

Prefeitura Municipal de Cacoal, Rondônia

# **CACOAL**

**Técnico em Enfermagem**

# SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	9
■ FONOLOGIA: CONCEITO.....	9
ENCONTROS VOCÁLICOS E DÍGRAFOS.....	9
ORTOGRAFIA .....	9
DIVISÃO SILÁBICA .....	10
ACENTUAÇÃO.....	10
ORTOÉPIA E PROSÓDIA.....	11
■ MORFOLOGIA: ESTRUTURA E FORMAÇÃO DAS PALAVRAS.....	11
■ CLASSES DE PALAVRAS .....	15
■ SINTAXE: TERMOS DA ORAÇÃO.....	35
CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DAS ORAÇÕES.....	35
PERÍODO COMPOSTO .....	41
REGÊNCIA VERBAL E NOMINAL.....	44
CONCORDÂNCIA VERBAL E NOMINAL.....	46
■ CRASE .....	52
■ PONTUAÇÃO.....	53
■ SEMÂNTICA.....	56
A SIGNIFICAÇÃO DAS PALAVRAS NO TEXTO.....	56
■ INTERPRETAÇÃO DE TEXTO.....	58
RACIOCÍNIO LÓGICO-MATEMÁTICO .....	75
■ PRINCÍPIO DA REGRESSÃO OU REVERSÃO.....	75
■ LÓGICA DEDUTIVA, ARGUMENTATIVA E QUANTITATIVA.....	76
■ LÓGICA MATEMÁTICA QUALITATIVA .....	76
SEQUÊNCIAS LÓGICAS ENVOLVENDO NÚMEROS, LETRAS E FIGURAS.....	77
Progressão Aritmética.....	77
Progressão Geométrica.....	79
REGRA DE TRÊS SIMPLES E COMPOSTAS.....	83

RAZÕES ESPECIAIS.....	87
ANÁLISE COMBINATÓRIA .....	88
PROBABILIDADE.....	92
CONJUNTOS: AS RELAÇÕES DE PERTINÊNCIA, INCLUSÃO E IGUALDADE.....	95
OPERAÇÕES ENTRE CONJUNTOS, UNIÃO, INTERSEÇÃO E DIFERENÇA .....	95
■ GEOMETRIA PLANA E ESPACIAL.....	97
■ TRIGONOMETRIA.....	103
■ CONJUNTOS NUMÉRICOS.....	124
■ EQUAÇÕES E INEQUAÇÕES DE 1° E 2° GRAUS .....	128
■ FUNÇÕES DE 1° E 2° GRAUS .....	129
■ GEOMETRIA ANALÍTICA .....	133
■ MATRIZES, DETERMINANTES E SISTEMAS LINEARES.....	150
■ POLINÔMIOS .....	161
NOÇÕES DE INFORMÁTICA.....	173
■ CONHECIMENTOS BÁSICOS DE MICROCOMPUTADORES .....	173
■ PC-HARDWARE .....	173
■ NOÇÕES DE SISTEMAS OPERACIONAIS.....	177
NOÇÕES DE SISTEMAS DE WINDOWS.....	177
MS-DOS.....	178
■ NOÇÕES DO PROCESSADOR DE TEXTO.....	193
MS-WORD PARA WINDOWS.....	193
■ NOÇÕES DA PLANILHA DE CÁLCULO.....	205
MS-EXCEL .....	205
■ NOÇÕES BÁSICAS DE BANCO DE DADOS.....	221
■ COMUNICAÇÃO DE DADOS.....	226
■ CONCEITOS GERAIS DE EQUIPAMENTOS E OPERACIONALIZAÇÃO .....	236
■ CONCEITOS BÁSICOS DE INTERNET .....	246

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.....	259
■ TÉCNICAS FUNDAMENTAIS EM ENFERMAGEM .....	259
REGISTRO DE ENFERMAGEM .....	259
Evolução do Paciente .....	260
Peso .....	261
Altura.....	261
SINAIS VITAIS (TPR/PA) .....	261
■ HIGIENE CORPORAL E PROMOÇÃO DO CONFORTO FÍSICO .....	262
MOBILIZAÇÃO .....	265
■ ADMINISTRAÇÃO E PREPARO DE MEDICAMENTOS .....	267
■ CONTROLE HÍDRICO .....	270
■ ORIENTAÇÕES PERTINENTES AO AUTOCUIDADO .....	272
■ COLETA DE MATERIAIS PARA EXAMES .....	273
AUXÍLIO EM EXAMES .....	274
■ LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E DECRETO QUE REGULAMENTA A PROFISSÃO.....	277
■ CÓDIGO DE ÉTICA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....	281
■ LEGISLAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	294
■ SAÚDE PÚBLICA.....	316
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA .....	316
■ IMUNIZAÇÕES.....	318
■ PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO .....	324
■ PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER .....	325
■ PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA .....	326
■ PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE .....	328
■ DOENÇAS INFECTO PARASITÁRIAS E DEMAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS NA REDE BÁSICA.....	329
■ IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS A RESPEITO DE HIGIENE E SANEAMENTO BÁSICO E SUAS IMPLICAÇÕES COM A SAÚDE .....	336
■ NOÇÕES DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICO .....	338
ASSISTÊNCIA A PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS.....	338

Hipertensão Arterial.....	339
Diabetes Mellitus .....	340
Pneumonia .....	341
Asma.....	341
Bronquite .....	341
<b>■ ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CIRÚRGICO E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES .....</b>	<b>341</b>
<b>ATUAÇÃO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO .....</b>	<b>341</b>
Circulando .....	345
Recuperação Anestésica.....	347
<b>■ PROCESSAMENTO DE ARTIGOS HOSPITALARES, CONHECENDO AS ROTINAS DE ESTERILIZAÇÃO, PREPARO DE MATERIAL E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR .....</b>	<b>350</b>
<b>■ NOÇÕES DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL .....</b>	<b>356</b>
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....	356
ASSISTÊNCIA AO PRÉ-PARTO .....	359
ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO.....	362
CUIDADOS IMEDIATOS COM RECÉM-NASCIDO, E SEU CONFORTO, HIGIENE, SEGURANÇA E ALIMENTAÇÃO.....	362
CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDO FILHO DE CLIENTE COM PATOLOGIAS DE BASES COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	367
<b>■ NOÇÕES DE ENFERMAGEM EM PRONTO-SOCORRO .....</b>	<b>367</b>
SITUAÇÕES QUE ENVOLVAM PACIENTES EM RISCO DE VIDA, AUXILIANDO-OS COM TÉCNICAS CIENTÍFICAS .....	367
<b>■ ÉTICA PROFISSIONAL .....</b>	<b>372</b>

# CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

## TÉCNICAS FUNDAMENTAIS EM ENFERMAGEM

Os princípios, conceitos e técnicas aplicadas no processo de enfermagem são essenciais para o desenvolvimento técnico-prático da assistência em saúde. A fundamentação desse cuidado abrange desde a aplicação de técnicas simples — como a higienização das mãos — até o aperfeiçoamento de práticas de assistência direta ao paciente, como manuseio de medicações, dispositivos, acessos entre outros.

Uma das principais pesquisadoras da enfermagem, Wanda Horta (1974), define a enfermagem como a arte do cuidar, cabendo-lhe o desenvolvimento de práticas fundamentadas na promoção em saúde, bem como, na prevenção e reabilitação de doenças. Os princípios responsáveis por guiar a prática emergem do processo vital, da centralidade do cuidado e das necessidades humanas básicas.

Nesse contexto, serão abordadas a seguir as principais temáticas a respeito da fundamentação da assistência de enfermagem.

### CONCEITO SAÚDE E DOENÇA

A Organização Mundial da Saúde conceitua saúde não apenas como a ausência de doenças, mas como um **bem-estar físico, mental e social**. A doença, por sua vez, se caracteriza por uma alteração dinâmica nesse bem-estar, manifestando-se através de um conjunto de sinais e sintomas que afetam direta ou indiretamente o indivíduo, seja num nível físico, mental ou social.

O profissional de enfermagem, junto a equipe multiprofissional dentro do contexto do cuidado em saúde, é responsável pelo seu restabelecimento. No entanto, para que isso seja possível, é necessário o conhecimento prévio das fundamentações teórico-práticas ao desenvolvimento da assistência, as quais serão abordadas a seguir.

### BASES ESSENCIAIS A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência de enfermagem dentro do contexto hospitalar abrange desde a admissão do paciente, até sua alta, transferência para outra unidade hospitalar ou óbito. Sendo necessário o conhecimento de rotinas de admissão, anotações de enfermagem, relatórios, entre outros.

A **admissão de enfermagem** é tida como o registro de entrada do paciente na unidade hospitalar, sendo necessário o conhecimento de práticas de anamnese do paciente, exame físico, registros de informações sobre sinais vitais e estado de saúde no geral.

A **anamnese** é a entrevista inicial realizado por um profissional de saúde para identificação de informações importantes ao cuidado e ao estabelecimento do diagnóstico atual. Os elementos essenciais ao seu desenvolvimento abrangem a **identificação** correta do paciente, com anotações de dados importantes como nome completo, data de nascimento, naturalidade etc. É registrado a **queixa principal, histórico** médico progresso e atual, antecedentes familiares, história pessoal entre outros.

A anamnese é a base para realização posterior do exame físico, que se caracteriza pela utilização de técnicas e manobras específicas para o diagnóstico de sinais adjacentes ao desenvolvimento de doenças. O roteiro do exame físico engloba a realização de técnicas de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

### REGISTRO DE ENFERMAGEM

Na prática da profissão, os registros de enfermagem são parte essencial, pois documentam todas as informações acerca de todos os cuidados prestados ao paciente.

Em suma, todas as práticas para com o paciente devem ser levadas em consideração quando da elaboração dos registros, inclusive a comunicação com outros profissionais no que concerne ao estado geral do indivíduo sob os cuidados da enfermagem.

O registro inclui uma variedade de dados, como avaliações de saúde, intervenções realizadas, administração de medicamentos, observações do paciente e respostas a tratamentos.

Essa prática é importante por diversos motivos. Vejamos alguns:

- **Comunicação:** ele fornece um meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde, permitindo que todos estejam cientes do **histórico de cuidados** do paciente, podendo tomar decisões informadas;
- **Continuidade do cuidado:** ao documentar todas as informações relevantes, o registro de enfermagem garante que o cuidado ao paciente seja contínuo e consistente, mesmo quando há **mudanças na equipe de saúde**;
- **Responsabilidade legal e ética:** o registro de enfermagem serve como um **registro legal** das ações realizadas pelo enfermeiro, técnico ou auxiliar, **protegendo o profissional** em caso de litígio e garantindo que ele esteja cumprindo com as normas éticas e padrões de prática profissional;
- **Avaliação da qualidade do cuidado:** os registros são frequentemente **revistos** para avaliar a qualidade do cuidado prestado ao paciente, identificar áreas de melhoria e garantir que os padrões de qualidade sejam mantidos;
- **Pesquisa e educação:** os dados registrados podem ser utilizados para pesquisas clínicas, estudos epidemiológicos e desenvolvimento de práticas baseadas em evidências. Além disso, eles são uma fonte valiosa de aprendizado para estudantes de enfermagem e profissionais em formação.

É importante que os registros de enfermagem sejam precisos, completos, legíveis, objetivos e sigilosos, seguindo as políticas e regulamentações estabelecidas pela instituição de saúde e pelos órgãos reguladores da profissão.

Em síntese, os registros de enfermagem são uma garantia para o profissional e uma importante documentação, que poderá ser resgatada para diversos fins.

### Evolução do Paciente

A evolução do paciente é um dos elementos mais importantes nos registros de enfermagem, pois documenta o estado clínico do paciente ao longo do tempo e as intervenções realizadas pela equipe de saúde. Esses registros são fundamentais para garantir a continuidade e a qualidade do cuidado, além de servirem como evidência legal e suporte para a tomada de decisões clínicas.

#### ● Estrutura e Conteúdo dos Registros de Evolução

Identificação do paciente: cada registro deve começar com a identificação do paciente, como nome completo, número do prontuário e data/hora da anotação. Isso garante que as informações sejam corretamente associadas ao paciente.

Dados subjetivos: incluem as queixas, sensações ou preocupações relatadas pelo paciente ou por seus familiares. Exemplo: “Paciente relata dor abdominal em intensidade 7 na escala de 0 a 10”.

Dados objetivos: refere-se às observações feitas pelo enfermeiro, como sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca), estado da pele, edema, alterações respiratórias, entre outros. Exemplo: “Pressão arterial de 140/90 mmHg, pele pálida e fria”.

Intervenções de enfermagem: descreve as ações realizadas para atender às necessidades do paciente, como administração de medicamentos, troca de curativos, orientações sobre cuidados, entre outros. Exemplo: “Medicamento analgésico administrado conforme prescrição médica, com redução da dor relatada para 3/10 após 30 minutos”.

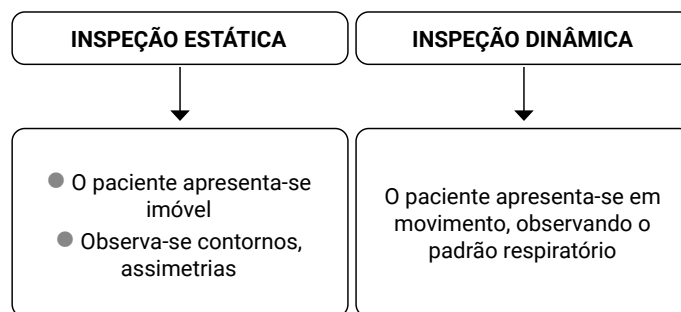
Avaliação da resposta do paciente: registra-se a resposta do paciente às intervenções realizadas, como melhora dos sintomas, efeitos colaterais ou qualquer mudança significativa no estado clínico. Exemplo: “Paciente apresentou melhora na dor após administração de analgésico, sem queixas adicionais”.

Plano de cuidados: se houver necessidade de ajustar ou continuar o plano de cuidados, isso deve ser anotado, com recomendações para as próximas intervenções ou monitoramentos. Exemplo: “Manter monitoramento da dor a cada 4 horas e reavaliar necessidade de nova dose de analgésico”.

Assinatura e identificação do profissional: cada anotação deve ser finalizada com a assinatura, carimbo ou número de registro do profissional de enfermagem responsável, garantindo a rastreabilidade e a responsabilidade sobre o cuidado prestado.

### I EXAME FÍSICO

Na inspeção é observado estado físico em geral, pele, anexos como cabelos, unhas, mucosas; inspeção do aparelho cardiocirculatório entre outros.

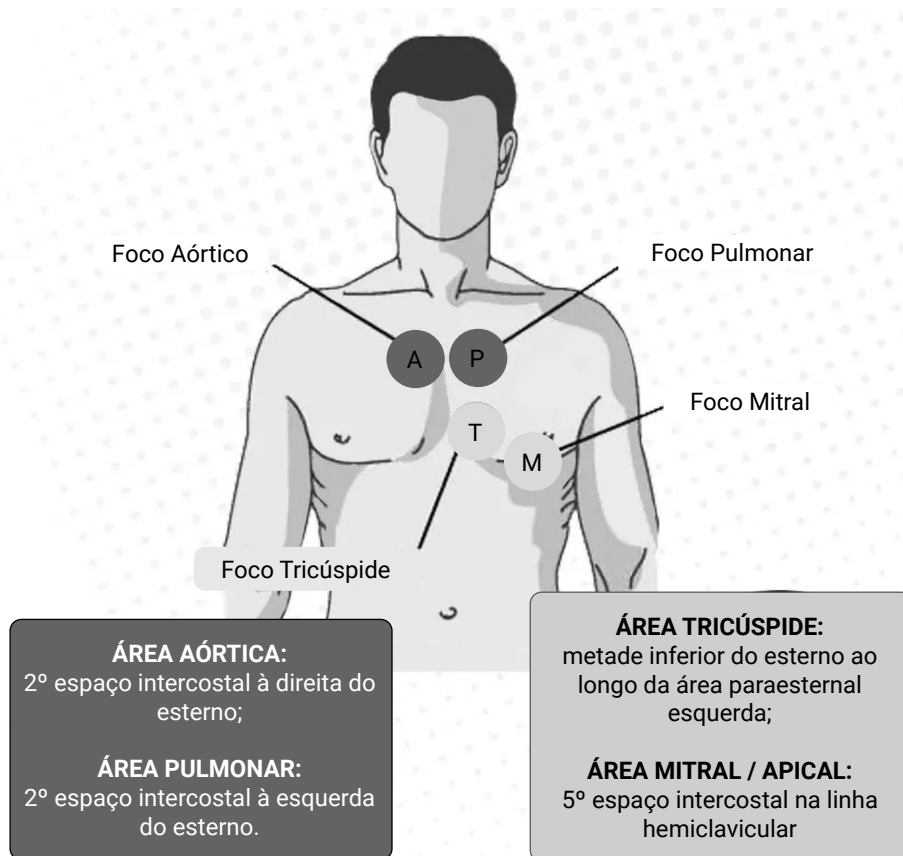


Na palpação, são analisadas as condições das partes moles, se há a presença de edema, massas, nódulos ou atrofia.

Na percussão utiliza-se as mãos, para verificar se há presenças de achados anormais principalmente no abdômen. Deve-se analisar a mobilidade dos limites pulmonares, presença de ar, gases e líquidos.

A **ausculta** é a técnica de identificar sons anormais e divide-se em ausculta **pulmonar**, **cardíaca** e **abdominal**, a qual realiza a identificação de ruídos adventícios. Juntamente ao exame físico, é realizado a aferição de sinais vitais, os quais registram informações inerentes a manutenção do bem-estar do paciente.

Para realização da ausculta cardíaca é necessário, inicialmente, a identificação dos focos de ausculta, os quais estão caracterizados na figura 3. É possível identificar nessa técnica sopros e abaulamentos.



Focos de ausculta cardíaca.  
**Fonte:** Potter et al., 2013.

## Peso

Em física, o peso é definido como uma grandeza vetorial, ou seja, o peso de um corpo é o resultado da multiplicação da massa corporal pelo valor da gravidade em uma determinada posição. Para calcular o peso ideal de cada indivíduo, utiliza-se o IMC (Índice de Massa Corporal), uma das principais ferramentas adotadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para esse fim. O IMC é obtido dividindo-se o peso pela altura ao quadrado. Um peso saudável é aquele cujo IMC está entre 18,5 e 24,9.

## Altura

Na área da saúde, a altura é um parâmetro crucial para avaliar o desenvolvimento físico e a saúde óssea. Além disso, é um dado fundamental para a administração de medicações e a interpretação de exames. Em casos de certas doenças, a altura pode diminuir devido à perda óssea.

## Circunferência Abdominal (CA)

A circunferência abdominal é medida com uma fita métrica ao redor do abdômen. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a medida ideal varia entre homens e mulheres: para homens, uma circunferência abdominal saudável é de até 102 cm; para mulheres, até 88 cm. Essa medida é usada para avaliar a gordura visceral, que é um indicador significativo de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas. Quando esse risco é elevado, é fundamental que o indivíduo busque um profissional capacitado para receber as orientações adequadas.

## SINAIS VITAIS (TPR/PA)

Sinais vitais aferidos no exame físico:

- pressão arterial;
- temperatura;
- padrão respiratório;
- frequência cardíaca;
- dor.



## Pressão Arterial

A pressão arterial é um parâmetro importante na avaliação do paciente. É tida como a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias. **Técnica de aferição da pressão arterial:**

- o paciente deve estar sentado, com o braço apoiado na altura do coração;
- coloque o manguito dois centímetros acima da fossa cubital;
- verifique se o tamanho do manguito é consoante a circunferência do braço;
- estime o nível da pressão arterial pela palpação do pulso radial: insufla o manguito até não ser possível palpar o pulso radial;
- insufla o manguito novamente até atingir 20 a 30 mmHg do nível de pressão estimado pelo pulso radial;
- desinfele o manguito lentamente, cerca de 2 mmHg por segundo;
- determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som de Korotkoff;
- determine a pressão diastólica pela ausculta do V som de Korotkoff.

## Temperatura

Alterações da temperatura:

HIPOTERMIA	< 36° C
NORMOTERMIA	36 a 37,5° C
HIPERTERMIA	> 37,5° C

## Frequência Respiratória

O padrão respiratório apresenta variações de acordo com a idade e estado geral do paciente. Em um indivíduo adulto, varia de 12 a 20 irpm (incursões respiratórias por minuto). **Principais alterações do padrão respiratório:**

BRADIPNEIA	< 12 irpm
EUPNEIA	12 a 20 irpm
TAQUIPNEIA	> 20 irpm
APNEIA	Parada respiratória

## Frequência Cardíaca

A frequência de pulso e batimentos cardíaco por minuto apresenta variações conforme a idade, indivíduos com idade inferior a 10 anos apresentam frequências fisiologicamente maiores, enquanto, indivíduos adultos, apresentam padrões de frequência cardíaca entre 50 a 100 bpm (batimentos por minuto). **Principais alterações da frequência cardíaca no indivíduo adulto:**

BRADICARDIA	< 50 bpm
NORMOCARDIA	50 a 100 bpm
TAQUICARDIA	> 100 bpm
TAQUISFIGMIA	Pulso fino e rápido
BRADISFIGMIA	Pulso fino e fraco

## Dor

A dor foi inserida na avaliação ao paciente como o quinto sinal vital, a qual é subjetiva e relacionada ao entendimento de cada indivíduo. **Classificação numérica da dor:**

DOR LEVE	1 a 3 pontos
DOR MODERADA	4 a 7 pontos
DOR GRAVE	8 a 10 pontos

## HIGIENE CORPORAL E PROMOÇÃO DO CONFORTO FÍSICO

A biossegurança é uma medida de fundamental importância como forma de visar higiene e conforto ao paciente, pois objetiva a redução de todo e qualquer risco a saúde humana por meio de boas práticas de higiene e limpeza.

O conceito de higiene corporal trata-se de um conjunto de procedimentos com objetivo de garantir a higienização parcial ou total do paciente sendo acamado ou não. A higiene corporal prioriza manter a integridade do corpo do paciente e defender sua pele contra alterações diversas, traumatismo mecânicos, térmicos, químicos, radiação, dentre outros. A higiene corporal remove sujidade, sudorese, diminuindo, assim, as chances de ocorrências de infecções, proporcionando conforto e bem-estar ao indivíduo.

### Tipos de Banho

- Leito: usado para pacientes acamados.
- Aspersão: banho de chuveiro
- Imersão: banho na banheira
- Ablução: banho na banheira ou bacia, em que o paciente se lava jogando pequenas porções de água sobre o corpo.

Para a realização das técnicas de higienização corporal são necessários os seguintes materiais: EPIs (equipamentos de proteção individual para o profissional), jarra, bacia, balde, compressas, antissépticos, toalhas de banho e de rosto, lençóis, biombo, materiais para higiene oral e higiene íntima, materiais para desinfecção concorrente do leito e *hamper*<sup>1</sup>.

## Descrição da Técnica de Higiene Corporal/Banho no Leito



**Figura 4:** Técnica de banho no leito em laboratório (figura ilustrativa)  
**Fonte:** acervo pessoal do autor

- Realizar higienização das mãos;
- Preparar materiais necessários para realização do banho;
- Explicar procedimento ao paciente e acompanhante e, se for o caso, solicitar ajuda;
- Utilizar biombo com objetivo de manter a privacidade do paciente e posicionar paciente;
- Paramentar-se com os EPIs necessários;
- Retirar cobertor e travesseiros, deixando paciente coberto apenas com o lençol;
- Manter a cabeceira do leito elevada em 30° a 45°;
- Realizar a higienização oral ou se for o caso orientar paciente ou acompanhante a realizar;
- Iniciar a higienização dos cabelos e do couro cabeludo;
- Dispor dois terços de água, em temperatura ambiente e/ou morna, na bacia;
- Com auxílio da compressa umedecida, aplique sabonete líquido e inicie higienização dos olhos, começando da parte interna para a externa, posteriormente, o rosto, as orelhas e o pescoço paciente;
- Realizar o enxague da compressa na bacia, sempre torcendo e passando na região ensaboada, para que se remova toda sujidade da pele;
- Secar o local com a toalha de banho;
- Repor a água sempre que necessário;
- Realizar higiene MMSS (membros superiores: braços, antebraços, mãos e axilas) com a compressa de banho ensaboada e, posteriormente, enxaguar e secar;
- Higienizar as unhas e espaços interdigitais;
- Expor o tórax e o abdome do paciente, realizar a higienização de cima para baixo (sentido clavícula-umbigo) e logo após secar;
- Higienizar MMII (membros inferiores), iniciando pelo tornozelo até a região inguinal no sentido distal-proximal;

- Proceder com enxague de toda região ensaboada, remover os resíduos na pele, em seguida secar (esse é o sentido da higienização na técnica de banho no leito).

### Cuidados de Enfermagem Antes, Durante e Após Realização do Banho no Leito

- Contar com quantitativo de profissionais suficientes para realização do banho e, se for o caso, solicitar ajuda do acompanhante orientando-o da forma correta;
- A técnica de banho no leito segue sempre o sentido de iniciar-se das áreas mais limpas, para as mais sujas;
- Suspender todas as infusões enterais no mínimo quinze minutos antes, com objetivo de evitar refluxo gastresofágico, durante o banho;
- Realizar aspiração endotraqueal em pacientes hipersecretivos;
- Oferecer comadre ou compadre, para que o paciente possa realizar suas necessidades fisiológicas antes do banho, quando este não tiver com dispositivos de coleta específicos para tal;
- Esvaziar coletores em ostomias, drenos e/ou Sonda Vesical de demora quando presentes;
- Averiguar se curativos em placas aderidos à pele estão pérvios. Proceder com a troca se necessário.

### Banho de Aspersão

É o banho realizado no chuveiro, geralmente quando o paciente dispõe de condições físicas para tal. Sendo orientado e acompanhado pela equipe de enfermagem, que por sua vez irá verificar/solucionar qualquer intercorrência que porventura aconteça durante o processo.

### Técnica de Banho de Aspersão

- Providenciar todo o material necessário para realização do procedimento;
- Providenciar cadeira de banho para o paciente se for o caso;
- Tornar acessível ao paciente os materiais de higiene pessoal, tais como: sabonete, toalha e roupas;
- Auxiliar paciente em todo o processo;
- Colocar luvas de procedimento e realizar higienização do leito e troca de roupa de cama;
- Retirar luvas e higienizar as mãos;
- Proceder com o registro correto em prontuário.

### Banho de Imersão

É o banho realizado dentro uma banheira, pode ser mais confortável em alguns casos. Muito utilizado em unidades neonatais e pediatria, em recém-nascidos e lactentes, principalmente por se tratar de indivíduos que não tem condições de tomar banho de aspersão e não haver a necessidade de ser no leito.

### Banho de Ablução

Conhecido como banho parcial, pois ele é dado com pequenas quantidades de água derramadas sobre o paciente. Pode ser realizado no banheiro ou até mesmo no leito.