

Fundação Estatal de Saúde de Niterói do Estado do Rio de Janeiro

# FESAÚDE-RJ

Enfermeiro

FV063-N0

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](mailto:sac@novaconcursos.com.br).

### **OBRA**

Fundação Estatal de Saúde de Niterói - RJ

Enfermeiro

EDITAL Nº. 01/2020

### **AUTORES**

Conhecimentos Específicos - Prof<sup>o</sup> Ana Luisa M. da Costa Lacida

### **PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO**

Aline Carvalho

### **DIAGRAMAÇÃO**

Thais Regis

### **CAPA**

Joel Ferreira dos Santos



[www.novaconcursos.com.br](http://www.novaconcursos.com.br)

[sac@novaconcursos.com.br](mailto:sac@novaconcursos.com.br)

# ÍNDICE

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS – ENFERMEIRO

O cuidado de enfermagem na promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde; Fundamentos do processo de cuidar em enfermagem; .....	01
Noções Básicas de Anatomia e Fisiologia Humana;.....	36
Consulta de Enfermagem; Sistematização da assistência de enfermagem; .....	38
Procedimentos de enfermagem;.....	38
Manipulação de material estéril;.....	38
Noções de Farmacologia; .....	47
Assistência de Enfermagem nos diversos transtornos mentais e nos diferentes ciclos de vida; Assistência de Enfermagem nas doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis; Assistência de Enfermagem nas infecções agudas;.....	47
Assistência de enfermagem em urgência e emergência;.....	82
Assistência de Enfermagem no controle e administração de medicamentos; .....	108
Limpeza, desinfecção, esterilização e acondicionamento de materiais; .....	108
Práticas de Liderança em Enfermagem; Administração em Enfermagem: Teorias da Administração, Estrutura Organizacional, Dimensionamento de pessoal de enfermagem, Avaliação de desempenho de pessoal da enfermagem.....	108
Sistema de informação de enfermagem, Tomada de decisão em enfermagem, Planejamento da assistência de enfermagem;.....	126
Noções de Segurança do Paciente; .....	128
Código de Ética dos profissionais de enfermagem; Lei do Exercício Profissional.....	128

## O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE; FUNDAMENTOS DO PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM;

### Definições

A enfermagem segundo Wanda Horta é "A ciência e a arte de assistir o ser humano em suas necessidades básicas e torná-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 medico;
- 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;
- Recompor a Unidade;

#### b) Posição de Decúbito Dorsal

**Indicação:** Realizar exame físico

Técnica:

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-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;
- Recompor 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;
- Recompor 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;
- Recompor 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, tromboflebitides, 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:

- Descontrole hormonal, (hipotireoidismo);
- Bulimia (aumento da fome);
- Problemas psicológicos;
- Retenção de água.

#### Causas do emagrecimento:

- Desidratação;
- Anorexia;
- 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 campanha 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:** E aquele notado ou sentido pelo observador, e sinônimo de sinal. Ex. vômito, Edema, etc.

**Síndrome:** E 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 observações 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 está 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;  
Friccionar 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: Enterocoliteneocrosante. 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