

Fundação Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

FUNDAÇÃO SAÚDE-RJ

Enfermeiro

DZ092-N9

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

OBRA

Fundação Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Enfermeiro

Edital Nº 01/2019

AUTORES

Língua Portuguesa - Profª Zenaide Auxiliadora Pachegas Branco
Conhecimentos sobre o SUS - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida
Conhecimentos Específicos - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida e Fabiola Gonçalves

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Elaine Cristina
Robson Silva

DIAGRAMAÇÃO

Thais Regis

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

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

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

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

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

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

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

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

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

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

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

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

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA

Compreensão e interpretação de textos.....	01
Morfologia. Classes de palavras variáveis e invariáveis: conceito, classificação e emprego.....	08
Sintaxe: frase, oração, período simples e composto e termos da oração.....	47
Concordância nominal e verbal.....	58
Regência nominal e verbal.....	65
Colocação dos pronomes átonos.....	71
Semântica: sinonímia, antonímia, homonímia e parônima.....	71
Conotação e denotação.....	72
Figuras de sintaxe, figuras de pensamento e figuras de linguagem.....	73

CONHECIMENTOS SOBRE O SUS

Legislação sobre Saúde. Constituição Federal de 1988 (artigos 196 a 200 e artigo 37).....	01
Lei nº 8.080/1990. Decreto nº 7.508/2011. Lei nº 8.142/1990.....	20
Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006).....	28
Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria GM/MS nº 1.863/2003).....	50
Sistema Único de Saúde: organização, princípios, objetivos, atribuições, doutrinas e competências.....	52
Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil: retrospectiva histórica e reforma sanitária.....	53
Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes.....	65
Prevenção de doenças e promoção da saúde.....	71
Vigilância à Saúde.....	77
Doenças de notificação compulsória.....	83
Redes de Atenção à Saúde.....	92
Integração da atenção básica e demais unidades de saúde.....	103
Humanização do atendimento.....	152
Acolhimento em saúde.....	157
Bioética e Ética Profissional.....	160
Biossegurança e controle de infecção hospitalar. Riscos ocupacionais e sua prevenção.....	164
Controle social e gestão participativa: Conselhos e Conferências Estaduais de Saúde.....	187
Sistemas de Informação em Saúde: SIM, SINAN, SINASC e SIH/SUS.....	189
Planos Estaduais de Saúde de 2016 a 2019.....	189
Plano Diretor de Regionalização da Saúde.....	189
Educação Permanente em Saúde.....	190
Programa Nacional de Segurança do Paciente. Portaria GM/MS nº 529/2013.....	208
Ações para a Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada nº 36/2013.....	210
Lei nº 13.460/2017.....	212
Decreto Estadual nº 46.622/2019.....	216

SUMÁRIO

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Fundamentos de Enfermagem: teorias de enfermagem, sistematização da assistência, exame físico e procedimentos técnicos.....	01
Preparo e administração de medicações e soluções. Cálculos úteis de enfermagem: dosagem de medicamentos, diluição, regra de três, cálculo de gotejamento e porcentagem.....	23
Prevenção e tratamento de feridas. Curativos. Segurança do paciente. Dor.....	28
Instrumentos básicos de Enfermagem.....	31
Enfermagem médico-cirúrgica. Assistência de enfermagem a pacientes portadores de doenças que afetam os diversos Sistemas.....	31
Doenças e emergências oncológicas.....	68
Tratamentos quimioterápicos e radioterápicos.....	69
Assistência de enfermagem a pacientes no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.....	94
Biossegurança. Prevenção e controle de infecção hospitalar.....	106
Administração e organização dos serviços de saúde em enfermagem.....	106
Epidemiologia: conceitos básicos.....	120
Pesquisa clínica. Morte.....	68
Assistência de enfermagem a adultos e idosos hospitalizados.....	122
Assistência ao paciente oncológico.....	131
Assistência ao paciente cardiopata.....	131
Acompanhamento da evolução dos tratamentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos.....	131
Desequilíbrio ácido-base. Líquidos e eletrólitos.....	131
Métodos ventilatórios não-invasivos e invasivos.....	132
Sedação e analgesia.....	134
Procedimentos dialíticos.....	134
Fármacos e drogas vasoativas.....	135
Complicações clínicas decorrentes da terapêutica antineoplásica.....	135
Manipulação, controle e avaliação de cateteres, sondas e drenos.....	136
Cuidados no transporte intra e extra hospitalar de pacientes críticos.....	138
Parada cardiorrespiratória.....	141
Suporte nutricional em pacientes críticos.....	142
Coleta laboratorial de materiais para exames específicos, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, administração de antineoplásicos, instalação e controle de hemocomponentes, manipulação e avaliação de cateteres venosos de longa permanência e estomas.....	144
Mucosite.....	145
Biossegurança: conceito, normas de prevenção e controle de infecção.....	145
História, evolução e estruturação da CCIH.....	145
Programa do Controle de Infecção Hospitalar.....	154
Legislação em Enfermagem. Portaria GM/MS nº 2.616/1998.....	155
Portaria MTE nº 485/2005. NR nº 32.....	160
RDC nº 07/2010.....	160
RDC nº 15/2012.....	170
RDC nº 63/2011 e demais legislações pertinentes ao controle de infecção. Ética aplicada à CCIH.....	180
Tipos de precauções e isolamentos. Higienização das mãos. Setores de apoio e controle de infecção. Critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde – ANVISA.....	185

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS – ENFERMEIRO

Fundamentos de Enfermagem: teorias de enfermagem, sistematização da assistência, exame físico e procedimentos técnicos.....	01
Preparo e administração de medicações e soluções. Cálculos úteis de enfermagem: dosagem de medicamentos, diluição, regra de três, cálculo de gotejamento e porcentagem.....	23
Prevenção e tratamento de feridas. Curativos. Segurança do paciente. Dor.....	28
Instrumentos básicos de Enfermagem.....	31
Enfermagem médico-cirúrgica. Assistência de enfermagem a pacientes portadores de doenças que afetam os diversos Sistemas.....	31
Doenças e emergências oncológicas.....	68
Tratamentos quimioterápicos e radioterápicos.....	69
Assistência de enfermagem a pacientes no pré-operatório, transoperatório e pós-operatório.....	94
Biossegurança. Prevenção e controle de infecção hospitalar.....	106
Administração e organização dos serviços de saúde em enfermagem.....	106
Epidemiologia: conceitos básicos.....	120
Pesquisa clínica. Morte.....	68
Assistência de enfermagem a adultos e idosos hospitalizados.....	122
Assistência ao paciente oncológico.....	131
Assistência ao paciente cardiopata.....	131
Acompanhamento da evolução dos tratamentos cirúrgicos, quimioterápicos e radioterápicos.....	131
Desequilíbrio ácido-base. Líquidos e eletrólitos.....	131
Métodos ventilatórios não-invasivos e invasivos.....	132
Sedação e analgesia.....	134
Procedimentos dialíticos.....	134
Fármacos e drogas vasoativas.....	135
Complicações clínicas decorrentes da terapêutica antineoplásica.....	135
Manipulação, controle e avaliação de cateteres, sondas e drenos.....	136
Cuidados no transporte intra e extra hospitalar de pacientes críticos.....	138
Parada cardiorrespiratória.....	141
Suporte nutricional em pacientes críticos.....	142
Coleta laboratorial de materiais para exames específicos, monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, administração de antineoplásicos, instalação e controle de hemocomponentes, manipulação e avaliação de cateteres venosos de longa permanência e estomas.....	144
Mucosite.....	145
Biossegurança: conceito, normas de prevenção e controle de infecção.....	145
História, evolução e estruturação da CCIH.....	145
Programa do Controle de Infecção Hospitalar.....	154
Legislação em Enfermagem. Portaria GM/MS nº 2.616/1998.....	155
Portaria MTE nº 485/2005. NR nº 32.....	160
RDC nº 07/2010.....	160
RDC nº 15/2012.....	170

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS – ENFERMEIRO

RDC nº 63/2011 e demais legislações pertinentes ao controle de infecção. Ética aplicada à CCIH.....	180
Tipos de precauções e isolamentos. Higienização das mãos. Setores de apoio e controle de infecção. Critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde – ANVISA.....	185

FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM: TEORIAS DE ENFERMAGEM, SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, EXAME FÍSICO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS.

Definições

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

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

FUNÇÕES DO HOSPITAL

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

CLASSIFICAÇÃO

Segundo o tratamento:

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

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

Segundo o número de leitos:

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

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

Grande porte: Capacidade normal de 150 a 500 leitos.

Extra ou Especial: capacidade acima de 500 leitos.

TERMINOLOGIA HOSPITALAR

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

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

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

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

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

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

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

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

O PACIENTE

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

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

A doença trás ao paciente graves consequências como:

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

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

SAE- Sistematização do Serviço de Enfermagem

É uma atividade privativa do enfermeiro, que por meio de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a

prescrição e implementação das ações de Assistência de enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE "Requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas".

É um meio para o enfermeiro utilizar seus conhecimentos técnico-científicos, mostrando a sua prática profissional. Os enfermeiros na sua grande maioria estão sobrecarregados com atividades administrativas, muitas vezes levando metade de seu tempo gerenciando e coletando informações. O exercício profissional fica ainda mais árduo, quando nos hospitais a relação enfermeiro/leitos ocupada, faz com que o dia a dia do Enfermeiro, seja um desafio em administrar seu tempo realizando tarefas com qualidade.

RESOLUÇÃO COFEN-272/2002

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

Considerando a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1998 nos artigos 5º, XII e 197;

Considerando a Lei nº 7.498/86 c.c. o Decreto nº 94.406/86, respectivamente no artigo 11, alíneas "c", "i" e "j" e artigo 8º, alíneas "c", "e" e "f";

Considerando o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 240/2000;

Considerando o disposto nas Resoluções-COFEN nºs 195/1997, 267/2001 e 271/2002;

Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

Considerando a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

Considerando que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

Considerando os estudos elaborados pela CTA/COFEN, nos autos do PAD-COFEN Nº 48/97;

Resolve:

Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - Privativamente: A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: Consulta de Enfermagem Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para a implementação da

assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Artigo 2º - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada.

Artigo 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/ cliente/usuário, devendo ser composta por:

-Histórico de enfermagem

-Exame Físico

-Diagnóstico de Enfermagem

-Prescrição da Assistência de Enfermagem

-Evolução da Assistência de Enfermagem

-Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de Assistência Domiciliar - HOME CARE - este prontuário deverá permanecer junto ao paciente/cliente/usuário assistido, objetivando otimizar o andamento do processo, bem como atender o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

Artigo 4º - Os CORENS, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar técnica e cientificamente os profissionais de Enfermagem, na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;

Artigo 5º - É de responsabilidade dos CORENS, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

Artigo 6º - Os casos omissos, serão resolvidos pelo COFEN.

Artigo 7º - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.
Gilberto Linhares Teixeira
COREN-RJ Nº 2.380
Presidente Carmem de Almeida da Silva
COREN SP Nº 2254
Primeira-Secretária

A enfermagem iniciou sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica. Com esse intuito, diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos, com a finalidade de prestar uma assistência, ou seja, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, realizando assim o processo de enfermagem. Wanda de Aguiar Horta, desenvolveu um modelo conceitual, no qual a própria vivência na enfermagem, levou-a procurar desenvolver um modelo que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia. Essa mesma autora define o processo de enfermagem, como sendo a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. No processo de enfermagem a assistência é planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo então redigida de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratado possam ter acesso ao plano de assistência. Segundo Araújo, o processo de enfermagem possui um enfoque holístico, ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença, apressa os diagnósticos e o tratamento dos problemas de saúde potenciais e vigentes, reduzindo a incidência e a duração da estadia no hospital, promove a flexibilidade do pensamento independente, melhora a comunicação e previne erros, omissões e repetições desnecessárias; os enfermeiros obtêm satisfação de seus resultados. Para Peixoto, acreditam que o processo de enfermagem seja o instrumento profissional do enfermeiro, que guia sua prática e pode fornecer autonomia profissional e concretizar a proposta de promover, manter ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também documentar sua prática profissional, visando a avaliação da qualidade da assistência prestada. Após a promulgação da lei 7.498, de 25 de junho de 1986, referente ao exercício da enfermagem, dispõe o artigo 11, como atividades exclusivas do enfermeiro a consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. O processo de enfermagem é sistemático pelo fato de envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito. Portanto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde/saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do

indivíduo, família e comunidade. A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento toda equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas.

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 deixa-lo apoiado sobre o travesseiro
- Colocar o membro inferior esquerdo ligeiramente flexionado
- Colocar o membro inferior direito fletido ate 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 esta 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 biombo
- 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 esta suportando o peso do corpo
- Colocar um travesseiro entre as pernas para aliviar a pressão de uma perna sobre a outra
- Manter o alinhamento corporal a fim de facilitar a respiração;
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o local a ser examinado;
- Colocar o paciente em outra posição confortável após o repouso de mudança de decúbito ou exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente

f) Posição em Decúbito Ventral

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

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo

- 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 e 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 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 angulo reto entre as coxas e as pernas
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o necessário
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame
- Recompôr a Unidade
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente

h) Posição de Trendelenburg

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

Técnica

- Lavar as mãos.
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito.
- Colocar o paciente na posição dorsal horizontal'
- Inclinar a cabeceira da cama em angulo adequado.
- Elevar os pés da cama em angulo 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 e, para a escala desta;

Executar a técnica da pesagem;

Colocar em seguida, o paciente de frente para a pesoa que esta 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 ate seu quarto e orientá-lo quanto as instalações sanitárias e demais dependências da enfermaria;

Deixar a campainha ao seu alcance;

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

Encaminhar o paciente para o banho oferecendo o material;

Arrumar a cama conforme técnica de arrumação de cama aberta;

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

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

Comunicar o serviço de nutrição a dieta do paciente;

Encaminhar pedidos de exames;

Iniciar o tratamento propriamente dito

ALTA HOSPITALAR

Técnica

Verificar se a folha de alta esta assinada pelo medico;

Reunir e entregar os pertences ao paciente;

Verificar se existem valores do paciente guardados pelo hospital tais como: dinheiro, joias, documentos etc.

Se houver necessidade ajudar o paciente a vestir-se

Anotar no prontuário o horário e as condições em que o paciente esta saindo, e as orientações feitas no momento da alta;

Esperar os familiares ou responsáveis;

Acompanhar o paciente a portaria;

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

ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

As anotações no prontuário são baseadas em observação de enfermagem.

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

Finalidades:

Contribuir com informações para o diagnostico e tratamento médico e de enfermagem;

Conhecer o paciente, família e comunidade;

Construir fator decisivo entre a vida e a morte através dos dados colhidos;

Auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisões específica;
Verificar os problemas aparentes e inaparentes;
Planejar cuidados de enfermagem;
Analisar os serviços hospitalares prestados;
Analisar os cuidados de enfermagem prestados;
Servir de base para qualquer documentação e anotação

O Que Observar:

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

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

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

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

A observação serve não só para descobrir anormalidades, mas também para identificar a potencialidade do indivíduo. 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 indivíduo dispõe para auxiliar na sua própria recuperação.

Anotações de enfermagem:

Finalidades Relatar por escrito as observações do paciente;

Contribuir com informações para o diagnóstico médico 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, contencções e demais observações colhidas pelo exame físico;

03A conservação ou a comunicação;

04 - O comportamento:

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

Equilíbrio do estado perceptivo (alucinações, delírios);

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

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

Capacidade de aprendizagem - inteligência;

05 - Atividades;

06 - Recomendações.

Normas para anotações de enfermagem:

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

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

03 - Usar termos concisos;

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

05 - Considerar o segredo profissional;

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

07 - Colocar horário;

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

09 - Fazer assinatura legível;

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

Prevenção e controle de infecção

Alguns conceitos importantes:

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

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

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

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

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

Lavagem das mãos

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

Material

Sabão;

Toalha de papel.

Procedimento:

Retirar anéis, relógio, etc.;
 Posicionar-se sem encostar-se na pia
 Abrir a torneira;
 Ensaboar as mãos;
 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 dever 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 dever ser comunicado ao enfermeiro da unidade e ao medico responsável pelo paciente, se for necessário.

Material

Bandeja contendo:

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

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

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

Nomenclatura:

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

Cuidados de enfermagem para hipertermia:

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

Cuidados de enfermagem para hipotermia:

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

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

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

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

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

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

Valores de normalidade:

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

Fatores que alteram a frequência do pulso:

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

Fatores Patológicos:

Febre - doenças agudas (aceleram)
Choque (diminuem)

Classificação do pulso pode ser quanto à:

1) Regularidade:

A. Rítmico - bate ou pulsa com regularidade, ou seja, o tempo de intervalo entre os batimentos é o mesmo.

B. Arritmico - bate sem regularidade (irregular), o intervalo entre os batimentos é diferente.

2) Amplitude:

a) Fraco ou filiforme: redução da força ou do volume sanguíneo (facilmente desaparece com a compressão).

b) Forte ou cheio: aumento da força ou do volume sanguíneo (dificilmente desaparece com a compressão).

3) Tensão:

- força da parede da artéria.
a) Macio - fraco
b) Duro - forte

4) Tipos de Pulso:

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

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

Dicrótico - Dá a impressão de dois batimentos

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

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

Observações importantes:

Evitar verificar o pulso em membros superiores afetados por sequelas de lesões neurológicas ou vasculares;
Não verificar o pulso em membro com fistula arteriovenosa (para hemodiálise);

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

Em caso de dúvida, repetir a contagem;

Proceder a verificação com as mãos secas e quentes.

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

Avaliação da respiração:

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

Valores de normalidade:

- No homem (15 a 20 mrpm)
- Na mulher (18 a 20 mrpm)

Quanto ao ritmo:

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

Irregular: quando são diferentes.

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

Nomenclatura:

- Eupneia: respiração com frequência normal

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

- Taquipnéia: quando frequência respiratória acima de 24 mrpm

- Apneia: ausência ou parada de respiração por 20 segundos

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

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

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

- Estertorosa: respiração com barulho

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

Existem fatores que alteram a respiração:

- Sono e banho quente: diminuem a respiração

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

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

A P.A. depende do:

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

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

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

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

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

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

Terminologias referentes a pressão arterial:

Hipertensão: P.A. elevada;

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

Hipotensão: P.A. baixa;

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

Local de Verificação:

Membros superiores (braços),

Membros inferiores (região poplíteia)

Valores da PA

Sistólica - 90 - 140 mmhg

Diastólica - 60 - 90 mmhg.

Normas para verificação da Pressão Arterial:

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

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

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

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

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

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

Técnica para verificação da Pressão Arterial

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