

**Prefeitura de Balneário Camboriú do Estado de Santa Catarina**

# **BALNEÁRIO-SC**

Enfermeiro

Processo Seletivo Simplificado – Edital 0002/2017 – SSSM-FMS

**NB078-2017**



## DADOS DA OBRA

**Título da obra:** Prefeitura de Balneário Camboriú do Estado de Santa Catarina

**Cargo:** Enfermeiro

(Baseado no Processo Seletivo Simplificado – Edital 0002/2017 – SSSM-FMS)

- Conhecimentos Específicos

**Gestão de Conteúdos**

Emanuela Amaral de Souza

**Diagramação**

Elaine Cristina

Igor de Oliveira

Camila Lopes

**Produção Editorial**

Suelen Domenica Pereira

**Capa**

Joel Ferreira dos Santos

**Editoração Eletrônica**

Marlene Moreno



## SUMÁRIO

### Conhecimentos Específicos

Enfermeiro como líder e agente de mudança.....	01
Concepções teórico-práticas da assistência de enfermagem.....	02
Administração de materiais e enfermagem. ....	13
Organização dos serviços de enfermagem. ....	17
Estrutura e funcionamento dos serviços de enfermagem.....	18
Planejamento na administração e na assistência de enfermagem no ambiente hospitalar. ....	22
Tomada de decisão na administração da assistência e do serviço. ....	23
Processo de enfermagem - teoria e prática.....	24
Consulta de enfermagem.....	24
Emergências clínico-cirúrgicas e a assistência de enfermagem.....	25
Conhecimentos de: farmacologia, técnicas de enfermagem, patologias clínicas e cirúrgicas, reanimação cardiorrespiratória e enfermagem em terapia intensiva.....	51



**ENFERMEIRO COMO LÍDER E AGENTE DE MUDANÇAS.**

**O Enfermeiro como líder e Agente de mudanças**

Ao longo dos anos, diversas pesquisas têm focado o tema Liderança, buscando conceituar esse fenômeno; relacionar características e habilidades presentes nas pessoas que se destacam como líderes; diferenciar estilos comportamentais, valorizar aspectos situacionais, enfim, ressaltar as diferentes variáveis que podem intervir nesse processo.

Em 1976, a partir de uma síntese de vários conceitos, a liderança é definida como o processo de exercer influência sobre um indivíduo ou um grupo, em uma dada situação, nos esforços para a consecução de objetivos comuns.

Diferentemente dos estudos iniciais, onde a ênfase era dada à pessoa e ao poder detido pelo líder, atualmente observamos que a marca da liderança moderna é fortalecer o grupo de trabalho, ressaltando e valorizando as competências individuais, diluindo o poder na equipe, fazendo com que cada membro reconheça o propósito e o significado de seu trabalho. Por meio da denominação "liderança transformadora", o novo líder lança as pessoas à ação, converte seguidores em líderes, e líderes, em agentes de mudança.

Nessa perspectiva, o enfermeiro deve estar orientado para as possibilidades de desempenhar esse novo papel de líder, mais orientado para o futuro, mais flexível, dinâmico e disposto a assumir riscos, em contraposição ao papel controlador, ditador de regras, normas e procedimentos.

A esse respeito, enfatiza-se que os enfermeiros devem estar dispostos a rejeitar a rotina, confrontar questões e implementar ações que levem a mudanças.

O desafio de mudar o perfil do administrador do cuidado à saúde requer o desenvolvimento e a maturação de novos tipos de liderança, os quais devem estar menos voltados para o *dar ordens*, papel que traduz o paradigma do padrão administrativo vigente na era da Revolução Industrial. Ressalta-se, ainda, que os novos líderes não dão ordens, apenas motivam as pessoas a agirem.

A era do chefe controlador é substituída pela do líder coordenador, cabendo a este interpretar o sentido daquilo que existe de imaginário nas expectativas dos seguidores, juntamente com o que existe de simbólico na cultura organizacional.

Nessa nova era, o papel dos seguidores é tão importante quanto o do próprio líder. Não é mais concebível falar em líder sem se lembrar dos seguidores, pois, "sem seguidores, simplesmente não há liderança". Por essa razão, o vínculo entre líder e seguidor é considerado uma relação simbiótica.

Líderes não são um sucesso por si mesmos, pois utilizam outras pessoas enquanto estabelecem e administram o trabalho na organização; há que se lembrar de que, na enfermagem, não seria possível proporcionar uma assistência de qualidade sem o suporte, a cooperação e a contribuição dos seguidores.

Lembramos que a posição formal ocupada pelo enfermeiro no organograma institucional não lhe garante o poder de líder, pois o que autoriza alguém a agir como líder é a percepção positiva que os seguidores apresentam em relação à pessoa. Nessa direção, recomenda-se que a liderança seja vista como uma responsabilidade e não como posição e privilégios.

Pesquisas já realizadas demonstram características de líderes frequentemente admiradas pelos seguidores, sendo que honestidade, competência, olhar para diante e inspiração encabeçam a lista de atributos. De acordo com os autores, esses atributos podem ser resumidos em um único termo: *credibilidade*.

Credibilidade representa um dos três contextos principais da liderança (ao lado de comprometimento e complexidade), sendo que, nos dias de hoje, o fato de ter crédito é considerado pelos autores como uma premiação, dadas as exigências e desafios por que passam os líderes.

O que mais as pessoas esperam de um líder é que ele desperte confiança, que seja digno de crédito, demonstrando coerência com a filosofia empresarial e congruência em suas idéias, discurso e ações; a lealdade e o comprometimento dos seguidores podem depender da credibilidade percebida.

Compartilhando dessa opinião, ressalta-se que ganhar a confiança dos seguidores é um requisito essencial para a liderança eficaz, e, para isso, ações e crenças professadas devem ser congruentes.

Em tempos de mudanças e de oportunidades, os grupos de trabalho devem estar alinhados, firmes em propósitos comuns e direções, para alcançar objetivos estratégicos, sendo que, para isso, a liderança é necessária.

Frente ao exposto, entendemos que, na enfermagem, torna-se cada vez mais urgente a necessidade de enfrentar as mudanças, de serem criadas novas perspectivas de trabalho, com aquisição de novos conhecimentos e habilidades, a fim de que o enfermeiro apresente um melhor desempenho de suas funções, sejam elas assistenciais ou administrativas.

Um dos desafios atuais encontrados pela enfermagem é conseguir oferecer um atendimento de melhor qualidade ao cliente, conciliando uma diminuição dos custos desse serviço. Para enfrentar esse desafio, recomenda-se que novos caminhos sejam pesquisados e que os líderes redefinam a essência da arte e ciência da enfermagem, buscando desenvolver estratégias que levem a uma prática profissional de maneira mais holística.

Complementando essa idéia, a principal função do enfermeiro líder é criar e apoiar uma prática voltada para um cuidado mais humanitário, sensível e atencioso, enfocando as necessidades individuais do cliente.

Quanto ao desempenho da liderança, são apontadas dificuldades frequentemente encontradas pelos enfermeiros, as quais se referem às questões de relacionamento na equipe e às próprias atribuições desses profissionais. Além das diversas dificuldades em liderar a equipe de enfermagem, merece destaque a insatisfação apresentada em relação à formação profissional, especificamente quanto ao preparo para o exercício da liderança; ressalta-se a importância de se oferecer oportunidade para o aluno desenvolver atitudes críticas e reflexivas, a criatividade e a consciência de que devem atuar como agentes de mudança.

**CONCEPÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM,**

O processo de enfermagem proposto por Horta (1979), é o conjunto de ações sistematizadas e relacionadas entre si, visando principalmente a assistência ao cliente. Eleva a competência técnica da equipe e padroniza o atendimento, proporcionando melhoria das condições de avaliação do serviço e identificação de problemas, permitindo assim os estabelecimentos de prioridade para intervenção direta do enfermeiro no cuidado. O processo de enfermagem pode ser denominado como SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e deve ser composto por Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem. Assim, a Evolução de Enfermagem, é efetuada exclusivamente por enfermeiros. O relatório de enfermagem, que são observações, podem ser realizados por técnicos de enfermagem. Em unidades críticas como uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a evolução de enfermagem deve ser realizada a cada turno do plantão, contudo em unidades semi-críticas, como uma Clínica Médica e Cirúrgica, o número exigido de evolução em vinte e quatro horas é de apenas uma, já os relatórios, devem ser redigidos á cada plantão.

**O Histórico de Enfermagem**

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

**O Exame Físico**

O exame físico envolve um avaliação abrangente das condições físicas gerais de um paciente e de cada sistema orgânico. Informações úteis no planejamento dos cuidados de um paciente podem ser obtidas em qualquer fase do exame físico. Uma avaliação física, seja parcial ou completa, é importante para integrar o ato do exame na rotina de assistência de enfermagem. O exame físico deverá ser executado em local privado, sendo preferível a utilização de uma sala bem equipada para atender a todos os procedimentos envolvidos.

**Métodos de Avaliação Física:**

- **Inspecção:** Exame visual do paciente para detectar sinais físicos significativos. Reconhecer as características físicas normais, para então passar a distinguir aquilo que foge da normalidade. Iluminação adequada e exposição total da parte do corpo para exame são fatores essenciais para

uma boa inspecção. Cada área deve ser inspecionada quanto ao tamanho, aparência, coloração, simetria, posição, e anormalidade. Se possível cada área inspecionada deve ser comparada com a mesma área do lado oposto do corpo.

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

- **Percussão:** Técnica utilizada para detectar a localização, tamanho e densidade de uma estrutura subjacente. O examinador deverá golpear a superfície do corpo com um dos dedos, produzindo uma vibração e um som. Essa vibração é transmitida através dos tecidos do corpo e a natureza do som vai depender da densidade do tecido subjacente. Um som anormal sugere a presença de massa ou substância, tais como líquido dentro de um órgão ou cavidade do corpo. A percussão pode ser feita de forma direta (envolve um processo de golpeamento da superfície do corpo diretamente com os dedos) e indireta (coloca-se o dedo médio da mão não dominante sobre a superfície do corpo examinado sendo a base da articulação distal deste dedo golpeada pelo dedo médio da mão dominante do examinador). A percussão produz 5 tipos de som: **Timpânico:** Semelhante a um tambor - gases intestinais; **Ressonância:** Som surdo - pulmão normal; **Hiper-ressonância:** Semelhante a um estrondo - pulmão enfisematoso; **Surdo:** Semelhante a uma pancada surda - fígado; **Grave:** Som uniforme - músculos.

- **Ausculta:** Processo de ouvir os sons gerados nos vários órgãos do corpo. As 4 características de um som são a frequência ou altura, intensidade ou sonoridade, qualidade e duração.

**Tipos de Ausculta:**

**Cardíaca:** É executada para detectar as bulhas cardíacas normais.

Bulhas Cardíacas normais: B1 é de baixa intensidade e de timbre mais grave, soando como um "Tum". B2 o som é mais intenso e mais curto que B1 e soa com um "Tá". Durante um exame o profissional deverá utilizar uma abordagem sistemática. Ele poderá começar pelo foco aórtico (segundo espaço intercostal direito) e seguir para os focos pulmonar (segundo espaço intercostal esquerdo), tricúspide (quarto espaço intercostal esquerdo) e mitral (quinto espaço intercostal esquerdo, linha hemiclavicular). Uma vez identificadas B1 e B2 o examinador pode determinar a frequência e o ritmo cardíaco. Cada combinação de B1 e B2

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### Enfermeiro

ou "Tum - Tá", conta um batimento cardíaco. A intensidade, timbre e duração dos sons das bulhas devem ser observados e os resultados normais são: No foco aórtico B2 é mais intensa e mais alta que B1; no foco pulmonar B2 é mais intensa que B1; Foco tricúspide B2 mais suave que B1; Foco mitral B2 mais suave que B1. Qualquer falha do coração quanto ao ritmo de batimento e intervalos sucessivos e regulares constitui uma arritmia.

**Pulmonar:** É executada para verificar as funções vitais de ventilação e respiração desempenhadas pelos pulmões. Avalia o movimento de ar através da árvore formada pela traqueia e brônquios. Num adulto, o diafragma do estoscópio é colocado sobre a região posterior da parede torácica, entre as costelas. O paciente deverá respirar várias vezes, lenta e profundamente, com a boca ligeiramente aberta. O examinador deverá ouvir uma inspiração e uma expiração completas em cada posição do estoscópio. Sons respiratórios normais são chamados de murmúrios vesiculares e anormais de ruídos adventícios. Os 4 tipos de sons adventícios são:

- Estertores crepitantes: Mais comuns nos lóbulos inferiores (base dos pulmões D e E. Resultantes da reinsuflação súbita, aleatória de grupos de alvéolos. Percebido geralmente durante a inspiração. Geralmente desaparece com a tosse. Som semelhante a estalidos.

- Estertores subcrepitantes (roncos): Podem ser auscultados na maioria dos campos pulmonares. Resultantes de líquido localizado nas vias aéreas maiores. Percebido durante a expiração. Pode desaparecer com a tosse.

- Sibilos: Podem ser auscultados na maioria dos campos pulmonares. Resultante do estreitamento de vias aéreas (broncoespasmo). Percebido durante a inspiração ou expiração. Pode desaparecer com a tosse. Som semelhante a gemido ou chiado.

- Atrito pleural: Pode ser auscultado no campo ântero-lateral. Resultante da inflamação da pleura. Percebido na inspiração. Não desaparece com a tosse.

- **Olfato:** Achados feitos através do olfato, compatíveis com outros achados resultantes de outras habilidades de avaliação podem servir para a identificação de anormalidades graves.

#### **Verificação de Sinais Vitais:**

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

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

- Valores normais: oral: 37°C
- Retal: 37,6° C
- Axilar: 35,6° a 37,3°C
- Hipotermia: Igual ou inferior a 35,5°C
- Febrícula: 37,4°C
- Hipertermia: Igual ou superior a 37,5°C
- Febre: Acima de 37,8°C

#### **Técnica: Oral, axilar e retal:**

- Lavagem simples das mãos
- Limpeza por meio de fricção por 3", do termômetro de mercúrio com álcool a 70%
- Fazer a leitura da temperatura do termômetro ao nível dos olhos, se estiver acima de 35,5°C, agitar para que a temperatura abaixe;
- Comunicar ao paciente o que será realizado;
- Colocar o paciente em posição sentado ou deitado;

- **Oral:** Colocar o bulbo do termômetro sob a língua do paciente e deixar por 3'

- **Axilar:** Secar a axila e colocar o bulbo no centro da axila, pedindo para que o paciente manter o braço abaixado e cruzado sobre o peito. Permanecer o termômetro por 5'.

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

- Fazer a leitura da temperatura do termômetro ao nível dos olhos.

- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.
- Realizar a limpeza do termômetro com água e sabão e ou fricção com álcool à 70% por 3".
- Deixar o paciente confortável.
- Retirar as luvas;
- Manter a unidade em ordem;
- Lavar as mãos.
- Realizar anotações

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

- Valores normais: normocardia: 60 a 100 bcpm
- Bradicardia: inferior a 60 bcpm
- Taquicardia: superior a 100 bcpm
- Recém nascido: 120 a 140 bcpm
- Lactente: 100 a 120 bcpm
- Adolescente: 80 a 100 bcpm

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

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

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### Enfermeiro

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

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

- Bradipnéia: Inferior a 12 mrpm

- Taquipnéia: Superior a 20 mrpm

- Apnéia: O movimento respiratório é interrompido

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

- Hiperventilação: Excesso de inspiração. Retenção de gás carbônico

- Hipoventilação: Frequência respiratória abaixo do normal

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

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

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

- Lavagem simples das mãos;

- Comunicar o que será feito

- Colocar o paciente em posição deitado, com os braços o lado do corpo

- Colocar uma das mãos sobre a região superior do abdome

- Acompanhar o movimento respiratório utilizando um relógio de pulso com marcador de segundos. Em adultos, se o ritmo for regular contar o número de movimentos respiratórios por 30" e multiplicar por 2, se irregular contar os movimentos por 60". Em bebês contar os movimentos respiratórios por 60".

- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem

- Lavar as mãos

- Realizar anotações

**Pressão Arterial (PA):** Demonstra a força exercida pelo sangue contra a parede da artéria. Valores Normais: Normotenso adulto 120X80 mmhg e idoso 140 a 160 X 90 a 100 mmhg

Hipotenso: PA abaixo do valor considerado normal

Hipertenso: PA: acima do valor considerado normal

**Técnica:**

- Lavagem simples das mãos;

- Comunicar o paciente o que será feito;

- Colocar o paciente em posição sentado ou deitado;

- Expor um dos braços do paciente, retirando qualquer roupa que cause compressão, posicionando-o de forma distendida com a palma da mão voltada para cima;

- Posicionar o manguito 2,5 cm acima da artéria braquial;

- Com uma das mãos palpar a artéria radial com a ponta dos dedos indicador e médio e com a outra mão inflar a manguito até não perceber mais a pulsação da artéria radial;

- Fechar a válvula de pressão do bulbo no sentido horário até travar;

- Colocar os receptores auditivos (olivas) do estetoscópio nos condutos auditivos e a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial;

- Esvaziar vagarosamente o manguito e observar no manômetro o ponto onde a pulsação reaparece;

- Observar no manômetro onde o primeiro som é ouvido e onde aparece um som surdo e abafado, até que o som desapareça;

- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem

- Lavar as mãos

- Realizar anotações

### **Diagnóstico e prescrição de enfermagem**

O Diagnóstico de Enfermagem está baseado na Teoria da Necessidades Humanas Básicas, preconizadas por Wanda Horta (1979) e pela Classificação Diagnóstica da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). A fase de diagnóstico está presente em todas as propostas de processo de enfermagem. Porém, frequentemente, termina por receber outras denominações tais como: problemas do cliente, lista de necessidades afetadas. Este fato gera inúmeras interpretações acerca do que se constitui um diagnóstico de enfermagem e contribui para aumentar as lacunas de conhecimento sobre as ações de enfermagem, provoca interpretações dúbias no processo de comunicação inter-profissional, caracterizando a falta de sistematização do conhecimento na enfermagem e abalando a autonomia e a responsabilidade profissional. Aparece em três contextos: raciocínio diagnóstico, sistemas de classificação e processo de enfermagem. O raciocínio diagnóstico envolve três tipos de atividades: coleta de informações, interpretação e denominação ou rotulação.

A Prescrição de Enfermagem deve ter as seguintes características: data, hora de sua elaboração e assinatura do enfermeiro. Deve ser escrita com uso de verbos que indiquem uma ação e no infinitivo; deve definir quem, o que, onde, quando e com que frequência ocorrerão as atividades propostas; deve ser individualizada e direcionada aos diagnósticos de enfermagem específicos do cliente, tornando o cuidado eficiente e eficaz. A sequência das prescrições deve obedecer à seguinte ordem: a primeira é elaborada logo após o histórico, e as demais sempre após cada evolução diária, tendo assim validade de 24 horas. Para a primeira prescrição, portanto, toma-se como base o histórico de enfermagem, e as demais deverão seguir o plano da evolução diária, fundamentado em novos diagnósticos e análise. Entretanto, será acrescentada nova prescrição sempre que a situação do cliente requerer. Existem vários tipos de prescrição de enfermagem. As mais comuns são as manuscritas, documentadas em formulários específicos dirigidos a cada cliente e individualmente. Um outro tipo é a prescrição padronizada, elaborada em princípios científicos, direcionada às características da clientela específica, reforçando a qualidade do planejamento e implementação do cuidado. É deixado espaço em branco destinado à elaboração de prescrições mais específicas ao cliente. A implementação das ações de enfermagem deve ser guiada pelas prescrições que por sua vez são planejadas a partir dos diagnósticos de enfermagem, sendo que a cada diagnóstico corresponde uma prescrição de enfermagem.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### Enfermeiro

#### **Necessidade de Proteção e Segurança**

##### **Lavagem Simples Das Mãos**

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

##### **b) Quando lavar as mãos:**

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

##### **c) Técnica:**

- devem ser retirados todos os objetos de adorno, incluindo pulseiras. Para a realização da técnica, deve-se utilizar sabão líquido com pH neutro;
- abrir a torneira com a mão não dominante;
- molhar as mãos;
- aplicar uma quantidade suficiente de sabão cobrindo com espuma toda a superfície das mãos;
- esfregar com movimentos circulatorios: palmas, dorso, interdigitais, articulações, polegar, unhas e punhos
- enxaguar as mãos em água corrente e secar com papel toalha
- se a torneira for de encerramento manual, utilizar o papel toalha para fechá-la.

#### **Mecânica Corporal**

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

##### **b) Como assistir o paciente utilizando-se os princípios da Mecânica Corporal:**

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

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

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

##### **Como utilizar adequadamente o movimento corporal coordenado:**

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

##### **Posicionamento do Paciente:**

**a) Conceito:** É o alinhamento corporal de um paciente. Pacientes que apresentam alterações dos sistemas nervoso, esquelético ou muscular, assim como, maior fraqueza e fadiga, frequentemente necessitam da assistência do profissional de enfermagem para atingir o alinhamento corporal adequado enquanto deitados ou sentados.

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

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

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### Enfermeiro

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

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

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

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

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

#### **Mudança de Posição e Transporte do paciente debilitado**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Necessidades de Oxigenação**

#### **Administração de Oxigênio por Cateter Nasal (tipo óculos), Cânula Nasal ou Máscara Facial:**

**a) Conceito:** É a administração de oxigênio à razão de 3 a 5 litros por minuto por cateter nasal, cânula nasal ou máscara facial. O cateter nasal é um dispositivo simples introduzido nas narinas do paciente. A cânula nasal pode ser introduzida pelo nariz até a nasofaringe, sendo necessário a alternância a cada 8 horas no mínimo. A máscara facial é um dispositivo que se adapta perfeitamente sobre o nariz e boca, sendo mantida em posição com auxílio de um fita. Máscara facial simples é usada na oxigenioterapia a curto prazo. Máscara facial de plástico com reservatório e máscara de Venturi, são capazes de fornecer concentrações de oxigênio mais elevadas

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### Enfermeiro

#### **b) Técnica:**

- Avaliar o paciente e verificar se existem sinais e sintomas sugestivos de hipóxia ou presença de secreções nas vias aéreas;
- Aspirar paciente, se necessário;
- Reunir os materiais e equipamentos necessários: Cânula nasal ou cateter nasal ou máscara facial; tubo de oxigênio; umidificador; água estéril; fonte de oxigênio com fluxímetro; luvas de procedimento.
- Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Conectar a cânula nasal (medir no paciente o posicionamento da cânula : lóbulo da orelha a ponta do nariz) ou cateter nasal ou máscara facial, ao tubo de oxigênio e a uma fonte de oxigênio umidificada, calibrada na taxa de fluxo desejada;
- Introduzir as extremidades do cateter nasal às narinas do paciente ou posicionar a cânula nasal ou máscara facial;
- Ajustar a fita elástica na fronte até que o cateter nasal ou máscara facial esteja perfeitamente adaptado e confortável ou fixar a cânula nasal à face ou região frontal do paciente;
- Manter o tubo de oxigênio com folga suficiente e prendê-lo às roupas do paciente;
- Manter o recipiente do umidificador com água no nível delimitado;
- Manter o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica;
- Observar narinas e superfície superior das orelhas à cada 6 horas (verificar se há laceração de pele);
- Certificar-se de que o paciente está confortável;
- Manter a unidade em ordem;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Realizar checagem e anotações no prontuário do paciente.

#### **Necessidades Nutricionais**

##### **Alimentação por via enteral**

**a) Conceito:** É a alimentação por sonda a pacientes que são incapazes de pôr o alimento na boca, mastigar ou engolir, mas que são capazes de digeri-lo e absorvê-lo. As sondas de alimentação podem ser colocadas no esôfago, estômago ou região alta do intestino delgado. A sonda pode ser inserida através do nariz, da boca ou cirurgicamente implantada. A alimentação via sonda pode ser administrada em bolo ou por gotejamento lento constante, que flui pelo efeito da gravidade, controlada por uma bomba de infusão. A alimentação lenta e constante aumenta absorção e reduz a diarreia. A sondagem nasoenteral está indicada em pacientes clínicos graves, entubados e sedados;

##### **Inserção de Sonda Nasogástrica**

- Reunir os materiais e equipamentos necessários: Bandeja contendo: Sonda nasogástrica com numeração apropriada; copo com água; estetoscópio, seringa de 20 ml; cuba rim; esparadrapo ou microporen; lubrificante hidrossolúvel; luvas de procedimento; pacote com folhas de gase; saco de lixo;

- Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Colocar o paciente em posição apropriada (Fowler)
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Medir a sonda no paciente: a partir do terceiro furo medir a sonda na distância da ponta do nariz até o lóbulo da orelha; medir a distância do lóbulo da orelha até o apêndice xifóide e demarcar esta medida com fita (aproximadamente 45 a 55 cm);
- Lubrificar a sonda com lubrificante hidrossolúvel;
- Orientar o paciente pedindo para que engula a sonda quando solicitado;
- Fletir o pescoço do paciente quando o mesmo não puder ajudar no procedimento;
- Introduzir a sonda até a demarcação estabelecida;
- Testar a sonda para verificação do posicionamento: Aspirar conteúdo gástrico; administrar 20 ml de ar e auscultar o epigástrico buscando o som de entrada de ar; colocar a extremidade da sonda aberta num copo com água, se a água não borbulhar a sonda está posicionada adequadamente;
- Fixar e identificar a sonda;
- Manter a sonda fechada; excetuando-se em casos de drenagem gástrica;
- Certificar-se de que o paciente está confortável;
- Manter a unidade em ordem;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Realizar checagem e anotações no prontuário do paciente.

#### **Necessidade de Eliminação Urinária**

##### **Cateterismo Vesical de Demora**

**a) Conceito:** É a inserção de um cateter na bexiga através da uretra, indicado para aliviar desconforto por distensão vesical quando ocorre obstrução na saída do fluxo de urina por dilatação da próstata, ou por coágulos de sangue; nas retenções urinárias grave por episódios recorrentes de infecção do aparelho urinário; nos casos em que há incapacidade de esvaziar a bexiga espontaneamente; para monitorar débito urinário nos quadros clínicos graves; cirurgias do trato urinário ou de suas partes; cirurgias que exijam anestésias em doses maiores; controlar incontinência urinária e nos pacientes acometidos por doença terminal.

##### **b) Técnica**

- Reunir os materiais e equipamentos necessários: Bandeja contendo: Pacote estéril para cateterização vesical contendo: cuba redonda; cuba rim; pinça para antisepsia, folhas de gaze, torundas ou bolas de algodão; campo fenestrado; almotolia contendo povidine tópico; 2 seringas descartáveis de 10 ml; 1 agulha 40X12; 1 ampola de água destilada 10 ml; sonda de folley com numeração apropriada; coletor de urina sistema fechado; esparadrapo ou microporen; xylocaína geléia; luvas de procedimento; 1 par de luvas estéril com numeração apropriada; pacote com folhas de gase; saco de lixo; material para higiene íntima, se necessário.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

### Enfermeiro

- Promover ambiente reservado ao paciente;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- Colocar o paciente em posição anatômica (nas mulheres posição ginecológica);
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Montar 1 seringa descartável com 10 ml de água destilada
- Abrir pacote estéril para cateterização vesical;
- Retirar do pacote pinça de antisepsia e cuba redonda;
- Colocar torundas ou bolas de algodão e povidine tópico na cuba redonda;
- Realizar a antisepsia da genitália respeitando os princípios de assepsia (do mais distante para o mais próximo, de cima para baixo), utilizando para cada área os quatro lados da torunda ou bolas de algodão;
- Paciente masculino: Antisepsia na seguinte sequência: púbis; corpo do pênis; retração do prepúcio; limpeza da glândula, por último meato uretral;
- Paciente feminino: Antisepsia na seguinte sequência: púbis; vulva: grandes lábios, pequenos lábios e por último meato uretral;
- Retirar luvas de procedimento;
- Sobre o pacote estéril que está aberto: abrir sonda de folley, bolsa coletora sistema fechado e seringa de 10 ml; colocar xylocaína geléia sobre folhas de gaze;
- Calçar luvas estéril;
- Colocar campo fenestrado sobre a genitália do paciente, mantendo em evidência a exposição da uretra;
- Introduzir na seringa descartável 10 ml de ar e testar o balonete da sonda de folley;
- Conectar sonda de folley a bolsa coletora de urina;
- Lubrificar a sonda de folley com xylocaína geléia;
- Segurar a sonda com a mão dominante, colocando a bolsa coletora sobre as pernas do paciente;
- Com a mão não dominante, nos homens segurar o pênis perpendicular ao abdomen e nas mulheres abrir a genitália, evidenciando a uretra;
- Introduzir toda a sonda no meato uretral;
- Preencher o balonete com 10 ml de água destilada;
- Tracionar a sonda;
- Fixar a sonda na coxa do paciente;
- Retirar luvas estéreis;
- Calçar luvas de procedimento;
- Organizar a unidade;
- Identificar a bolsa coletora com data e hora da inserção da sonda e assinatura;
- Manter a sonda aberta para drenagem;
- Certificar-se de que o paciente está confortável e a unidade em ordem;
- Realizar a lavagem simples das mãos;
- Realizar checagem e anotações no prontuário do paciente

A Enfermagem, reconhecida por seu respectivo conselho profissional, é uma profissão que possui um corpo de conhecimentos próprios, voltados para o atendimento do ser humano nas áreas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, composta pelo enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem.

A Enfermagem realiza seu trabalho em um contexto mais amplo e coletivo de saúde, em parceria com outras categorias profissionais representadas por áreas como Medicina, Serviço Social, Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Nutrição, etc. O atendimento integral à saúde pressupõe uma ação conjunta dessas diferentes categorias, pois, apesar do saber específico de cada uma, existe uma relação de interdependência e complementaridade.

Nos últimos anos, a crença na qualidade de vida tem influenciado, por um lado, o comportamento das pessoas, levando a um maior envolvimento e responsabilidade em suas decisões ou escolhas; e por outro, gerado reflexões em esferas organizadas da sociedade - como no setor saúde, cuja tônica da promoção da saúde tem direcionado mudanças no modelo assistencial vigente no país. No campo do trabalho, essas repercussões evidenciam-se através das constantes buscas de iniciativas públicas e privadas no sentido de melhor atender às expectativas da população, criando ou transformando os serviços existentes.

No tocante à enfermagem, novas frentes de atuação são criadas à medida que essas transformações vão ocorrendo, como sua inserção no Programa Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde; em programas e serviços de atendimento domiciliar, em processo de expansão cada vez maior em nosso meio; e em programas de atenção a idosos e outros grupos específicos.

Quanto às ações e tarefas afins efetivamente desenvolvidas nos serviços de saúde pelas categorias de Enfermagem no país, estudos realizados pela ABEn e pelo INAMPS as agrupam em cinco classes, com as seguintes características:

- Ações de natureza propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico e de outros profissionais, as ações propedêuticas complementares referem-se às que apóiam o diagnóstico e o acompanhamento do agravamento à saúde, incluindo procedimentos como a observação do estado do paciente, mensuração de altura e peso, coleta de amostras para exames laboratoriais e controle de sinais vitais e de líquidos. As ações terapêuticas complementares asseguram o tratamento prescrito, como, por exemplo, a administração de medicamentos e dietas enterais, aplicação de calor e frio, instalação de cateter de oxigênio e sonda vesical ou nasogástrica;

- Ações de natureza terapêutica ou propedêutica de enfermagem, são aquelas cujo foco centra-se na organização da totalidade da atenção de enfermagem prestada à clientela. Por exemplo, ações de conforto e segurança, atividades educativas e de orientação;

- Ações de natureza complementar de controle de risco, são aquelas desenvolvidas em conjunto com outros profissionais de saúde, objetivando reduzir riscos de agravos ou complicações de saúde. Incluem as atividades relacionadas à vigilância epidemiológica e as de controle da infecção hospitalar e de doenças crônico-degenerativas;

- Ações de natureza administrativa, nessa categoria incluem-se as ações de planejamento, gestão, controle, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem;

- Ações de natureza pedagógica, relacionam-se à formação e às atividades de desenvolvimento para a equipe de enfermagem.