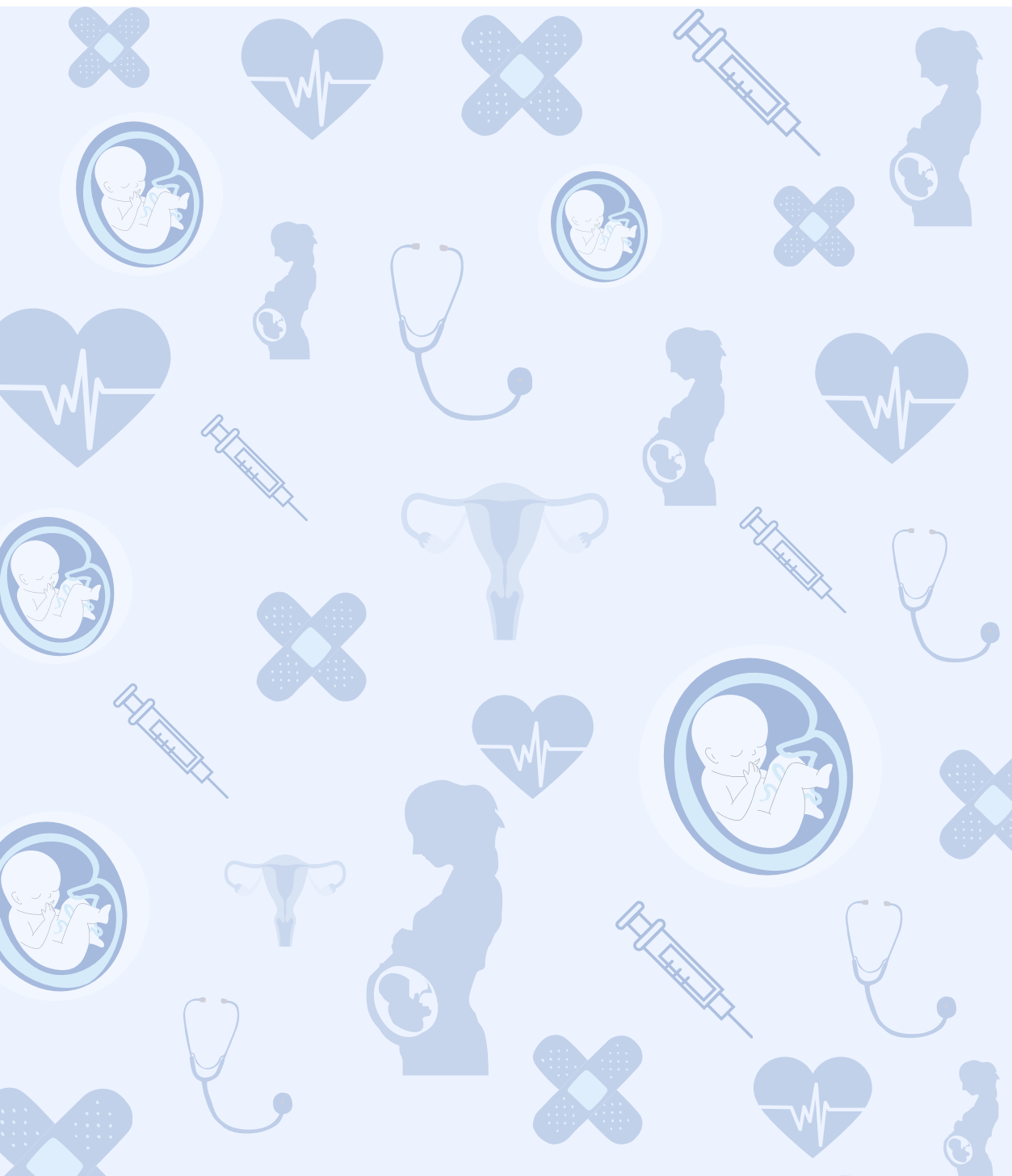


RESUMÃO DA MONITORIA DE SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA DA ENFERMAGEM

VOLUME II



SANTA CRUZ - RN
2023

RESUMÃO DA MONITORIA DE SEMILOGIA E SEMIOTÉCNICA DA ENFERMAGEM

VOLUME II



SANTA CRUZ - 2023

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI. Catalogação de Publicação na Fonte
Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA - Santa Cruz

Resumão da monitoria de semiologia e semiótica da
enfermagem: volume 2 [recurso eletrônico] / organização
Daisy Vieira de Araújo, Hélyda de Souza Bezerra. - Dados
eletrônicos (1 arquivo PDF: 22,5 MB). - Santa Cruz, 2023.
132 p.: il.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de
Ciências da Saúde do Trairi, Curso de Enfermagem.

Vários colaboradores.

ISBN: 978-65-01-30191-4

1. Enfermagem - E-book. 2. Monitoria - E-book. 3. Semiologia -
E-book. 4. Semiótica – E-book. I. Araújo, Daisy Vieira de. II.
Bezerra, Hélyda de Souza. III. Título.

RN/UF/FACISA

CDU 616-083

Elaborado por José Gláucio Brito Tavares de Oliveira - CRB-15/321



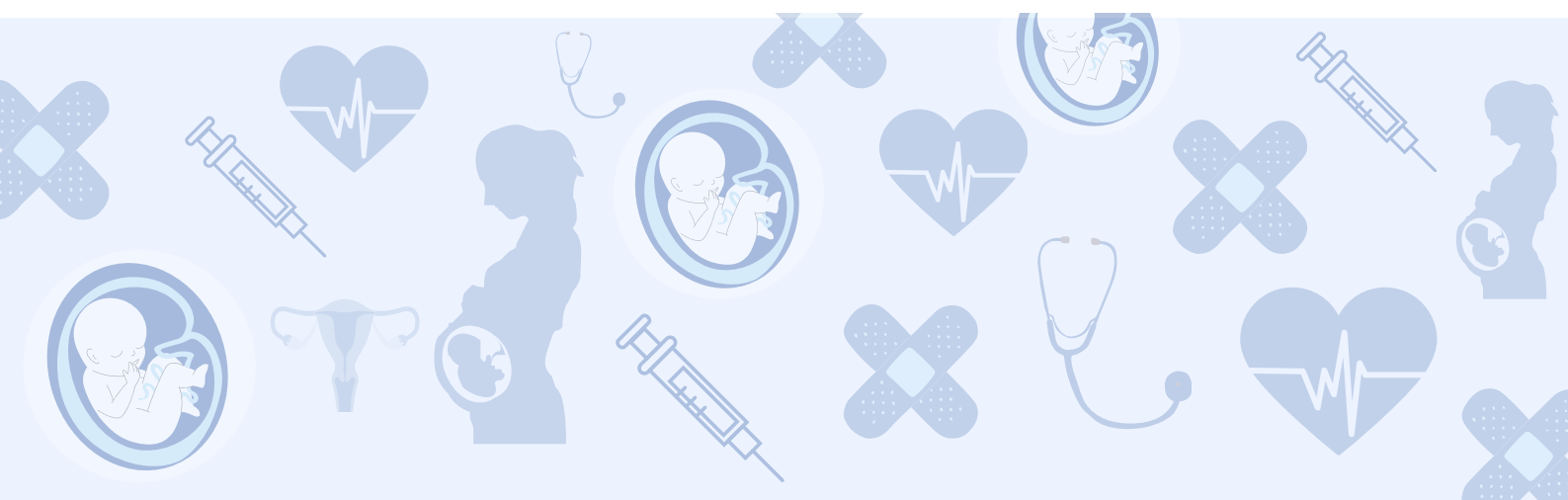
Esta obra está licenciada com uma licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional. Permite que outros distribuam, remixem, adaptem e desenvolvam seu trabalho, mesmo comercialmente, desde que creditem a você pela criação original. Link dessa licença: creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode



RESUMÃO DA MONITORIA DE SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA DA ENFERMAGEM

VOLUME II

Material desenvolvido no contexto do projeto de monitoria "Instrumentalizando o discente no processo de ensino e aprendizagem da Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem e Atenção Básica", em parceria com o componente curricular obrigatório Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem, ofertado no período 2023.1, pelo curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi.



AUTORES

ORGANIZADORAS



Enfermeira. Docente do Curso de
Enfermagem da UFRN/FACISA

Profª Drª Daísy Vieira de Araújo



Enfermeira. Docente do Curso de
Enfermagem da UFRN/FACISA.
Coordenadora do projeto de monitoria

Profª Drª Hellyda de Souza
Bezerra

DISCENTES COLABORADORES



Andreia Luiza de Oliveira



Daianne Gomes dos Ramos



Gilson Carlos Fernandes Júnior



Iraci Yonnara Simões da Silva

DISCENTES COLABORADORES



Julia Rebeca Torres de Medeiros



Larissa Rafaelly Pereira Lima



Maria Beatriz Lima Pereira Leite



Maria Eduarda O. de Albuquerque

DISCENTES COLABORADORES



Raquel de Souza Borges



Raquel Huama da Silva Medeiros

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à todos que de alguma forma auxiliaram no desenvolvimento desse e-book.

Às professoras que compõem o corpo docente do componente curricular de Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem da UFRN/FACISA, que idealizaram e nos auxiliaram durante o período de vigência do projeto.

Aos discentes-monitores da disciplina que se dedicaram para estudar, pesquisar e construir todos os conteúdos aqui disponibilizados em forma de resumos ilustrados.

Aos alunos que estiveram presentes, dispostos e colaborativos para estudar cada tema proposto e, dessa forma, ajudar a elencar os principais pontos de cada tema e a melhor forma de abordagem para um melhor aprendizado.

À Pró-Reitoria de Graduação da UFRN que concedeu uma bolsa de monitoria, fomentando assim o ensino de qualidade.

APRESENTAÇÃO

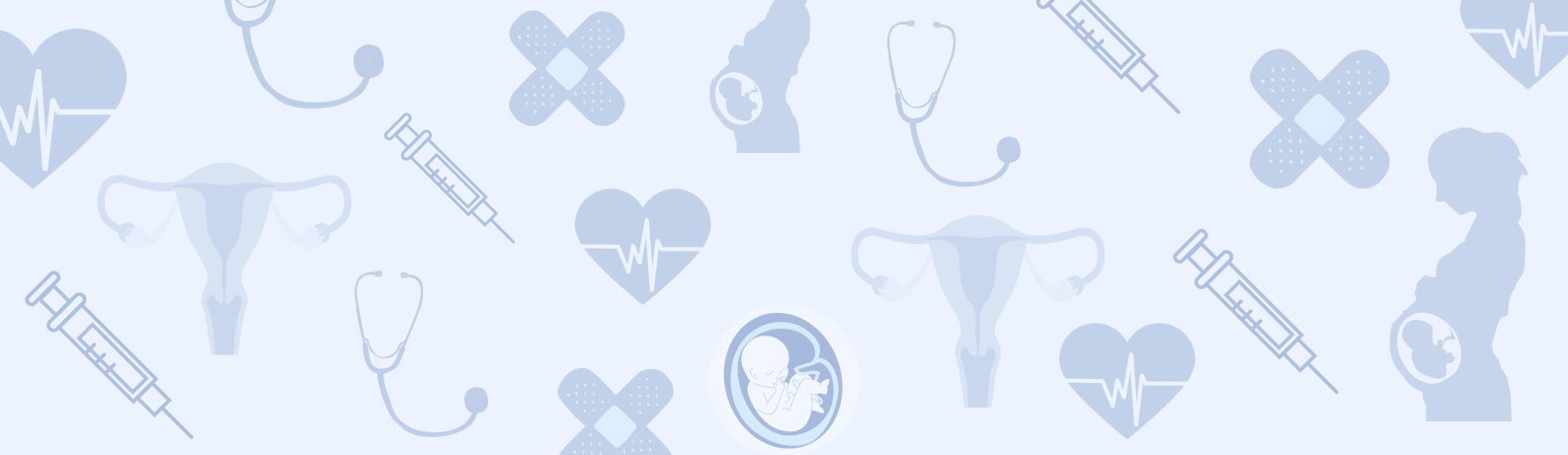
Na vigência de quantidades elevadas de conteúdos relacionados à área da saúde, os acadêmicos, em especial da Enfermagem, necessitam de um material de referência de fácil e rápido acesso, gratuitamente disponível, para auxiliar nos estudos dos conteúdos da Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem.

Objetivando dinamizar os estudos dos assuntos inerentes a área de Fundamentos da Enfermagem elaboramos o e-book, **Resumão da Monitoria de Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem, volume II**.

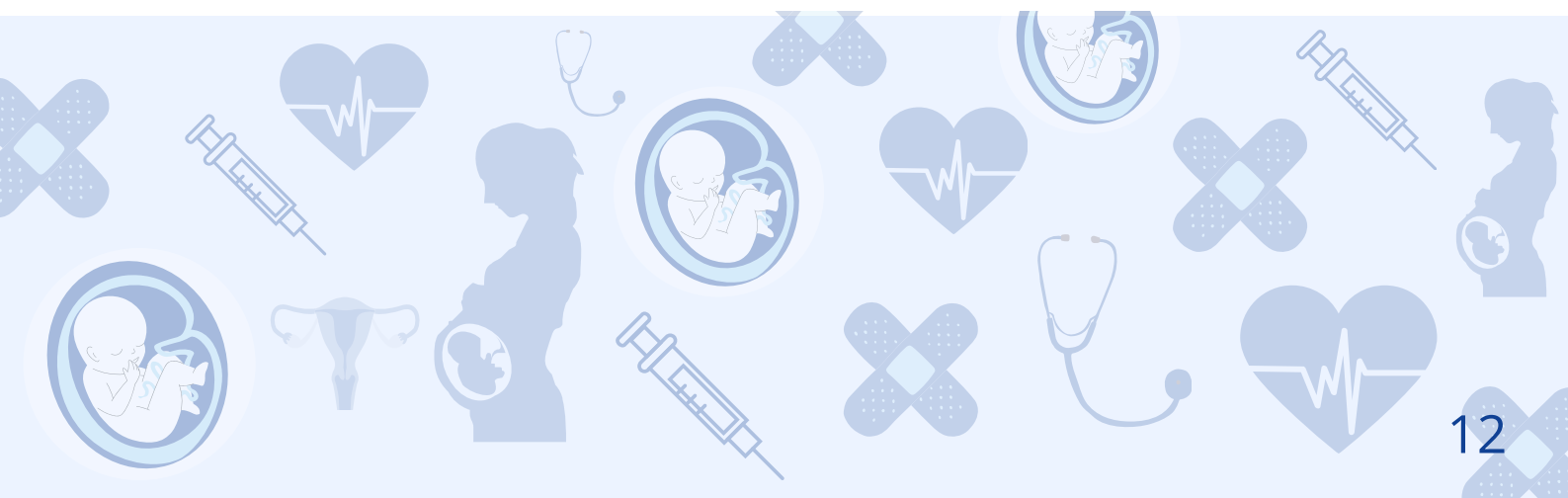
O e-book está estruturado em categorias temáticas, cujos conteúdos são apresentados de forma didática, sintetizada e ilustrativa.

SUMÁRIO

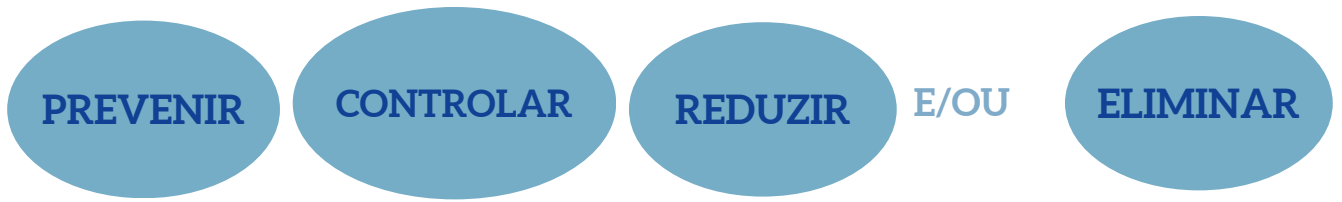
- Biossegurança.....12
- Sinais Vitais.....16
- Medidas antropométricas.....21
- Métodos propedêuticos e ectoscopia.....23
- Exame físico: pele e anexos, cabeça e pescoço...29
- Exame físico: pulmonar.....35
- Exame físico: cardiovascular.....42
- Exame físico: abdome47
- Exame físico: estado mental e neurológico.....56
- Exame físico: mamas e axilas.....64
- Exame físico: genitais masculino e feminino.....68
- Exame físico: aparelho locomotor.....72
- Bandagens.....76
- Sono e repouso.....80
- Transporte e segurança.....83
- Assistência de enfermagem nas necessidades nutricionais: sonda gástrica e enteral.....87
- Assistência de enfermagem nas eliminações urinárias.....93
- Assistência de enfermagem nas eliminações intestinais.....98
- Assistência de enfermagem na oxigenoterapia..107
- Feridas.....112
- Registros de enfermagem.....120
- Coleta de exames laboratoriais.....125



BIOSSEGURANÇA



É O CONJUNTO DE AÇÕES DESTINADAS A:



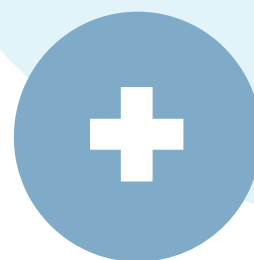
RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE:



RISCOS OCUPACIONAIS E AMBIENTAIS

- 1 - FÍSICOS** → Ruídos, vibrações, radiações ionizantes, frio, calor, pressões anormais e umidade.
- 2- QUÍMICOS** → Gases, poeiras, neblinas e vapores.
- 3- BIOLÓGICOS** → Interação com bactérias, fungos, protozoários vírus, parasitas e bacilos.
- 4- ERGONÔMICOS** → Postura inadequada, levantamento e transporte de peso e jornadas prolongadas.
- 4- ACIDENTES** → Manuseio de máquinas e equipamentos sem proteção, infraestrutura inadequada.

BIOSEGURANÇA NA SAÚDE



GRUPOS MAIS EXPOSTOS:



USUÁRIO E ACOMPANHANTE



VISITANTES



PROFISSIONAIS

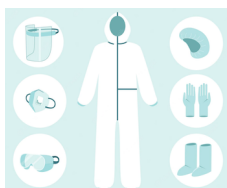
INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE (IRAS):



De cada 100 pacientes hospitalizados, 7 em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento irão adquirir, pelo menos, uma IRAS.

De acordo com a ANVISA grande porcentagem das IRAS são evitáveis quando utilizadas as medidas corretas (ANVISA, 2021)

PRECAUÇÕES PADRÃO:



EPI's



Vacinação



EPC's



Descarte de pérfuro cortantes



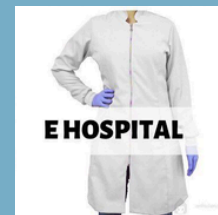
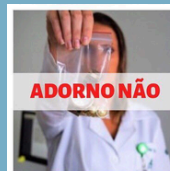
Limpeza de superfícies



Lavagem das mãos



NR 32: ADORNO ZERO



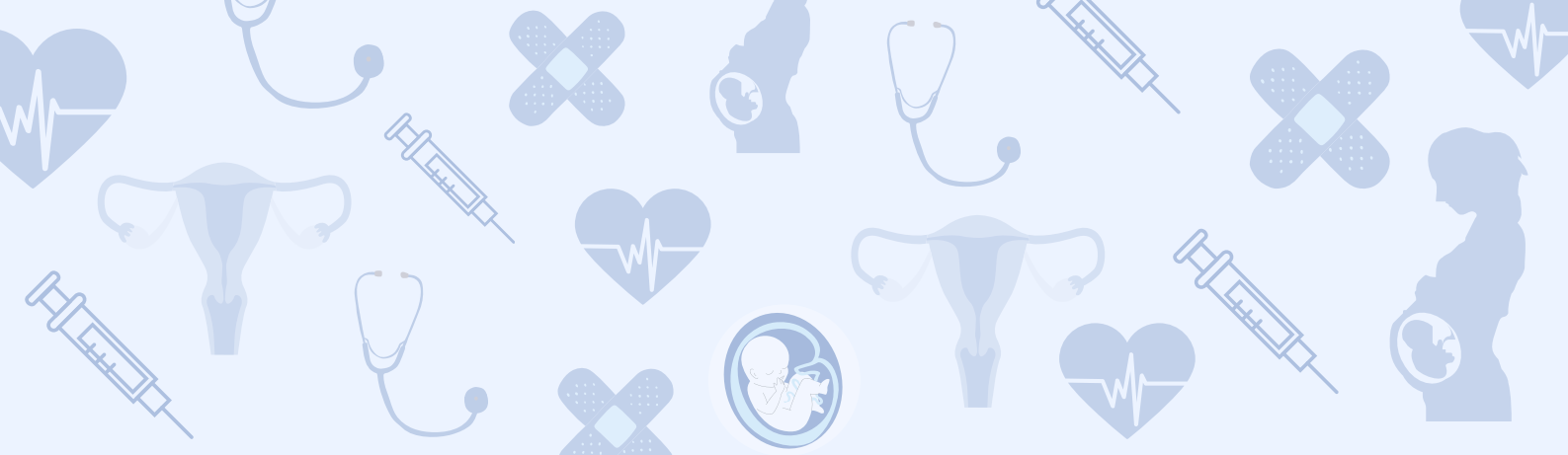
PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO

Para utilização dos EPI's é bom sempre lembrar do mnemônico AMOGOL para paramentação e LAGOM na desparamentação:

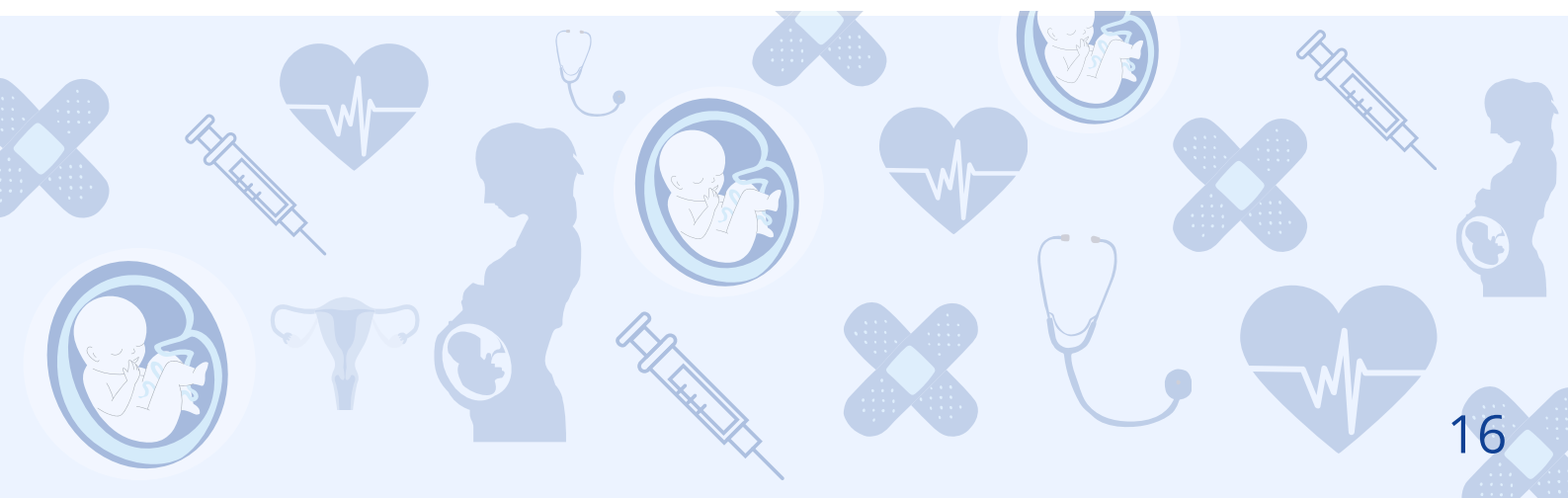
PARAMENTAÇÃO DESPARAMENTAÇÃO

Avental
Máscara
Óculos
Gorro
Luva

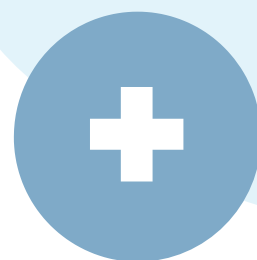
Luvas
Avental
Gorro
Óculos
Máscara



SINAIS VITAIS



SINAIS VITAIS



A medição de sinais vitais fornece dados para determinar o estado de saúde normal de um paciente (dados de referência). Muitos fatores, tais como a temperatura do ambiente, o esforço físico do paciente e os efeitos da doença causam alterações dos sinais vitais, algumas vezes, fora de uma variação aceitável.

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

A ventilação é o mecanismo que o organismo utiliza para a troca de gases entre a atmosfera e o sangue e o sangue e as células.

A medição precisa requer observação do movimento da parede torácica. Não deixe que o paciente saiba que você está levantando dados das ventilações.

Como verificar? ✓

- Colocar a mão no pulso do paciente, a fim de disfarçar a observação;
- Contar durante 1 minuto;
- Anotar,
- Lavar as mãos.

Observação: Não permitir que o paciente fale, e não contar a respiração logo após esforços do paciente.

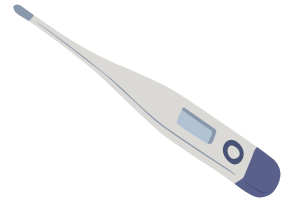
Taquipneia: < 20 irpm
Eupneia: 16 a 20 irpm
Bradipneia: > 16 irpm



TEMPERATURA

É o sinal vital responsável por medir o equilíbrio entre a produção e a perda de calor no organismo, este, é aferido com termômetro.

Hipotermia: $< 35\text{ }^{\circ}\text{C}$
Normotermia: $36 - 37.2\text{ }^{\circ}\text{C}$
Estado Febril: $37.3 - 37.7\text{ }^{\circ}\text{C}$
Febre: $37.8 - 38.9\text{ }^{\circ}\text{C}$
Pirexia: $39 - 40\text{ }^{\circ}\text{C}$
Hiperpirexia: $>40\text{ }^{\circ}\text{C}$



DOR

Experiência sensitiva e emocional desagradável, associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial.

- Escala para mensurar e avaliar o fenômeno doloroso:



Fonte: Google imagens, 2023

PRESSÃO ARTERIAL

É a pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias, dependendo da força da contração do coração, da quantidade de sangue e da resistência das paredes dos vasos sanguíneos.

- A aferição da PA deve ser dividida em dois tempos:

1. Método Palpatório: estimar o nível da pressão sistólica

2. Método Auscultatório

- Valores de referência:

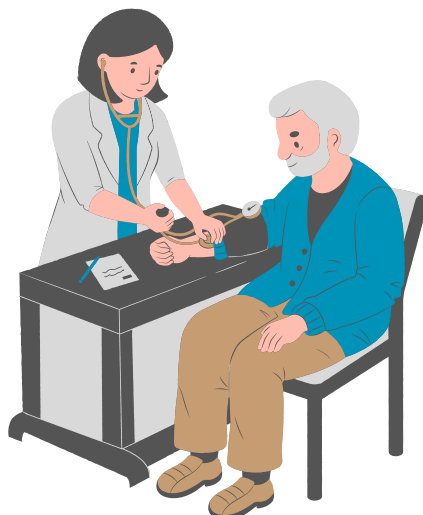
Quadro 6 – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Fonte: POTTER, 2018



PULSO

Para medir o pulso, deve-se identificar, através da palpação, os diferentes locais para verificação, quais sejam:

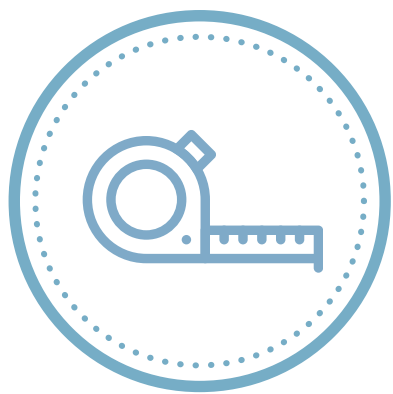
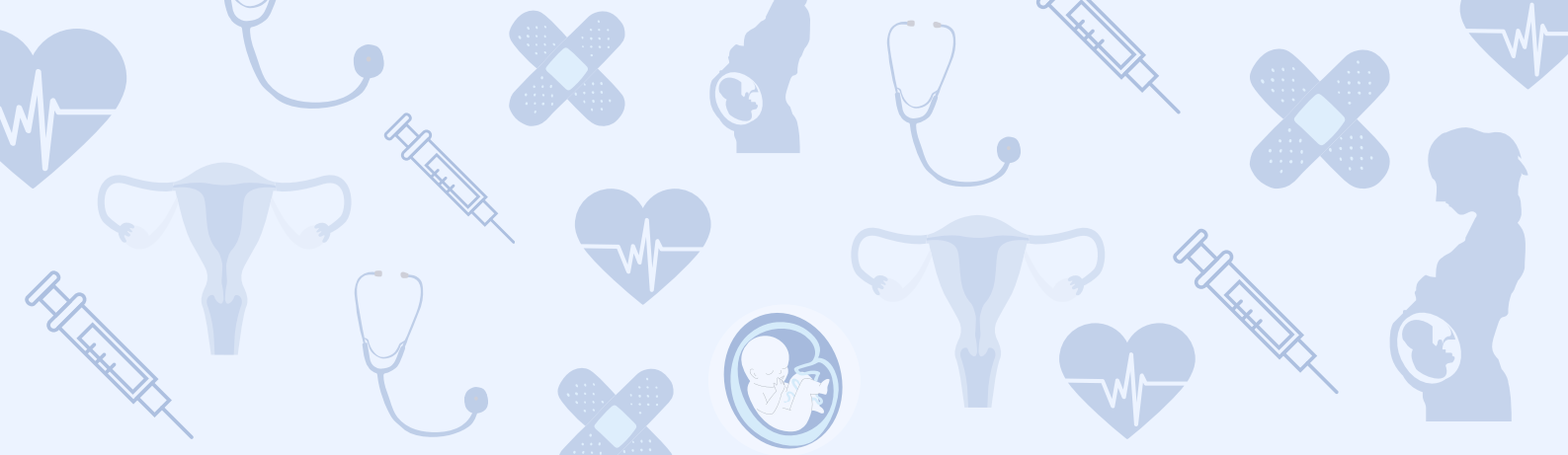
- Pulsos periféricos
- Pulso apical/frequência cardíaca

Na realização do procedimento, é necessário contar as pulsações por 1 minuto observando também as características de intensidade (cheio ou filiforme), ritmo (regular ou irregular) e simetria.

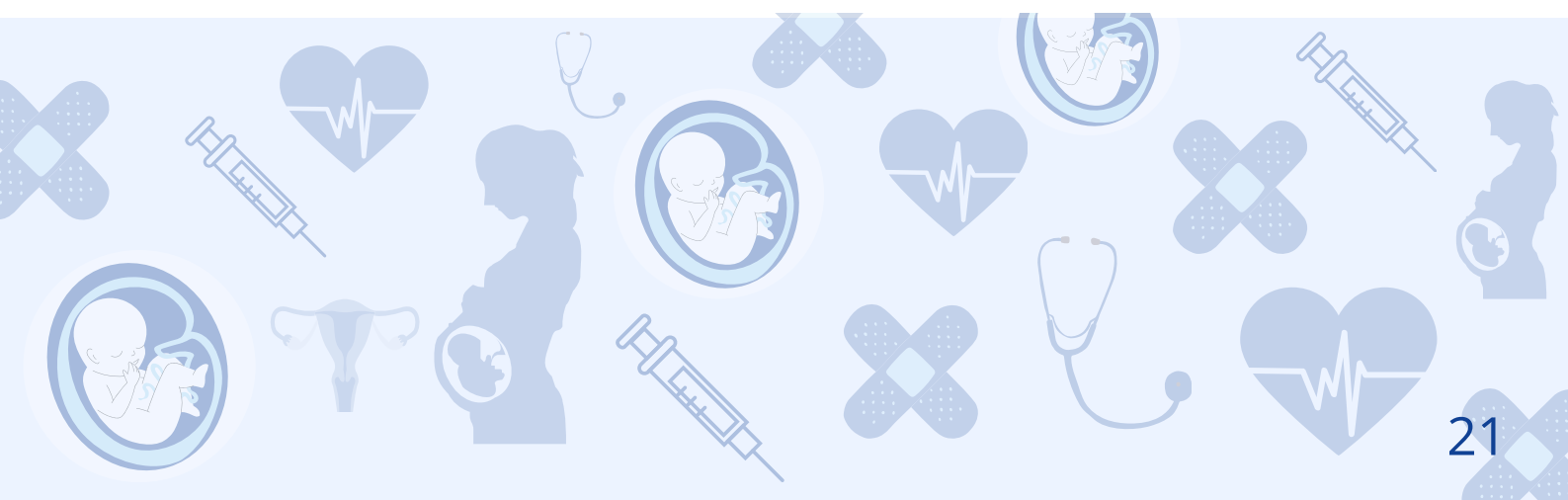
Terminologias:

- Normocardia: frequência normal entre 60 e 100 bpm;
- Bradicardia: frequência abaixo de 60bpm;
- Taquicardia: frequência acima de 100bpm;
- Pulso irregular: intervalos desiguais entre batimentos;
- Pulso filiforme, fraco ou débil: redução da força ou volume do pulso periférico;
- Bradisfigmia: Pulso fino e bradicárdico;
- Taquisfigmia: Pulso fino e taquicárdico.





MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS



MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

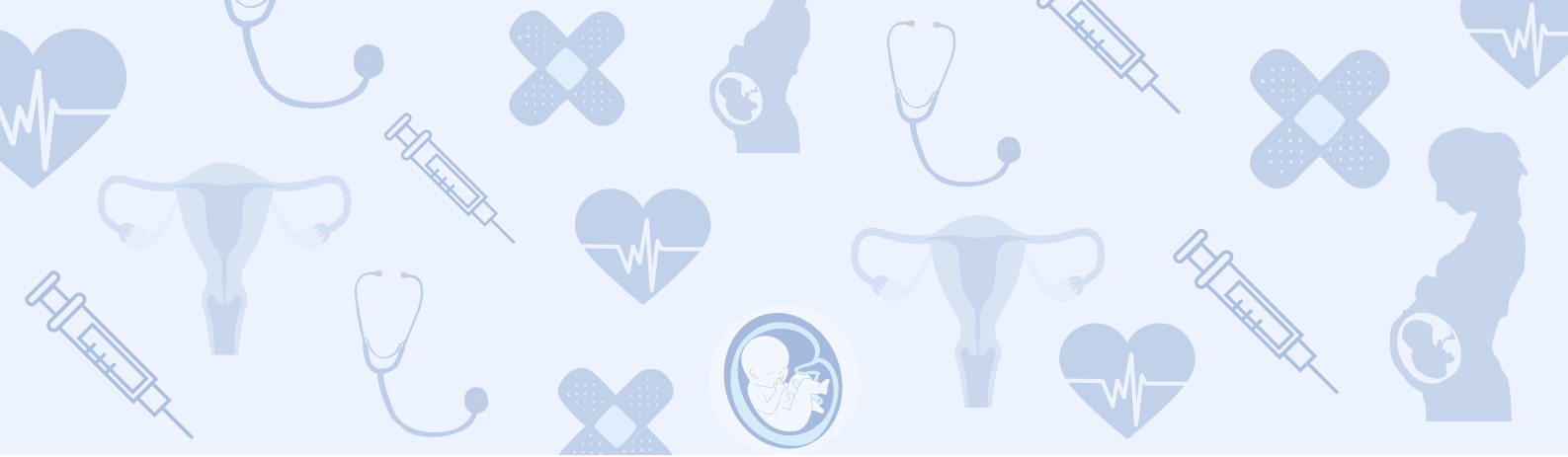
A antropometria é o ramo das ciências biológicas que tem como objetivo o estudo dos caracteres mensuráveis da morfologia humana. O tamanho físico de uma população pode ser determinado através da medição de comprimentos, profundidades e circunferências corporais.

As principais medidas antropométricas são:

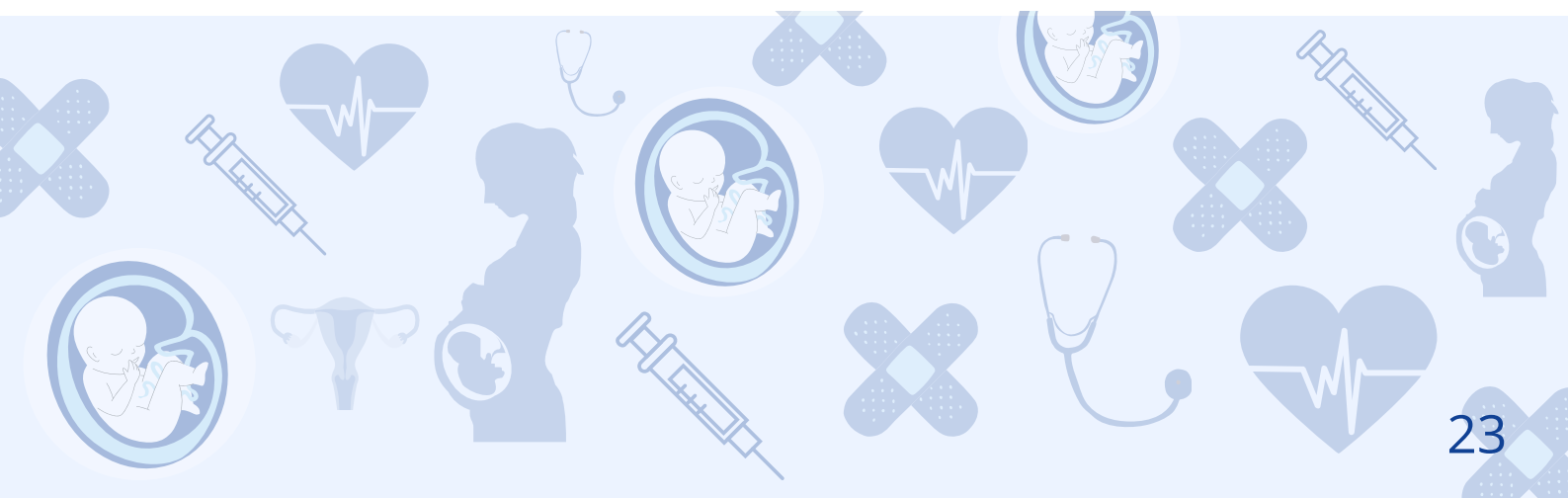


CUIDADOS DA ENFERMAGEM

- Monitorar o peso e a altura do paciente, pois essas medidas irão ajudar a calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), verificando se está normal, sobrepeso ou obesidade. Podendo assim, intervir e planejar cuidados que auxiliem na melhora do Índice.
- Observar os valores das circunferências, principalmente, a abdominal, que oferece informação sobre a gordura visceral e riscos para doenças provenientes dessa gordura.



MÉTODOS PROPEDÊUTICOS E ECTOSCOPIA

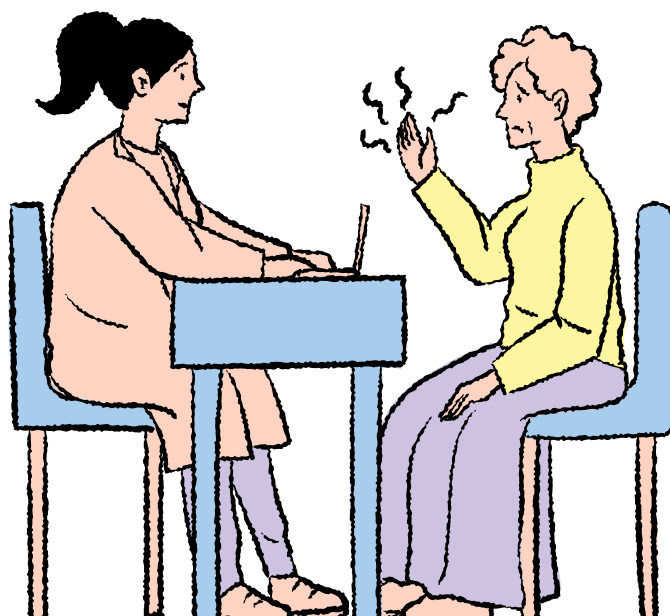
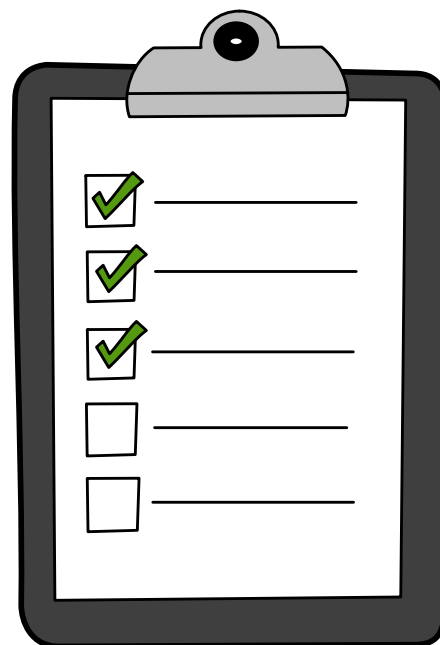


ANAMNESE

Todo exame físico é precedido de uma anamnese, na qual, são colhidos dados importantes sobre a história do paciente, para assim, entender com clareza a queixa principal e direcionar corretamente o exame físico.

Alguns pontos importantes:

- Identificação
- História sociodemográfica
- História pregressa
- História Familiar
- Queixa principal
- Hábitos e vícios
- Comorbidades
- Medicações em uso
- Alergias



FICHA DE ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/_____
Idade: _____
Nome da mãe: _____
Responsável pelas informações: _____
Estado civil: _____
Grau de Instrução: _____
Quanto ao gênero, como se identifica / pronome que utiliza:
Usuário de Plano de Saúde? _____
Alergias: _____
Faz uso de medicamentos: _____

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA :

Doenças anteriores: _____
Histórico de doenças crônicas na família? _____
Histórico de hospitalização recente? _____
Histórico de cirurgia recente? _____

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL

Ocupação: _____
Já teve ou tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? _____
Como você define seu relacionamento familiar e social? _____
Qual religião o paciente se identifica? _____
Quais as condições de moradia? _____
Quantas pessoas residem com o paciente (quem são)? _____

ATIVIDADES DA VIDA COTIDIANA

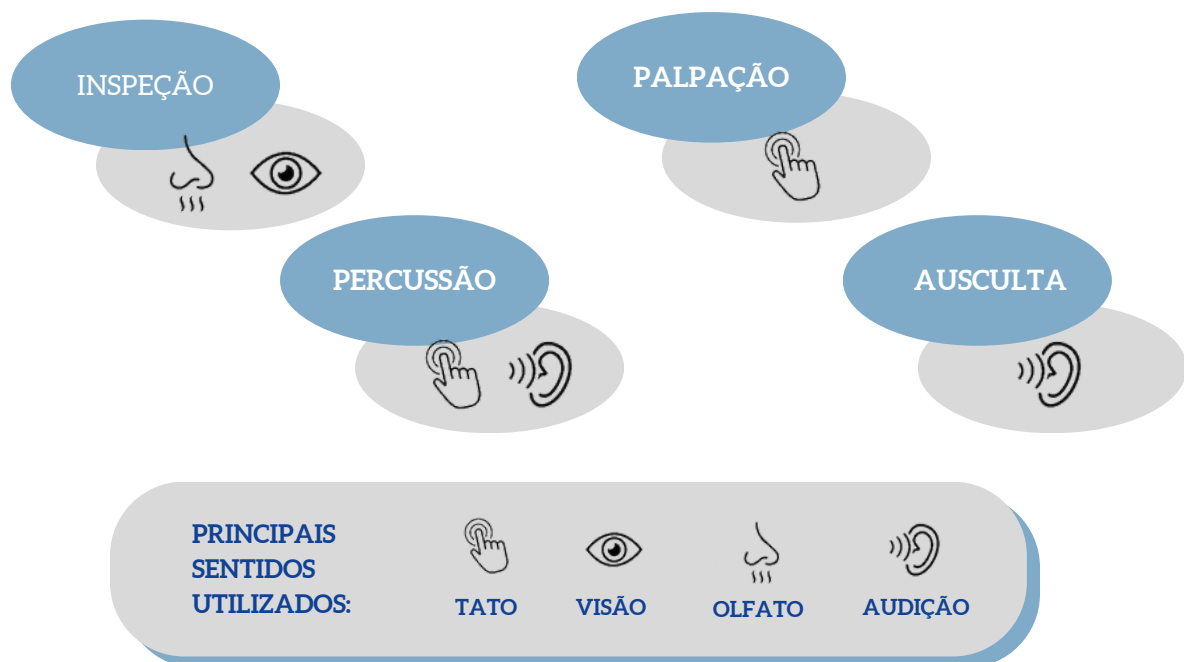
Faz uso de bebida alcoólica? _____
É fumante? _____
Qual sua rotina de sono? Costuma dormir quantas horas por dia? _____
Pratica atividade física? _____

EXAME FÍSICO

Compreende o levantamento das condições globais do paciente, tanto físicas como psicológicas, no sentido de buscar informações significativas para o planejamento da Assistência de Enfermagem.

Os métodos propedêuticos a serem empregados no exame físico são: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Estes devem ser realizados com a utilização dos órgãos dos sentidos.

MÉTODOS PROPEDÊUTICOS



INSPEÇÃO

Esse método é utilizado para averiguar ou inspecionar o aspecto, a cor, a forma, o tamanho e o movimento dos diversos segmentos corporais, como por exemplo, a frequência respiratória.

O primeiro método propedêutico empregado é a inspeção, que utiliza a visão e o olfato. Neste caso, essa avaliação pode ser de duas formas:

INSPEÇÃO ESTÁTICA

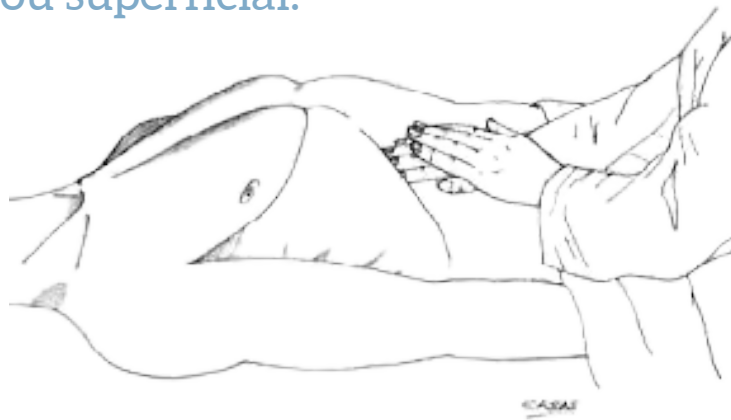
Observando o usuário em repouso

INSPEÇÃO DINÂMICA

Observando os movimentos corporais

PALPAÇÃO

Na palpação, o tato e a audição são os sentidos a serem utilizados. As principais são: palpação com mão espalmada, palpação com o dorso da mão, fricção com algodão, palpação bimanual, em pinça, dígito pressão, podendo ser de forma profunda ou superficial.



PALPAÇÃO SUPERFICIAL

Procuramos identificar regiões que possam apresentar hipersensibilidade, resistência muscular e presença de massas abdominais.

PALPAÇÃO PROFUNDA

Verificamos os órgãos e definimos as massas que foram porventura detectadas na palpação superficial

PERCUSSÃO

Na percussão, o golpeamento é utilizado para delimitar órgãos, observar as características do som (intensidade, timbre e tonalidade) e perceber a presença de líquidos em cavidades. Esta se dá de forma direta (diretamente na região a ser percutida) ou indireta (onde o dedo médio de uma das mãos pressiona a região e o dedo médio da outra mão golpeia a falange distal).

OS SONS PODEM SER:

TIMPÂNICOS

regiões fechadas
e com ar

MACIÇOS

estruturas
sem ar

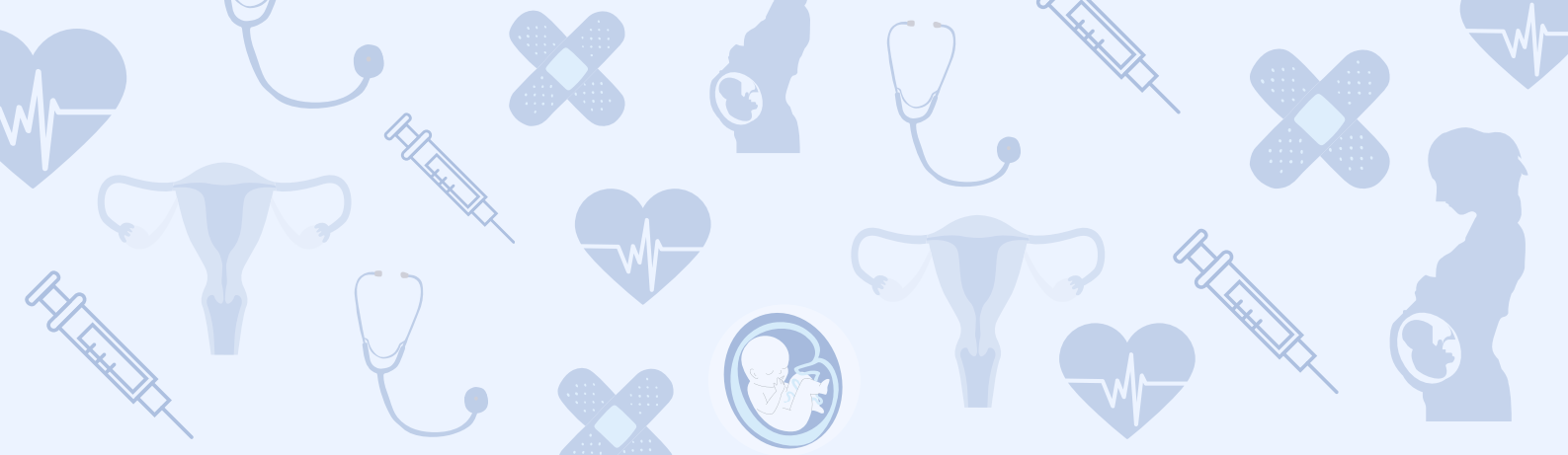
SUBMACIÇOS

regiões densas
com pouco ar

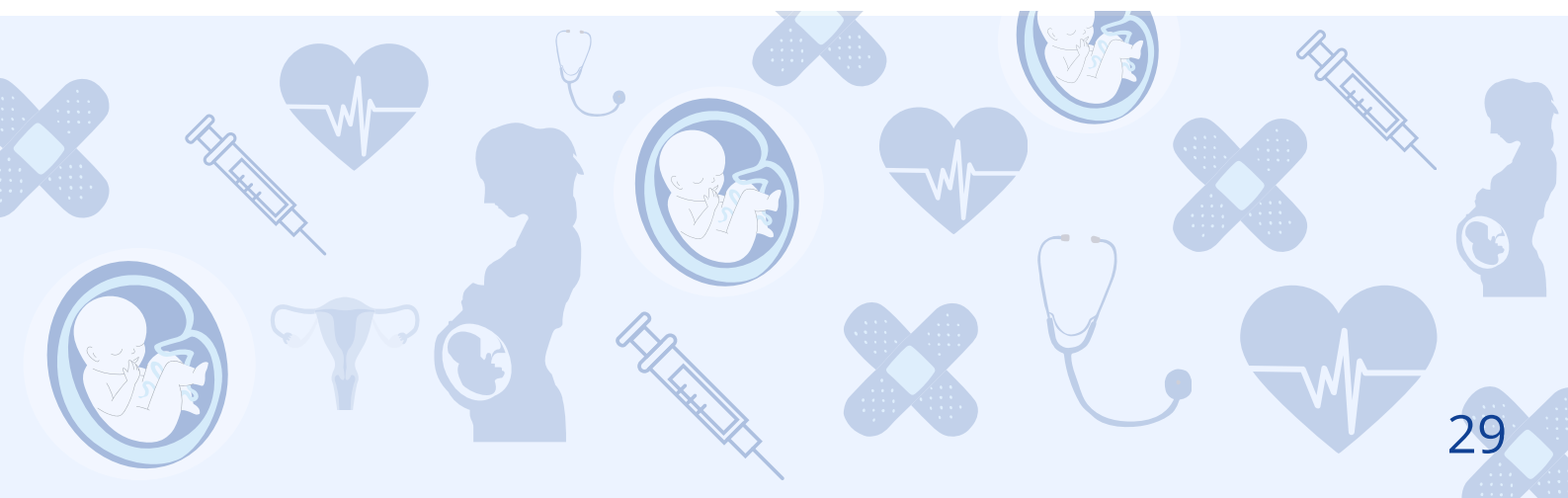
AUSCULTA

A ausculta utiliza a audição com o intuito de avaliar os sons e ruídos produzidos pelos órgãos. Esses sons são provenientes da vibração das estruturas entre sua origem e a superfície corporal, um exemplo desses sons são as bulhas cardíacas, ruídos respiratórios e ruídos hidroaéreos.







EXAME FÍSICO: PELE E ANEXOS, CABEÇA E PESCOÇO







EXAME FÍSICO DE PELE E ANEXOS



A anamnese que precede o exame físico de pele e anexos, cabeça e pescoço, busca colher dados relacionados a alterações observadas na pele, crânio, face, cabelo, olhos, sobrancelhas, nariz, orelhas, boca, linfonodos e glândula tireoide. Além disso, é importante realizar a identificação do paciente e perguntar por histórico familiar, história pregressa, queixa principal, presença de dor, alergias e etc.

INSPEÇÃO



Coloração da pele	
Buscar lesões elementares	

Tamanho do crânio : normocefalia (alterações: macrocefalia, microcefalia).	
Forma do crânio : mesocéfalo, dolicocefalo, braquicefalo.	
Posição e alinhamento.	
Palpar: atentar para pontos dolorosos, tumores ósseos, espaço articular temporomandibular (ATM).	





1. FACE

Simétrica, assimétrica (paralisia facial, edema, hematomas, depressões).	
Normal ou patológica: Fácies: leonino, renal, parkinsoniana, basedowiana, mixidematoso, hipocrática, acromegálica, cushingóide, mongoloide.	



2. CABELO

Inspeção a cor, distribuição, quantidade de cabelo, o brilho, a espessura e a higiene, presença de parasitas.	
Separe os cabelos em mechas e realize a inspeção.	


3. OLHOS

Exoftalmia: protusão do globo ocular – tumores. Enoftalmia: retração do globo ocular – caquexia.	
Avaliar a acuidade visual: Quadro de Snellen;	
Avaliar os campos visuais;	
Avaliar os movimentos extraoculares.	




4. SOBRANCELHAS

Observar simetria, tamanho, extensão, textura do pelo, alinhamento e movimento.	
Observar alguma paralisia de nervos faciais (ex.: não consegue arquear as sobrancelhas).	

5. ORELHA

Observe tamanho, forma, simetria, posição, cor, presença de lesões e áreas dolorosas e palpe as orelhas para observar textura e sensibilidade.	
--	---

6. NARIZ

Para realizar o exame endonasal, inclina-se a cabeça do paciente para trás e se possível usar um otoscópio e uma espátula.	
Inspeccione a mucosa nasal quanto a cor, a presença de lesões, secreções, inchaço ou sinais de sangramento. Observe desvios de septo nasal.	
Avalie a permeabilidade colocando um dedo de cada lado do nariz e tampando uma narina de cada vez. Observe se o paciente respira com a boca fechada.	

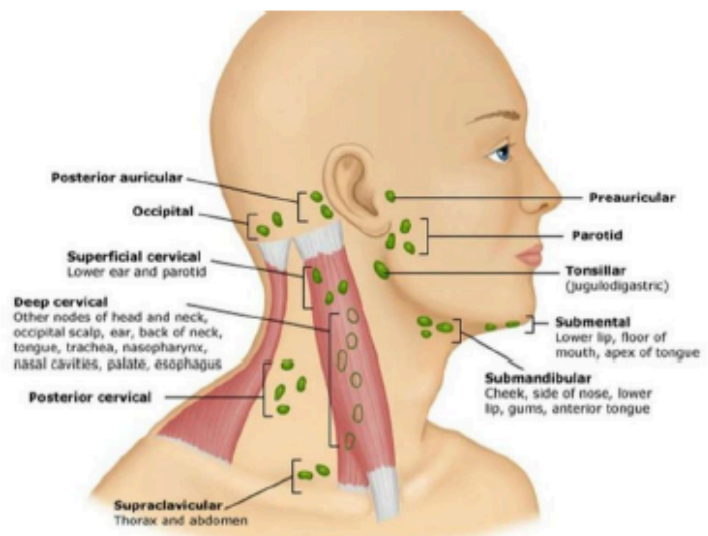
7. BOCA

Investigue a necessidade de higiene oral, a presença de lesões, a dentição (quantidade, presença tártaros ou cáries) ou uso de próteses e a língua do paciente.



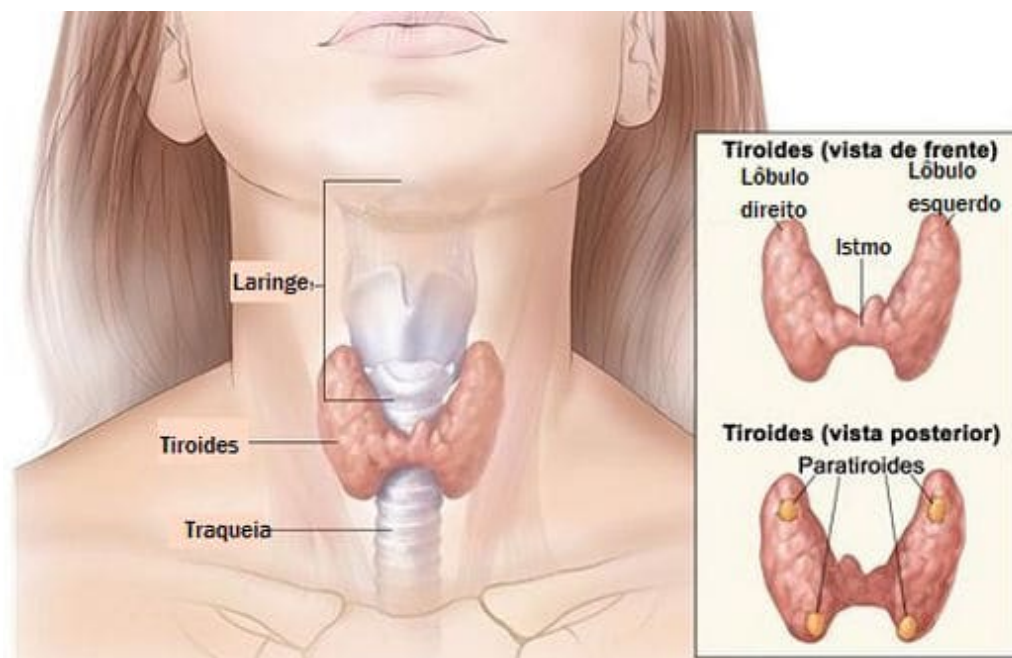
8. LINFONODOS

- Pré-auriculares
- Auriculares posteriores
- Occipital
- Submandibulares
- Submentonianos
- Tonsilares
- Cervicais superficiais
- Cervicais posteriores
- Supraclaviculares











Fonte: Google imagens, 2023

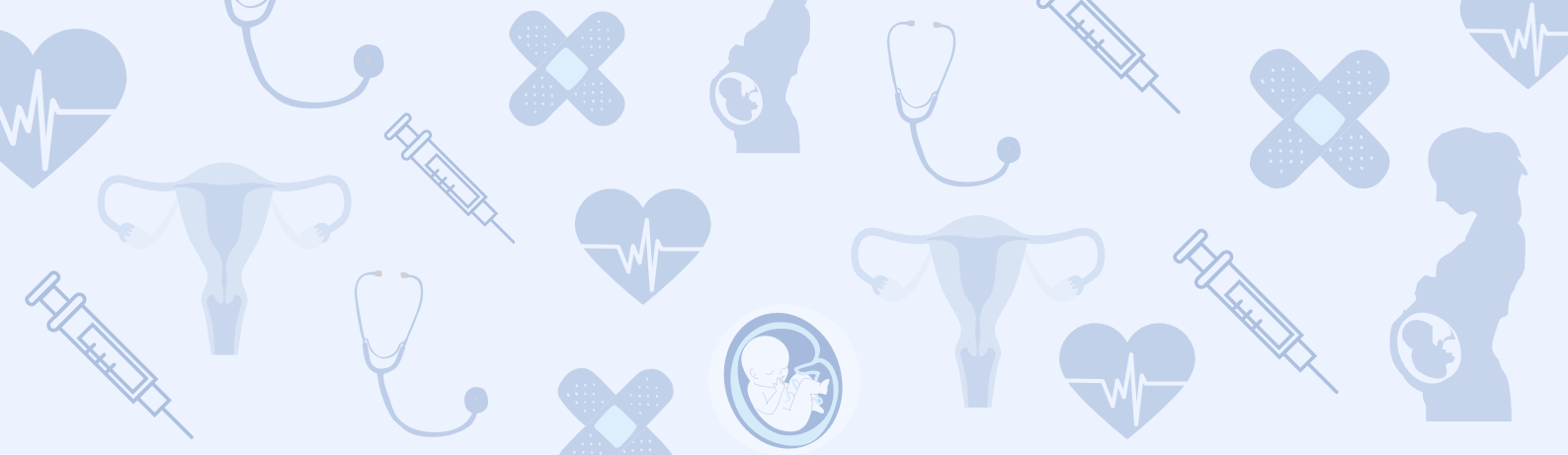
9. GLÂNDULA TIROIDE



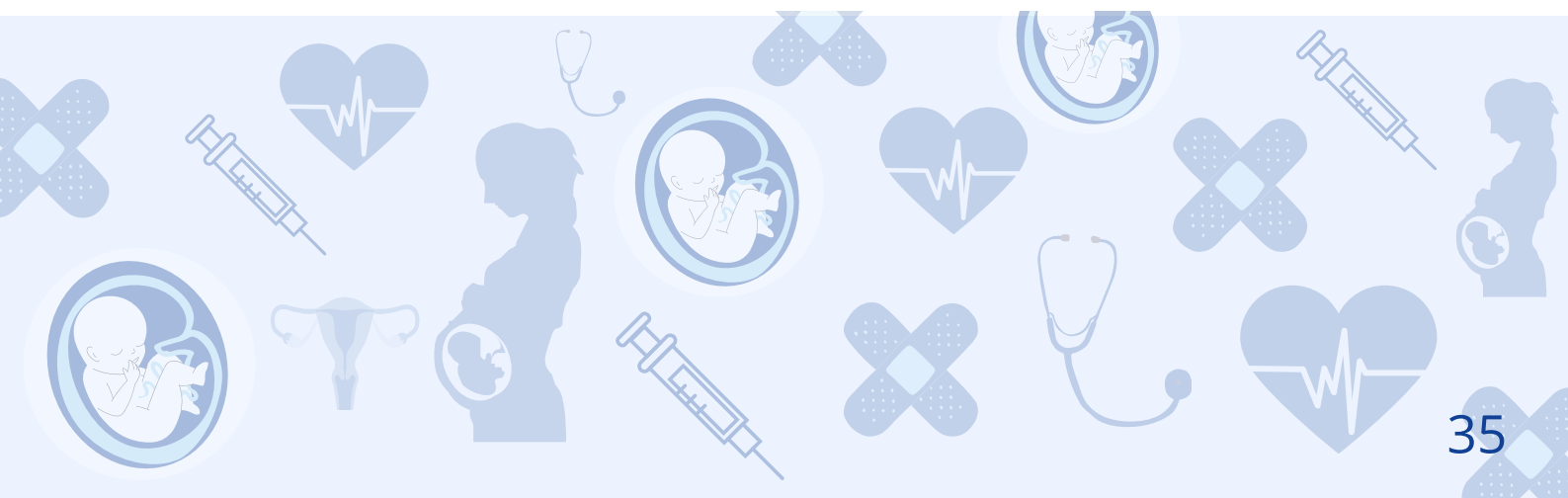
Fonte: Google imagens, 2023

PALPAÇÃO DA PELE

Umidade: por meio das polpas digitais e da palma das mãos	
Textura: deslizar as polpas digitais sobre a superfície cutânea	
Espessura: faça o pinçamento de uma dobra cutânea, usando o polegar e indicador. Pinçar apenas epiderme e derme.	
Temperatura: avaliar usando o dorso dos dedos	
Elasticidade: Pinçar prega cutânea com o polegar e indicador, fazendo em seguida certa tração e ao final soltar a pele.	
Mobilidade: pousa-se firmemente a palma da mão sobre a superfície que deseja examinar e movimentar a mão para todos os lados fazendo-a deslizar sobre as estruturas subjacentes	
Turgor: faça o pinçamento de uma dobra cutânea, usando o polegar e indicador. Pinçar inclusive o tecido subcutâneo	
Edema: Sinal de Cacifo.	



EXAME FÍSICO: PULMONAR



EXAME FÍSICO PULMONAR

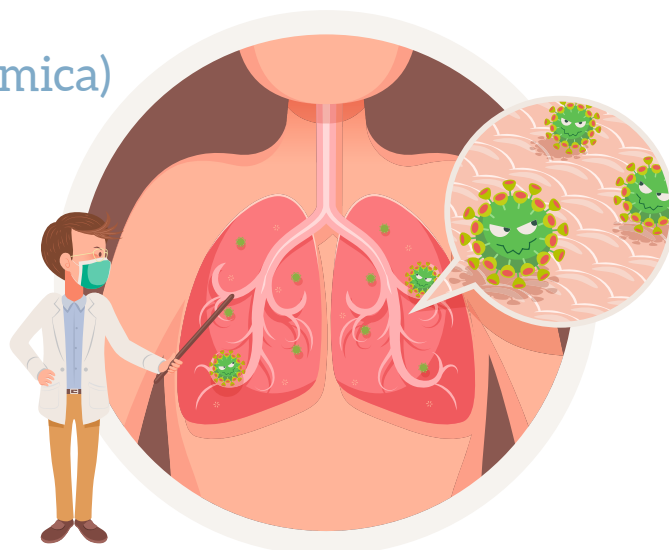
Primordialmente, para realizarmos esse tipo de avaliação deve-se coletar uma anamnese completa do paciente, objetivando a coleta de dados importantes e relacionados ao sistema respiratório, como:

- Histórico pessoal e familiar;
- História pregressa sobre doenças respiratórias;
- Presença ou não de dispneia, tosse secretiva, dor ao respirar, entre outros sinais e sintomas;
- Investigar hábito de tabagismo;
- Conhecer a profissão do cliente, tendo em vista, os possíveis fatores de risco envolvidos.

Assim, um exame pulmonar rigoroso fornece pistas importantes que, em conjunto com a história clínica do paciente, orientam a prescrição da Assistência de Enfermagem.

Para essa avaliação utilizamos os seguintes métodos propedêuticos:

- Inspeção (estática e dinâmica)
- Palpação
- Percussão
- Ausculta

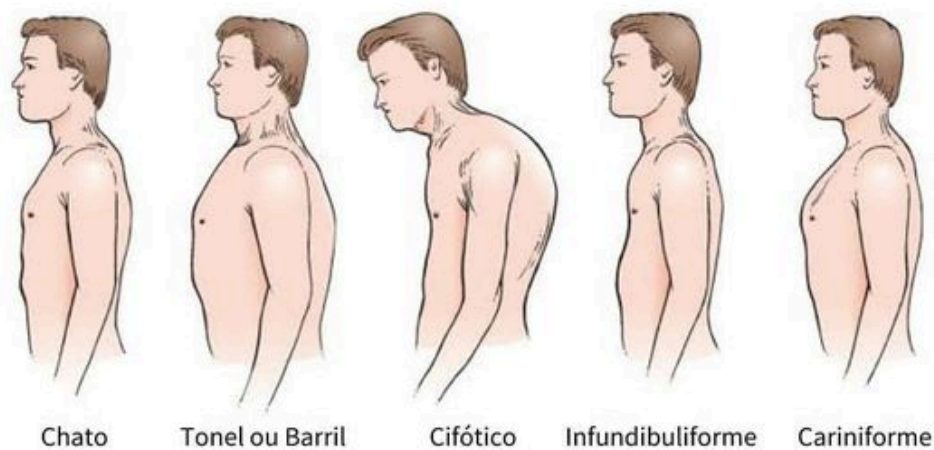


EXAME FÍSICO PULMONAR

INSPEÇÃO ESTÁTICA

- Avaliar a condição geral do paciente, observando-o por completo e atentando-se às condições da pele; coloração; pelos e sua distribuição; abaulamentos e retrações e circulação colateral.
- Observar a caixa torácica e possíveis deformidades.

TIPOS DE TÓRAX



Fonte: Google Imagens, 2023.

INSPEÇÃO DINÂMICA

Avaliar:

- Frequência respiratória
- Profundidade ventilatória
- Ritmo ventilatório

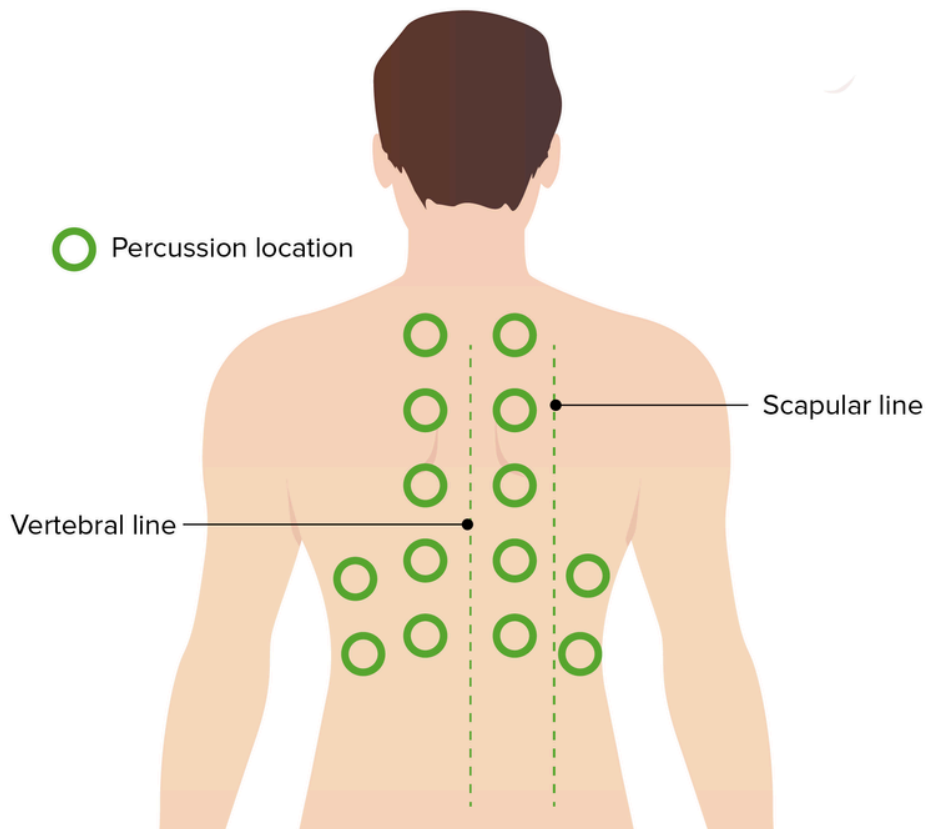
ALTERAÇÕES NO PADRÃO RESPIRATÓRIO

Bradipneia: FR <16 irpm;
Taquipneia: FR > 20 irpm;
Apneia: Ausência de respiração;
Dispneia: Desconforto respiratório;

PERCUSSÃO

Deve-se percutir o tórax em localizações simétricas, dos ápices em direção às bases. Parâmetros de sons:

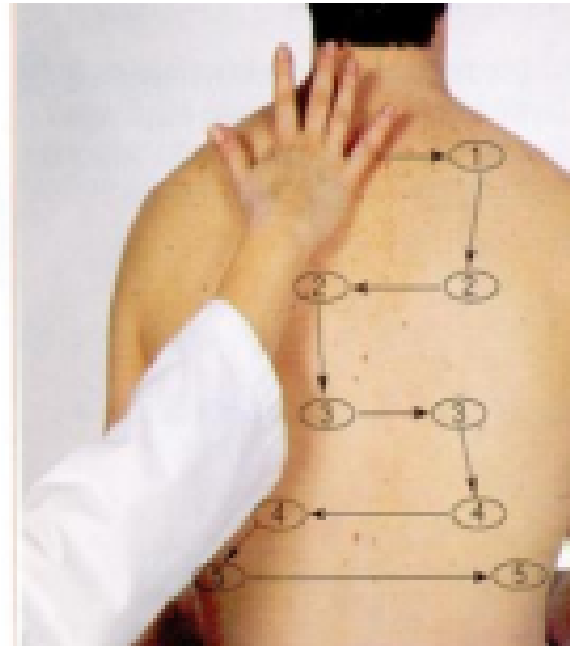
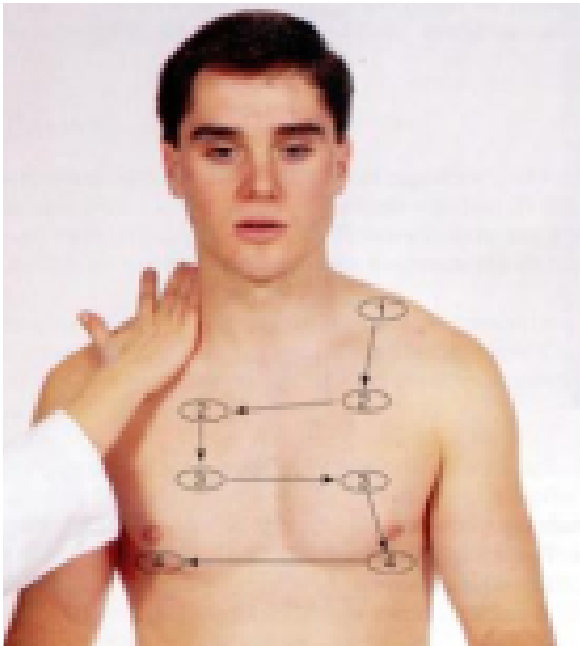
- Som claro pulmonar;
- Hipersonoridade;
- Timpânico;
- Maciço;
- Submaciço.



Fonte: Google Imagens, 2023.

PALPAÇÃO

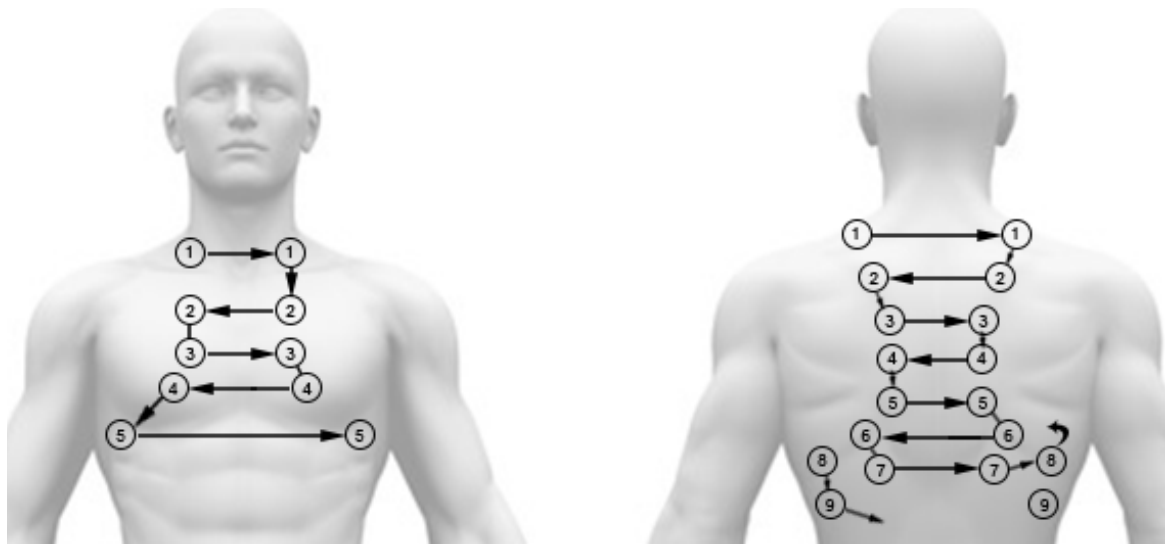
- Avaliar traqueia;
- Avaliar a parede torácica e a sua expansibilidade;
- Palpação associada a inspeção para avaliar simetria e amplitude,
- Palpar os frêmitos:
 - ✓ Frêmito toracovocal: Vibração do ar transmitida da laringe através das vias aéreas durante a fonação (palpada na parede torácica). Pedir para o paciente falar “33”.
 - ✓ Frêmito brônquico: Vibração das secreções nos brônquios de médio e grosso calibre durante a respiração.



Fonte: Google Imagens, 2023

AUSCULTA

Auscultar durante todo o ciclo no hemitórax D e E, e assim avaliar: ruídos respiratórios; ruídos adventícios; característica da voz falada e sussurrada.



Fonte: Google Imagens, 2023

Ruídos respiratórios normais:

- Som traqueal
- Som brônquico
- Som broncovesicular
- Múrmurio vesicular

Ruídos adventícios: Sons anormais.

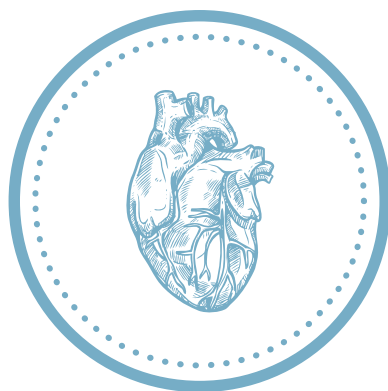
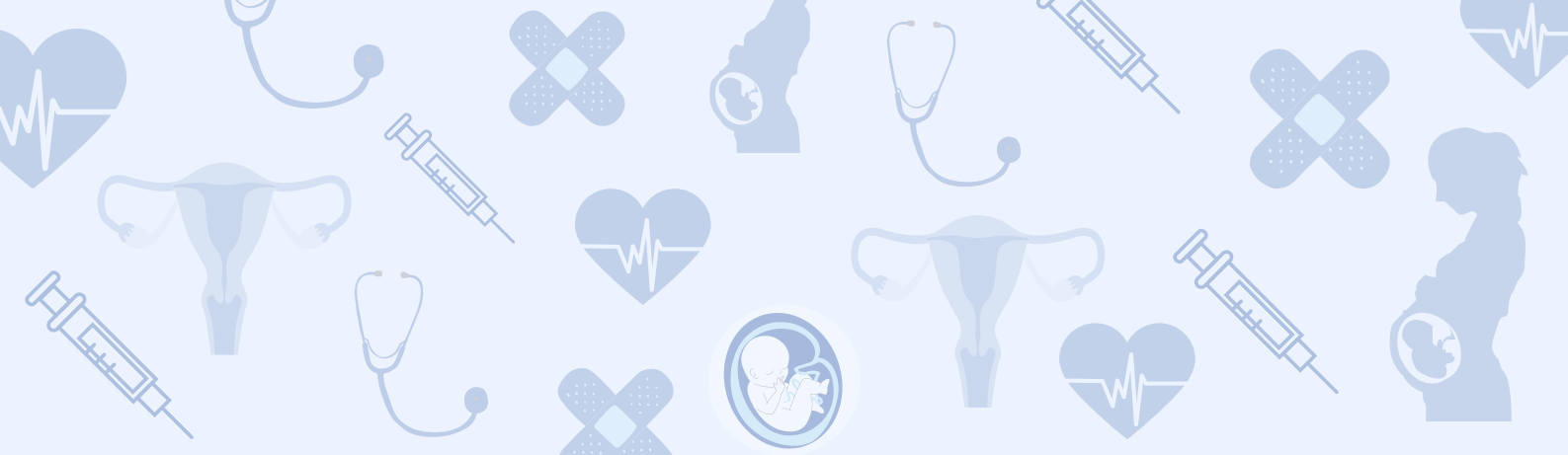
- Crepitações ou estertores finos
- Crepitações ou estertores grossos/bolhosos
- Roncos
- Sibilos
- Atrito pleural
- Cornagem ou estridor

Deve-se observar: intensidade, timbre, duração, localização e qualquer alteração após tosse ou mudança de decúbito.

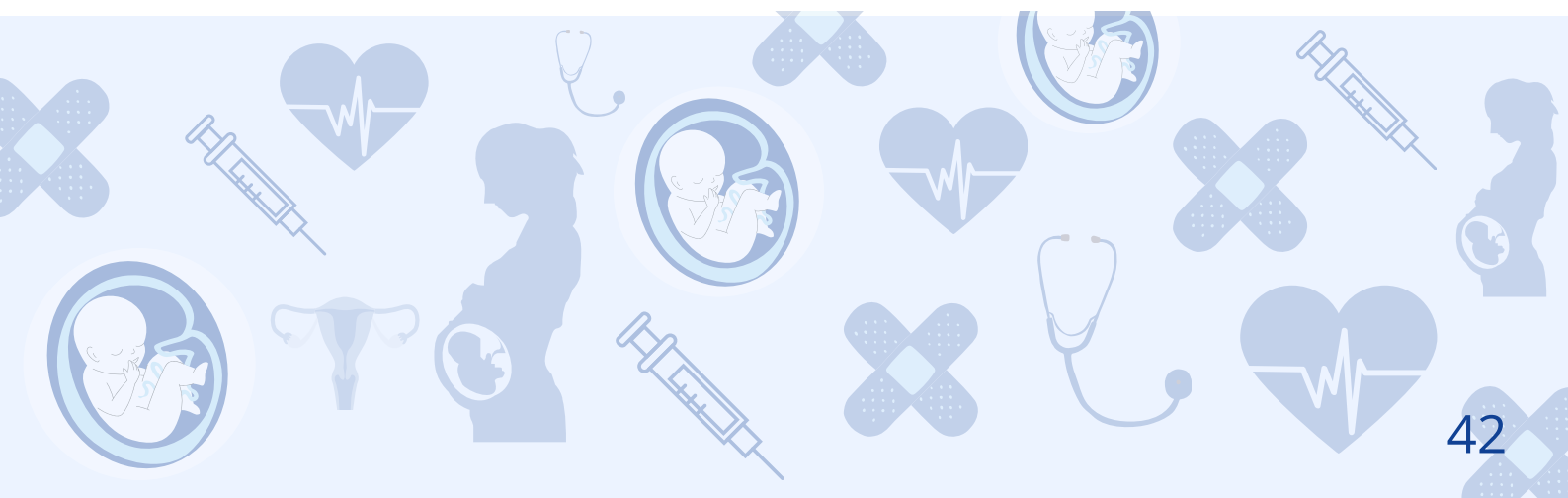
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA

- Se apresentar ao paciente e explicar o procedimento,
- Manter a privacidade do paciente,
- Corrigir, minimizar e/ou controlar as causas dos desconfortos respiratórios dos pacientes hospitalizados;
- Oferta de oxigênio;
- Administração de medicamentos prescritos;
- Monitorização respiratória e dos sinais vitais;
- Promoção da autonomia do paciente,
- Cuidados de higiene e conforto,
- Elevação do decúbito em casos de desconforto respiratório,
- Fazer os registros e anotações de enfermagem.





EXAME FÍSICO: CARDIOVASCULAR



EXAME FÍSICO CARDIOVASCULAR

- As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte no mundo, por isso, o momento do check-up cardiovascular contribui para a avaliação do coração e do risco de desenvolvimento de doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).
- Esta avaliação é realizada por meio de três métodos propedêuticos, sendo eles: inspeção, palpação e ausculta.

ANAMNESE

- Sinais e sintomas (Quando começou, duração, o que desencadeia, como é a reação a tal queixa...)
- Idade
- Antecedentes familiares
- Realização de atividade Física
- Alimentação
- Outras doenças crônicas
- Tratamentos anteriores
- Uso de medicamentos
- Presença de dor (Caracterizar o tipo, o local, a intensidade, duração, fatores de pioram e se existem outros fatores associados)

INSPEÇÃO

- Aparência geral
- Simetria do tórax
- Turgência de jugular sem movimentação
- Coloração da pele e mucosas (Cianose, palidez)
- Temperatura e umidade da pele
- Tempo de enchimento capilar
- Presença de edemas (Teste de Cacifo)
- Baqueteamento digital
- Cardiopatias
- Circulação colateral



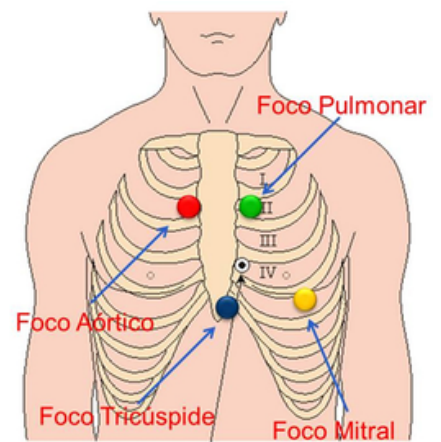
PALPAÇÃO

- Artérias carótidas
- Palpação de parede (Para identificar abaulamentos ou retrações)
- Frêmito cardiovascular (Com a mão espalmada)
- Ictus cordis (5º Espaço Intercostal Esquerdo)



AUSCULTA

- Ausculta da artéria carótida
- Foco Aórtico (2° EICD)
- Foco Pulmonar (2° EICE)
- Foco Acessório (3° EICE/Ponto de Erb)
- Foco Tricúspide (Borda esternal inferior esquerda ou na base do apêndice xifoide ligeiramente a esquerda)
- Foco Mitral (5° EICE)



Fonte: Google imagens, 2023

Pontos importantes da ausculta cardíaca

- 2° EIC paraesternal – área valvar aórtica.
- 2° EIE paraesternal – área valvar pulmonar.
- Base do apêndice xifoide – área valvar tricúspide.
- 5° EIE na linha hemiclavicular esquerda (ictus cordis) – área valvar mitral.
- Identifique B1 e B2

Alterações na ausculta cardíaca

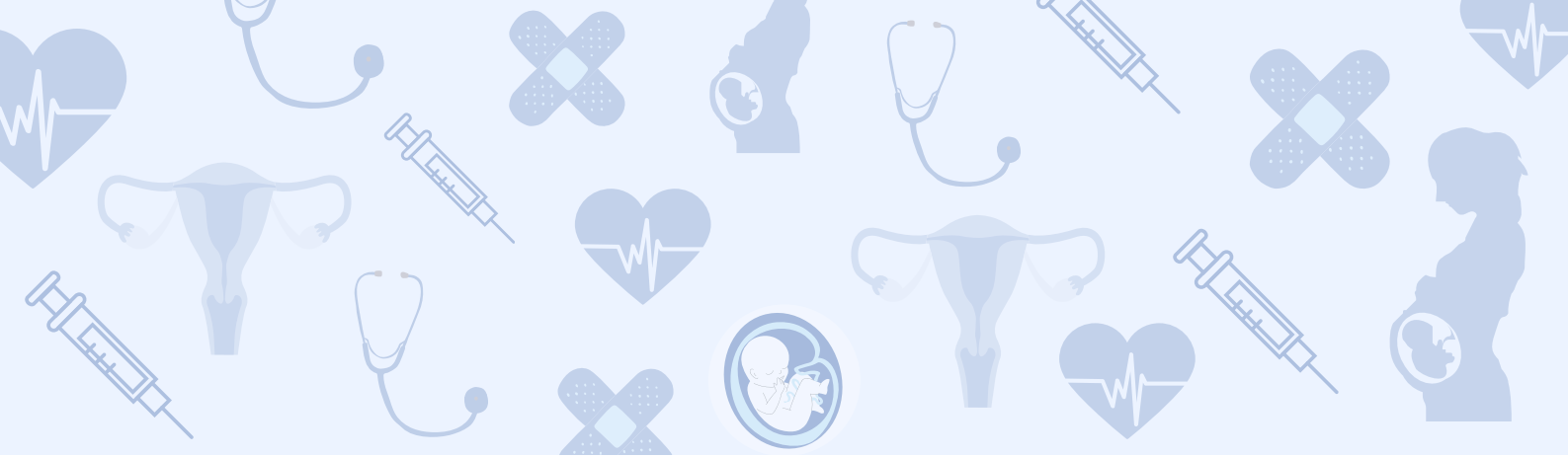
- Hiperfonese/Bulhas hiperfonéticas (som alto);
- Hipofonese/Bulhas hipofonéticas (som baixo);
- Ruídos Cardíacos Extras (B3 e B4)
- Sopros

Se presentes, descreva-o quanto:
Tempo, tom e localização

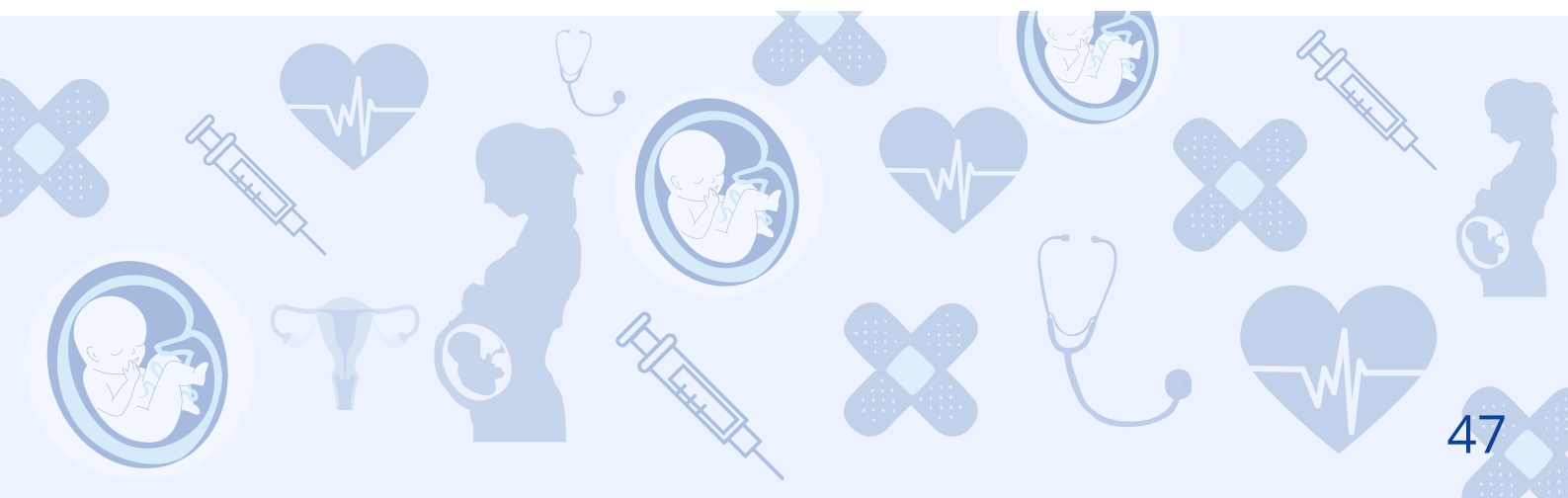
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Apresentar-se para o paciente e explicar o procedimento,
- Se possível fazer a avaliação cardiovascular com o tórax desnudo e decúbito dorsal,
- Manter a privacidade do paciente,
- Aquecer as mãos e o estetoscópio quando for encostar no paciente,
- Esclarecer dúvidas, prestar esclarecimentos e orientações necessárias,
- Monitorização dos sinais vitais,
- Manter decúbito do paciente de acordo com suas necessidades,
- Administrar medicamentos quando necessário,
- Fazer os registros e anotações de enfermagem.





EXAME FÍSICO: ABDOME



EXAME FÍSICO ABDOMINAL

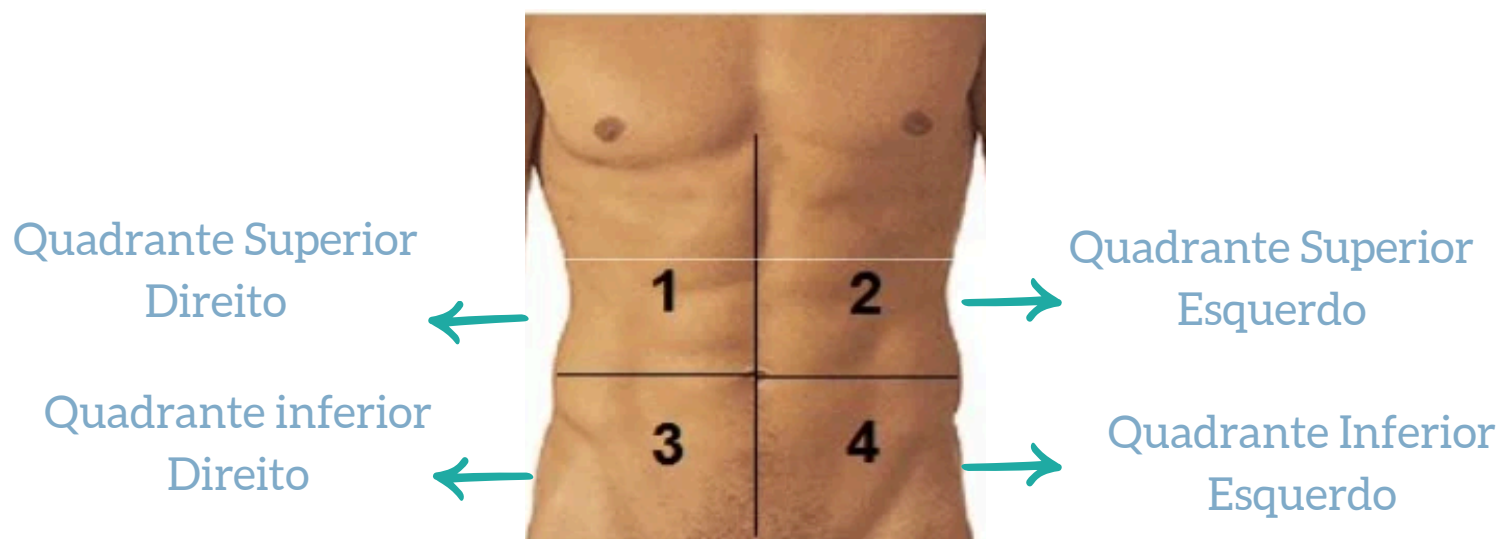
A avaliação abdominal inicia-se com uma anamnese, na qual, coletam-se por meio do interrogatório sintomatológico e sua sistematização as informações pertinentes. Sendo estes:

- Sinais e sintomas (Quando começou, duração, o que desencadeia, como é a reação a tal queixa...)
- Idade
- Antecedentes familiares (Histórico familiar)
- Realização de atividade Física
- Alimentação (Alteração de peso)
- Hábito intestinal (Eliminações intestinais e urinário, se existe queixas de inchaço, constipação, diarreia e etc...)
- Doenças crônicas
- Tratamentos anteriores
- Uso de medicamentos
- Presença de dor (Caracterizar o tipo, o local, a intensidade, duração, fatores de pioram e se existem outros fatores associados)



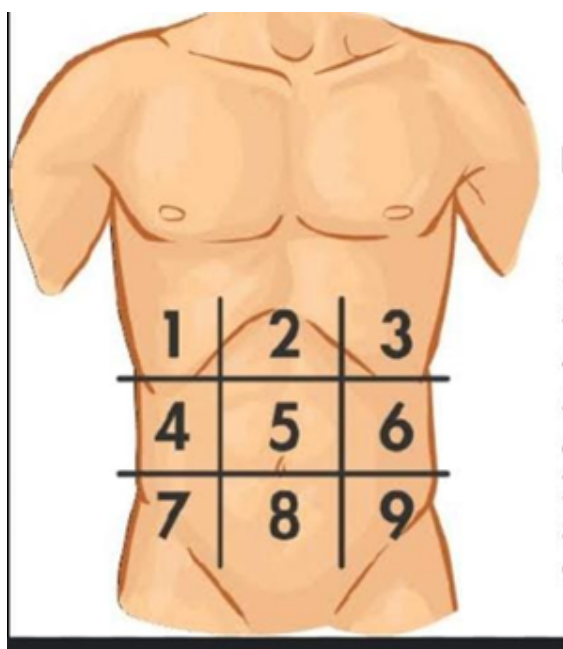
Após a anamnese, o exame clínico decorre de acordo com os métodos propedêuticos, inspeção, ausculta, percussão e palpação. Em decorrência disso, em cada etapa será essencial para realizar análises específicas, sobre o quadro clínico do paciente e estabelecer suspeitas diagnósticas, a depender da região acometida.

Em primeiro ponto, o abdome é dividido em quatro quadrantes por linhas imaginárias:



Fonte: Google Imagens, 2023

Além disso, o abdome é dividido em regiões de acordo com cada órgão

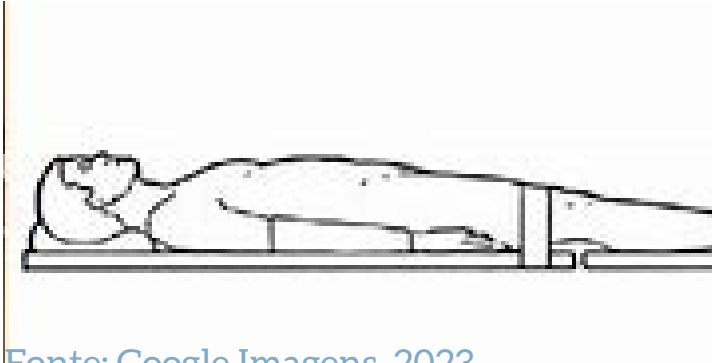


Fonte: Google Imagens, 2023

1. Hipocôndrio direito
2. Epigástrica
3. Hipocôndrio esquerdo
4. Flanco direito
5. Mesogástrico
6. Flanco esquerdo
7. Fossa ilíaca direita
8. Hipogástrico
9. Fossa ilíaca esquerda

INSPEÇÃO DO ABDOME

Deve-se analisar em posição ortostática e decúbito dorsal, as formas e o volume do abdome



Fonte: Google Imagens, 2023

Analisar durante a inspeção:

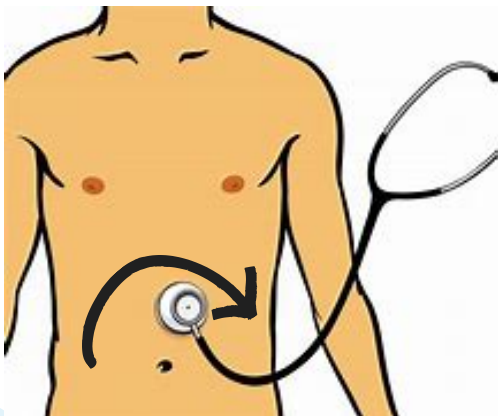
- Cicatriz Umbilical, caracterizadas como: evertida, Plana (invertida); sinais de Inflamação ou Hérnia.
- Pele: verificar presença de diástase, abaulamentos ou retrações; veias superficiais; cicatrizes;
- Movimentos peristálticos.

Tipos de abdome :

- Plano e simétrico,
- Globoso,
- Protuberante
- Avental, Pendular
- Ptótico
- Escavado.

AUSCULTA ABDOME

É realizado no sentido horário a partir do quadrante inferior direito-QID.

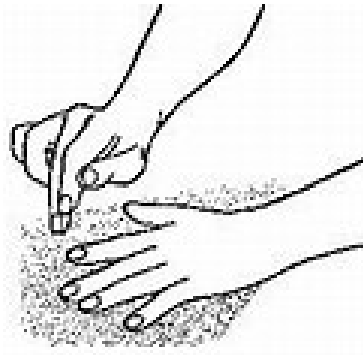


Fonte: Google Imagens, 2023

O recomendado é auscultar 1 minuto em cada quadrante e identificar a frequência dos ruídos hidroaéreos, que podem ser caracterizados como hipoativos, normoativos e hiperativos.

PERCUSSÃO

É necessário delimitar a área hepática, e seguir sentido horário a partir do QID ou partindo da região não afetada a fim identifica sons de cada região



Fonte: Google Imagens, 2023

Sons:

- Timpânicos
- Hipertimpânico
- Maciço
- Submaciço.

Não esquecer de verificar se há sinal de Jobert +, que é positivo quando há timpanismo na área hepática, o som que deve ser maciço).

Teste de piparote - É instituído na percussão para verificar ondas líquidas - pode indicar ascite.

Para realizar, Com uma das mãos golpeia o abdome por piparotes (golpes com dedo indicador), enquanto a outra espalmada na região contralateral.



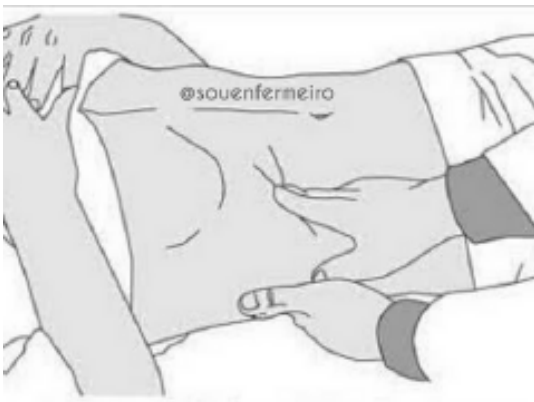
Fonte: Google Imagens, 2023

PALPAÇÃO

A palpação pode se superficial e profunda conduzida pela mão dominante uma mão sobre a não dominante, no sentido horário a partir do QID ou a partir da região não afetada, sendo essencial para investigar

- Sensibilidade;
- Integridade anatômica;
- Grau de distensão da parede abdominal;
- Defesa da parede abdominal (contratura da musculatura abdominal, voluntária ou involuntária);
- Continuidade da parede (hérnias, diástase dos músculos reto abdominais).

Para o auxílio durante a palpação, alguns sinais podem ser realizados para investigação das queixas, como:



Sinal de Murphy: ao comprimir o QSD, solicite inspiração profunda, a cessação da inspiração e dor intensa sugerem a coleciste aguda

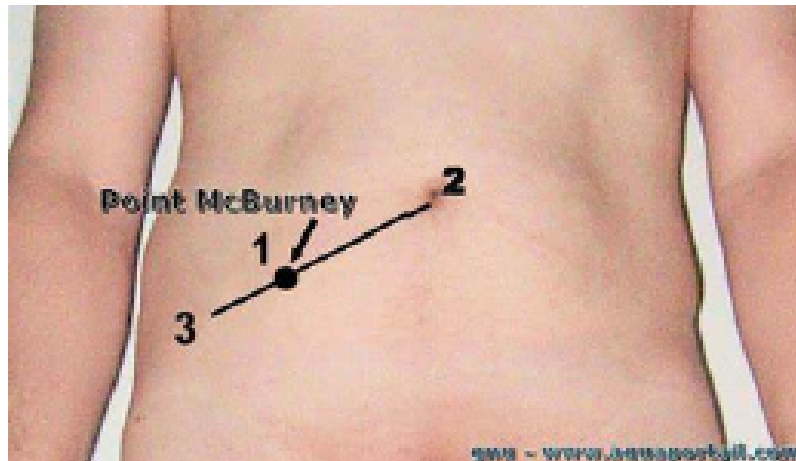
Fonte: sou enfermeiro. prof Iranildo Ribeiro -
<https://br.pinterest.com/pin/378513543686790060/>

Sinal de Rosving: palpação profunda e contínua do QIE que produz dor intensa no QID, mas especificamente na fossa ilíaca direita. (indica apêndicite aguda)



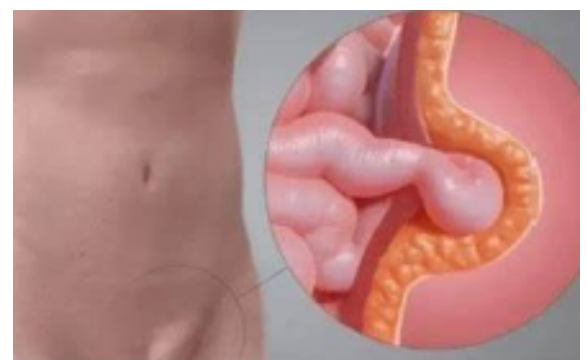
Fonte: Google Imagens, 2023

Ponto de McBurney: descompressão brusca e dolorosa no ponto médio entre a cicatriz umbilical e a crista ilíaca direita -Sinal de Blumberg (+) (APENDICITE AGUDA)



Fonte: Google Imagens, 2023

Manobra de Valsalva: para realizar, peça ao paciente para soprar contra a mão, o que faz com que aumente a pressão abdominal e a hérnia se torna palpável- Para exame de hérnia.



Fonte: Google Imagens, 2023

Sinal de Giordano: solicitar que o paciente fique sentado, de costas para examinador e realizar punho percussão na região lombar D e E. Caso o paciente refira dor o sinal é positivo (+) - indicativo de infecção ou inflamação.



Fonte: Google Imagens, 2023



Fonte: Google Imagens, 2023

Método de Devoto: palpação dos rins - (decúbito dorsal) - Sentir o polo inferior do rim na inspiração, abaixo do rebordo costal.

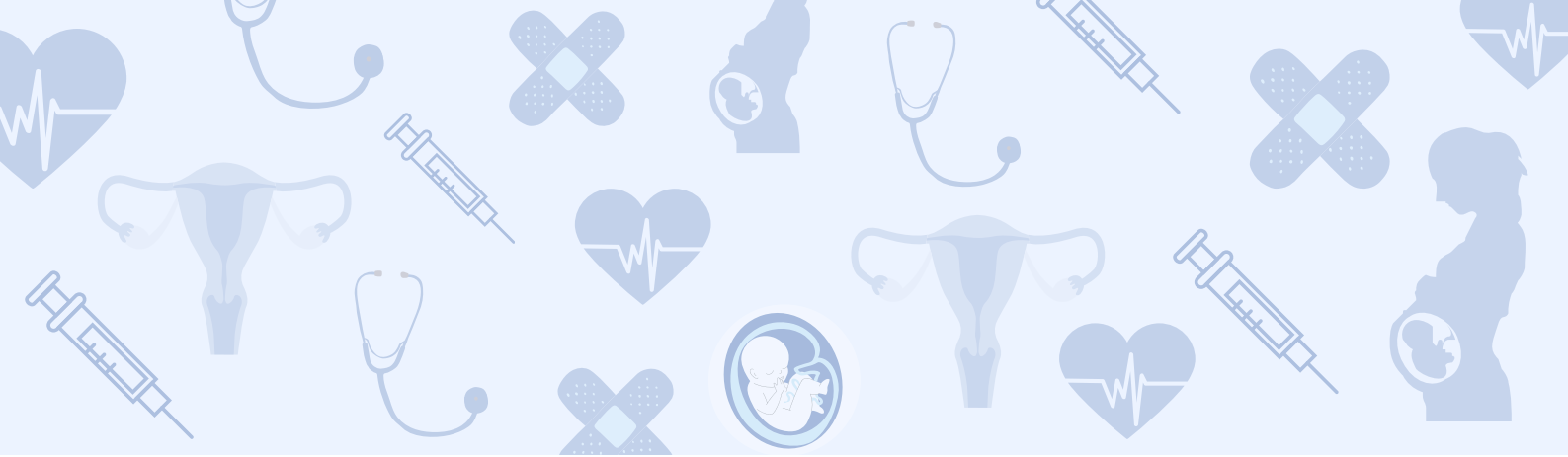
Método de Israel : palpação dos rins - (decúbito lateral) - Deitar-se sobre o lado oposto ao examinado; A perna que está por cima fica fletida.



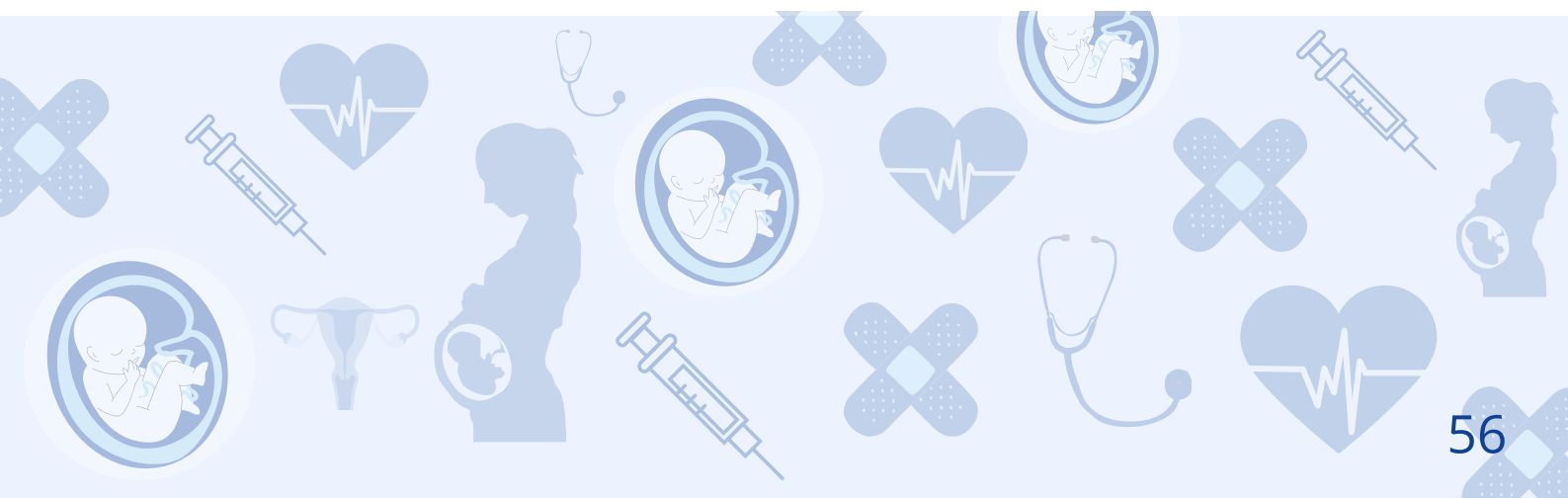
Fonte: Google Imagens, 2023

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Apresentar-se para o paciente e explicar o procedimento
- Manter a privacidade do paciente,
- Aquecer as mãos e o estetoscópio quando for encostar no paciente
- Esclarecer dúvidas, prestar esclarecimentos e orientações necessárias
- Manter decúbito do paciente de acordo com suas necessidades
- Administrar medicamentos quando necessário,
- Fazer os registros e anotações de enfermagem.



EXAME FÍSICO: ESTADO MENTAL E NEUROLÓGICO



CONSULTA NEUROLÓGICA

No momento que precede o exame físico neurológico, deve ser realizada uma anamnese que visa identificar os principais aspectos da vida do paciente, que podem possuir influência no seu estado neurológico.

Alguns pontos a serem coletados na consulta:

- Identificação
- História familiar neurológica
- História pregressa
- Histórico de pancadas na cabeça
- Queixa principal
- História de alterações de visão
- História de cefaleia
- História de hemiparesia ou disfunções musculares
- História de formigamento
- História de tremores
- História de paralisia
- História de movimentos involuntários
- História de perda ou aumento de sensibilidade
- História de alterações de memória
- História de problemas no sono
- História de alterações auditivas
- História de rigidez, inflexibilidade, espasmos.



EXAME NEUROLÓGICO

Esta avaliação é composta por diversas técnicas que avaliam as partes/estruturas específicas que compõem o funcionamento pleno de todo corpo humano. Assim, a partir desses testes é possível identificar a presença de patologias, lesões, tumores, inflamações, infecções e doenças degenerativas que acometem um indivíduo e sua estrutura neurológica.



NÍVEL DE CONSCIÊNCIA ✓

Esse teste é responsável por observar o nível de consciência de um paciente que pode estar com sinais de letargia, sonolência, obnubilação, torpor e coma. Métodos de avaliação:

Escala de coma de Glasgow

Aplicação de um estímulo doloroso



Fonte: Google imagens, 2023

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Variáveis		Escore
 Abertura Ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
 Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
 Resposta Motora	Obedece a comandos	6
	Localiza a dor	5
	Movimentos de retirada	4
	Flexão normal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
 Resposta Pupilar	Nenhuma	2
	Apenas uma reage ao estímulo luminoso	1
	Reação bilateral ao estímulo	0

Fonte: Google imagens, 2023

AVALIAÇÃO PUPILAR

A presente avaliação possui por intuito observar a responsividade pupilar quando submetida a um estímulo luminoso e em seu estado normal.



Fonte: Google imagens, 2023.

INSPEÇÃO

É importante realizar uma inspeção geral do paciente antes de tudo, procurando por sinais visuais de alterações. Sendo alguns deles:

- Expressões faciais alteradas
- Hemiplegia
- Tremores
- Paralisia
- Movimentos involuntários
- Anomalias na locomoção
- Lentidão dos movimentos
- Perda do equilíbrio
- Rigidez
- Inflexibilidade
- Espasmos
- Alterações de coluna



AVALIAÇÃO FUNÇÃO CEREBELAR ✓

A função cerebelar possui grande relação com o equilíbrio corporal e atividades motoras. Assim, nesta etapa do exame neurológico os seguintes testes são aplicados:

Teste de Marcha

Teste de Romberg



Fonte: Google imagens, 2023.

SINAIS DE IRRITAÇÃO MENÍNGEA ✓

Nessa etapa observa-se, por meio de alguns testes, se o paciente possui sinais de irritação das meninges.

Sinal de Kernig



Fonte: Google imagens, 2023

Sinal de Brudzinski



Fonte: Google imagens, 2023

AValiação DOS XII PARES DE NERVOS CRÂNIANOS

I - nervo olfatório: paciente com olhos fechados deve identificar odor familiar

II - nervo óptico: o paciente permanece com um dos olhos cobertos e olhar fixo, enquanto o examinador move seu dedo na frente do paciente, e este, deverá informar até que ponto enxerga seu dedo. O teste deve ser realizado nos dois olhos.

III, IV, VI - nervos oculomotor, troclear e abducente: da mesma maneira acima, o paciente deve seguir os movimentos do dedo do examinador para o lado, para cima e para baixo. O teste deve ser realizado nos dois olhos.

V - nervo trigêmeo: o paciente deve permanecer de olhos fechados enquanto o examinador toca com uma gaze a frente, o queixo e a face lateral do rosto. Em seguida, deve-se pedir ao paciente que abra sua boca amplamente e usando as mãos tente fechá-la.

VII - nervo facial: o paciente deve sorrir, franzir a sobrancelha e cerrar as pálpebras, assim o examinador avalia a simetria dos movimentos faciais. Testa-se também a diferenciação do doce e salgado.

VIII - vestibulo coclear: o paciente deve cobrir uma das orelhas e realizar o teste do sussuro. Além disso, avalia-se também o equilíbrio através do teste de Romberg.

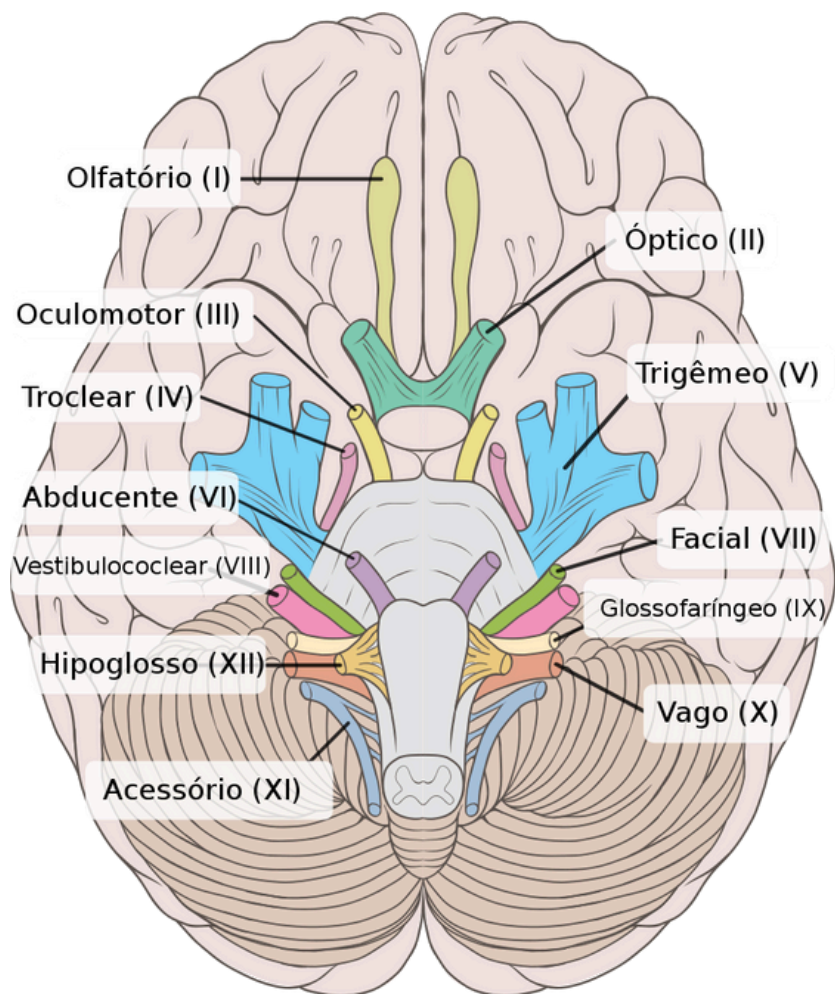
IX - nervo glossofaríngeo: o paciente deve abrir a boca dizendo "ah", o examinador observa anormalidades, elevação da úvula e o reflexo de deglutição.

X - nervo vago: o examinador toca a parte posterior da língua do paciente com um abaixador e observa o reflexo do vômito

XI - nervo acessório: o paciente deve encolher os ombros e realizar a rotação da cabeça contra uma resistência exercida. o examinador deve observar sinais de atrofia muscular e queda de ombro.

XII - nervo hipoglosso: o examinador deve aplicar uma resistência contra a bochecha do paciente enquanto este empurra a ponta da língua contra essa resistência. Neste teste observa-se a força da língua.

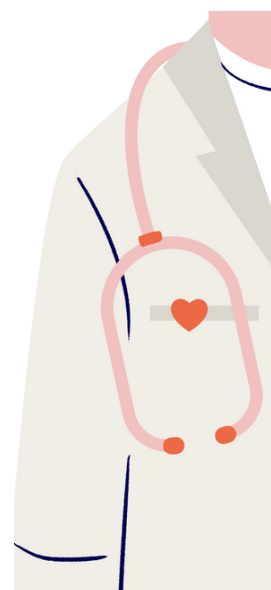
XII PARES DE NERVOS CRÂNIANOS

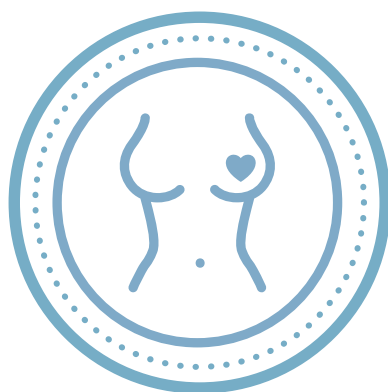
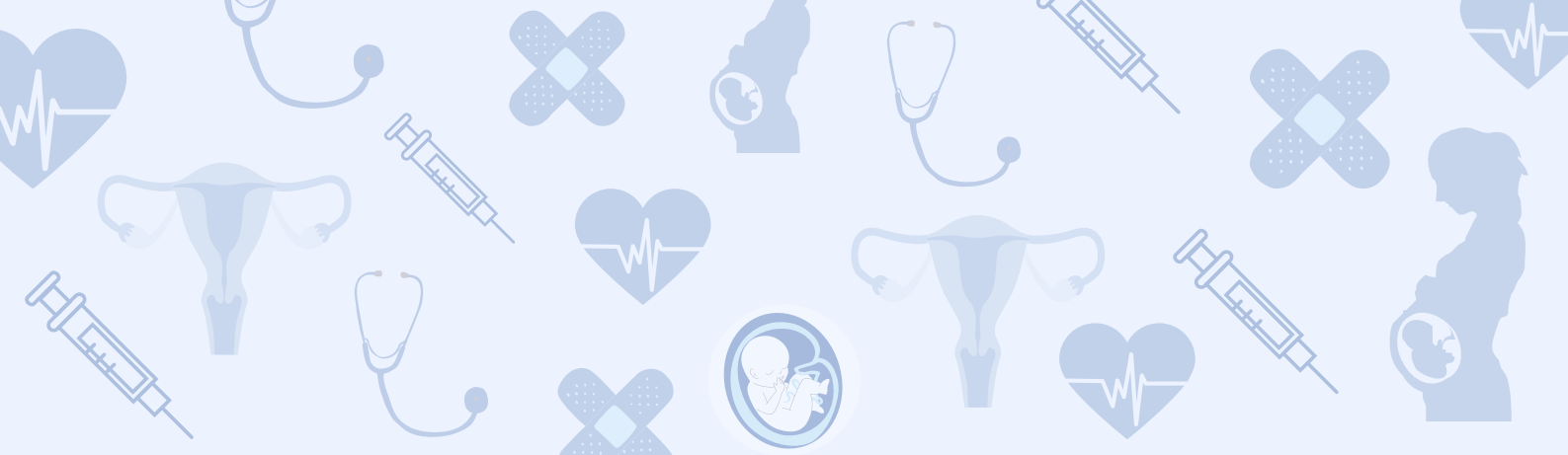


Fonte: Google imagens, 2023.

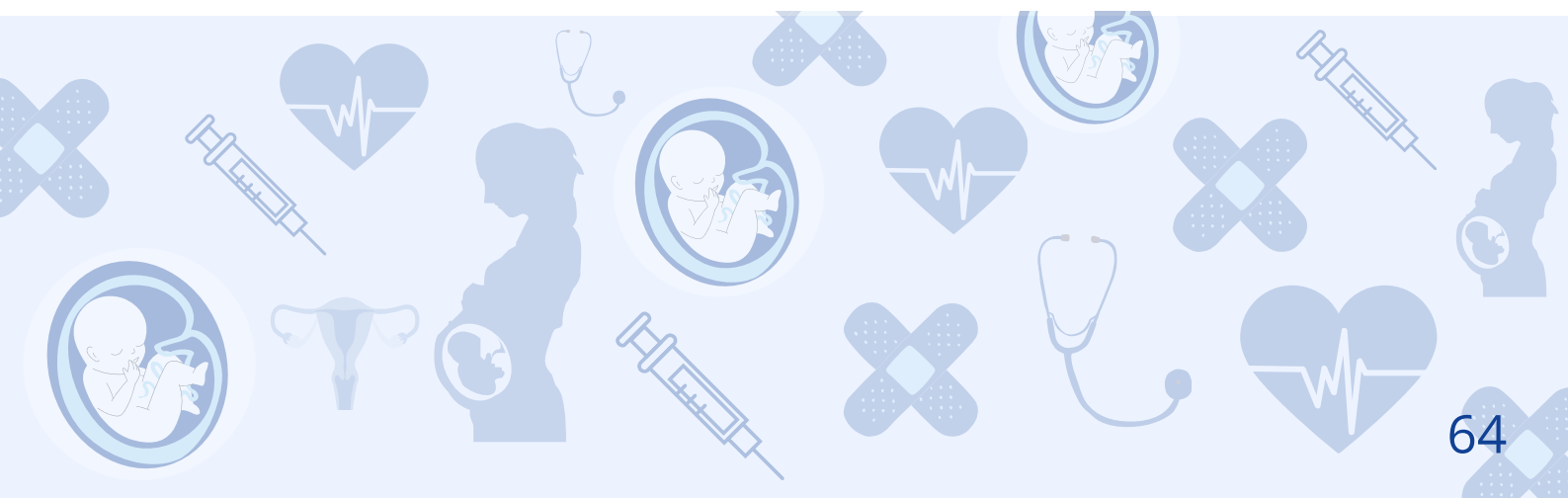
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO EXAME NEUROLÓGICO

É importante lembrar de propiciar um ambiente privativo, iluminado e adequado para realização da presente avaliação. Deve-se evitar a interferência de ruídos externos, promover uma temperatura agradável e propiciar um bom diálogo com o paciente a respeito dos testes e sinais e sintomas prévios. Além disso, no fim da consulta sempre proceder com os registros de enfermagem.





EXAME FÍSICO: MAMAS E AXILAS



EXAME FÍSICO DAS MAMAS E AXILAS

O Exame clínico das mamas é realizado com o objetivo de buscar sinais e ou alterações para prevenção ou tratamento de comorbidades.

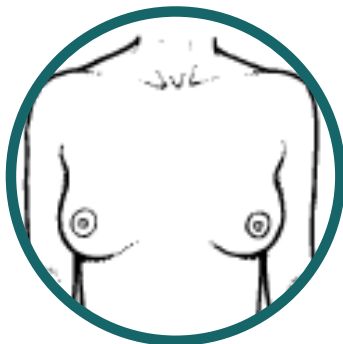
ANAMNESE:

Questionar sobre histórico pessoal e família, queixas e último exame.

A AVALIAÇÃO DAS MAMAS É DIVIDIDA EM 4 ETAPAS:

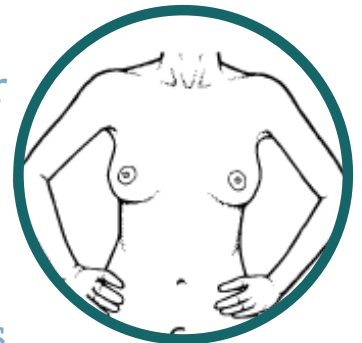
Inspeção estática

Observar:
número de mamas,
localização,
mamilos
Contorno;
Pele; Simetria;
Abaulamento.



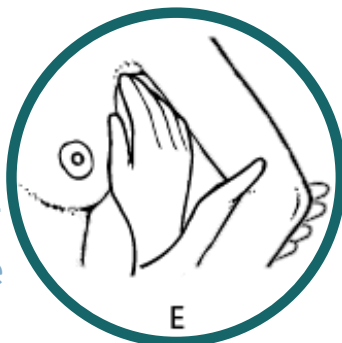
Inspeção dinâmica

Pedir para a paciente elevar os braços, coloca-los na cintura, movimentar as escapulas e observar.



Palpação dos linfonodos

Palpar linfonodos supra e infra-claviculares e axilares.



Palpação das mamas

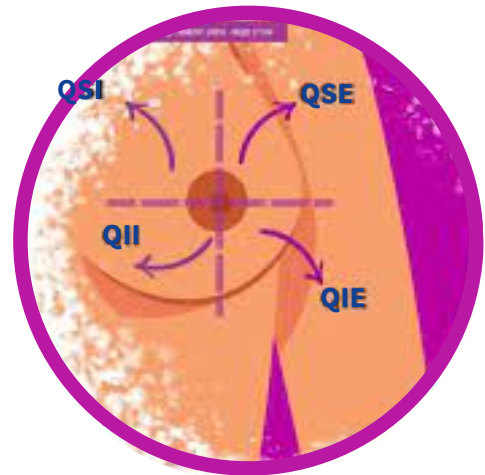
Palpação das mamas e expressão mamilar



ANATOMIA MAMÁRIA

Para localização anatômica e descrição de tumores e cistos a superfície das mamas são divididas em quatro quadrantes.

Quadrante superior interno;
Quadrante superior externo;
Quadrante inferior interno;
Quadrante inferior externo.



Fonte: Google imagens, 2023

SINAIS E SINTOMAS MAMÁRIOS SUGESTIVOS DE CÂNCER DE MAMA:

- Nódulo palpável endurecido, imóvel, fixo ao tecido subjacente, sem margens definidas;
- Linfonodos axilares aumentados, densos e confluentes;
- Descarga papilar abassuspeita: Sanguínea, serossanguínea ou cristalina “água de rocha”; espontânea; em mulher com idade superior a 50 anos;
- Alteração unilateral recente do mamilo, como retração ou distorção;
- Alteração unilateral na pele da mama, como edema cutâneo semelhante à “casca de laranja”, retração cutânea ou eczema que não responde a tratamentos tópicos.

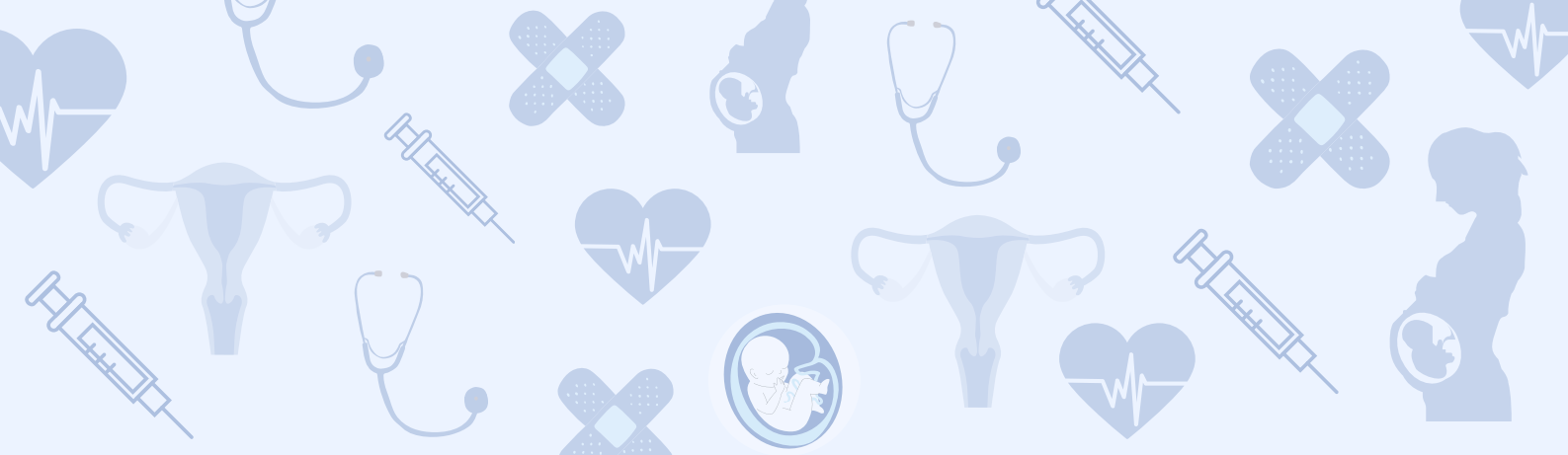
Brasil, 2020.



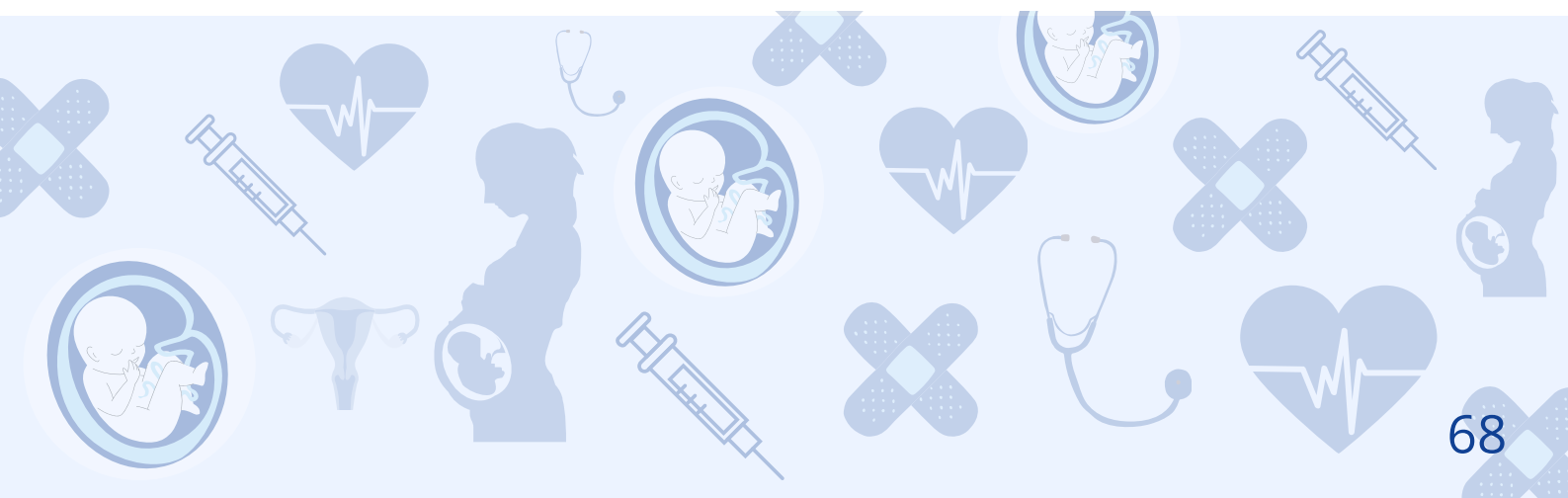
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Acolher;
- Disponibilizar escuta qualificada;
- Realizar exame físico completo de mama e anexos
- Detectar sinais sugestivos de câncer de mama;
- Fazer os encaminhamentos necessários;
- Promover educação em saúde.





EXAME FÍSICO: GENITAIS MASCULINO E FEMININO



AValiação DO GENITAL FEMININO

ANAMNESE

Questionar sobre queixas, corrimentos, odor, relações sexuais, antecedentes obstétrico e histórico familiar.

O Exame clínico da genital feminina é feita com a mulher em posição de litotomia ou ginecológica.



INSPEÇÃO

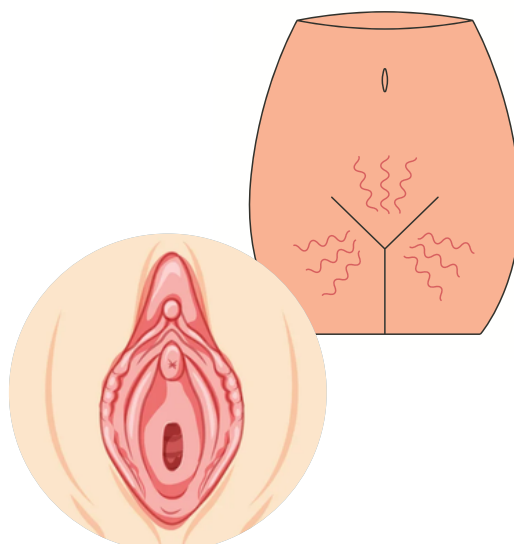
Avaliar a genitália externa e após isso observar:

- Clitóris: tamanho e forma, coloração,
- Meato uretral: aspecto, secreção,
- Grandes e pequenos lábios: simetria, coloração, presença de sujidade ou secreção.

PALPAÇÃO

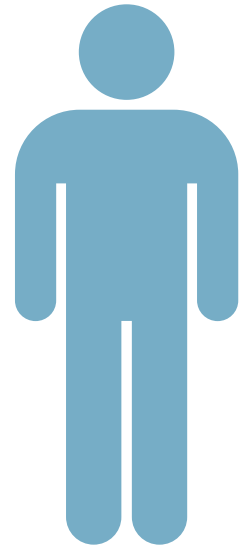
Na palpação são avaliados:

- Os linfonodos;
- Presença de dor.



AValiação DO GENITAL MASCULINO

Para avaliação da região inguinal e genital externa o paciente deverá estar em pé, com as pernas afastadas, e o clínico sentado. Para a região ano-retal, o paciente deve estar deitado em decúbito lateral com leve anteflexão do tronco e da coxa.

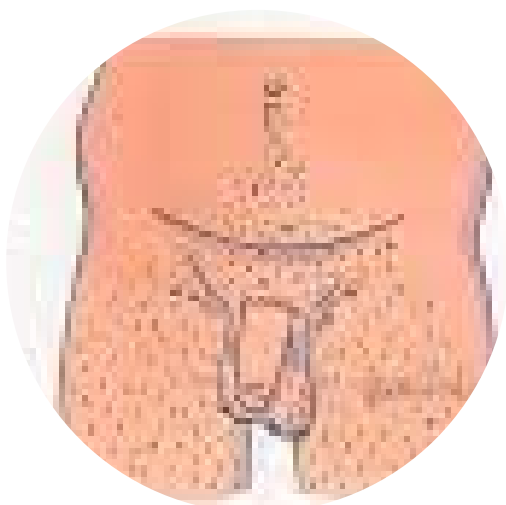


INSPEÇÃO

Avaliar a genitália externa, observando: Integridade; Períneo; Higiene e Secreções; Avaliação do pênis: desvios do eixo peniano Aberturas anômalas da uretra; Assimetria ou ausência testicular; Pelos; Avaliação do escroto e virilha.



PALPAÇÃO



Fonte: Google imagens, 2023

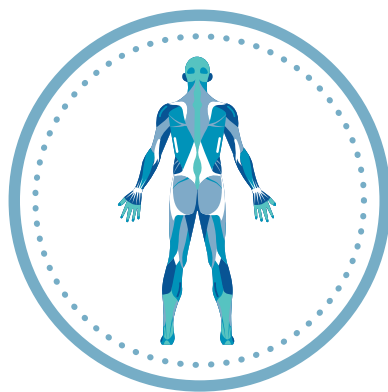
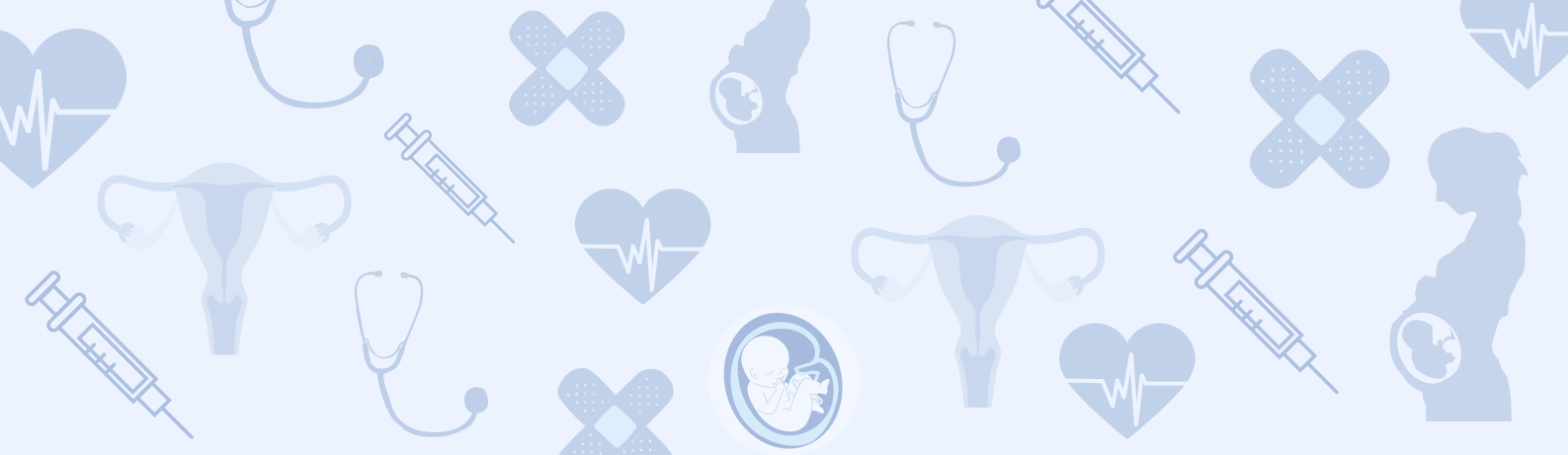
Na palpação são avaliados:

- Cadeias ganglionares;
- Fimose;
- Presença de dor.

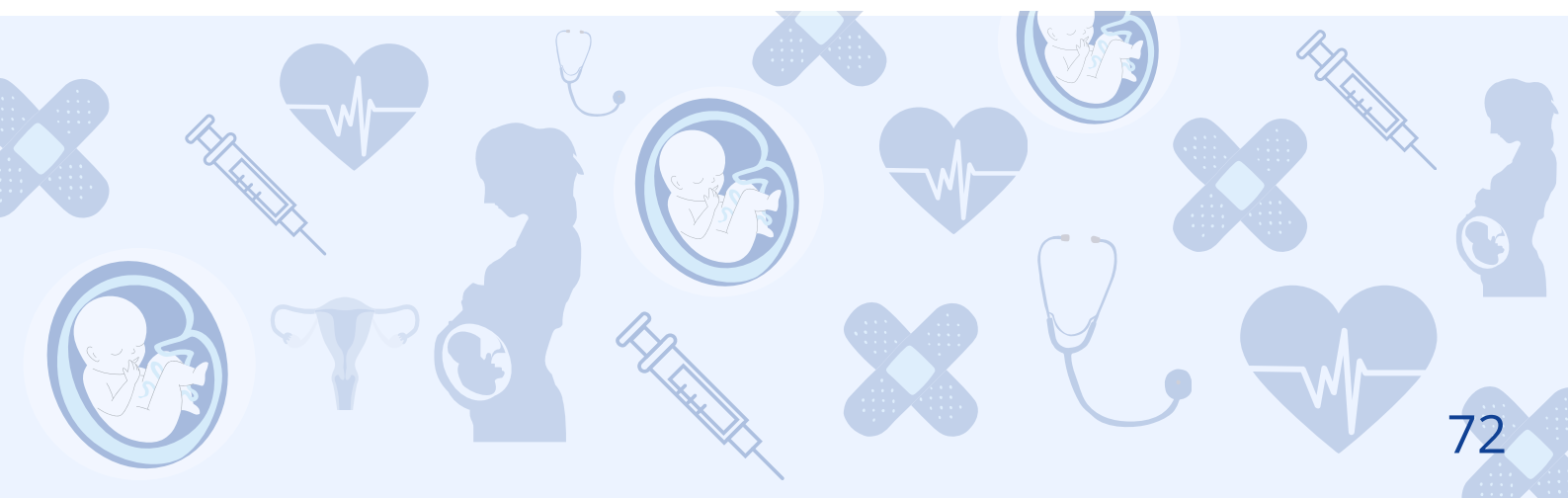
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Acolher;
- Escuta qualificada;
- Preservar a privacidade do paciente,
- Detectar sinais sugestivos para as infecções sexualmente transmissíveis
- Fazer os encaminhamentos necessários;
- Promover educação em saúde.





EXAME FÍSICO: APARELHO LOCOMOTOR



EXAME FÍSICO DO APARELHO LOCOMOTOR

A avaliação do aparelho locomotor consiste em analisar os ossos, as articulações e os músculos. Alguns pontos principais devem ser abordados na anamnese do exame do aparelho locomotor, sendo estes:

- Histórico familiar de alterações musculares, nos ossos ou articulações.
- História pregressa
- Queixa principal
- Histórico de dor (coluna, MMSS, MMII, articulações)
- Histórico de cirurgias relacionadas ao aparelho locomotor
- Histórico de tendinites
- Histórico de fraqueza muscular

INSPEÇÃO

Observa-se a capacidade de se locomover, autocuidar, existência de desconforto ou da presença de movimentos involuntários. Além disso, verificar a assimetria dos membros inferiores e superiores, da coluna e da pelve, seja na posição ventral, dorsal ou em pé.

EXAME DA FORÇA MUSCULAR

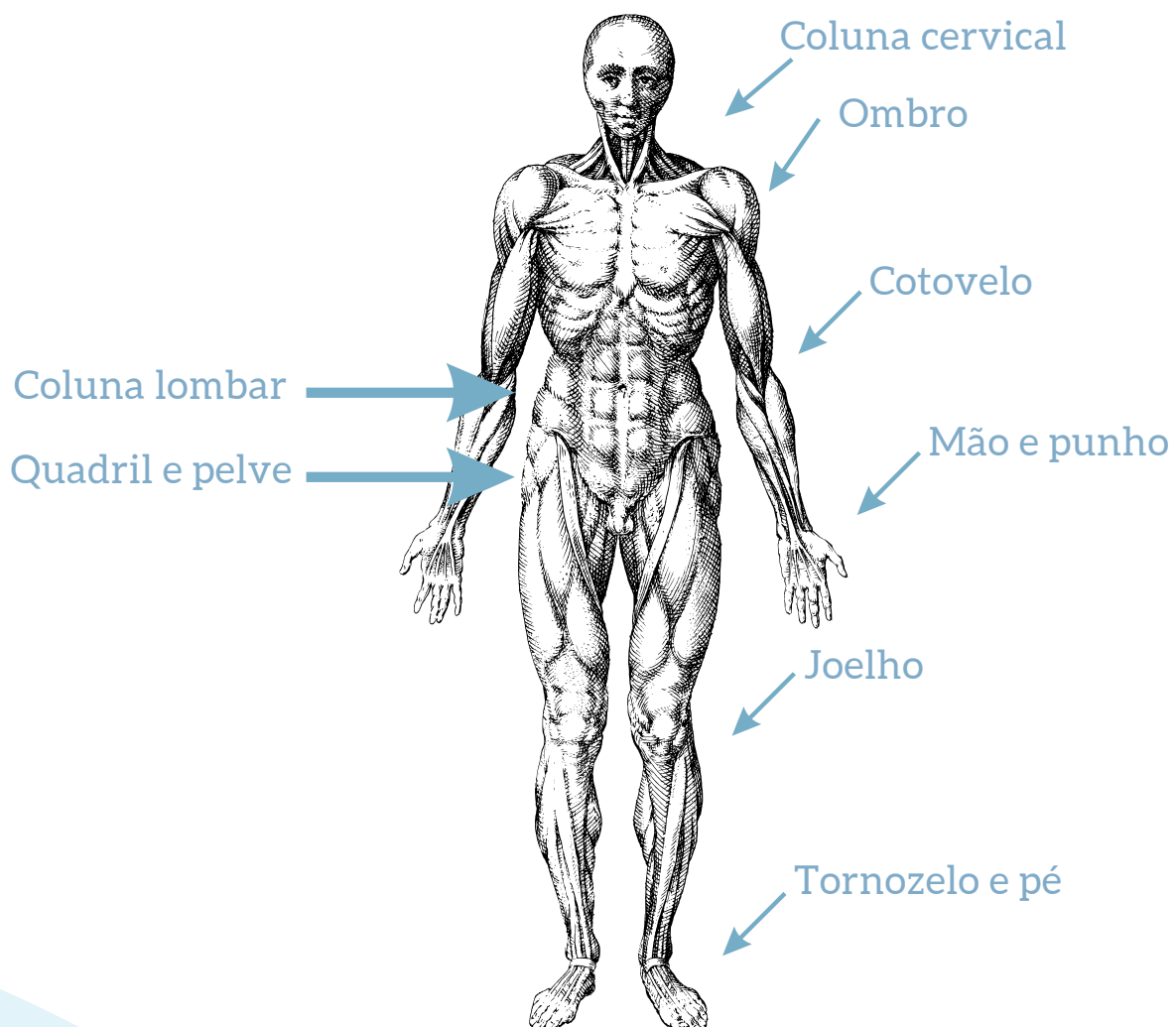
- **Aperto de mão** - solicita-se um aperto de mão.
- **Teste do bíceps** - solicita-se que o paciente estenda o braço e depois flexione, enquanto se aplica resistência.
- **Teste dos MMII** - aplica-se uma resistência na altura dos tornozelos e solicita-se que o paciente eleve a perna.



GRAU DE MOBILIDADE E AVALIAÇÃO DOS SEGMENTOS

Avaliada de forma ativa e passiva. Assim, a mobilidade ativa é aquela pela qual o paciente consegue movimentar-se com sua própria força, pela ação ativa da musculatura. Já a mobilidade passiva é realizada pelo examinador, sem a participação do paciente. Além disso, é nesse momento que se realiza a avaliação dos segmentos corporais.

Esse exame é realizado nos seguimentos de todo corpo, sendo estes:



EXAME DAS ARTICULAÇÕES

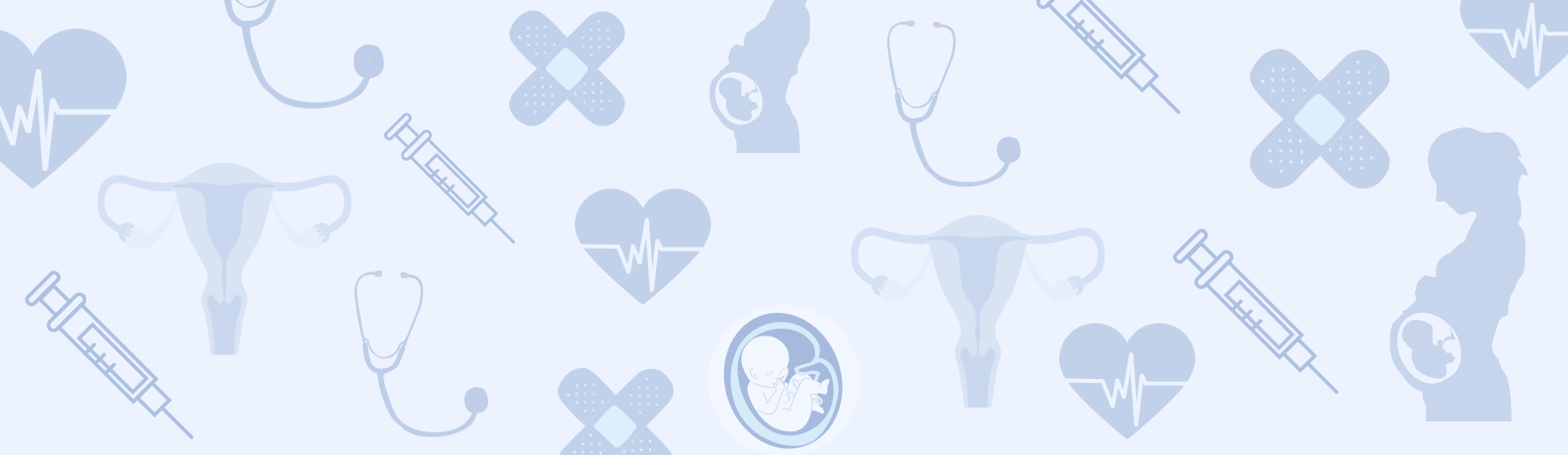
É realizado através da palpação das articulações, assim, palpa-se as partes moles, e avalia-se quanto a presença de queixas álgicas, intumescências, edema, tônus e consistência. Além disso, a palpação da parte óssea visa avaliar a presença de protuberâncias, formato, e deformidades.



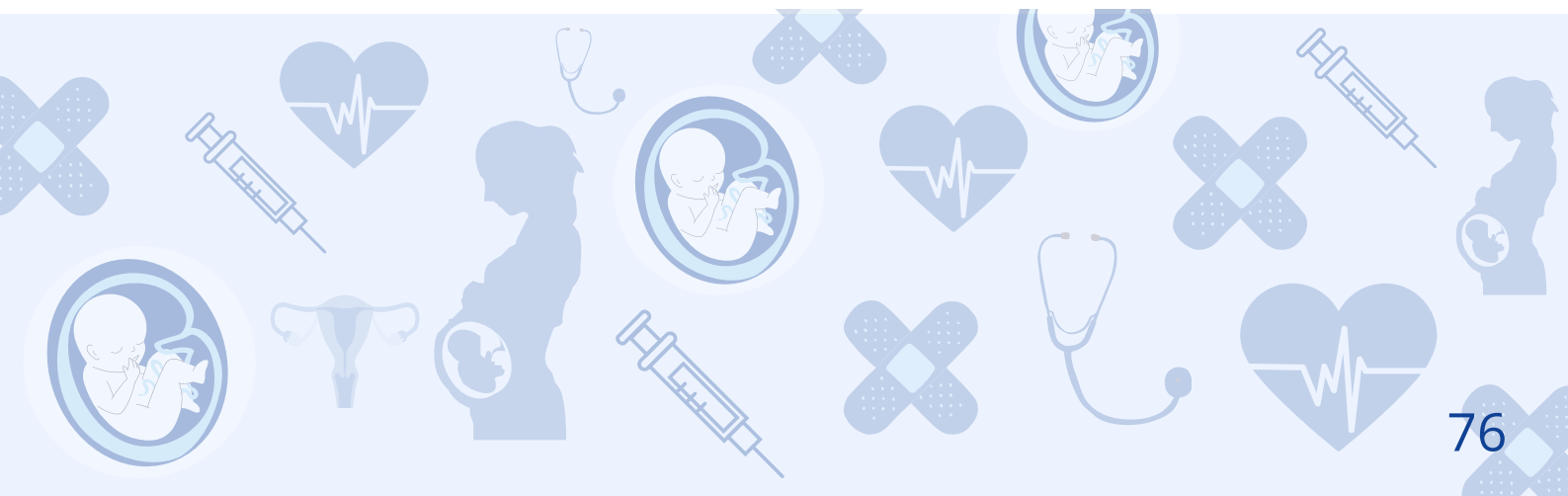
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Acolher;
- Promover escuta qualificada;
- Preservar a privacidade do paciente;
- Promover conforto ao paciente;
- Detectar alterações do aparelho locomotor;
- Fazer os encaminhamentos necessários;
- Cessar dúvidas;
- Proceder registros de enfermagem





BANDAGENS



A bandagem é uma faixa de gaze de algodão ou outro tecido como pano de linho ou de lã, que é usado para cobrir uma parte do corpo .

Utilizada mais frequentemente para cobrir lesões cutâneas, imobilizar lesões osteoarticulares e tratar lesões musculoesqueléticas .

◆ TIPOS DE BANDAGENS

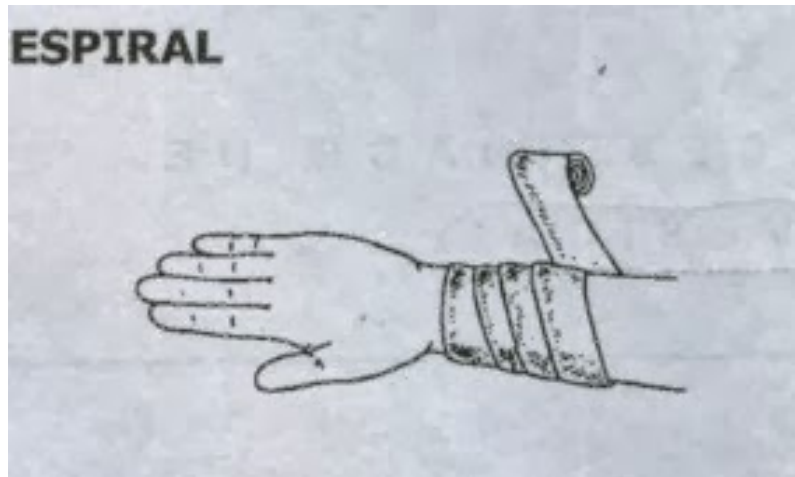
Circular: a atadura é enrolada em volta da parte afetada, sobrepondo-se uma volta completa à volta anterior. Utilizada em: dedos, pescoço, tórax, abdômen, punho, tornozelo .



Fonte: Google imagens (2023)

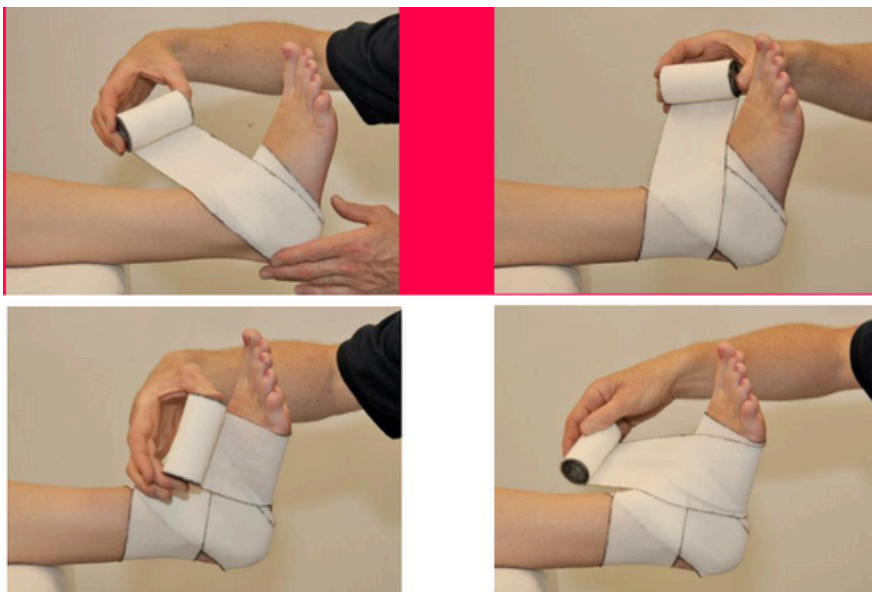
Espiral: enrolada obliquamente de maneira que a volta posterior recubra metade ou 2/3 de sua largura. Utilizada geralmente nas extremidades.

- Tipos: ascendente, descendente e reversa.



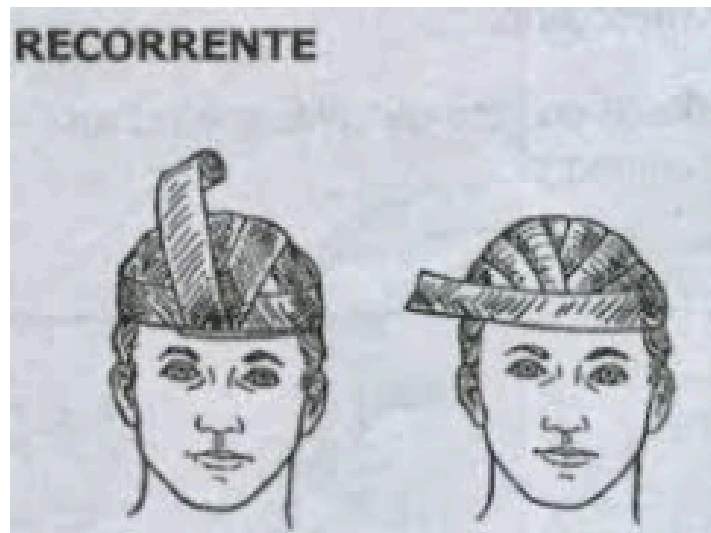
Fonte: Google imagens (2023)

Em oito: consiste em fazer voltas oblíquas passando uma volta sobre a outra que ascende e descende, alternadamente, sendo que cada volta segue a precedente e assim parece uma figura em oito. Utilizada, geralmente, em articulações como joelho, cotovelo, tornozelo e punho.



Fonte: Google imagens (2023)

Capacete: usada para ferimentos na cabeça. Pode ser feita com uma ou duas bandagens. Se for com uma, você começa com uma ou duas circulares, depois segue de trás para frente e vice-versa.

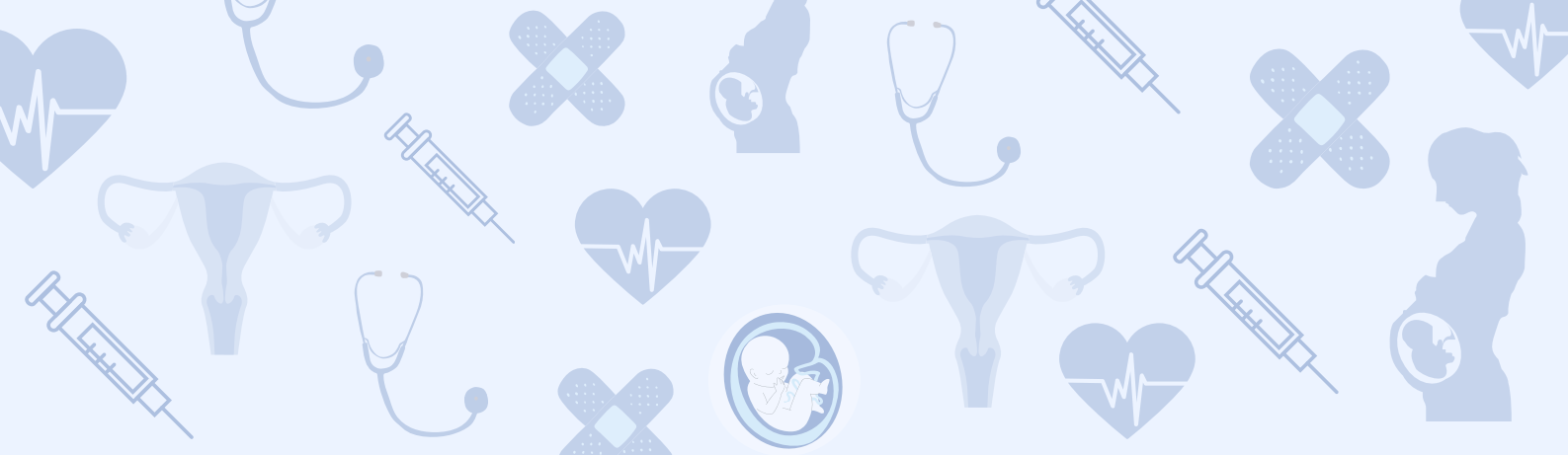


Fonte: Google imagens (2023)

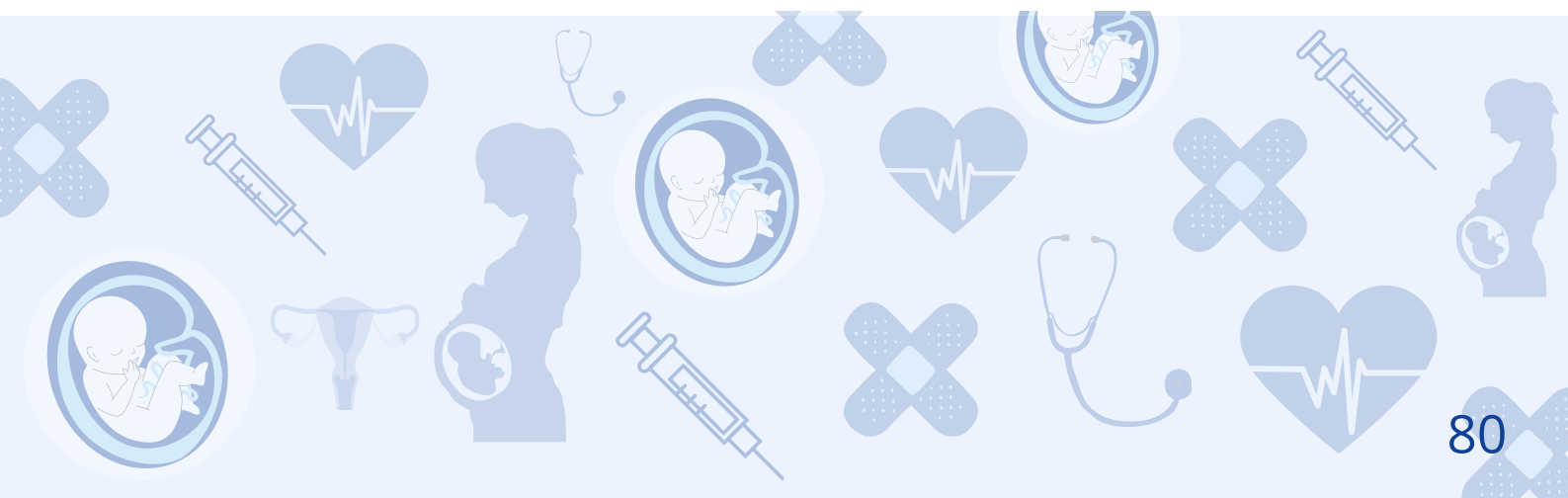
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Palpar pulsos e compará-los bilateralmente, observando se a bandagem não está apertando o local mobilizado;
- Perguntar ao paciente consciente se está doendo, ou se está sentindo dormência, formigamento ou outro desconforto;
- Observar a mobilidade do membro.





SONO E REPOUSO



O sono é um processo fisiológico cíclico que se alterna com períodos mais prolongados de vigília. O ciclo sono-vigília influencia e regula a função fisiológica e as respostas de comportamento (POTTER e PERRY, 2009).

Já o repouso pode ser entendido como o ato de descansar, relaxar, e assim, eliminar tensões físicas ou emocionais.

FASES DO SONO



NREM

(movimento ocular ausente)

- Constitui 75% do total de tempo do sono;
- As velocidades metabólicas, cardíacas e respiratórias diminuem para os níveis basais;
- PA é menor;
- Há um profundo relaxamento muscular.

(POTTER, PERRY, 2009)

REM

(movimento ocular rápido)

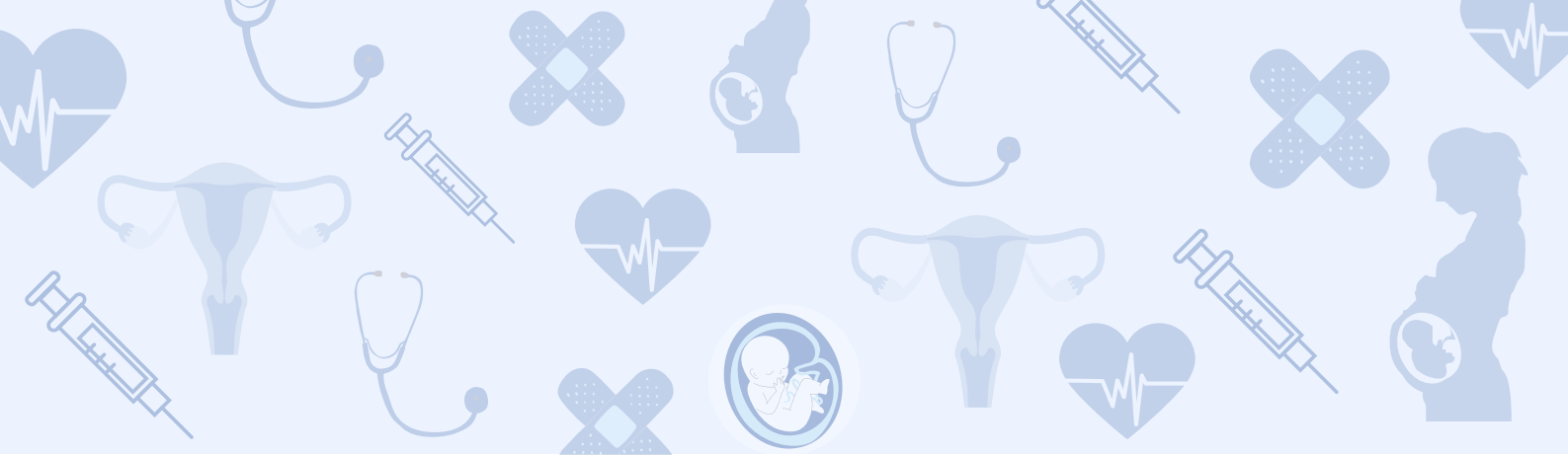
- Compreende 4 estágios do sono: NI, NII, NIII E NIV;
- Constitui 25% do total de tempo de sono;
- Sono leve;
- Consolidação da memória, entre outros.

(POTTER, PERRY, 2009)

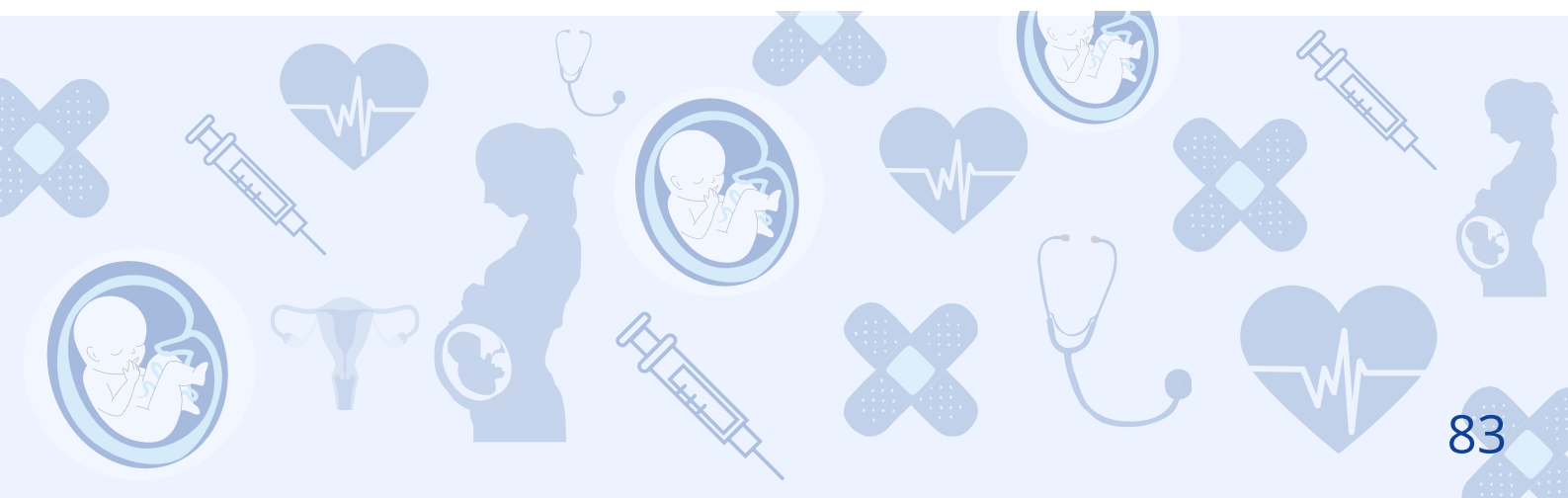
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Orientar o paciente quanto a importância de uma boa noite de sono.
- Averiguar fatores que interferem no sono adequado para o paciente.
- Realizar as intervenções necessárias.





TRANSPORTE E SEGURANÇA



Segundo o Ministério da Saúde (MS), o conceito de segurança do paciente refere-se à redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

Ainda assim, em abril de 2013 a portaria GM/MS nº 529/2013 institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS). Junto a isso, é instituída a RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que dispõe de ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.

Alguns conceitos importantes :

Dano: ✓

Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

Incidente: ✓

Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

Incidente sem dano: ✓

atinge o paciente, mas não é detectado dano.

Circunstância notificável: ✓

Situação que existe potencial significativo de dano, mas o incidente não aconteceu.

Evento adverso: ✓

Incidente que resulta em dano ao paciente;

6 METAS INTERNACIONAIS DE SEGURANÇA DO PACIENTE



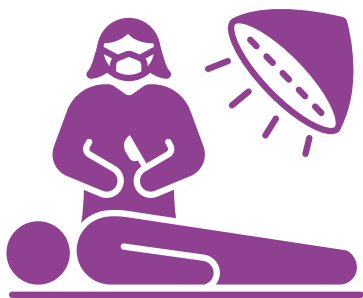
1. Identificar corretamente o paciente



2. Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde



3. Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos



4. Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto



5. Higienizar as mãos para evitar infecções



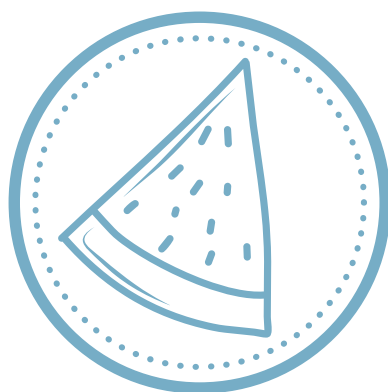
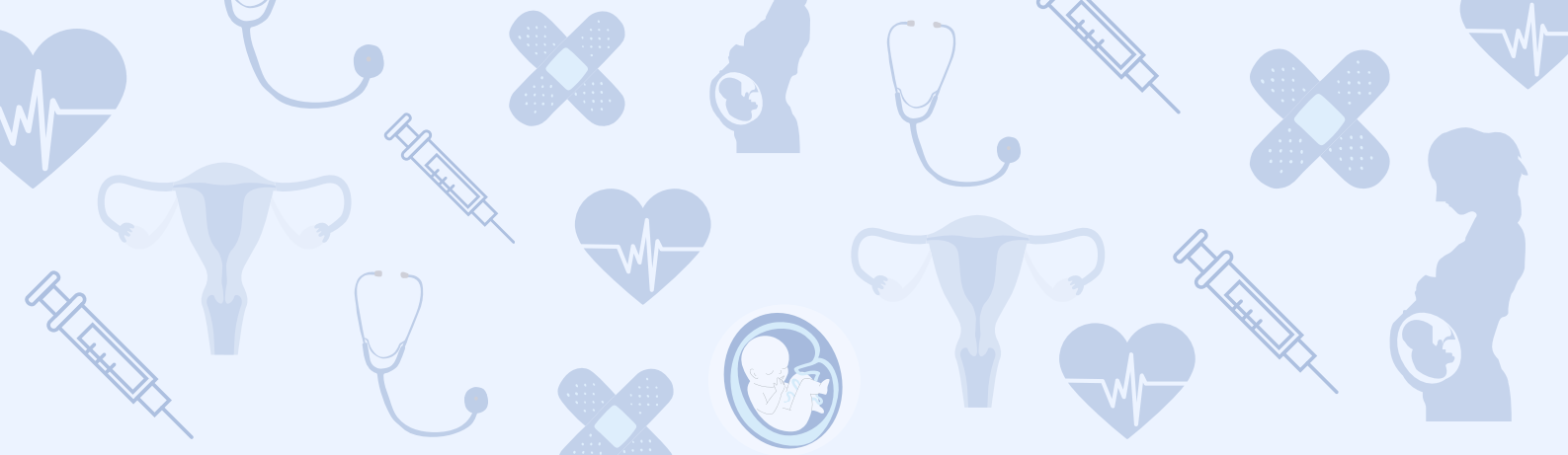
6. Reduzir o risco de danos ao paciente, decorrente de quedas e úlceras por pressão.

O objetivo dessas metas é promover melhorias específicas na segurança do paciente, por meio de estratégias que abordem aspectos problemáticos na assistência a saúde,, apresentando soluções baseadas em evidências para esses problemas (BRASIL, 2021).

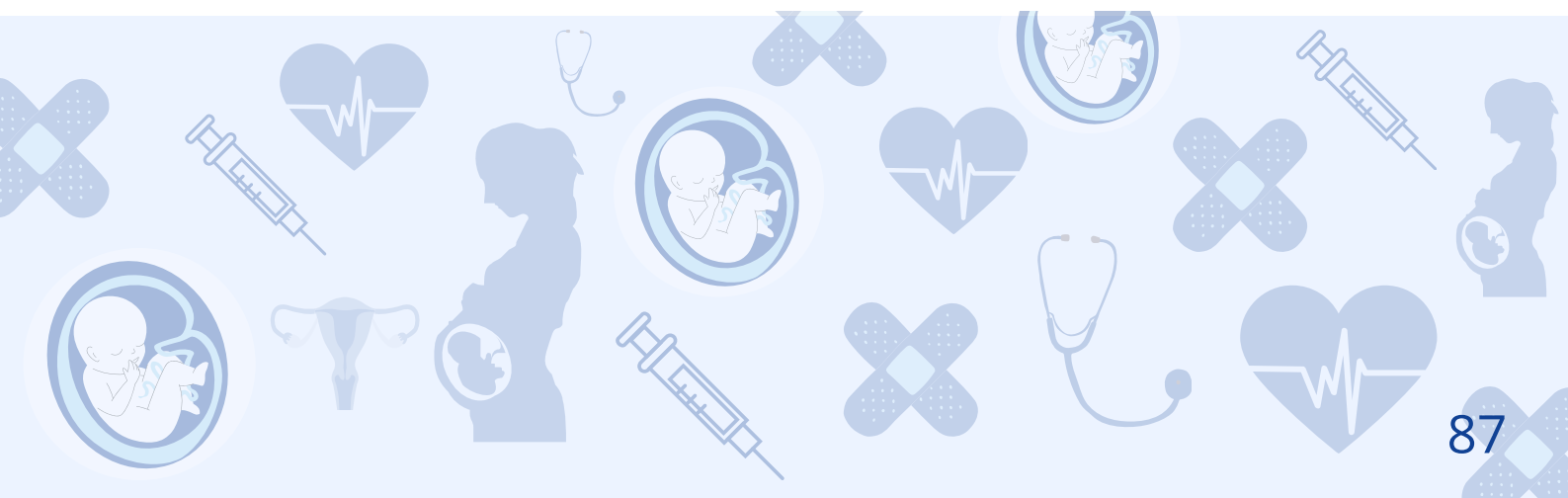
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Evitar queda do paciente do leito;
- Manter sempre as grades elevadas;
- Implementar medidas de movimentação, transporte e segurança adequadas ao paciente;
- Mudar o decúbito a cada 2h do paciente acamado,
- Verificar sempre os 13 certos na administração de medicamentos.





ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS NECESSIDADES NUTRICIONAIS: SONDAS GÁSTRICA E ENTERAL



TERAPIA DE NUTRIÇÃO ENTERAL (TNE)

Conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição enteral (NE). A NE é um processo de fornecimento de alimentos, tipicamente em sua forma líquida ao trato gastrointestinal (TGI), é fornecido através de um tubo de alimentação nasogástrica ou orogástrico, nasoentérica ou por meio de tubo de alimentação gástrico ou intestinal;

TIPOS DE SONDAS

SONDAS GÁSTRICAS

Composta por polivinil, geralmente curta, pode ser introduzida pelo nariz do paciente (**nasogástrica**) ou pela cavidade oral (**orogástrica**) ambas com o objetivo de alcançar o estômago. A principal sonda utilizada: Levine, varia entre 14 ao 18 french, para adultos.



Fonte: Google Imagens, 2023

SONDAS ENTERAIS

Compostas por poliuretano e silicone, possui de 50 a 150 cm de comprimento, contem um fio guia que ajuda a confirmar sua localização. A principal sonda utilizada: Dubhoff



Fonte: Google Imagens, 2023

COMO FAZER A MEDIÇÃO DAS SONDAS?

SONDAS GÁSTRICAS



Fonte: Google Imagens, 2023

- Ponta do nariz
- Lóbulo da orelha
- Processo xifóide

SONDAS ENTERAIS



Fonte: Google Imagens, 2023

- Ponta do nariz
- Lóbulo da orelha
- Processo xifóide + 10 cm

CHECK-UP PARA PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DE SONDA

- Sonda de alimentação NG ou NE;
- Seringa de 20 ml;
- Estetoscópio;
- Dispositivo para fixação de sonda;
- Bacia ou Toalha, caso apresente episódio de vômito;
- Lenços de papel ou toalha de rosto;
- Luvas de procedimento;
- Fita indicadora de pH (escala de 0 a 14);
- Copo para água e canudo (para pacientes capazes de deglutir);
- Xylocaína gel 2%.



PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO

- Lavar as mãos e reunir o material;
- Identificar o paciente usando dois identificadores;
- Identificar-se e explicar o procedimento ao paciente;
- Posicionar o paciente em posição de Fowler (30° a 45°), com a cabeça inclinada levemente para a frente ou decúbito dorsal horizontal com a cabeça lateralizada e inclinada para frente;
- Proteger tórax com a toalha de rosto, pedir paciente que limpe as narinas ou fazer a limpeza por ele, calçando as luvas de procedimento e utilizando gaze úmida;
- Abra o pacote da sonda sem contaminá-la;
- Calce as luvas de procedimento;
- Determinar o comprimento da sonda a ser inserida e marcar o local com fita;
- Lubrificar a sonda com gaze e Xylocaína gel;
- Introduzir lentamente a sonda, apontando-a para trás e para baixo, em direção à orelha através da narina escolhida, pedindo ao paciente para deglutir (pode-se se ofertar água) para facilitar a descida da sonda até a marca da fita;
- Manter o paciente com a cabeça flexionada em direção ao tórax após a sonda ter passado através da nasofaringe;
- Observar sinais de cianose, dispnéia e tosse, principalmente se o paciente estiver inconsciente;
- Fixar a sonda firmemente no nariz com fita hipoalérgica, fechá-la ou conectá-la, conforme prescrição necessária do paciente;

PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO

- Confirmar a localização correta da sonda. Tanto a SNG quanto a SNE estarão localizadas no estômago inicialmente;
- Deixar paciente em posição confortável;
- Recolher material, lavar as mãos, fazer registros de enfermagem.



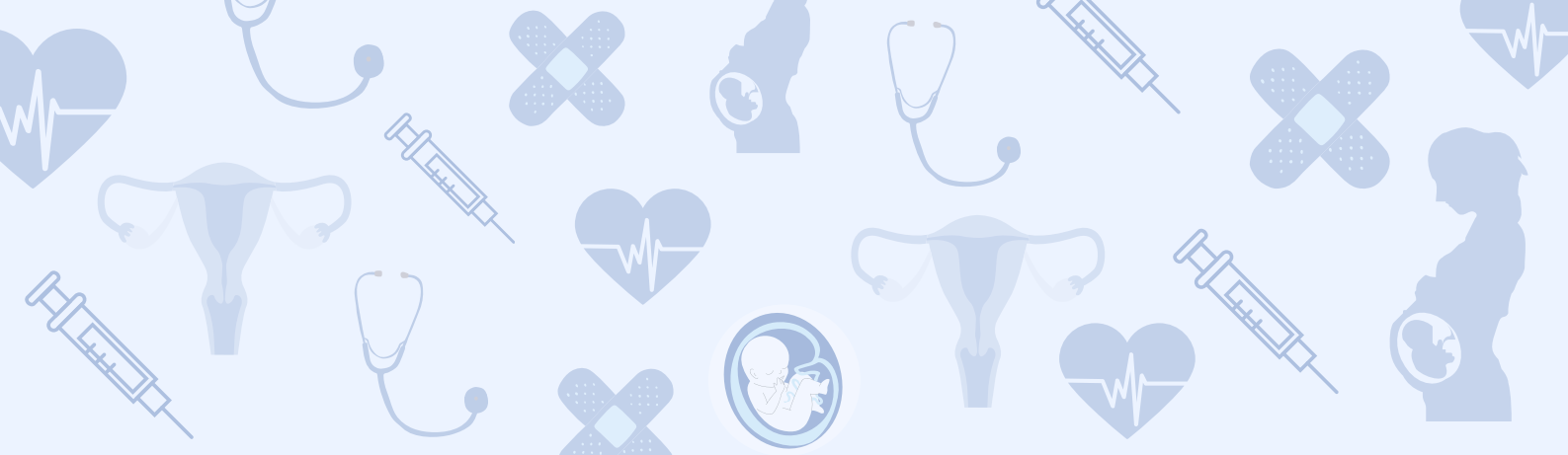
TESTES PARA CONFIRMAÇÃO DA LOCALIZAÇÃO

- Injetar 15 a 20 ml de ar na sonda e auscultar na altura do estômago;
- Aspirar conteúdo gástrico com a seringa e utilizar as fitas reagentes para medição de Ph;
- Exame de radiografia para confirmação das sondas que possuem fio guia.

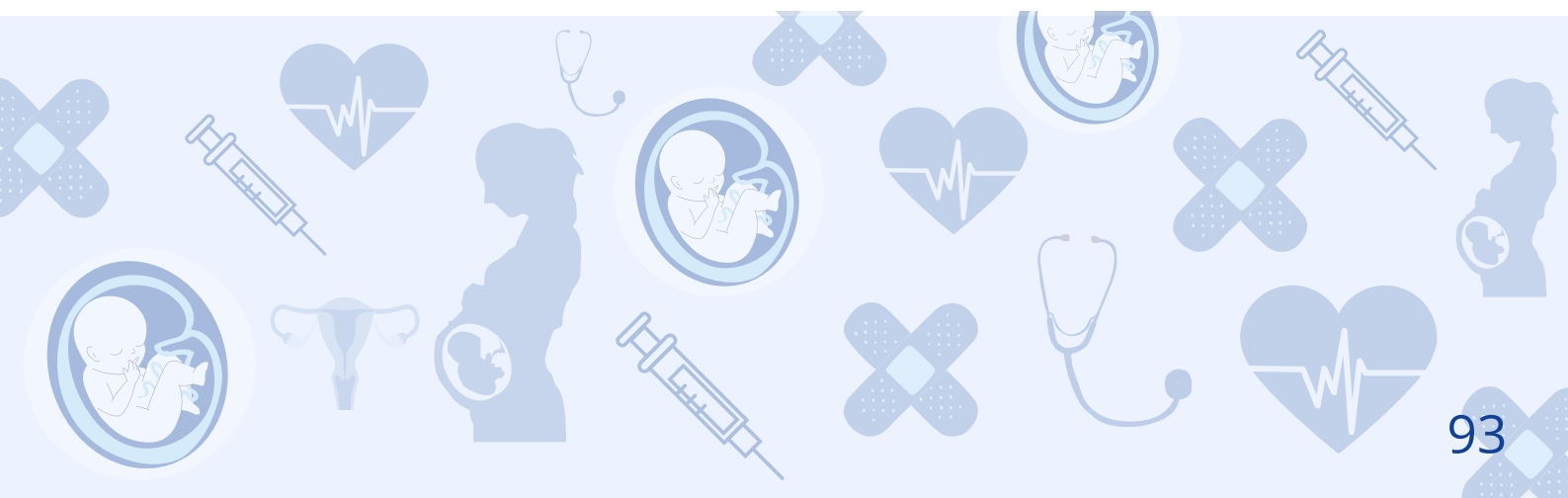
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Proceder os testes para confirmação do trajeto da sonda;
- Solicitar e encaminhar o paciente para exame radiológico visando a confirmação da localização da sonda, no caso da sondagem nasoentérica;
- Garantir que a via de acesso seja mantida;
- Manter a fixação da sonda sempre íntegra;
- Realizar troca da fixação da sonda a cada 24 horas ou quando necessário;
- Manter cabeceira elevada de 30° a 45°. Isso evita a bronco aspiração;
- Anotar o volume total infundido de dieta e medicamentos durante o plantão.





ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ELIMINAÇÕES URINÁRIAS



ELIMINAÇÕES URINÁRIAS

Alguns fatores patológicos, psicológicos, procedimentos cirúrgicos e medicações influenciam na micção. Para manter a micção espontânea pode ser utilizado de estímulos, e quando necessário é feita a passagem de sonda através da uretra para o interior da bexiga que pode drenar a urina, instilar medicação ou coletar urina estéril.



POTTER, 2009.

ESTIMULAR A MICÇÃO ESPONTÂNEA

A retenção urinária é uma dificuldade para urinar, manter o fluxo de xixi ou esvaziar a bexiga completamente, que pode ser provocada por questões físicas ou psicológicas. Antes da utilização da sonda vesical podemos dispor de alguns artifícios que podem estimular a micção espontânea, como por exemplo:

- Reduzir o desconforto e a ansiedade;
- Promover ingestão hídrica adequada;
- Proporcionar privacidade;
- Introduzir estímulos sugestivos de micção;
- Colocar o paciente numa posição mais próxima possível da normal.

POTTER, 2009.

TIPOS DE SONDA

Nelaton

Sonda vesical de alívio;
Material mais rígido;
Via única;
Há retirada da sonda após
o esvaziamento da bexiga



Fonte: Google imagens, 2023

Folley

Sonda vesical de demora;
Material flexível;
2 ou 3 vias;
Útil quando necessária a
permanência da sonda.



Fonte: Google imagens, 2023

CATETERIZAÇÃO

Os procedimentos para inserção do cateter de alívio ou de demora são basicamente os mesmos e devem ser feitos de forma estéril. A diferença encontra-se na forma de inserir em ambos os sexos e no balão do cateter permanente e sua fixação.



ELIMINAÇÕES URINÁRIAS

CATETERIZAÇÃO:

Etapas:

Reunir o material, lavar as mãos e explicar o procedimento;

Posicionar material impermeável sob o paciente;

Expor apenas os genitais, calçar luvas de procedimento;

Fazer a higiene íntima do paciente conforme a técnica;

Retirar as luvas de procedimento e lavar as mãos;

Abrir o pacote de cateterismo vesical sobre as pernas do paciente;

Abrir e colocar sobre o campo a seringa e a sonda vesical;

Colocar a solução antisséptica na cuba redonda;

Abrir a embalagem do coletor posicionando a ponta da extensão sobre o campo;

Fixar a extensão do coletor na borda do campo com a presilha e a bolsa coletora na lateral da cama;

Colocar a xylocaína na gaze ;

Calçar as luvas estéreis;

Aspirar a água destilada com seringa com o auxílio de outra pessoa;

Conectar a sonda à extensão do coletor;

Realizar a Antissepsia e lubrificar o cateter;

Colocar o campo esterilizado;

Fazer antissepsia conforme a técnica;

Inserir o cateter;

Inflar o balão e fixar sonda(se SVD);

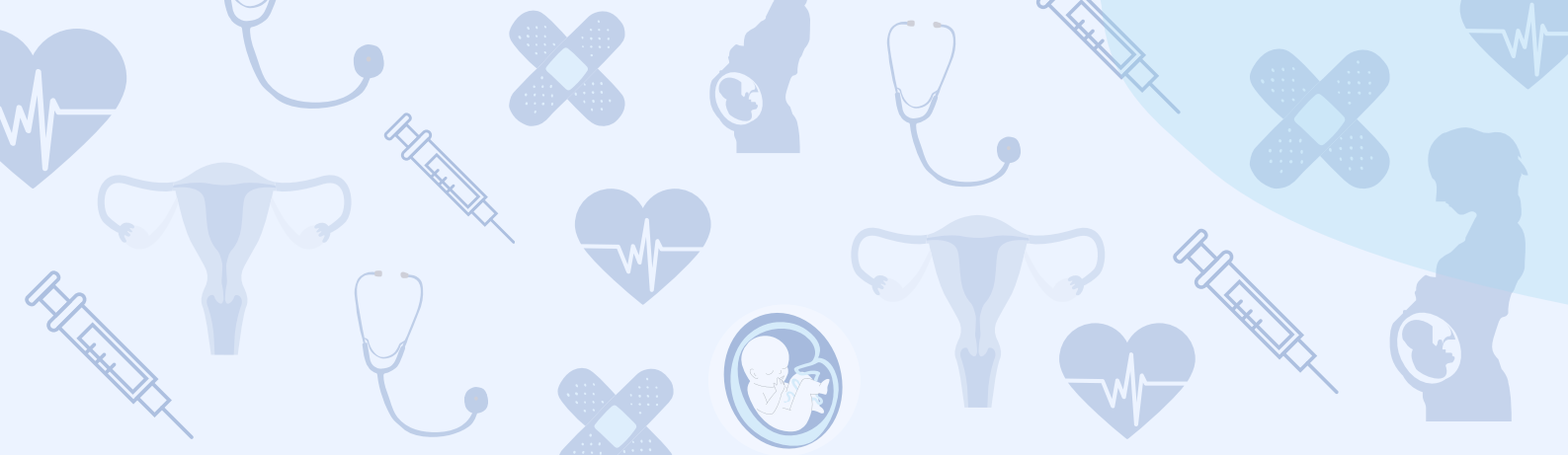
Reposicionar o prepúcio;

Recolher material, lavar as mãos e anotar o tipo e calibre da sonda, volume de água do balão, aspecto da urina.

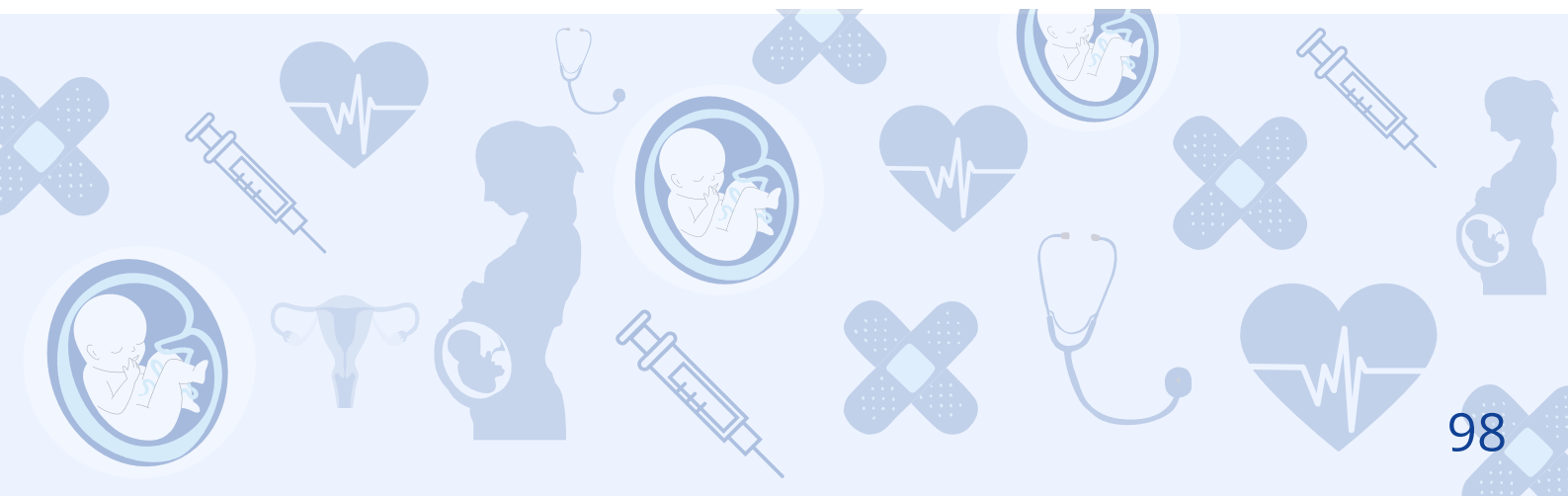
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Promover privacidade;
- Não interromper o fluxo urinário.
- Manter SVD e sistema de drenagem sem dobras e abaixo do nível da bexiga.
- Fazer higiene do meato urinário diariamente, durante o banho.
- Esvaziar a bolsa coletora regularmente, não ultrapassando o limite de 2/3 do volume máximo da bolsa.
- Não trocar rotineiramente SVD ou coletor de urina.
- Trocar todo o sistema se houver suspeita de ITU.
- Fechar a SVD 2h antes de retirá-la e esvaziar o balão.
- Trocar a fixação sempre que necessário;
- Avaliar as próximas 24h do paciente após retirada do cateter.





ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ELIMINAÇÕES INTESTINAIS



ELIMINAÇÕES INTESTINAIS

O auxílio durante a defecação pode ocorrer de modo normal ou com cuidado agudo. Para a eliminação normal, utiliza-se apenas uma comadre, para dar o suporte ao paciente acamado.

É necessário colocar o paciente na posição sentada, sobre a comadre e proporcionar privacidade.



Fonte: Google Imagens, 2023

CUIDADO AGUDO

É ofertado medicações, conforme prescrição podendo ser: catárticos e laxativos, agentes antidiarreicos, aplicação de enemas, lavagem intestinal ou até mesmo a remoção digital de fezes.

Posição de Sims



- É utilizado para lavagem intestinal, ou colocação de supositório.

Fonte: Google Imagens, 2023

ENEMAS

Consiste na instilação de uma solução no reto e cólon sigmoide para promover a evacuação ao estimular a peristalse. Proporciona alívio da constipação ou limpeza do intestino antes de uma inspeção retal; facilita a passagem das fezes duras por seu efeito lubrificante; amacia as fezes e evita o endurecimento, sem produzir irritação da mucosa intestinal.

Enema de Limpeza: é um procedimento que consiste na colocação de um pequeno tubo pelo ânus, no qual é introduzida água ou alguma outra substância com o objetivo de lavar o intestino, sendo normalmente indicado nos casos de prisão de ventre, para aliviar o desconforto e facilitar a saída das fezes.



Fonte: Google Imagens, 2023



Enema de baixo volume: Não é necessário esvaziar o frasco totalmente (a dose de um frasco é de 120 ml). Manter a posição sobre o lado esquerdo até sentir necessidade de evacuar.

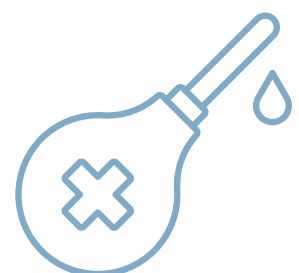
Fonte: Google Imagens, 2023



Cuidados prévios: avaliar as condições do paciente: última evacuação, padrão intestinal normal, hemorroidas, mobilidade, controle externo do esfíncter e dor abdominal; avaliar a presença de PIC elevada, glaucoma, cirurgia recente retal ou de próstata; verificar os registros médicos do paciente para esclarecer a justificativa do enema; determinar o nível de entendimento do paciente sobre o propósito do enema.

TÉCNICA

1. Realizar higiene das mãos e separar material apropriado.
2. Identificar o paciente e explicar o procedimento.
3. Separar solução e cateter retal.
4. Calçar as luvas.
5. Providenciar privacidade.
6. Elevar a cama e a grade lateral esquerda do leito.
7. Colocar o paciente na posição de Sims E.
8. Cobrir o paciente expondo apenas a área retal, visualizando o ânus.
9. Posicionar a comadre ou cadeira higiênica.
10. Lubrificar de 6 a 8cm do cateter retal com gel lubrificante.
11. Separe as nádegas e localize o ânus.
12. Instrua o paciente a respirar vagarosamente.
13. Insira a extremidade do cateter vagarosamente, apontando a extremidade na direção do umbigo do paciente (de 7 a 10cm no adulto).
14. Liberar a pinça e segurar o cateter até o fim da instilação.
15. Fechar a pinça, fornecer papel higiênico/gaze para limpeza e retirar a sonda lentamente.
16. Encorajar o paciente a reter a solução por alguns minutos.



ADMINISTRAÇÃO DE SUPOSITÓRIO RETAL TÉCNICA:

1. Lavar as mãos, reunir o material e explicar o procedimento ao paciente;
2. Posicionar o paciente e calçar as luvas
3. Separar as nádegas para ter uma total visão do ânus.
4. Introduzir o supositório, primeiro a extremidade afunilada, para além do esfíncter interno, cerca da distância de um dedo.
5. Solicitar ao paciente que tente reter o supositório por um mínimo de 15 minutos.
6. Retirar as luvas e lavar as mãos.
7. Anotar o cuidado prestado.



Fonte: Google Imagens, 2023

REMOÇÃO DIGITAL DAS FEZES

É caracterizada como uma intervenção aguda para pacientes que têm impacção das fezes que não pode ser resolvida com medicação. Os sintomas de impacção podem incluir: ausência ou redução da evacuação das fezes; inchaço ou distensão abdominal; náuseas; e dor. Pode ser acompanhado de transbordamento ou diarreia espúria, em que as fezes mais soltas vazam em torno de uma massa fecal imóvel.



Fonte: Google Imagens, 2023

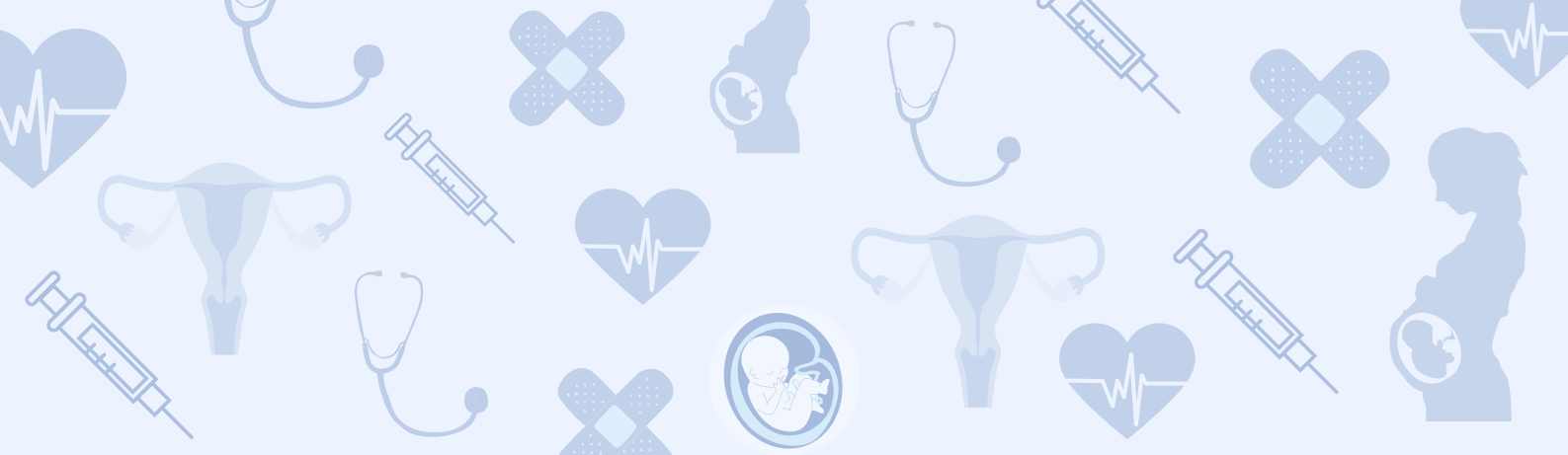
TÉCNICA

1. Lavar as mãos, reunir o material e explicar o procedimento ao paciente;
2. Verificar SSVV antes do procedimento; ajude o paciente a posicionar-se na posição de Sims E;
3. Cubra o tronco e as extremidades inferiores e coloque um coxim sob as nádegas; manter a comadre próxima ao paciente;
4. Calçar as luvas e lubrificar o dedo indicador da mão dominante;
5. Inserir o dedo indicador na região anal e avançar vagarosamente ao longo da parede retal na região umbilical;
6. Desprender a massa fecal massageando ao redor; avançar para a massa fecal endurecida;
7. Empurrar as fezes para baixo em direção a porção final do reto; remover pequenos pedaços por vez e descartar na comadre;
8. Reavaliar os SSVV e verificar sinais de fadiga;
9. Continuar a remover as fezes e permitir que o paciente descanse;
10. Após a remoção, lave e seque as nádegas e área perianal;
11. Remover a comadre e desprezar as fezes; retirar as luvas;
12. Auxiliar o paciente a chegar ao banheiro, se for o caso, mantenha a comadre limpa se houver urgência p/ defecar;
13. Realizar higiene das mãos, registrar os resultados.

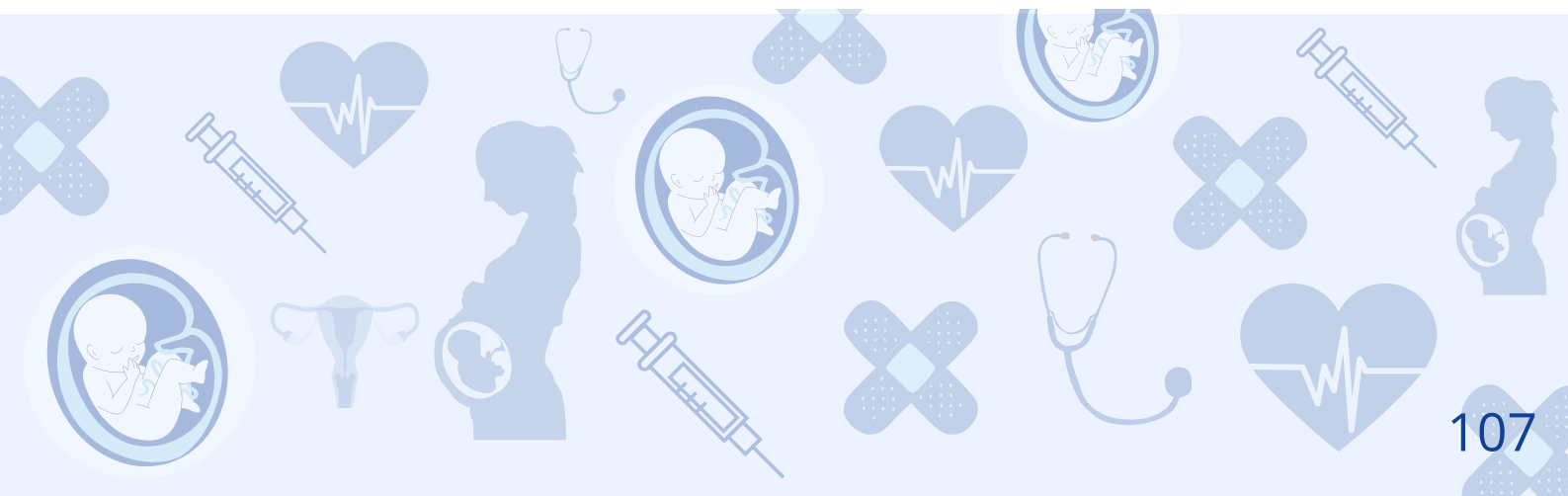
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Promover privacidade
- Monitoramento dos sinais vitais
- Orientação e educação em saúde sobre alimentação e autocuidado
- Analisar os aspectos das fezes (textura, quantidade, coloração).
- Monitoramento de eliminação
- Anotação de enfermagem





ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA OXIGENOTERAPIA



OXIGENOTERAPIA

Para realização da terapia de oxigênio, além das condições clínicas do paciente, existem alguns parâmetros importantes a se observar, sendo eles: o pH sanguíneo, a saturação (Sat O₂) e a gasometria arterial (PaO₂ e PaCO₂).

PARÂMETROS DE NORMALIDADE

pH sanguíneo:
7,35 - 7,45

Sat O₂: igual ou superior a 95%

PaO₂: 80 - 100 mmHg

PaCO₂: 35 - 45 mmHg

SISTEMAS DE BAIXO FLUXO

Cânula nasal ou óculos

1 - 6 L/min
Fio₂: 0.24 - 0.44



Fonte: Google imagens, 2023.

Cateter nasal

1 - 6 L/min
Fio₂: 0.24 - 0.44



Fonte: Google imagens, 2023.

Máscara facial simples



5 - 10 L/min
Fio2: 0.30 - 0.60

Fonte: Google imagens, 2023.

Máscara facial com reservatório



Não reinalante
10 - 15 L/min
Fio2: 0.60 - 0.80
Reinalação parcial
8 - 12 L/min
Fio2: 0.40 - 0.70

Fonte: Google imagens, 2023.

SISTEMAS DE ALTO FLUXO ✓

Máscara de Venturi



Fonte: Google imagens, 2023.

Observação: a Fio2 e os L/min ofertados variam de acordo com a porcentagem dos diluidores da máscara de Venturi. Esses números podem variar de acordo com o fabricante.

NEBULIZAÇÃO ✓

É um método terapêutico de descongestão das vias aéreas, assim, quando ofertada ao paciente com congestão nasal e/ou excesso de muco, proporciona alívio e conforto respiratório.



Fonte: Google imagens, 2023.

ASPIRAÇÃO DAS VIAS AÉREAS ✓

É um procedimento que remove secreções pelas vias: nasotraqueal, orotraqueal e endotraqueal. favorecendo uma significativa melhora na permeabilidade das vias aéreas, e por consequência, na ventilação pulmonar.

Algumas observações

É um procedimento
estéril

Aplica-se sucção
intermitente de até 15s

Sequência de aspiração:
endo, naso e oro

Manter o suporte
ventilatório por perto

Permitir tempo de 1 min
entre as aspirações

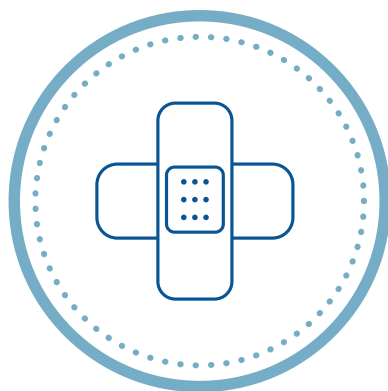
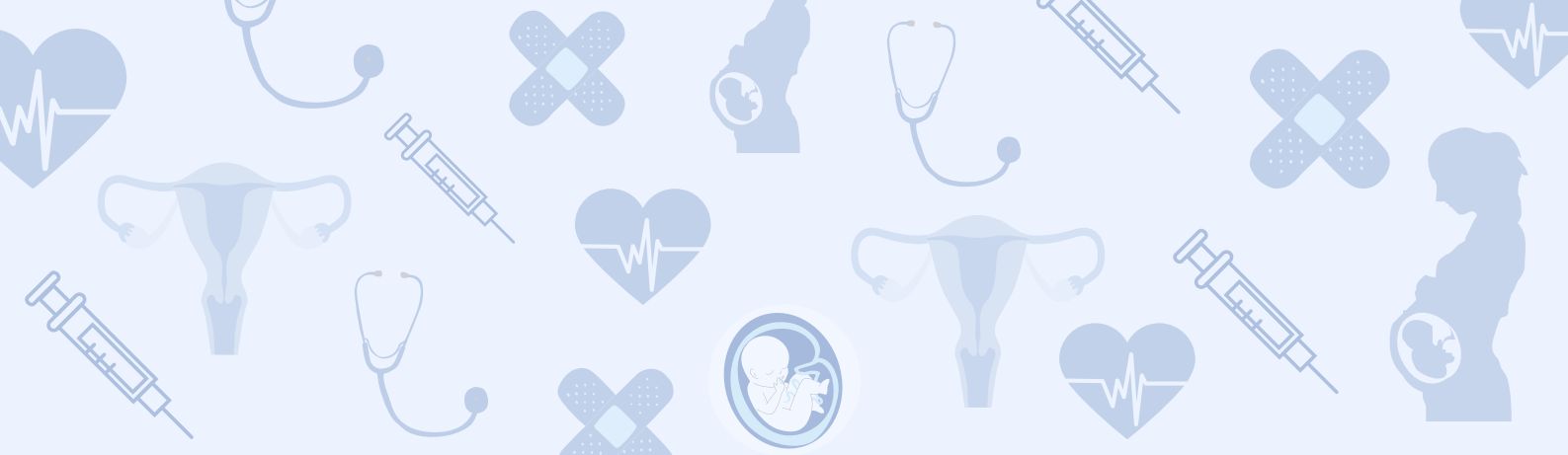
Monitorar sinais vitais e
ruídos adventícios

Observar condições gerais
e qualquer alteração

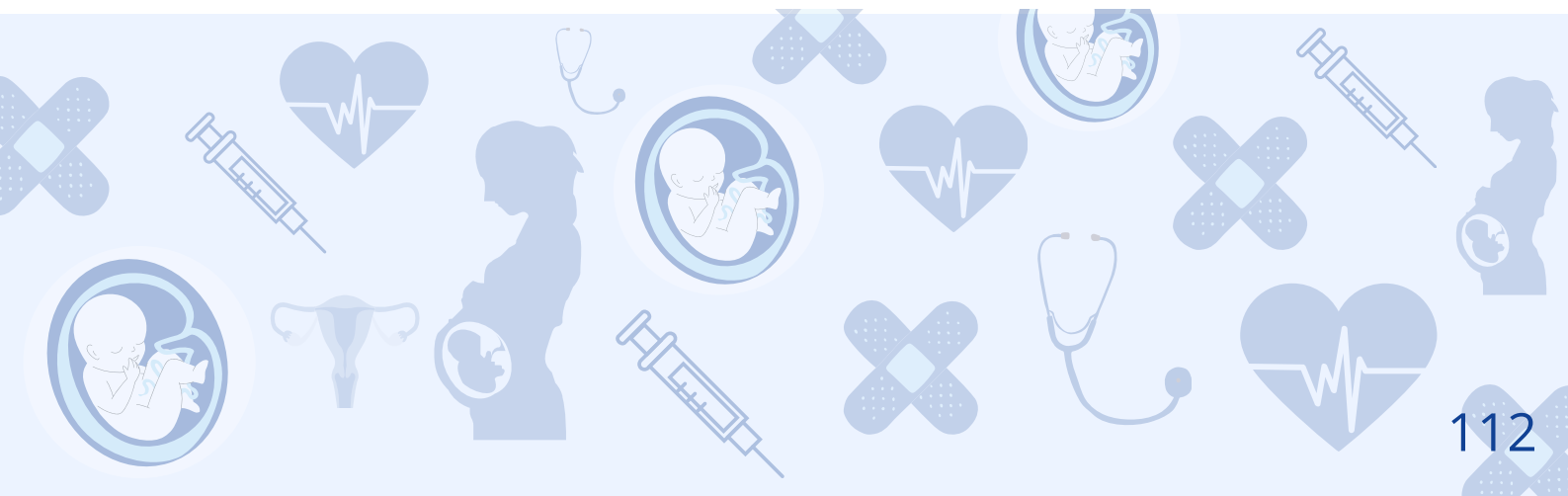
CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM NA OXIGENOTERAPIA

- Colocar ABD até o nível indicado do umidificador
- Observar adaptação e funcionamento de máscaras ou cateteres
- Avaliar o funcionamento do aparelho constantemente
- Observar e palpar o epigástrio para constatar o aparecimento de distensão
- Revezar as narinas a cada 6 ou 8 horas
- Avaliar frequentemente sinais de hipóxia e condições gerais do paciente
- Prestar assistência caso necessário
- Manter vias aéreas desobstruídas
- Aferir os sinais vitais com frequência
- Observar níveis de saturação





FERIDAS



FERIDAS

Feridas são lesões que interrompem a continuidade da pele, dentre seus tipos, estão as feridas agudas e crônicas e as abertas e fechadas. Ainda assim, as feridas podem apresentar um ou mais tipos de tecido, com presença ou não de exsudato.

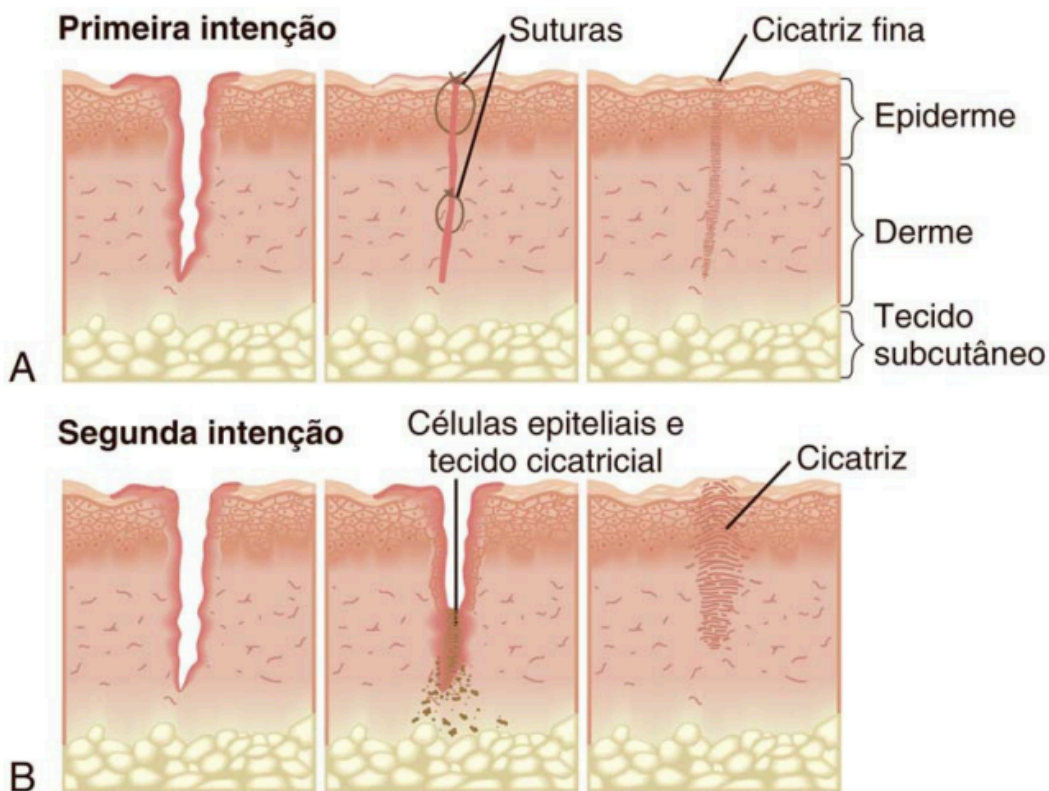
TIPOS DE TECIDOS

- **Tecido de granulação:** É um tecido viável, altamente vascularizado, de cor vermelho vivo, responsável por reconstituir a área lesionada.
- **Tecido de epitelização:** Presente na fase final do processo de cicatrização. Tem coloração rosada e, geralmente, surge nas bordas da lesão e se desenvolve para o centro.
- **Tecido desvitalizado:** Tecidos com diferentes níveis de morte tecidual, geralmente, composto por necrose ou esfacelo.
- **Fibrina:** Em feridas abertas, aparece como uma camada branco-amarelada, comum no processo de cicatrização.
- **Necrose:** Quando ocorre a morte tecidual. Apresenta coloração escura (enegrecida) e pode ter consistência mole (necrose úmida) ou dura (necrose seca).
- **Esfacelo:** Tecido não vascularizado, de coloração amarela ou castanha. Geralmente, fica aderido ao leito da lesão ou bordos da ferida.
- **Hipergranulação:** É o excesso de tecido de granulação, que se forma além do nível do leito da ferida. Pode interferir na migração celular e prejudicar o processo de cicatrização.

FERIDAS

CICATRIZAÇÃO

- **Primeira Intenção:** incisão cirúrgica Ferida que está suturada ou grampeada. A cicatrização ocorre por epitelização; cicatriza rapidamente com formação mínima de cicatrizes;
- **Segunda Intenção:** as bordas da ferida não são aproximadas. A ferida cicatriza pela formação de tecido de granulação, contração da ferida e epitelização;
- **Intenção Terciária:** a ferida que é deixada aberta por vários dias; em seguida, as bordas da ferida são aproximadas. O fechamento da ferida é adiado até o risco da infecção ser resolvido.



Fonte: Google imagens, 2023.

TIPOS DE COBERTURAS

Acido Graxo Essencial (AGE):
Mantem o meio úmido, promove hidratação.

Alginato de Cálcio:
cobertura absorviva,
que auxilia no desbridamento autolítico e promove hemostasia.

Carvão Ativado:
cobertura absorviva,
controla odor e reduz flora bacteriana.

Colagenase:
Mantém o meio úmido e promove o desbridamento enzimático suave.

Creme barreira:
hidrata e pele e confere proteção única e duração prolongada contra fluídos corporais .

Hidrocolóide:
atua como barreira térmica, microbiana e mecânica;;
mantem a hidratação e reduz o atrito.

TIPOS DE COBERTURAS

Hidrogel:
Mantém o meio úmido e promove o desbridamento autolítico.

Sulfadiazina de Prata 1%: indicada para feridas com grande potencial de infecção e queimaduras.

Bota de Unna: terapia compressiva, bandagem inelástica não estéril impregnada com pasta de óxido de zinco.

Filme Transparente: Forma uma camada protetora da pele e age como barreira à contaminação da ferida;

Hidrofibra: Absortiva, mantém o meio úmido,, favorece o desbridamento autolítico e reduz dor e trauma na troca.

PHMB: Antimicrobiano, absorve odores , baixo potencial alergênico.

TIPOS DE COBERTURAS

Hidropolímero:
Mantém o meio úmido, favorece o desbridamento autolítico, absorvivo e reduz trauma na troca.

Papaína:
promove desbridamento químico / enzimático; bactericida e bacteriostático.

Polytube:
Membrana polimérica recoberta por um filme semipermeável, absorve até 20x o seu peso.

Tela não Aderente – Petrolatum:
Não adere ao leito da ferida e Promove o equilíbrio da umidade da lesão.

VAC - curativo de pressão negativa:
Auxilia na contração das lesões; reduz edema; remove o exsudato e controla infecção;

LIMPEZA E CURATIVO

O procedimento de limpeza da ferida e cobertura, se inicia com a separação dos materiais, sendo estes: cobertura primária, luvas de procedimento e estéril, gaze estéril, compressas, ataduras, cuba rim, saco de lixo hospitalar, soro fisiológico 0,9%, agulha 40x12, esparadrapo comum ou hipoalergênico (fixação).

PROCEDIMENTO:

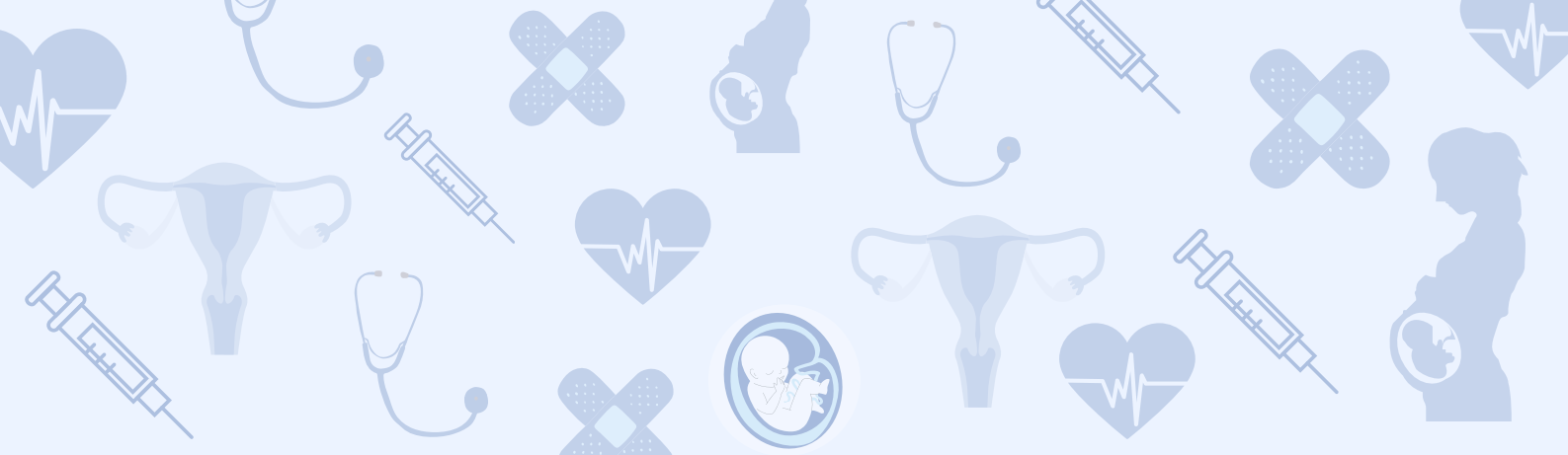
- Lavar as mãos
- Preparar o ambiente e orientar o paciente
- Calçar luvas de procedimento e remover curativo antigo
- Proceder limpeza da lesão com soro fisiológico 0,9% na área perilesional e depois, com jatos, no leito da ferida objetivando remover restos de cobertura anterior
- Secar pele circundante e nunca o leito
- Avaliar lesão e aplicar cobertura primária
- Realizar coberturas secundária e terciária
- Promover o conforto do paciente
- Reunir o material
- Proceder com lavagem das mãos e registros.



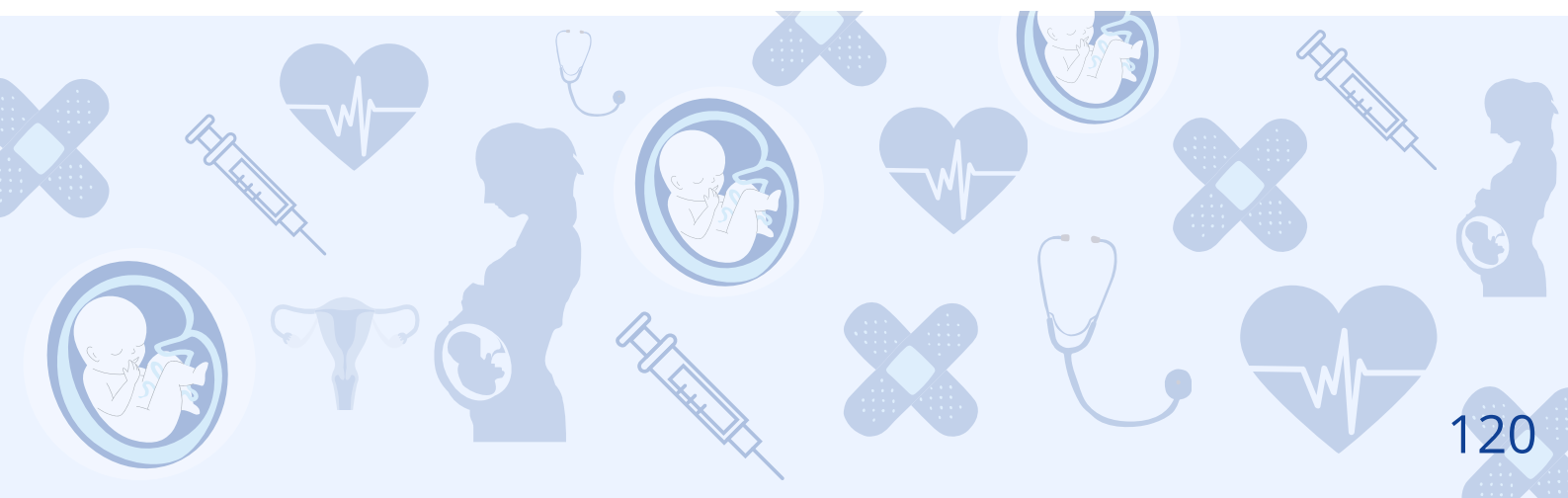
CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Atentar-se as coberturas que precisam de umidificação;
- Não se deve umedecer curativos com alginato de cálcio e sódio e prata devido a interação;
- Não se corta coberturas com carvão ativado, a menos que seja instruído pelo fabricante;
- Atentar-se a validade dos materiais;
- Observar prescrição de analgésicos e administra-los em momento oportuno antes do início do procedimento;
- Realizar curativo com técnica estéril;





REGISTROS DE ENFERMAGEM



REGISTRO DE ENFERMAGEM



É um registro de informações relativas ao paciente organizado cronologicamente de modo a reproduzir a ordem de acontecimento dos fatos.

AO REALIZAR UM REGISTRO DE ENFERMAGEM, DEVE-SE ATENTAR PARA REGRAS:

Realizar as anotações logo após os cuidados prestados;

Não pode haver rasuras, linhas em branco ou espaços;

Não é permitido utilizar lápis ou passar corretivo líquido;

Constar resposta do paciente aos cuidados prescritos, sinais e sintomas observados;

Precisam ser completas, legíveis, claras e cronológicas;

Conter somente abreviaturas estabelecidas em literatura;

Sempre conter observações dos cuidados de rotina e específicos;

Evitar termos que deem conotação de valor (muito, pouco, bem, mal);

REGISTRO DE ENFERMAGEM

Tem-se então, algumas diretrizes para realização de um registro satisfatório:

PRECISÃO



Informação exata, com dados subjetivos ou objetivos claramente discriminados.

CONCISÃO



Fornecer as informações reais e essenciais em uma anotação.

EFICÁCIA



Informações completas e pertinentes.

ATUALIZAÇÃO



Anotar logo após a realização do procedimento, atendimento, observação ou encaminhamento.

ORGANIZAÇÃO



Registrar todas as informações em formato adequado e em ordem cronológica.

CONFIDENCIALIDADE



A lei protege as informações sobre um cliente que esteja sob cuidados profissionais de saúde.

REGISTRO DE ENFERMAGEM

18 Passos para um registro de Enfermagem perfeito:

1. Devem ser precedidas de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional com o número do Coren, conforme consta nas Resoluções Cofen 191/2009 e 448/2013 em seu art. 6º;
2. Observar e anotar como o paciente chegou;
3. Observar e anotar as condições gerais do paciente;
4. Anotar orientações efetuadas ao paciente e familiares.
5. Dados do Exame Físico;
6. Cuidados realizados;
7. Intercorrências;
8. Efetuar as anotações imediatamente após a prestação do cuidado;
9. Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;
10. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo líquido;
11. Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;
12. Conter sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;
13. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;
14. Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;
15. Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado, quantidade, coloração e forma;
16. Não conter termos que deem conotação de valor;
17. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;
18. Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

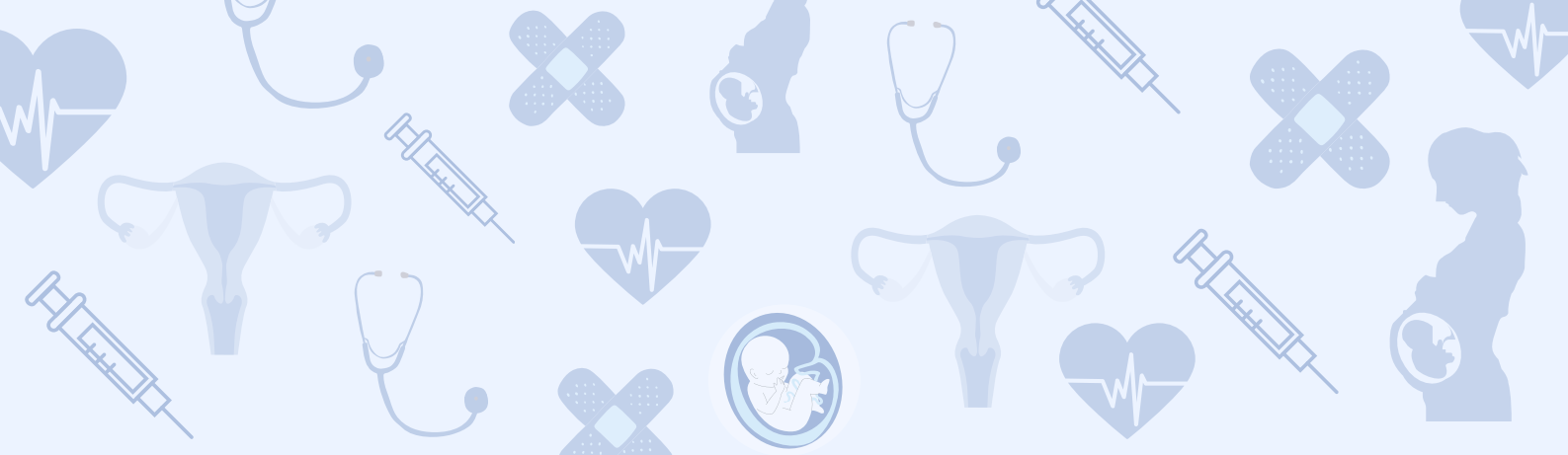
REGISTRO DE ENFERMAGEM

Diferença entre anotação de enfermagem e evolução de enfermagem

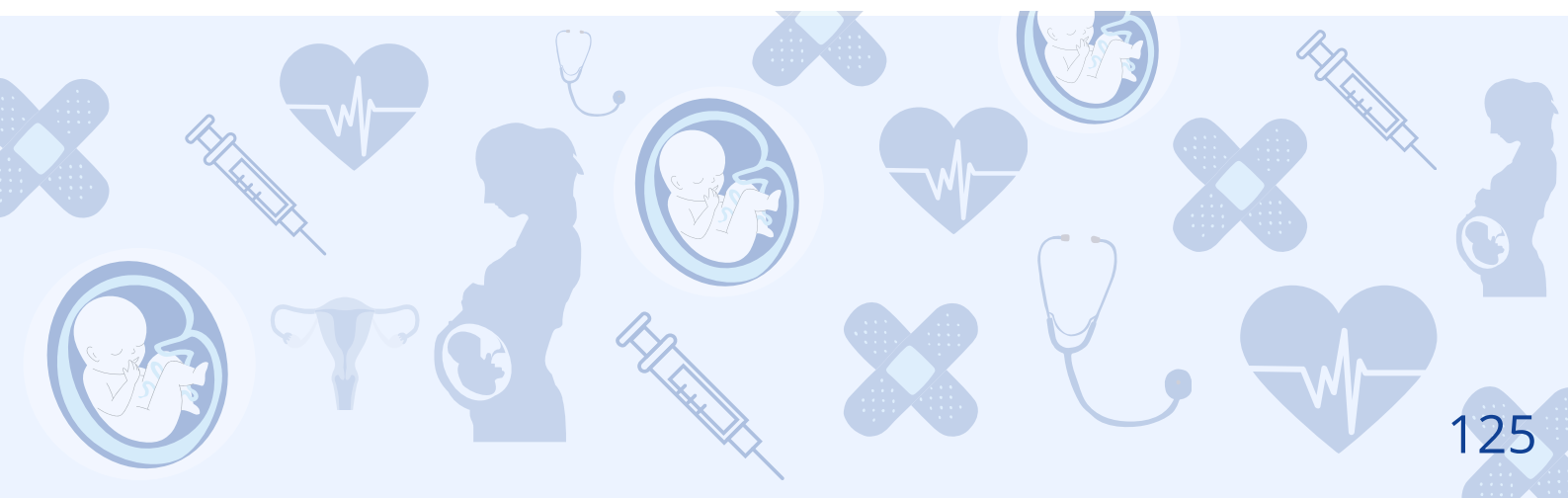
Anotação	Evolução
Dados brutos	Dados analisados
Elaborada por toda equipe de enfermagem (enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem)	Elaborada pelo enfermeiro
Referente ao momento	Referente ao período de 24h
Dados pontuais	Dados processados e contextualizados
Registra uma observação	Registra a reflexão e análise de dados



Quanto mais responsável o profissional for, ao realizar o documento, mais ele contribuirá para o planejamento de cuidados e o sucesso no tratamento daqueles que precisam.



COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS



EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais e complementares são fundamentais para adquirir informações adicionais sobre o cliente.



Combinando-os com uma boa ANAMNESE e um criterioso EXAME FÍSICO, podem auxiliar na confirmação de um diagnóstico ou fornecer informações importantes sobre o estado de saúde do cliente e/ou sua resposta à terapia

FATORES QUE INTERFEREM NOS RESULTADOS



Erro na coleta, manuseio ou identificação do material;



Conservante errado ou ausente;



Demora no encaminhamento da amostra;



Amostra de sangue hemolisada;



Amostras velhas ou deterioradas.

COLETAS DE AMOSTRAS DE SANGUE



CLASSIFICAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS

EXAMES HEMATOLÓGICOS

hemograma, coagulograma, entre outros...



EXAMES BIOQUÍMICOS

perfil lipídico, glicemia de jejum, curva glicêmica, glicose pós-prandial, hemoglobina glicosilada, marcadores hepáticos, ureia, creatinina.



EXAMES IMUNOLÓGICOS

tipagem sanguínea, sorologia para sífilis, hepatites, HPV, herpes, entre outras...



EDTA

hemograma, plaquetas.



FLUORETO DE SÓDIO

exames de glicose e lactato.



HEPARIDA DE SÓDIO

exames de glicose e lactato.



ERROS APÓS A COLETA



Não aplicar pressão imediata no local da punção;



Agitação vigorosa das amostras;



Forçar a entrada de sangue no tubo através de uma agulha;



Não identificar amostras com alerta de doença infecciosa;



Não identificar corretamente o tubo;



Atrasar o envio das amostras para o laboratório.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA nº 02/2021.**

Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - 2021. Disponível em:< <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2021/nt-022021-revisada-criterios-diagnosticos-de-iras-050521.pdf/view> > Acessado em: 22 de junho 2023.

ATKINSON, L; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

BARROS, A.L.B.L. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BARROS, ALBL et al. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BETTENCOURT, A.R.C. et al. **Exame do tórax: aparelho respiratório.** In: BARROS, A.L.B.L. (Org.). Anamnese e exame físico. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. LEHRER, S. **Ausculta pulmonar: entendendo os sons pulmonares.** 3. ed. São Paulo: Roca, 2004.

BLANK, M.; GUIANNINI, T. **Úlceras e feridas: As feridas têm alma.** SOBENFeE. Editora DiLivros. 2014.

BORGES, E.L. et al. **Feridas: como tratar.** 2ªed. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços hospitalares. **Metas internacionais de Segurança do Paciente**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 20 de nov de 2023.

BRASIL. **Portaria nº529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em relação ao regime do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 20 de nov de 2023.

BRASIL. **RESOLUÇÃO - RDC Nº36, de 25 de Julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências em relação ao regime do Ministério da Saúde. Diário oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 20 de nov de 2023.

BRASIL. . Comissão de Prevenção e tratamento de feridas. Procedimento operacional padrão. **Cobertura para feridas**. 19 de março de 2018. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/aceso-a-informacao/documentos-institucionais/pops/comissao-de-prevencao-e-tratamento-de-feridas/pop-8-2_coberturas-para-feridas.pdf. Acesso em: 01 de novembro de 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Linhas de cuidado: **Exame clínico das mamas**, 2020. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/atencao-especializada/planejamento-terapeutico/exame-clinico-mamas/>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

GRUPO PICCOLO. **Tipos De Tecidos Encontrados Em Uma Lesão**. 8 de Março de 2022. Disponível em: <https://grupopiccolo.com.br/v3/index.php/2022/03/08/tipos-de-tecidos-encontrados-em-uma-lesao/>. Acesso em: 01 de novembro de 2023.

IRION, L. **Feridas novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

KING'S COLLEGE HOSPITAL - NHS. **Guidance for using an enema: information for patients**. 2019. Disponível em: <<https://www.kch.nhs.uk/Doc/pl%20-%20579.2%20-%20guidance%20for%20using%20an%20enema.pdf>>. Acesso em 04 NOV 2023

LEITE, Alba Lucia B. **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MELO, F.N.P.; DAMASCENO, M.M.C. A construção de um software educativo sobre ausculta dos sons respiratórios. **Reeusp** v.40 n.4 São Paulo Dez. 2006.

M. BRENNAN, Paul; D. MURRAY, Gordon; M. TEASDALE, Graham. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury: Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity, **Journal Of Neurosurgery**, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças cardiovasculares: principal causa de morte no mundo pode ser prevenida**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/09/doencas-cardiovasculares-principal-causa-de-morte-no-mundo-pode-ser-prevenida>. Acesso em: 02 nov. 2023

PORTO, C. C. **Exame Clínico: bases para a prática médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.

POSSO, M. B. S. **Semiologia e Semiotécnica de enfermagem**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

POTTER, P. A et al. **Fundamentos de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

PORTO ALEGRE, RS; Artmed; 2010. 440 p. ilus, tab. Monografia em Português | Sec. Munic. Saúde SP, CACHOEIRINHA Acervo, HSPM-Acervo | ID: sms-4289 Bibliotec responsável: BR75.1 MUSGROVE PARK HOSPITAL - NHS. Using the Enema. 2017. Disponível em: <<https://www.tsft.nhs.uk/media/354757/using-the-enema.pdf>>. Acesso em 04 NOV 2023.

SAMPAIO, L.A.B.N.; CARVALHO, M.H.R. In: POSSO, M.B.S. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2003.

SMELTZER, Suzanne C; Bare, Brenda G. **Brunner/Suddarth: tratado de enfermagem**, 2015.

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde** / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2 Ed. - São Paulo: SMS, 2014. 162 p. - (Série Enfermagem)

TILKIAN, A.G.; CONOVER, M. B. **Entendendo os sons e sopros cardíacos: com introdução aos sons pulmonares**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2004.

UNASUS. Oxigenoterapia. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem**. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12222/mod_resource/content/3/un01/top09p01.html. Acesso em: 26 de março de 2023.