lesão da mucosa oral: estado de coma, hipertermia.

Finalidades Promover conforto ao paciente:

- Evitar halitose
- Prevenir carie dentária
- Conservar a boca livre de resíduos alimentares

Higiene oral (em pacientes impossibilitados de cuidar de si)

- Material:
- Solução antisséptica - solução bicarbonatada (para cada 1 colher de chá, 500 ml de água)
 - Espátula envoltas em gazes
 - Lubrificante (vaselina líquida)
 - Toalha
 - Copo para colocar solução antisséptica
 - Luvas
 - Cuba-rim

Técnica

- 01 - Lavar as mãos
- 02 - Explicar ao paciente o que ser feito
- 03 - Calçar luvas
- 04 - Reunir o material na mesa de cabeceira
- 05 - Colocar o paciente em posição confortável, com a cabeceira elevada. Em pacientes inconscientes, coloca-los em decúbito lateral
- 06 - Colocar a toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente, com forro plástico, se necessário
- 07 - Proceder à limpeza de toda a boca do paciente usando as espátula envoltas em gazes, embebidas em solução antisséptica diluído em água
- 08 - Utilizar cuba-rim para o paciente "bochechar"
- 09 - Limpar a língua, para evitar que fique seborreica
- 10 - Enxugar os lábios com a toalha
- 11 - Lubrificar os lábios com vaselina líquida, para evitar rachaduras
- 12 - Retirar luvas
- 13 - Lavar as mãos
- 14 - Recompôr a unidade
- 15 - Anotar no prontuário o que foi feito e anormalidades detectadas.

Obs.: Em pacientes neurológicos, com lesão cervical, usar a espátula com gaze, para retirar o excesso de líquido da solução antisséptica, sem mobilizar a cabeça; Em pacientes conscientes, ele próprio deve escovar os dentes.

Higiene oral em paciente entubado:**Material**

- Solução antisséptica - solução bicarbonatada
- Espátula envoltas em gazes
- Lubrificante (vaselina líquida)
- Copo para colocar solução antisséptica
- Seringa de 20 ml
- Aspirador montado
- Cânula de guedel (estéril), se necessário
- Toalha
- Luvas

Técnica:

- 01 - Lavar as mãos
- 02 - Explicar ao paciente o que ser feito
- 03 - Calçar luvas
- 04 - Reunir o material na mesa de cabeceira
- 05 - Colocar o paciente em posição confortável, com a cabeceira elevada ou em decúbito lateral se estiver inconsciente. Caso o paciente esteja com sonda nasogástrica, abri-la, para evitar náuseas e refluxo do conteúdo gástrico para a boca
- 06 - Colocar a toalha na parte superior do tórax e pescoço do paciente, com forro plástico, se necessário
- 07 - Verificar se o cuff da cânula endotraqueal esta insuflado, para evitar que a solução antisséptica ou salivação penetre na traqueia, durante a higienização
- 08 - Instilar água com auxílio da seringa, pelo orifício da cânula de guedel, e fazer aspiração ao mesmo tempo

- 09 - Retirar a cânula de guedel e lavá-la em água corrente na pia do quarto e recoloca-la, ou proceder a sua troca por outra estéril, caso, seja necessário ou que conforme rotina, já tenha dado 24 horas após a sua colocação
- 10 - Proceder a limpeza de toda a boca do paciente, usando as espátula envoltas em gazes embebidas em solução antisséptica. Limpar o palato superior e toda a arcada dentária
- 11 - Limpar a também a língua
- 12 - Enxugar os lábios com a toalha e lubrificá-los com vaselina
- 13 - Retirar luvas
- 14 - Lavar as mãos
- 15 - Recompôr a unidade
- 16 - Anotar no prontuário o que foi feito e anormalidades detectadas

Obs.: A troca do cadarço da cânula endotraqueal, deve ser feita pelo Técnico/Auxiliar a cada 12 horas, ou quando se fizer necessário, acompanhada do reposicionamento da cânula endotraqueal, que deve ser feito pela Enfermeira da unidade. A higiene oral do paciente entubado deve ser feita 01 vez a cada plantão.

HIGIENE DAS PROTESES DENTÁRIAS**Material**

- Copo com solução antisséptica bucal,
- Escova de dentes,
- Pasta dental ou sabão líquido,
- Cuba-rim,
- 01 par de luvas,
- Toalhas de papel,
- Toalhas de Banho,
- Biombos

Técnica

- 01 Lavar as mãos
 - 02 Explicar ao paciente o que vai fazer
 - 03 Reunir o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira do paciente
 - 04 Proteger o leito com biombo
 - 05 Colocar toalha sobre o tórax do paciente
 - 06 Colocar o paciente em Fowler ou sentado quando for permitido
 - 07 - Calçar as luvas
 - 08 - Pedir ao paciente que remova a prótese com o uso da toalha de papel
- Se o paciente não puder remover as próteses sozinho, a enfermagem deve fazê-lo em seu lugar, lenta e cuidadosamente
- 09 - Colocar as próteses na cuba-rim, forrada com toalha de papel. Levar ao banheiro
 - 10 Colocar a pasta dental ou sabão líquido sobre a escova
 - 11 - Segurar as próteses na palma da mão e escova-la com movimentos firmes da base dos dentes para as pontas
 - 12 Escovar a área de acrílico em toda sua extensão
 - 13 Lava-la sob jato de água fria
 - 14 Desprezar o papel toalha da cuba-rim e colocar outro