

Prefeitura Municipal de Sinop do Estado do Mato Grosso

SINOP-MT

Técnico de Enfermagem

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	9
■ LEITURA E COMPREENSÃO DE TEXTOS VARIADOS.....	9
■ MODOS DE ORGANIZAÇÃO DO DISCURSO	11
NARRATIVO.....	11
DESCRITIVO	12
EXPOSITIVO	13
INJUNTIVO	14
ARGUMENTATIVO E DISSERTATIVO	14
■ GÊNEROS DO DISCURSO	15
DEFINIÇÃO, RECONHECIMENTO DOS ELEMENTOS BÁSICOS.....	15
■ COESÃO E COERÊNCIA	20
MECANISMOS, EFEITOS DE SENTIDO NO TEXTO.....	20
■ RELAÇÃO ENTRE AS PARTES DO TEXTO	24
CAUSA, CONSEQUÊNCIA, COMPARAÇÃO, CONCLUSÃO, EXEMPLIFICAÇÃO, GENERALIZAÇÃO, PARTICULARIZAÇÃO	24
■ CONECTIVOS: CLASSIFICAÇÃO, USO, EFEITOS DE SENTIDO	29
■ TRANSITIVIDADE VERBAL E NOMINAL.....	29
■ ESTRUTURA, CLASSIFICAÇÃO E FORMAÇÃO DE PALAVRAS	30
■ FUNÇÕES E CLASSES DE PALAVRAS	34
FLEXÃO NOMINAL.....	35
PRONOMES: EMPREGO, FORMAS DE TRATAMENTO E COLOCAÇÃO	41
VERBOS: PESSOA, NÚMERO, TEMPO E MODO.....	44
FLEXÃO VERBAL.....	44
Vozes Verbais.....	48
■ REGÊNCIA VERBAL E NOMINAL.....	54
■ FIGURAS DE LINGUAGEM	55
■ FUNÇÕES DA LINGUAGEM.....	59

■ SINÔNIMOS, ANTÔNIMOS, PARÔNIMOS E HOMÔNIMOS.....	59
■ PONTUAÇÃO: REGRAS E EFEITOS DE SENTIDO.....	61
RECURSOS GRÁFICOS: REGRAS, EFEITOS DE SENTIDO.....	61
■ SINTAXE DO PERÍODO SIMPLES.....	64
■ COORDENAÇÃO E SUBORDINAÇÃO.....	69
■ CRASE.....	73
■ ORTOGRAFIA E ACENTUAÇÃO GRÁFICA.....	74
 RACIOCÍNIO LÓGICO.....	 87
■ RACIOCÍNIO LÓGICO NUMÉRICO: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS ENVOLVENDO NÚMEROS REAIS.....	87
■ MÚLTIPLOS E DIVISORES.....	93
■ CONJUNTOS.....	94
■ PROPORCIONALIDADE DIRETA E INDIRETA.....	102
■ PORCENTAGEM.....	105
■ MÉDIAS.....	107
■ PADRÕES EM SEQUÊNCIAS NUMÉRICAS, DE LETRAS, DE PALAVRAS E FIGURAS.....	107
■ RACIOCÍNIO LÓGICO.....	113
PROPOSIÇÕES.....	113
CONNECTIVOS E NEGAÇÃO.....	114
■ EQUIVALÊNCIA.....	116
■ IMPLICAÇÃO LÓGICA.....	122
■ DIAGRAMAS LÓGICOS.....	123
■ PROBLEMAS DE CONTAGEM.....	125
PRINCÍPIO ADITIVO E PRINCÍPIO MULTIPLICATIVO.....	125
ARRANJOS.....	125
COMBINAÇÕES.....	126
PERMUTAÇÕES.....	126

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.....	131
■ PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM	131
Registros de Enfermagem.....	131
■ FUNDAMENTOS BÁSICOS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM.....	132
CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	132
SINAIS VITAIS.....	133
■ PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E SUAS LEGISLAÇÕES.....	135
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS.....	138
■ NEBULIZAÇÃO, OXIGENOTERAPIA E ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES	139
■ CUIDADOS COM SONDAS NASOGÁSTRICA E NASOENTERAL	142
CUIDADOS COM CATETERISMO VESICAL	144
■ CUIDADOS COM DRENOS.....	147
■ TRATAMENTO DE FERIDAS.....	148
■ PROCESSAMENTO DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES HOSPITALARES.....	151
MANUSEIO DE MATERIAL ESTÉRIL	154
■ MEDIDAS DE HIGIENE E CONFORTO.....	154
■ SEGURANÇA NO AMBIENTE DE TRABALHO.....	156
CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR E NORMAS DE BIOSSEGURANÇA.....	156
NR 32, DE 2005 – SAÚDE E SEGURANÇA OCUPACIONAL EM ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E SUAS ATUALIZAÇÕES	161
■ RISCOS E ACIDENTES OCUPACIONAIS E SUAS FORMAS DE PREVENÇÃO	167
MEDIDAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR.....	167
Ergonomia	168
■ ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE E DA UNIDADE HOSPITALAR.....	169
■ PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO	169
■ CUIDADOS DE ENFERMAGEM A CLIENTES COM DISTÚRBIOS	175
ONCOLÓGICOS	175
CARDIOVASCULARES	177
GASTRINTESTINAIS.....	180
ENDÓCRINOS.....	184

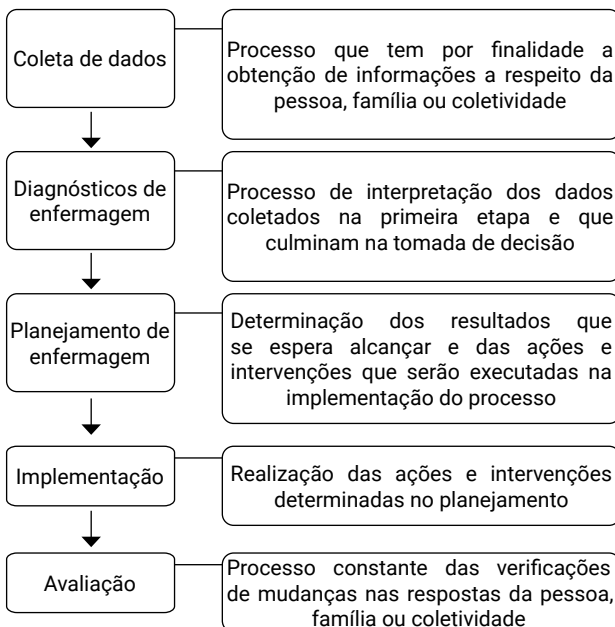
GENITURINÁRIOS	187
GINECOLÓGICOS	188
RESPIRATÓRIOS	190
HEMATOLÓGICOS	192
DE LOCOMOÇÃO	195
METABÓLICOS HIDROELETROLÍTICOS.....	197
OBSTÉTRICOS	197
■ CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	200
■ CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ OPERATÓRIO, TRANS E PÓS-OPERATÓRIO	201
■ POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	204
■ CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL	213
■ MEDIDAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	215
■ NOÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA GERAL E REGIONAL	216
■ ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER, DO HOMEM, DO IDOSO E DO TRABALHADOR.....	219
■ PREVENÇÃO DE DOENÇAS INFECTOCONTAGIOSAS	225
■ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	233
■ CUIDADOS PALIATIVOS	233
■ ÉTICA E LEGISLAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	234

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é um conjunto de ações sistematizadas, interdependentes e interrelacionadas, que devem ser realizadas de forma deliberada e sistemática em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorrer o processo do cuidado de enfermagem.

O processo de enfermagem é organizado em cinco etapas:



A abordagem sistemática abrange uma análise completa do paciente e um dimensionamento da assistência. Na coleta de dados, é necessária uma avaliação minuciosa de todos os aspectos dinâmicos do paciente. No contexto situacional, há quatro tipos de avaliação:

- **Avaliação inicial**: tem como propósito a avaliação do estado geral do paciente, a identificação de problemas e o estabelecimento de fluxos terapêuticos;
- **Avaliação focalizada**: tem por finalidade identificar a presença ou não de um diagnóstico;
- **Avaliação de emergência**: utilizada em ocasiões em que se determina risco à vida;
- **Avaliação de acompanhamento**: realizada após uma avaliação previamente feita.

Registros de Enfermagem

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

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

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

Essa prática é importante por diversos motivos. Vejamos alguns:

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

É importante que os registros de enfermagem sejam precisos, completos, legíveis, objetivos e sigilosos, seguindo as políticas e regulamentações estabelecidas pela instituição de saúde e pelos órgãos reguladores da profissão. Em síntese, os registros de enfermagem são uma garantia para o profissional e uma importante documentação, que poderá ser resgatada para diversos fins.

Anotações de Enfermagem

Embora semelhantes aos registros de enfermagem, as anotações de enfermagem contam com algumas sutis diferenças.

As anotações consistem nos apontamentos feitos pelo profissional durante a prestação de cuidados ao paciente. Elas auxiliam o enfermeiro, o técnico em enfermagem e o auxiliar de enfermagem no tratamento do indivíduo sob seus cuidados.

Ao prestar assistência a um paciente, o profissional de enfermagem deve **detalhar** todas as suas observações (por exemplo: se o paciente está sob uso de sonda vesical de demora, deve-se anotar se há urina no coletor; se houver, é necessário anotar a quantidade, a coloração e o aspecto da urina).

Além disso, **todas** as condutas postas em prática devem ser anotadas: a verificação dos sinais vitais e seu resultado, os procedimentos realizados após prescrição médica e as condições física e mental do indivíduo são aspectos que devem constar nas anotações do profissional.

Do mesmo modo, para que não se esqueça da condição de saúde do paciente após verificação, é importante que o profissional observe o indivíduo e anote características como os estados de consciência e de deambulação (quando em condições para isso) e a forma como se encontra posicionado no leito, se estiver em um.

É interessante que as anotações de enfermagem sejam feitas em **tempo real**, isto, o mais próximo possível do momento das observações ou interferências. Isso ajuda a garantir a precisão das informações registradas e a capturar detalhes importantes inerentes ao cuidado do paciente.

Vale ressaltar que as anotações têm caráter confidencial. Desse modo, é necessário que sejam armazenadas de forma segura.

Diferenças entre Anotação e Registro de Enfermagem

Embora os termos “registro de enfermagem” e “anotação de enfermagem” muitas vezes sejam usados de forma intercambiável, eles podem ter algumas distinções sutis em seu significado dependendo do contexto ou da instituição. No entanto, em muitos casos eles se referem ao mesmo conceito de documentação das atividades de enfermagem.

No entanto, é interessante que observemos as diferenças entre os dois procedimentos. Vejamos algumas:

- **Escopo e abrangência:** o termo “registro de enfermagem” pode ser mais abrangente, referindo-se a todos os registros documentados pelos profissionais ao longo do tempo, incluindo anotações, relatórios, gráficos de cuidados, planos de cuidados e outras formas de documentação. Por outro lado, “anotação de enfermagem” pode se referir especificamente às notas ou registros detalhados feitos pelos profissionais em relação a uma determinada atividade, observação ou intervenção em um momento específico;
- **Natureza da informação:** enquanto o registro de enfermagem pode incluir uma variedade de informações, como avaliações de saúde, planos de cuidados, comunicações com outros profissionais de saúde e documentação de intervenções, as anotações de enfermagem podem se concentrar mais em observações diretas, procedimentos realizados e respostas do paciente a tratamentos específicos em um determinado momento;
- **Formato e estrutura:** o **registro** de enfermagem pode abranger uma **gama mais ampla** de formatos e estruturas, incluindo documentos eletrônicos, registros em papel, gráficos de cuidados e planos de cuidados. As **anotações** de enfermagem podem ser uma **parte específica** desses registros, geralmente consistindo em notas escritas, observações de enfermagem, resultados de exames e administração de medicamentos.

Em resumo, o **registro** de enfermagem é um termo mais **amplo** que pode englobar todos os tipos de documentação formulados pelos profissionais. As **anotações** de enfermagem, por sua vez, podem se referir mais especificamente às notas ou registros detalhados feitos em relação a atividades **específicas** ou observações de cuidados.

No entanto, dependendo do contexto, os termos podem ser usados de forma intercambiável para se referir à documentação geral das atividades de enfermagem.

FUNDAMENTOS BÁSICOS DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

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

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

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

CONCEPÇÕES SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

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

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

BASES ESSENCIAIS PARA A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

É sabido que a enfermagem é uma profissão pautada na promoção da saúde e da recuperação do bem-estar do paciente. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais envolvidos nela estejam aptos a identificar sinais e sintomas de alterações orgânicas, bem como a conhecer os métodos para alcançar os melhores resultados nos tratamentos propostos.

Para tal, vale ressaltar que, antes da realização do exame físico, é importante estar atento a medidas de precaução contra infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS). Dentre estas, a primeira e principal é realizar a higiene das mãos.

Importante!

A segurança do paciente é um tópico muito cobrado nos concursos. A higiene das mãos é considerada uma ação isolada, fundamental para evitar infecções, uma vez que a forma mais comum de transmissão de doenças infectocontagiosas é através do contato manual.

I ANAMNESE

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

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

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

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

I SINAIS VITAIS

Os sinais vitais são a temperatura corporal, a frequência cardíaca (pulsação), a frequência respiratória e a pressão arterial. **A dor também é considerada um sinal vital.** Esses sinais refletem o estado de saúde do paciente e são marcadores muito importantes, pois indicam a condição fisiológica e até situação de estresse psíquico, além de serem imprescindíveis durante o exame físico.

Vejam os principais momentos nos quais se deve verificar os sinais vitais:

- no ato da admissão;
- antes e após qualquer procedimento cirúrgico;
- antes, durante e após administração de medicamentos que afetem os sinais vitais;
- de acordo com a rotina ou protocolos da instituição;
- sempre que houver alterações no estado do paciente.

Vejam, a seguir, cada um dos sinais vitais:

Temperatura

Controlada pelo hipotálamo, a temperatura deve se manter equilibrada e estável ao longo do dia para que o organismo funcione adequadamente. No que

diz respeito à variação normal da temperatura do corpo humano, há discordância entre muitos autores. Porém, para Jensen (2013), a temperatura corporal normal varia entre 35,9 °C e 38 °C e depende da via utilizada para realizar essa mensuração. Geralmente, a temperatura axilar é 0,5 °C menor que a temperatura oral.

Normalmente, alguns fatores levam à variação de temperatura. Dentre estes, encontram-se:

- atividade física;
- idade (crianças e pessoas idosas têm maior dificuldade em regular a temperatura);
- sexo; e
- condições específicas de saúde.

Além disso, o horário do dia também influencia esse sinal vital: no início da manhã, a temperatura é baixa, atingindo seu pico no final da tarde.

Atenção! Os conceitos a seguir são muito importantes e devem ser conhecidos:

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

Diversas vias podem ser utilizadas para a realização da aferição da temperatura, cada uma delas com vantagens e desvantagens. Vejamos:

- **Via oral:** conta com uma variação de temperatura normal entre 36,5 °C e 37,5 °C e é indicada para indivíduos que estão conscientes, alertas, despertados e orientados. Tem como vantagem ser uma via de fácil acesso e confortável, além de oferecer leituras precisas. Por outro lado, pode variar dependendo da ingestão oral, de tabagismo e da respiração bucal;
- **Via axilar:** varia, normalmente, entre 35,9 °C e 36,9 °C e é de fácil obtenção, porém o termômetro deve ser mantido por mais tempo na região. É importante ressaltar que a temperatura axilar reflete a temperatura superficial da pele, o que pode ser mais variável e, portanto, menos preciso;
- **Via retal:** varia de 37,1 °C a 38,1 °C e pode ser feita em crianças e adultos, mesmo naqueles inconscientes. Tem a vantagem de ser muito precisa. Em contrapartida, não deve ser usada em indivíduos que foram submetidos a cirurgia retal, que estejam com diarreia ou que tenham abscessos na região. Além disso, há risco de que o profissional seja exposto a líquidos corporais;
- **Via timpânica:** varia de 36,8 °C a 37,8 °C e pode ser feita em todos os indivíduos, exceto naqueles que têm infecção ou dor na orelha. Dentre as vantagens, pode-se citar o fácil acesso, a rapidez de obtenção da temperatura e o fato de não ser influenciada pela ingestão oral ou pelo tabagismo. A principal desvantagem é o difícil posicionamento do termômetro em crianças menores de três anos;
- **Via temporal:** varia de 37,1 °C a 38,1 °C e é de rápida e fácil obtenção, porém pode ser prejudicada pelo suor.

Lembre-se: a febre acima de 39,5 °C demanda avaliação imediata e medidas de esfriamento. Já a temperatura abaixo de 35 °C requer reaquecimento e deve ser feita de acordo com protocolos preestabelecidos.

Pulso

O pulso pode ser definido como uma onda de pressão que acontece quando o sangue retorna após a contração cardíaca. Pode ser descrito como uma sensação palpitante. Em geral, é palpado sobre artérias periféricas ou auscultados na região apical cardíaca.

Em suma, o pulso reflete a quantidade de sangue ejetada a cada batimento cardíaco, ou seja, o volume sistólico. Sua frequência é determinada pela quantidade de pulsações sentidas ou auscultadas em um minuto (bpm: batidas por minuto).

A frequência de pulso e batimentos cardíacos por minuto apresentam variações conforme a idade. Indivíduos com idade inferior a 10 anos apresentam frequências fisiologicamente maiores, enquanto indivíduos adultos apresentam padrões de frequência cardíaca entre 50 bpm e 100 bpm. Isto é, em recém-nascidos, por exemplo, a frequência de pulso normal varia de 70 bpm a 190 bpm. Em adultos, por sua vez, varia de 60 bpm a 100 bpm.

É importante que não seja avaliada somente a frequência, mas também o ritmo, isto é, o intervalo entre os batimentos, que pode ser regular ou irregular.

Além disso, é importante sabermos que a amplitude diz respeito à força do pulso, ou seja, ao volume de sangue que flui pelo vaso. A elasticidade de uma artéria normal é suave, reta e resistente.

A frequência cardíaca, no que lhe diz respeito, é aferida através dos pulsos temporal, carotídeo, apical, braquial, radial, ulnar, femoral, poplíteo, dorsal do pé e tibial posterior.

Essa técnica deve ser feita com os dedos indicador e médio. Não se usa o polegar, pois a pulsação desse dedo pode interferir na precisão da mensuração. A partir dela, podem ser obtidos os conceitos de:

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

Respiração

É por esse mecanismo que temos supridas as necessidades de oxigênio do corpo. Além disso, por meio da respiração ocorre a hematose, isto é, o processo de troca gasosa (gás carbônico por oxigênio).

A frequência respiratória é obtida avaliando a quantidade de ciclos completos de respiração (inspiração + expiração) em um minuto. Em geral, o valor de normalidade varia de 12 a 20 incursões por minuto em adultos.

Deve-se avaliar a frequência, o ritmo, a profundidade e a qualidade dessa ventilação.

Importante!

Achados respiratórios inferiores a 10 rpm (respirações por minuto) e superiores a 32 rpm são indicativos de **sofrimento agudo**.

Pressão Arterial

A pressão arterial é a medida da força que o sangue exerce sobre as paredes das artérias. O coração realiza atividades de contração e relaxamento, e essas atividades exercem pressão. A pressão arterial sistólica é obtida pela contração da musculatura cardíaca. A pressão arterial diastólica, por sua vez, é obtida pelo relaxamento. A medida de registro da pressão arterial é tida por milímetros de mercúrio (mmHg).

Existem fatores que influenciam na pressão arterial, tais como: sexo, idade, peso, exercício, estresse, tabagismo, entre outros.

Alguns fatores contribuem para alterações na pressão arterial. Vejamos:

- **Débito cardíaco:** quanto maior a quantidade de sangue bombeada pelo coração, maior é a pressão nos vasos;
- **Resistência vascular periférica:** o aumento na resistência vascular periférica, presente em alguns distúrbios circulatórios (aterosclerose, por exemplo), gera aumento na pressão arterial;
- **Viscosidade:** o sangue mais espesso tende a aumentar a pressão arterial nos vasos;
- **Elasticidade da parede dos vasos:** vasos mais rígidos tendem a aumentar a pressão arterial;
- **Volume sanguíneo circulante:** redução no volume circulante, como, por exemplo, em hemorragias, que levam à **diminuição** da pressão arterial.

Durante a mensuração da pressão arterial, são auscultados os sons de Korotkoff, que se dividem em cinco fases. Na fase 1, são ouvidos sons mais suaves, indicando a pressão arterial sistólica. Na fase 5, por sua vez, encontra-se o último som ouvido antes de um período de silêncio, que representa a pressão arterial diastólica.

Vejamos a técnica de aferição da pressão arterial:

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

Para a obtenção da pressão arterial média, faz-se o cálculo:

$$PAM = \frac{2PAD+PAS}{3}$$

No cálculo:

- **PAM:** pressão arterial média;
- **PAD:** pressão arterial diastólica;
- **PAS:** pressão arterial sistólica.

O valor normal deve flutuar entre 70 mmHg e 100 mmHg.

Dor

A dor foi inserida na avaliação ao paciente como o quinto sinal vital. Ela é subjetiva e relacionada ao entendimento de cada indivíduo. Vejamos a classificação numérica da dor:

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

REFERÊNCIAS

- ALBA, L.; BARROS, B. **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica da enfermagem no adulto. 2021.
- BARTMANN, M.; TÚLIO, R.; KRAUSER, L. **Administração na saúde e na enfermagem.** 2ª ed. Rio de Janeiro, 2015.
- JENSEN, S. **Semiologia para Enfermagem:** Conceitos e Prática Clínica. 1ª ed. Barueri: Guanabara Koogan, 2013.
- POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem.** Florianópolis: Cidade Futura, 2013.

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E SUAS LEGISLAÇÕES

A administração de medicamentos é uma atividade realizada pela equipe de enfermagem e consiste na administração de fármacos ao paciente. Sua execução engloba princípios científicos necessários a uma administração segura, como via de administração, ação medicamentosa, efeitos colaterais e interações medicamentosas.

Antes da administração de qualquer medicamento, são necessárias a prescrição médica e a dispensação do medicamento pelo farmacêutico responsável para que, posteriormente, a equipe de enfermagem realize a administração.

Podemos observar as finalidades farmacológicas na tabela a seguir:

TERAPÊUTICA	PREVENTIVA
Destinada à cura, controle de doenças ou alívio de sintomas	Destinada à prevenção de doenças, como no caso de vacinas, profilaxias e imunoglobulinas

CONCEITOS BÁSICOS

Droga é toda e qualquer substância que apresenta propriedades que possam causar modificações no organismo ou interferir nos processos patológicos, não necessariamente sempre causando benefícios, visto que podem apresentar efeitos colaterais e/ou adversos no indivíduo (Figueiredo, 2003, p. 32).

Evento adverso é todo o efeito anormal obtido através da ingestão de alimentos e/ou medicamentos. É obrigação da equipe de enfermagem observar após cada administração de medicamentos se o paciente/cliente terá algum efeito adverso.

Os **medicamentos** são, por sua vez, produtos farmacêuticos, preparados principalmente com objetivos profiláticos, curativos, paliativos ou até mesmo para auxiliarem na construção do diagnóstico dos pacientes. Todo medicamento tem o que chamamos de princípio ativo, que são substâncias obtidas por meio de processos de extração, purificação, síntese e/ou semissíntese. Para sua fabricação e comercialização, são necessários regras e protocolos implementados, previamente, por órgãos governamentais competentes, capazes de comprovar sua eficácia e qualidade (Brasil, 1973).

Os medicamentos podem ser de **referência, genéricos** ou **similares**. São medicamentos de referência quando tratam de uma inovação medicamentosa, devidamente registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), com qualidade, eficácia e segurança comprovadas e registradas pelo órgão. Medicamento genérico é aquele que tem o mesmo princípio ativo, concentração e forma farmacêutica, bem como indicações e via de administração do medicamento-referência, muitas vezes chamado apenas pelo nome do princípio ativo. Já o medicamento similar é uma cópia do medicamento-referência, porém também registrado pela Anvisa e sendo apresentado com nomes comerciais (CRF-PR, 2023).

Todo medicamento é disposto em uma dosagem específica para a garantia do efeito terapêutico proposto. Desse modo, a **dose medicamentosa** é compreendida como a quantidade do medicamento que, em contato com o organismo, produz o efeito terapêutico desejado para promover alterações ou modificações das funções do organismo e/ou do metabolismo celular (Brunton; Lazo; Parker, 2006).

Portanto, na administração de medicamentos, a dose administrada em período predeterminado para garantir efeito terapêutico chama-se **posologia**. Nesse contexto, as doses medicamentosas podem se classificar em:

- **dose mínima**, que é a menor dose capaz de desencadear efeito terapêutico;
- **dose máxima**, a maior dose capaz de desencadear efeito terapêutico sem apresentar efeitos colaterais e/ou reações adversas.