Aula 00 - Prof.ª Ligia Carvalheiro

Prefeitura de Uberaba-MG (Especialista em Saúde VII - Enfermeiro Padrão - Enfermeiro do Trabalho) Conhecimentos Específicos - 2024 (Pós-Edital)

Autor:
Breno da Silva Caldas Júnior, Guilherme Gasparini, Ligia Carvalheiro Fernandes, Thaysa Vianna

05 de Março de 2024

SUMÁRIO

Informações iniciais....2
1. Processo de Enfermagem....3
1.1 - Introdução....3
1.2 - Resolução COFEN 736/24....5
1.3 - Anamnese e Exame físico....9
1.3.1– Análise quali e quantitativa....9
ORDEM DO EXAME FÍSICO....11
CABEÇA E PESCOÇO: principais pontos....12
PULMONAR: principais pontos....13
CARDÍACO: principais pontos....19
ABDOMINAL: principais pontos....23
VASCULAR: principais pontos....30
1.4 - Instrumentos para o processo de Enfermagem....31
1.4.1 – NANDA....31
1.4.2 – CIPE....39
1.4.3 – CIPESC....41
1.4.4 – NOC....43
1.4.5 – NIC....44
1.5 - SAEP....46
Questões comentadas....51
Lista de Questões....74
Gabarito....87

INFORMAÇÕES INICIAIS

Tantas coisas podem estar nesta aula! Basicamente, temos o próprio processo de enfermagem, atualmente descrito na COFEN 763/2024, com suas particularidades, no entanto, cada fase revela um mundo de possibilidades de cobranças nas provas.

Você já deve conhecer meu estilo de aula. Procuro ser objetiva ao máximo para que consiga ganhar tempo para estudar todas as disciplinas, no entanto, mantenho o equilíbrio do conteúdo que é realmente necessário em cada aula. Como forma complementar, você terá exercícios que vão, não somente fixar o que foi visto, como também acrescentar detalhes que poderão te surpreender na prova.

A aula não contém NADA de autoria própria, mas são trechos de importantes referências, como ilustradas abaixo. *Esta resolução está para ser alterada e, assim que ocorrer, a aula será atualizada.*

Deixarei abaixo meus contatos para quaisquer dúvidas ou sugestões.

E-mail: licarfe@gmail.com

Instagram: https://www.instagram.com/enfermagemesus

Youtube: https://www.youtube.com/@enfermagemesus

1. Processo de Enfermagem

1.1 - Introdução

No Brasil, o PE foi introduzido pela Professora Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, que o definiu como a dinâmica das ações sistematizadas e inter -relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos (Horta, 1979). Na perspectiva de Horta (1979) e neste guia, ser humano ou pessoa refere-se ao indivíduo, família (ou pessoa significante), grupo e comunidade que necessitam dos cuidados de enfermagem.

Primeiro de tudo, entenda que o PROCESSO DE ENFERMAGEM, tão confundido com a própria Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é apenas uma PARTE DELA. A SAE é algo maior, envolve todo o conjunto de ações, ambiente, profissionais e recursos que permite a execução do Processo de Enfermagem.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem, organiza o trabalho profissional, inclui as escalas de trabalho, rotinas, manuais, protocolos, dentre tantos outros documentos e dá possibilidades para a atuação do Processo de Enfermagem.

Em outras palavras, a SAE é:

uma ferramenta que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com o suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo, da família e da comunidade.	*uma metodologia científica que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem.*

Sendo assim, os enfermeiros precisam, *cada vez mais*, de conhecimentos acerca das teorias de enfermagem, do PE, de semiologia, de fisiologia, de patologia, além das habilidades necessárias para gerenciarem as unidades efetivamente. Além disso, é importante investir em *educação permanente* de todos os profissionais envolvidos no processo.

O PE tem como propósito, para o cuidado, oferecer uma estrutura na qual as necessidades individualizadas da pessoa (indivíduo, família, grupos, comunidades), possam ser satisfeitas. Para tanto, deve ser:

- Intencional: voltado para uma meta a ser alcançada.
- Sistemático: utilizando uma abordagem organizada em fases para atingir o seu propósito. Promove a qualidade do cuidado, pois evita os problemas associados somente à intuição, ou à produção de cuidados rotineiros.

• Dinâmico: envolvendo mudanças contínuas, de acordo com o estado da pessoa, identificadas na relação enfermeiro-pessoa; é um processo ininterrupto.

• Interativo: baseando-se nas relações recíprocas que se dão entre enfermeiro-pessoa, enfermeiro-família, enfermeiro-demais profissionais que prestam o cuidado como médico, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, dentre outros.

• Flexível: pode ser aplicado em dois contextos: em qualquer local e prestação do cuidado e para qualquer especialidade; suas fases podem ser usadas de modo sequencial ou concomitante, por exemplo, ao mesmo tempo em que o enfermeiro implementar o plano de cuidado (oferece o cuidado), ele pode estar reavaliando a pessoa e realizando novos diagnósticos.

• Baseado em teoria(s): isto é, teorias ou modelos teóricos da área de enfermagem e de outras áreas.

FEPESE / Prefeitura de Balneário Camboriú - SC / 2023 - O Processo de Enfermagem (PE) é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que viabilizam a organização da assistência de enfermagem. Assinale a alternativa correta em relação ao tema.

A O PE é uma ferramenta que necessita sustentação teórica para a sua utilização.

B O processo de enfermagem e a sistematização de enfermagem podem ser considerados sinônimos.

C Nos atendimentos ambulatoriais o processo de enfermagem apenas consegue ser realizado de forma parcial uma vez que o paciente não está hospitalizado.

D A realização dos diagnósticos de enfermagem é a última etapa do PE e pode ser definida como o julgamento clínico sobre as respostas humanas reais ou potenciais apresentadas por indivíduos, famílias e comunidades a problemas de saúde ou processos de vida.

E O planejamento de enfermagem é um processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam.

Comentários

A Certa. Nunca negue a existência de uma sustentação teórica para a aplicação do P.E.! Sempre cai!

B Errada. O processo de enfermagem é uma parte da sistematização da assistência da enfermagem e não sinônimo.

C Errada. Neste contexto, o P.E. é chamado de "Consulta de Enfermagem", conforme a seguir:

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

D Errada. O diagnóstico é a segunda etapa do processo de enfermagem.

E Errada. A descrição foi do diagnóstico de enfermagem e não do planejamento.

Alternativa: A.

1.2 - Resolução COFEN 736/24

Art. 1º O Processo de Enfermagem-PE, deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem.

O termo socioambiental foi acrescentado e tem como significado a integração das dimensões social e ambiental, reconhecendo que a qualidade de vida das pessoas está diretamente relacionada com a saúde e a preservação do meio ambiente.

Art. 2º O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em SUPORTE TEÓRICO, que podem estar associados entre si, *como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos,* como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base.

A Resolução anterior já trazia a necessidade da base teórica, mas esta traz mais detalhamento das diferentes opções de instrumentos para sistematizar o processo de enfermagem.

Art. 3º Os diagnósticos, os resultados e os indicadores, as intervenções e ações/atividades de enfermagem podem ser apoiadas nos Sistemas de Linguagem Padronizada de Enfermagem, em protocolos institucionais, e com os melhores níveis de evidências científicas.

[Aqui, ele não especifica quais se devem utilizar, ficando a cargo do profissional, mas podem ser incluídos: NANDA, NIC, NOC, CIPE, etc.]

Art. 4º O Processo de Enfermagem organiza-se em 5 ETAPAS inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas, descritas a seguir:

§ 1º *Avaliação de Enfermagem* – compreende a *coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico)* inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

[Olha como ficaram amplos os instrumentos sugeridos para coletar dados]

§ 2º *Diagnóstico de Enfermagem* – compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais;

[Detalhe, tais problemas levantados dizem respeito ao que a ENFERMAGEM pode atuar e não se confunde com diagnóstico médico]

§ 3º *Planejamento de Enfermagem* – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde.

[O que está sendo planejado deve estar em consonância com os diagnósticos realizados e ser de competência da enfermagem]

Deverá envolver:

I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem; *[visto que muitos diagnósticos apresentam cruzamentos e, dentre os elencados, os principais devem ser escolhidos inicialmente].*

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde; *[ou seja, um planejamento alcançável]*

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais. *[está bem mais amplo, em comparação com a Resolução 358/09]*

§ 4º *Implementação de Enfermagem* – compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, *inclusive com a checagem* quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:

I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão; *[cuidados que não dependem de outras profissões]*

II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde; *[cuidados em que não somente a Enfermagem é responsável]*

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e

complementares. *[ou seja, seguem um protocolo apropriado que, inclusive, dá respaldo ao profissional]*

§ 5º *Evolução de Enfermagem* – compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem. *[antes, a fase era chamada de avaliação de enfermagem e, agora, evolução]*

Art. 5º A consulta de Enfermagem deve ser *organizada e registrada* conforme as etapas do Processo de Enfermagem. *[além de todas as orientações das etapas, cabe ressaltar acerca das orientações das anotações de enfermagem, que são respaldo do profissional, direito do paciente, recurso para auditoria e insumo para ensino e pesquisa].*

Art. 6º Ao ENFERMEIRO, observadas as disposições da Lei 7.498/1986, e do Decreto 94.406/1987, no processo de enfermagem cabe-lhe PRIVATIVAMENTE o *Diagnóstico de Enfermagem e a Prescrição de Enfermagem. [interessante que, nesta Resolução, não somente o que é privativo do enfermeiro ficou declarado, mas, na sequência, é explicitado o que é competência dos demais integrantes da equipe.]*

Art. 7º Os TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498/1986, e do Decreto 94.406/1987, que a regulamenta, participam do Processo de Enfermagem, com *Anotações de Enfermagem*, bem como na *implementação dos cuidados prescritos e sua checagem*, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 8º A DOCUMENTAÇÃO do Processo de Enfermagem deve ser realizada pelos membros da equipe formalmente no prontuário do paciente, *físico ou eletrônico*, *cabendo ao Enfermeiro o registro de todas as suas etapas,* e aos *membros da equipe de enfermagem a Anotação de Enfermagem, a checagem da prescrição e a documentação* de outros registros próprios da enfermagem.

Art. 9º Os profissionais de enfermagem bem como as instituições de saúde *[ou seja, responsabilidade compartilhada]* devem buscar os meios necessários para a *capacitação/qualificação na utilização do Processo de Enfermagem.*

Art. 10º Na Educação Permanente em Saúde e Enfermagem e na formação de profissionais em nível médio, graduação e pós-graduação devem ser contempladas temáticas que favoreçam a qualificação dos profissionais para a implementação do Processo de Enfermagem. *[para que o profissional não esteja sem tal conhecimento ao se formar]*

Art. 11º Os profissionais de enfermagem devem empenhar-se para a criação de políticas institucionais de incorporação de resultados de pesquisas acerca do Processo de Enfermagem e suas etapas na prática, se corresponsabilizando no processo de translação de conhecimento. *[isso valoriza o uso da ferramenta]*

Art. 12º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, a fiscalização do Processo de Enfermagem na prática profissional, no que se refere

ao cumprimento desta Resolução. *[lembrando que o Código de Ética confere penalidades diferentes entre COFEN e COREN]*

Art. 13º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem. *[sempre!]*

Art. 14º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Resolução Cofen nº 358/2009. *[1,2,3 valendo!]*

[adaptada] IBFC / Prefeitura de Cuiabá - MT / 2023 - Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. Considerando o texto, assinale a alternativa que apresenta a fase do Processo de Enfermagem citado.

A Avaliação de Enfermagem

B Diagnóstico de Enfermagem

C Histórico de Enfermagem

D Implementação

Comentários

Adaptação da Resolução COFEN 358/09 para a Resolução COFEN 736/2024:

Trata-se da primeira fase que desencadeará as demais, onde obtém-se o máximo de informações possíveis para guiar a sequência do cuidado de enfermagem.

A nova nomenclatura da fase é: AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM, conforme descrito na alternativa A.

As demais são: letra B > diagnóstico = julgamento clínico; letra C > Histórico de Enfermagem = nome inexistente atualmente; letra D > implementação = fase da execução dos cuidados previamente planejados.

Alternativa: A. [gabarito alterado para adaptação da questão à nova legislação]

1.3 - Anamnese e Exame físico

1.3.1– Análise quali e quantitativa

Durante a *ANAMNESE*, deve-se obter todas as informações necessárias do paciente, necessárias para uma conduta efetiva do atendimento.

1) Identificação

2) História da doença atual

3) Antecedentes de saúde

4) Antecedentes familiares

5) Hábitos de vida

6) Histórico social.

Além disso, lembre-se que os dados podem ser:

Válidos: aqueles que representam as propriedades da resposta humana que está sendo julgada; como exemplo, o relato verbal de dor.

Confiáveis: obtidos por meio de instrumentos acurados e que são representativos da resposta humana; neste caso, pode-se considerar desde a utilização de equipamentos calibrados, como uma balança ou esfigmomanômetro.

Relevantes: são os dados válidos, porém levando-se em conta o propósito a coleta de dados; por exemplo, a observação da presença de edema pode ser um dado válido para o diagnóstico Débito Cardíaco Diminuído, porém a informação de que ele ocorre ao final do dia torna o dado pouco relevante para esse diagnóstico.

Complementar à *ANAMNESE*, tem-se que o *EXAME FÍSICO* fornece uma visão do paciente como um todo, não segmentada. É dividido em duas partes: ***qualitativo e quantitativo.***

Nosso foco não será a anamnese, no entanto, lembre-se da importância das seguintes informações que complementarão o EXAME FÍSICO:

- ➔ Dados de identificação
- ➔ Queixa ou queixas principais
- ➔ História da doença atual
- ➔ História patológica pregressa
- ➔ História familiar História pessoal e social
- ➔ Revisão de sistemas.

Partindo para o exame, não se esqueça da higienização das mãos, da preparação de um ambiente apropriado, privativo, iluminado, silencioso (sempre que viável), preferencialmente com maca e dispor de instrumentos auxiliares, tais como esfigmomanômetro, estetoscópio, lanterna e etc, bem como uso de Equipamentos de Proteção Individual, sempre que se fizerem necessários.

Basicamente, inicia-se pela AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL, tal como:

➔ Avaliação subjetiva do que aparenta o paciente, em sua totalidade: nível de consciência, fácies, fala, confusão mental, mobilidade, entre outros.

[O paciente pode estar em bom estado geral (BEG), regular estado geral (REG) ou mau estado geral (MEG).]

➔ Avaliação do grau de palidez:

Observar mucosa palpebral da conjuntiva, mucosa oral, leito ungueal e palma das mãos. O paciente pode estar corado (mais avermelhado) ou descorado. Caso se encontre descorado, classifique o grau (em cruzes).

➔ Avaliação do grau de hidratação:

Observar umidificação da mucosa oral, globo ocular e turgor da pele. O paciente pode estar hidratado ou desidratado. Caso se encontre desidratado, classificar o grau (em cruzes).

➔ Avaliação da presença de icterícia:

Observar coloração da palma da mão, esclera e freio da língua. A esclera de pacientes idosos e negros pode ter um tom amarronzado, devido a uma hiperpigmentação normal observada neles.

Para facilitar a percepção da presença de icterícia, nestes pacientes, portanto, deve-se observar a porção da esclera que não fica exposta normalmente à luz (de baixo da pálpebra). O paciente pode estar ictérico ou anictérico. Caso se encontre ictérico, classificar o grau (em cruzes).

➔ Avaliação da presença de cianose:

Observa-se uma coloração mais azulada no lábio, leito ungueal, e outras extremidades (cianose) que é indicativa de redução da oxigenação do sangue ou de redução da perfusão sanguínea.

Então, cuidado! O paciente pode estar com a coloração mais azulada por um hipoperfusão sanguínea em razão de frio (cianose periférica causada pela vasoconstrição periférica induzida pelo frio), neste caso, será passageiro.

Ele será classificado em cianótico ou acianótico.

Quanto a alguns dados quantitativos, temos os valores da pressão arterial, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, frequência cardíaca, pulsação, frequência respiratória, escala numérica de dor e o que mais se fizer necessário .

ORDEM DO EXAME FÍSICO

Habitualmente, a ordem do exame físico é a seguinte:

1 INSPEÇÃO: observação atenta de detalhes do paciente a cada segmento corporal.	2 PALPAÇÃO: pressão exercida pelos dedos ou polpas digitais para avaliar elevações, depressões, temperatura, texturas, contornos, crepitações e etc.

3 PERCUSSÃO: uso do dedo percutor, em geral, o terceiro, para dar golpes na parte distal do dedo da mão oposta, sobrepondo a superfície do tórax ou abdome, para desencadear onda sonora.	4 AUSCULTA: uso do diafragma e campânula do estetoscópio para detectar características dos sons abdominais, arteriais, pulmonares e intestinal, tal como duração, intensidade e etc.

É aceitável que o item 2 e 3 mude de lugar.

No entanto, GRAVE que no EXAME FÍSICO ABDOMINAL, a AUSCULTA irá se posicionar logo após a INSPEÇÃO, evitando que a palpação e percussão altere os ruídos hidroaéreos.

CS-UFG / Prefeitura de Morrinhos - GO / 2023 - O exame físico faz parte das habilidades que o enfermeiro desenvolve em sua formação e prática profissional. Dentre elas, há técnicas que permitem identificar aspectos fisiológicos ou alterados e precisam ser realizadas, no exame físico abdominal, na seguinte ordem:

A ausculta, percussão, palpação e inspeção.

B ausculta, inspeção, percussão e palpação.

C inspeção, ausculta, palpação e percussão.

D inspeção, ausculta, percussão e palpação.

Comentários

Sendo o foco, o exame abdominal, temos que a ausculta deve vir logo após a inspeção para que não haja interferência da percussão e da palpação.

Alternativa: D.

AGORA VAMOS POR PARTES, literalmente!

CABEÇA E PESCOÇO: principais pontos

FACE

Aqui você deverá observar o tipo de rosto dos pacientes (fácies). Existem alguns muito famosos e que o padrão pode levar a suspeita de algumas doenças, como por exemplo:

- ➔ hipocráticas (aquele paciente extremamente emagrecido),
- ➔ cushingoide (paciente com um face bem arredondada, em lua cheia) e

➔ lúpica (aquela que apresenta uma vermelhidão em forma de "borboleta").

Além da fácies, notar se há edema, paralisia muscular, movimentos involuntários, nódulos/tumores e outras lesões e deformidades.

OLHOS

Além do edema e das alterações de pilificação, podemos observar queda da pálpebra superior (blefaroptose ou ptose palpebral), alteração do globo ocular (exoftalmia: protrusão, microftalmia: globo pequeno, hipertelorismo: afastamento das cavidades orbitárias estrabismo, nistagmo: movimentação involuntária, entre outras). Uma queixa bastante comum é a perda da acuidade visual. Para avaliá-la podemos aplicar o teste de Snellen.

Quanto às alterações visuais, podemos encontrar quadros de MIOPIA (dificuldade de enxergar de longe pois a imagem se forma antes da retina), PRESBIOPIA (não adaptação do cristalino à focalização da imagem), HIPERMETROPIA (dificuldade de enxergar de perto, pois a imagem se forma depois da retina).

Adicionalmente, saiba diferenciar as alterações nas pupilas: midríase e miose.

Dica: a palavra "midríase" é maior que a "miose", ou seja, aquela se refere à dilatação (aumento) e esta, à contração (retração).

MIDRÍASES - Dilatação	*MIOSE - Contração*
• *Baixa luminosidade* • *Trauma craniano* • *Tumor cerebral* • *Tratamento de epilepsia, etc.* .	• *Substâncias tóxicas, como cocaína, heroína e até mesmo a maconha* • *Alguns antineoplásicos* • *Complicações neurológicas da sífilis* • *Hemorragia intracraniana e coma profundo.*

BOCA

Observar: lábios, gengivas, dentes e língua.

Note a presença de alterações de coloração, secreção e placas, que podem indicar processos infecciosos.

CADEIAS LINFONODAIS

A palpação de linfonodos deve ser feita fazendo movimentos circulares com os dedos, movendo a pele sobre os linfonodos das principais cadeias. Verifique a consistência, queixa de dor e etc.

TIREOIDE

Palpação para percepção de nódulos.

PULMONAR: principais pontos

No exame físico pulmonar e cardíaco, haverá a separação em blocos de inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Para se realizar o exame do tórax e dos pulmões, o paciente deve estar preferencialmente despido até a cintura e sentado. Além disso, o examinador, durante o exame, deve buscar comparar duas regiões simétricas do pulmão, pois isso permite encontrar alterações que podem estar presentes em apenas um dos pulmões.

1. INSPEÇÃO

ESTÁTICA	DINÂMICA
➔ aparência da pele quanto a coloração, turgor, perda de tecido subcutâneo, etc. ➔ circulação colateral ➔ abaulamento ➔ retrações ➔ simetria de coluna - *buscar por escoliose (coluna em "S"), cifose (como uma corcunda) e lordose (entrada aprofundada na coluna lombar)* ➔ formato do tórax - *buscar por pectus excavatum (tórax escavado ou "tórax de sapateiro"), no qual há a inversão da concavidade do esterno, ou o tórax em barril, que apresenta uma retificação das colunas vertebrais e elevação do esterno (comum em Lactente, idoso, DPOC).*	➔ definição do PADRÃO E RITMO RESPIRATÓRIO, ritmo, simetria, amplitude, musculatura acessória, etc.

Quanto ao PADRÃO RESPIRATÓRIO, grave:

1. Eupneico: respiração normal sem dificuldades e com frequência normal (Adulto: 12-20 ipm)

2. Taquipnéia: respiração com frequência aumentada. (Adulto: > 20 ipm)

3. Bradipnéia: respiração com frequência diminuída. (Adulto: < 20 ipm)

4. Ortopneia: dispneia que começa ou aumenta quando o paciente se deita

5. Dispneia paroxística noturna: dispneia de início súbito após pegar no sono, que melhora quando se senta.

Quanto ao RITMO RESPIRATÓRIO, grave:

➔ RESPIRAÇÃO DE CHEYNE-STOKES

É um ritmo respiratório por um período com *incursões que aumentam progressivamente de amplitude até o seu máximo*, *seguidas de diminuição do seu ritmo até a apneia*. Nessa última fase, observam-se diminuição do tônus do paciente, pupilas mióticas e resposta mínima a estímulos externos. Está relacionada a lesões cerebrais difusas ou nos hemisférios.

➔ RESPIRAÇÃO ATÁXICA OU DE BIOT

É determinada por uma constante irregularidade, com inspirações profundas e esporádicas. É causada por lesões cerebrais difusas, depressão do centro respiratório, lesão medular e compressão do bulbo.

(Ocasionalmente, essa imagem aparece com as pontas arredondadas)

➔ HIPERPNEIA

É caracterizada por respirações profundas e rápidas, causadas principalmente por acidose metabólica, coma, infarto agudo do miocárdio, lesão de ponte e ansiedade.

➔ APNEIA

Na apneia ocorre a interrupção da respiração, é observada em disfunções do SNC, fadiga muscular, obstrução de vias aéreas ou distúrbio da condução neural.

As apneias de origem obstrutiva apresentam mobilidade da caixa torácica, mas não há fluxo de ar. Já nas de origem central, indicação absoluta de entubação traqueal, não se observa fluxo de ar nem movimentação da caixa torácica.

➔ RESPIRAÇÃO DE KUSSMAUL

A respiração de Kussmaul é composta por quatro fases. A primeira, é caracterizada por inspirações ruidosas, a segunda por apneia em inspiração, a terceira por expiração ruidosa e, finalmente, a quarta, apneia em expiração. Dentre as suas possíveis causas, a principal é a vigência de acidose, com destaque para a acidose diabética, complicação possível da Diabetes Mellitus, principalmente do tipo I (DM1).

ATENÇÃO!

Atenção, algumas literaturas misturam a respiração de CATANI, conforme imagem abaixo, com a kussmaul. Em geral, inicia-se com a respiracão de CATANI e se evolui para a de KUSSMAUL.

CS-UFG / Prefeitura de Itiquira - MT / 2022 - Os sinais vitais são quantificados mediante avaliações numéricas e comparados a parâmetros tidos como normais, que podem variar de acordo com a idade, peso, sexo e saúde do paciente. A frequência respiratória é o número de respirações que uma pessoa realiza por minuto. Entre as alterações dos ritmos respiratórios encontra-se aquela que se caracteriza por inspirações ruidosas seguida de apneia em inspiração, expiração ruidosa e apneia em expiração. Essa alteração é conhecida por

A Cheyne-Stokes.

B Kussmaul.

C Biot.

D Ortopneia.

Comentários

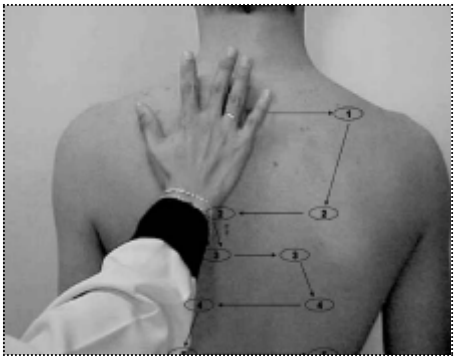
Exatamente a descrição de Kussmaul. Veja que as alternativas cobram as demais possibilidades já vistas e, portanto, demanda seu conhecimento. Lembre-se, como acréscimo, que a Ortopneia é a dificuldade respiratória que ocorre quando a pessoa está deitada, fazendo com que a pessoa tenha que dormir elevada na cama ou sentada.

Alternativa: B.

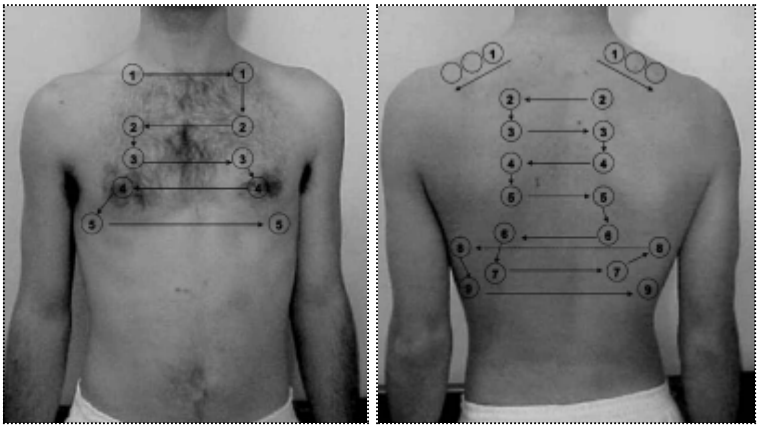
2. PALPAÇÃO: visa identificar áreas de hipersensibilidade, dor, lesões, massas, fístulas, etc.

Geralmente, é dividida em 2 fases:

EXPANSIBILIDADE	FRÊMITO TORACOVOCAL
Busca-se verificar se há simetria de expansibilidade (direita e esquerda) torácica durante os movimentos inspiratórios e expiratórios profundos.	Trata-se da vibração sentida quando o paciente emite um som estridente. Nos derrames, o frêmito se encontra diminuído devido ao fato de haver líquido entre a pleura e o pulmão, dificultando a propagação do som até a parede torácica, enquanto que, nas consolidações (pneumonia ou tumor), o som encontra-se aumentado, posto que o meio sólido da consolidação permite maior transmissibilidade por meio da árvore brônquica.

	Deve ser avaliado na parte anterior e posterior do tórax. 

3. PERCUSSÃO: o som da percussão deve ser comparado entre os hemitórax direito e esquerdo, bem como realizado na parte anterior e posterior do tórax.



São algumas possibilidades de achados:

➔ Claro Pulmonar: som claro, timbre grave e oco, tal como nos pulmões normais
➔ Hipersonoro: pulmões hiperinsuflados (pneumotórax), timpânico.
➔ Maciço: som surdo e seco, encontrado em situações de condensação pulmonar (pneumonia, derrame pleural).
➔ Submaciço:suaves, de alta frequência.

4. AUSCULTA

Visa:

➔ Determinar o fluxo aéreo através da árvore brônquica
➔ Identificar a presença de obstrução
➔ Avaliar a condição dos pulmões circundantes e do espaço pleural

➔ Deve ser realizada enquanto a pessoa respira com a boca entreaberta
➔ Observar os ruídos respiratórios, presença de ruídos adventícios e caract. da voz falada, sussurrada

Os locais são semelhantes às regiões de percussão.

Durante este momento, os pacientes devem realizar inspirações e expirações profundas com a boca entreaberta, sem realizar barulho, uma vez que isso pode gerar alguns ruídos adventícios (sons anormais e não esperados num exame normal).

Os sons respiratórios normais podem ser classificados como: som traqueal, respiração brônquica e MURMÚRIOS VESICULARES. Os murmúrios vesiculares são o som normal escutado no pulmão. Representa o som causado pela entrada e saída de ar dos pulmões. Pode estar ausente ou diminuído (se houver algo que obstrua seu caminho, ou ainda impeça que o ar entre e saia do pulmão).

Em situações patológicas é possível auscultar RUÍDOS ADVENTÍCIOS (sons anormais), indicativos, cada um deles, de certas alterações. São eles:

SONS DESCONTÍNUOS

- Estertores: são ruídos audíveis na inspiração ou expiração, superpondo-se aos sons respiratórios normais. Podem ser finos ou grossos.

Características	Ocorrência	Timbre	Duração	Modificação com a tosse	Mecanismo
FINOS ou crepitantes Som semelhante ao friccionar do cabelo. Ex.: pneumonia, edema pulmonar	Final da inspiração	Agudo	Curta	NÃO	Abertura sequencial das vias respiratórias anteriormente fechadas devido à pressão exercida pela presença de líquido ou exsudato no parênquima pulmonar ou por alteração do tecido de suporte das paredes brônquicas.
GROSSOS ou bolhosos Ex. bronquite crônica e bronquiectasias	Início da inspiração e durante toda a expiração	Menos agudo	Longa	SIM	Parecem ter origem na abertura e fechamento de vias respiratórias contendo secreção viscosa e espessa, bem como pelo afrouxamento da estrutura de suporte das paredes brônquicas.

SONS CONTÍNUOS

RONCOS: sons graves (baixa frequência)	SIBILOS: são sons agudos (baixa frequência)
	Estridor: o estridor pode ser considerado como um tipo especial de sibilo, com maior intensidade na inspiração, audível à distância, e que acontece nas obstruções altas da laringe ou da traqueia, fato que pode ser provocado por laringites agudas, câncer da laringe e estenose da traqueia.
Originam-se nas vibrações das paredes brônquicas e do conteúdo gasoso quando há estreitamento destes ductos, seja por espasmo ou edema da parede ou achado de secreção aderida a ela. Aparecem na inspiração e expiração, mas predominam na última. São fugazes, mutáveis, surgindo e desaparecendo em curto período de tempo.	

Atrito pleural: nos casos de pleurite, o deslizamento dos folhetos pleurais produz um som irregular, descontínuo, mais intenso na inspiração, com frequência comparada ao ranger de um couro atritado.

CARDÍACO: principais pontos

Visto que a *percussão apresenta papel diagnóstico limitado*, as manobras a serem descritas são a inspeção, a palpação e a ausculta.

Ora ou outro, a questão pede alguns conceitos, tais como:

Débito cardíaco é definido como a quantidade de sangue que é bombeada para o coração no período de um minuto.

A fórmula para calcular o débito cardíaco é:

$$DC = FC \times VS$$

Para saber o valor do débito cardíaco (DC) é preciso multiplicar a frequência cardíaca (FC) pelo volume sistólico (VS), que é a quantidade de sangue bombeada em um minuto.

Pressão de pulso é um importante indicador de como o paciente mantém o débito cardíaco, ou seja, a quantidade de sangue que é bombeada pelo coração em um minuto.
Uma pressão de pulso normalmente considerada normal é aquela entre 30 e 40 mmHg. Isso significa que, se a pressão sistólica for 120 mmHg e a diastólica for 80 mmHg, a pressão de pulso será de 40 mmHg, que está dentro da faixa considerada normal.
Tal referência é um marcador útil no atendimento de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada na urgência, por exemplo, pois representa baixo índice de perfusão cardíaca.

Agora, vamos ao exame físico:

1. INSPEÇÃO

Estase ou turgência de jugulares *[observada tanto na inspeção, como na palpação]:* deve-se, preferencialmente, posicionar o paciente a 30 a 45°, com comparação do achado bilateralmente.

A turgência de jugular é caracterizada pelo aumento do enchimento venoso jugular, que é visível como uma pulsão ou onda na veia jugular interna durante a inspeção. Esse achado clínico pode indicar um aumento da pressão venosa central.

A pressão venosa central é influenciada pelo retorno venoso, volume sanguíneo, função cardíaca e resistência vascular periférica. A estase de jugulares pode ocorrer em condições que aumentam a pressão venosa central, como a insuficiência cardíaca congestiva.

Ictus cordis: trata-se da pulsação do ápice do coração. A sua localização pode variar de acordo com o biotipo do paciente:

- ➔ Mediolíneos: cruzamento da linha hemiclavicular esquerda com o 5° espaço intercostal.
- ➔ Brevilíneos: desloca-se cerca de 2 cm para fora e para cima, no 4° espaço intercostal.
- ➔ Longilíneos: 6° espaço intercostal, 1 a 2 cm para dentro da linha hemiclavicular.

2. PALPAÇÃO

Em continuidade à avaliação do Ictus cordis, na palpação deve-se investigar localização, extensão, mobilidade, intensidade e tipo de impulsão, ritmo e frequência.

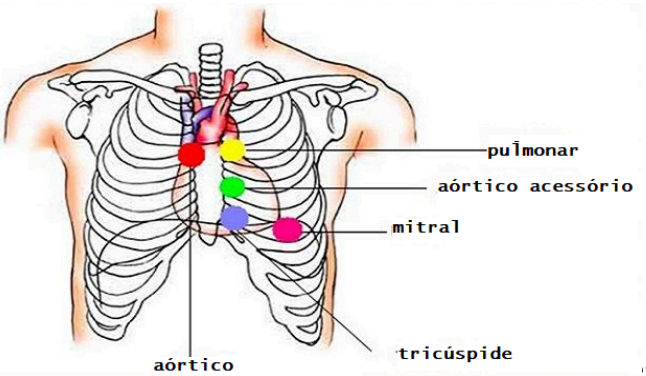
Observação:

Ictus cordis invisível e impalpável: enfisema pulmonar, obesidade, grandes mamas, musculatura muito desenvolvida, ou seja, não necessariamente indica alguma patologia.

No entanto, o deslocamento do ictus cordis indica dilatação e/ou hipertrofia de ventrículo esquerdo, como ocorre na hipertensão arterial e insuficiência aórtica, por exemplo.

3. AUSCULTA

FOCOS CARDÍACOS:



(1) Foco aórtico: 2° espaço inte[illegible]sternal.

(2) Foco pulmonar: 2º espaço intercostal, à esquerda do esterno, próximo à borda do esterno.

(2.1) Foco aórtico acessório: encontrado com o movimento para baixo do lado esquerdo do esterno até o 3º espaço intercostal, próximo da borda esternal.

(3) Foco tricúspide: entre o 4 - 5 espaço intercostal à esquerda do esterno.

(4) Foco mitral: encontrado pelos dedos que se deslocam lateralmente à esquerda do paciente para localizar o quinto espaço intercostal do lado esquerdo da linha média clavicular.

BULHAS CARDÍACAS: para a enfermagem, a B1 e B2 é o que mais cai.

Primeira bulha (B1): SÍSTOLE. Som: TÀ

**Fechamento das válvulas mitral e tricúspide (ATRIOVENTRICULARES), pois não é desejável que o sangue volte para os átrios.*

**Abertura das válvulas semilunares.*

Segunda bulha (B2): DIÁSTOLE. Som: TUM

**Fechamento das válvulas aórtica e pulmonar (SEMILUNARES), pois não pode voltar sangue das artérias para os ventrículos*

**Abertura das válvulas atrioventriculares*

PULSO

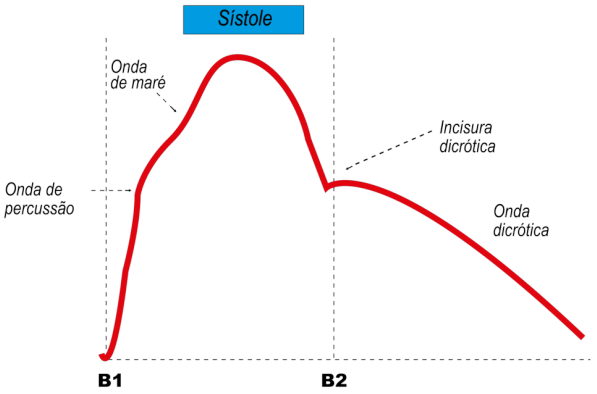
Primeiro, relembre termos básicos:

BRADICARDIA: frequência cardíaca abaixo do normal.	BRADISFIGMIA: PULSO FINO e bradicárdico.
TAQUICARDIA: frequência cardíaca acima do normal.	TAQUISFIGMIA: pulso fino e taquicárdico

Agora, vejamos características mais detalhadas dos pulsos:

PULSO NORMAL

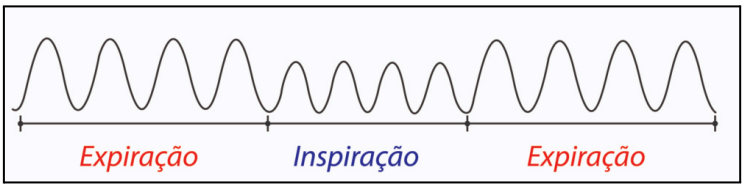
O registro da onda de pulso arterial saudável permite identificar três ondas distintas: a onda de percussão, que é a porção inicial, sistólica, da pressão de pulso; a onda de maré, que é a segunda onda sistólica, mais tardia que a primeira; e a onda dicrótica, que é a onda diastólica que aparece logo após a incisura dicrótica.



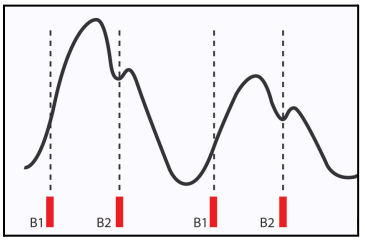
Além disso, daremos focos em alguns tipos de PULSOS quanto à AMPLITUDE, pois quando são pedidos, "pega" muitos concurseiros

PULSO PARADOXAL

Constitui um exagero da diminuição da pressão arterial sistólica (e, consequentemente, do pulso arterial) durante a inspiração. O pulso diminui de intensidade ou desaparece durante a inspiração. É definido como uma diminuição superior a 10 mmHg na pressão sistólica durante a inspiração. Em condições fisiológicas, o enchimento do átrio e do ventrículo esquerdos diminui durante a inspiração; contudo, quando a complacência ventricular está reduzida, o enchimento dessas câmaras torna-se menor que o normal, diminuindo o débito cardíaco. Isso torna o pulso menos palpável e reduz a pressão arterial sistólica.



PULSO ALTERNANTE



Pulsos fortes e fracos alternadamente. Há alternação contínua da amplitude de um batimento para outro; embora o ritmo seja basicamente regular, o volume ejetado varia. É mais perceptível no pulso radial. Ocorre devido a variações do enchimento e na contratilidade miocárdica em situações de disfunção ventricular esquerda. É um dos sinais mais precoces de disfunção ventricular, tais como ICC.

HORA DE PRATICAR!

OBJETIVA / Prefeitura de Ponte Alta - SC / 2023 - Em relação ao exame físico em enfermagem, assinalar a alternativa CORRETA:

A A segunda bulha cardíaca (B2) está ligada ao fechamento das valvas mitral e tricúspide. Ela marca o início da sístole (contração ventricular).

B Classicamente, a ausculta cardíaca é realizada em pontos do tórax nos quais é captado o ruído das valvas.

C Os focos de ausculta são: o foco pulmonar, que corresponde ao choque de ponta e está localizado no cruzamento do quinto espaço intercostal esquerdo com a linha hemiclavicular; o foco tricúspide, localizado na base do apêndice xifoide; o foco aórtico, que fica no segundo espaço intercostal à direita, junto ao esterno; e o foco mitral, no segundo espaço intercostal à esquerda, junto ao esterno.

D A primeira bulha cardíaca guarda uma relação com o fechamento das valvas pulmonar e aórtica (semilunares), sendo mais audível com o diafragma do estetoscópio colocado sobre a base do coração, no segundo espaço intercostal direito, na região paraesternal (foco aórtico).

Comentários

A Errada. A segunda bulha (B2) guarda uma relação com o fechamento das valvas pulmonar e aórtica (semilunares), sendo mais audível com o diafragma do estetoscópio colocado sobre a base do coração, no segundo espaço intercostal direito, na região paraesternal (foco aórtico).

B Certa. Além de saber isso, não pode ir para a prova sem saber sobre os focos, que será explicado na próxima alternativa!

C Errada.

Foco mitral: situa-se no 5º espaço intercostal (EIC) esquerdo na linha hemiclavicular e corresponde ao ictus cordis.

Foco pulmonar: situa-se no 2º EIC esquerdo, junto ao esterno. Nesse espaço podemos avaliar desdobramentos da 2ª bulha cardíaca.

Foco aórtico: 2º EIC direito, justaesternal. Porém, algumas vezes, o melhor local para auscultar alterações de origem aórtica é a área entre o 3º e 4º EIC esquerdo, onde fica localizado o foco aórtico acessório.

Foco tricúspide: situa-se na base do apêndice xifóide ligeiramente para a esquerda. Os fenômenos acústicos originados na valva tricúspide (sopro sistólico) costumam ser mais percebidos na área mitral.

D Errada. Primeira bulha (B1): Fechamento das valvas mitral e tricúspide, componente mitral antecede tricúspide, coincide com ictus cordis e pulso carotídeo, timbre mais grave, representação - TUM

ABDOMINAL: principais pontos

Relembrando o que já foi dito no início da aula:

O exame do abdômen possibilita que sejam retiradas informações referentes às estruturas abdominais, utilizando todas as etapas de exame do paciente, tal como inspeção, percussão, palpação e ausculta. *Todavia, cabe a ressalva de que, nesse exame, é preferível que a ausculta se realize **antes** da palpação e da percussão, podendo essas etapas, caso realizadas previamente, atrapalhar a ausculta.*

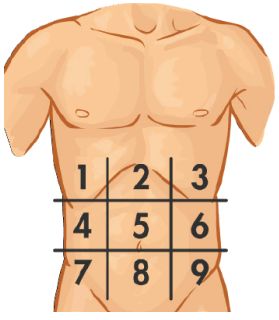
A fim de facilitar o processo de examinar o abdômen, lembre-se dos quadrantes que facilitam a localização de afecções e áreas a serem avaliadas:

Podemos dividi-lo em:

4 QUADRANTES

Quadrante Superior Direito (QSD) *Lobo direito do fígado* *Vesícula biliar* *Piloro* *Duodeno* *Cabeça do pâncreas* *Flexura hepática do cólon* *Polo superior do rim direito* *Porções do cólon ascendente e transverso*	*Quadrante Superior Esquerdo (QSE)* *Lobo hepático esquerdo* *Baço* *Estômago* *Corpo/cauda do pâncreas* *Rim esquerdo* *Flexura esplênica do cólon* *Porções do cólon transverso e descendente*
Quadrante Inferior Direito *Polo inferior do rim direito* *Ceco* *Apêndice* *Parte do cólon ascendente* *Tuba uterina* *Ovário direito* *Ureter direito* *Parte da bexiga (se distendida)*	*Quadrante Inferior Esquerdo* *Cólon sigmoide* *Tuba uterina esquerda* *Ovário esquerdo* *Parte do cólon descendente* *Parte do rim esquerdo* *Ureter esquerdo* *Linha média* *Útero* *Parte da bexiga (se distendida)*

9 QUADRANTES



1 Hipocôndrio direito *Lobo hepático direito* *Vesícula biliar*	*2 Epigástrica* *Extremidade pilórica do estômago* *Duodeno*	*3 Hipocôndrio esquerdo* *Estômago* *Cauda do Pâncreas*

	Pâncreas *Porção do fígado*	*Flexura esplênica do cólon*
4 Flanco direito *Cólon Ascendente* *Porções do duodeno e jejuno*	*5 Mesogástrica (umbilical)* *Omento* *Mesentérico* *Parte inferior do duodeno* *Jejuno e íleo*	*6 Flanco esquerdo* *Cólon descendente* *Porções do jejuno e íleo*
7 Inguinal direita *Ceco* *Apêndice* *Extremidade inferior do íleo*	*8 Hipogástrico (suprapúbica)* *Íleo*	*9 Inguinal Esquerda* *Cólon sigmoide*

Só para fins de complemento que guia o exame físico: seguem causas possíveis de diferentes etiologias a serem observadas no exame físico do abdome.

INFLAMATÓRIO	*OBSTRUTIVO*	*PERFURATIVO*	*VASCULAR*	*GINECOLÓGICO*
Apendicite aguda	*Corpo estranho*	*Infarto Intestinal*	*Rotina Espontânea do baço*	*Gravidez tubária*
Colecistite aguda	*Hérnia*	*Aneurisma de Aorta*	*Rotura de aneurisma*	*Cisto de ovário hemorrágico*
Colangite aguda	*Tumor*	*Úlcera Perfurada*		*Rotura uterina*
Diverticulite	*Fecaloma*	*Trauma*		
DIP	*Úlcera perfurada*	*Corpo estranho*		
Pancreatite aguda	*Trauma Obstrutivo*			

1. INSPEÇÃO

Visa avaliar:

➔ Simetria: Avaliar se há presença de assimetria, como pode ocorrer na hepatoesplenomegalia, hérnias de parede abdominal, neoplasias e obstruções;

➔ Abaulamentos: presença de massas abdominais, como neoplasias ou hérnia da parede abdominal;

➔ Retrações (depressões): bridas pós-cirúrgicas, caquexia;
➔ Circulação colateral: pode ser visível em caso de obstrução do sistema venoso porta (cabeça de medusa) ou veia cava;
➔ Cicatriz umbilical: normal, plana, tendência à retificação, protrusa
➔ Ondas peristálticas: em geral não são observadas em indivíduos normais, mas pode estar presente quadros obstrutivos;
➔ Pulsação;
➔ Movimentos respiratórios;
➔ Lesões cutâneas: sinal de Cullen e sinal de Turner, presentes na pancreatite aguda. *[veremos mais adiante]*

Complementando, quando ao formato do abdome, tem-se:
➔ Plano: formato normal do abdômen.
➔ Globoso: abdômen aumentado de maneira uniforme com predomínio na região anterior.
➔ Batráquio: abdômen aumentado com predomínio transversal (parece barriga de sapo). Ocorre nos pacientes que têm ascite (presença de líquido na cavidade abdominal).
➔ Avental: parede abdominal cai sobre as pernas do paciente, comum em obesos.
➔ Pendular: quando apenas a porção inferior do abdome protrui com o aumento do volume abdominal.
➔ Escavado: aspecto visto nas pessoas muito emagrecidas.

2. AUSCULTA

Na ausculta, deseja-se avaliar a motilidade intestinal principalmente e identificar sopros vasculares na aorta.

Os sons intestinais normais são denominados de ruídos hidroaéreos e são caracterizados por estalidos e gorgolejos *(sons de água)* e, para a sua averiguação, deve ser feita a ausculta em ambos os hemiabdomes, por 1 minuto em cada região.

Os sopros abdominais podem ser pesquisados seguindo a trajetória da aorta, lembrando-se que ela gera transversalmente as duas renais na altura do umbigo e se bifurca um centímetro abaixo da cicatriz umbilical, gerando as ilíacas externas. Esses sopros são similares aos cardíacos e predominam na sístole.

3. PALPAÇÃO

A palpação tem como objetivos determinar se há alguma resistência na parede abdominal, determinar as condições físicas das vísceras abdominais e explorar a sensibilidade dolorosa do abdômen. Ela pode ser feita de forma mais SUPERFICIAL ou PROFUNDA.

Nessa palpação pode haver uma forma de "defesa muscular", uma rigidez da parede associada ao reflexo visceromotor, indicando que pode haver uma peritonite (inflamação da membrana que recobre os intestinos e a face interna do abdome), sendo esse reflexo uma forma de proteção

contra a ação de agentes externos sobre áreas inflamadas do peritônio (a palpação normal deve ser flácida e oferecer pouca resistência).

O fígado é um dos órgãos mais importantes no processo de palpação, sendo que ele pode ser palpado com as mãos em garra (com um formato similar ao de um gancho) no rebordo costal direito associado a um movimento respiratório. O fígado habitualmente não ultrapassa 2 cm do rebordo costal direito, mas quando acontecer, pode haver uma hepatomegalia (tamanho aumentado do fígado) ou uma ptose hepática (na qual o fígado não se encontra aumentado, mas está deslocado para baixo, por exemplo, devido a um enfisema pulmonar, o qual aumenta a área do pulmão e o desloca para baixo).

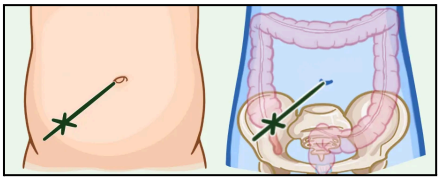
Aproveitando o trecho, reveja alguns sinais importantes abdominais.

SINAIS

NOME	FUNÇÃO	TÉCNICA
Blumberg	Detecção de apendicite	Descompressão rápida e dolorosa no ponto de McBurney* (ponto apendicular) localizado na fossa ilíaca direita. Pode ser usado para pesquisa de peritonite quando é realizado em qualquer parte do abdome e o paciente apresenta dor à descompressão rápida.
Rovsing	Detecção de apendicite	Palpação do quadrante inferior esquerdo e o paciente sente dor no quadrante inferior direito.
Lapinsky	Apendicite	Sinal de dor à palpação profunda no ponto de McBurney* com membro inferior direito hiperestendido e elevado.
Giordano	Detecção pielonefrite ou litíase renal	Percussão com a mão em forma de punho no dorso do paciente no nível da 11° e 12° costela, com uma mão realizando o amortecimento.
Murphy	Colecistite	Palpa-se o ponto biliar ou ponto cístico, no hipocôndrio direito e pede-se para o paciente inspirar profundamente. Ao inspirar, o diafragma faz com que o fígado

		desça e assim a vesícula biliar possa ser palpada pela mão.
Jobert	Pneumoperitôneo	Percussão do hipocôndrio direito com detecção de timpanismo.
Courvoisier-Terrier	Neoplasia	Vesícula biliar palpável
Torres Homem	Abscesso hepático	Percussão de toda a loja hepática da linha mediana até a linha axilar anterior indo em busca de dor. Dor circunscrita e localizada = Sinal de Torres Homem Positivo. Se dói ao percutir toda a loja hepática = Sinal de Torres Homem Negativo.

McBurney = localizado no terço lateral de uma linha que liga a espinha ilíaca anterior ao umbigo e corresponde ao local em que a base do apêndice se liga ao ceco.*



HORA DE PRATICAR!

OBJETIVA / Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - SP / 2023 - Considerando-se os exames para investigação de apendicite, assinalar a alternativa que preenche a lacuna abaixo CORRETAMENTE: _____ é o sinal de dor à descompressão abdominal brusca do ponto de McBurney. É indicativo de peritonite, geralmente associada à apendicite.

A Sinal de Chutro

B Sinal de Blumberg

C Sinal de Cullen

D Sinal de Giordano

Comentários

O sinal de Blumberg é um sinal semiológico caracterizado por dor à descompressão brusca da parede abdominal no ponto apendicular, mais conhecido como ponto de McBurney.

Alternativa: B.

4. PERCUSSÃO

#DicaDoProf

No abdômen, devido à grande predominância de alças de intestino, *o som timpânico é predominante*, exceto na região do hipocôndrio direito, onde o som é maciço devido ao fígado. Essa manobra nos permite inferir se há massas, líquido ascítico (cujo som será mais maciço) ou se há mais ar do que o esperado (hipertimpânico).

O baço, devido à sua localização (na porção posterior do abdômen, protegido pelo gradeado costal), normalmente não é percutível. Quando ele aumenta de tamanho (crescendo da esquerda para a direita e de cima para baixo), porém, ele se torna percutível e ocupa uma região designada espaço de Traube, área de formato semilunar, abaixo do diafragma, entre o lobo esquerdo do fígado e a linha axilar anterior esquerda e acima do rebordo costal esquerdo.

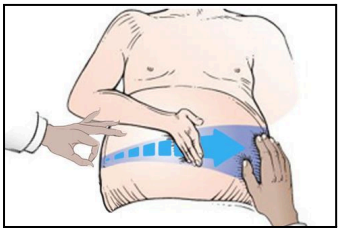
Há outras manobras usadas em casos específicos como o Sinal de Giordano (utilizado em caso de cálculos ou infecções renais), pesquisa de macicez móvel e do semicírculo de Skoda, sinal de Piparote (usados em caso de suspeita de ascite).

TÉCNICAS PARA DETECÇÃO DE ASCITE

Conheça 3 técnicas específicas de percussão abdominal para detecção da ascite:

➔ Macicez móvel: o paciente fica em decúbito lateral direito e esquerdo enquanto se percute a região lateral e central do abdome. Se houver ascite, haverá som timpânico na lateral e som maciço no centro.

➔ Semicírculo de Skoda: paciente em decúbito dorsal: percute-se a região central do abdome em busca de som timpânico e a periferia em busca de som maciço.



➔ Manobra de Piparote (mais conhecido!): Para realizar o procedimento pede-se para o paciente (ou outra pessoa) colocar a mão na linha mediana do abdômen e então realiza-se a percussão em um dos lados do abdômen, observando a transmissão de onda de líquido para o lado oposto e, caso haja prosseguimento da onda para o lado oposto do abdômen, o sinal é considerado positivo.

HORA DE PRATICAR!

FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Barra Longa - MG / 2023

Leia o texto a seguir.

O exame físico deve ser realizado na primeira fase do processo de Enfermagem e consiste nas etapas de inspeção, palpação, percussão e ausculta, além da utilização de alguns instrumentos e aparelhos. Para realização de cada etapa, o examinador utiliza os sentidos, sobretudo a visão, o tato e a audição. Na _____, é realizado o golpeamento com um dedo à borda ungueal ou à superfície dorsal da segunda falange do dedo médio ou indicador da outra mão, que se encontra espalmada e apoiada na região de interesse. O som encontrado em regiões que contenham órgãos parenquimatosos como o fígado é chamado _____.

Assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas do texto anterior.

A percussão dígito-digital; maciço

B percussão direta; maciço

C palpação; submaciço

D palpação; ruído adventício

Comentários

Na PERCUSSÃO, é realizado o golpeamento com um dedo à borda ungueal ou à superfície dorsal da segunda falange do dedo médio ou indicador da outra mão, que se encontra espalmada e apoiada na região de interesse. O som encontrado em regiões que contenham órgãos parenquimatosos como o fígado é chamado MACIÇO.

Alternativa: A.

VASCULAR: principais pontos

Focaremos na inspeção e na palpação. A análise da vascularização no paciente é feita tipicamente analisando os membros (tanto superiores, quanto inferiores).

Quando falamos de sistema arterial nos membros inferiores, temos que verificar os pulsos arteriais acessíveis. Dentre eles, estão os das artérias:

➔ Femoral: entre a espinha ilíaca anterossuperior e a sínfise púbica, logo abaixo do ligamento inguinal.
➔ Poplítea: no cavado poplíteo, atrás do joelho.
➔ Pediosa: no dorso do pé, entre músculo extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos (no topo do pé, próximo ao dedão).
➔ Tibial posterior: logo atrás do maléolo medial.

1. INSPEÇÃO

Os membros devem ser avaliados como um todo, portanto, devemos analisar tamanho *(avaliar se não existe desproporção entre os membros)*, simetria, cor *(verificar alterações de cor, como dermatite ocre – explicada abaixo)* e textura da pele, leitos ungueais *(para verificar a presença de perfusão periférica)*, padrão venoso e presença de edemas e sinais flogísticos.

Para fazer a avaliação do sistema venoso, o paciente deve estar em **posição ortostática** *(em pé)*, para que se dê o possível diagnóstico de insuficiência venosa, observando-se as veias varicosas cheias.

Avaliando o sistema arterial, no caso de insuficiência arterial periférica, a pele pode estar pálida e fina (por vezes com formação de úlceras), podendo ter alterações tróficas, redução de pelos.

2. PALPAÇÃO

Devemos executar a palpação dos pulsos em regiões onde as artérias ficam superficiais, como já explicado acima. Em pacientes com insuficiência arterial periférica, os pulsos estão diminuídos ou ausentes *(já que as artérias deles estão com um calibre menor, frequentemente causado pelo processo aterosclerótico – deposição de colesterol na parede dos vasos).*

Geralmente esses pacientes apresentam a chamada claudicação intermitente (dor em queimação ao andar que melhora com repouso).

É sempre mandatório verificar a presença de edema de membros inferiores. Sinal muito frequente, está associado a diversas patologias *(à congestão do território venoso – por insuficiência cardíaca, por exemplo; à baixa osmolalidade sanguínea – apresentando-se de forma generalizada; à vasodilatação resultante de um processo inflamatório, dentre muitos outros motivos).*

Classifica-se o edema em depressível ou não. Caso seja depressível, existirá um sinal chamado de Godet, que consiste em realizar uma dígito-pressão contra o osso na porção edemaciada (região tibial anterior) formando uma depressão que demora para retornar ao padrão original – conforme ilustra a. Além disso, gradua-se o edema de acordo com sua intensidade em uma escala de 4 cruzes.

Avança SP / Prefeitura de Americana - SP / 2023 - Sobre a verificação do pulso periférico, assinale a alternativa incorreta:

A Tem como objetivo avaliar e monitorar condições hemodinâmicas do paciente e detectar arritmias cardíaca.

B Tem como objetivo avaliar efeitos de medicamentos que alteram a frequência cardíaca.

C Tem como objetivo verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.

D Os locais para verificação dependem do estado do paciente.

E As artérias, femoral, carótida e braquial são locais de fácil palpação utilizadas normalmente para pacientes inconscientes.

1.4 - Instrumentos para o processo de Enfermagem

1.4.1 – NANDA

Para comunicar as decisões sobre os diagnósticos de enfermagem do indivíduo, da família ou da comunidade, é importante que se utilize um SISTEMA DE LINGUAGEM PADRONIZADA. Há sistemas de linguagem específicos da enfermagem, como a Classificação de diagnósticos da NANDA-I, CIPE, o Sistema Omaha, o Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos de Sabba. Também existem sistemas de classificação que podem ser compartilhados com outros profissionais da saúde, como é o caso da Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) e a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP).

Neste trecho, trataremos pontos importantes do NANDA e, como é impossível reproduzi-lo por completo (e nem faria sentido), trarei o que é mais relevante, tanto de introdução teórica, quanto o entendimento de alguns diagnósticos.

Estamos utilizando, por enquanto, a versão 2021 - 2023.

São destaques dessa edição:

- ➔ 46 diagnósticos novos e 67 revisados
- ➔ Atualização de títulos dos diagnósticos, garantindo coerência com a literatura atual
- ➔ Refinamento da maioria dos fatores relacionados e de risco
- ➔ Padronização dos indicadores diagnósticos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, condições associadas e populações em risco)
- ➔ Novo capítulo sobre critérios dos níveis de evidência para submissão de diagnósticos

Sabemos que a Referência NANDA é utilizada na segunda etapa do processo de enfermagem, a saber, a etapa do DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM. Também conhecemos que nesta fase há o julgamento clínico e é exatamente isso que desejo definir com clareza

JULGAMENTO CLÍNICO é "uma interpretação ou conclusão sobre as necessidades, preocupações ou problemas de saúde de um paciente e ou a decisão de tomar ação (ou não)".

A avaliação envolve a coleta de dados subjetivos e objetivos (por exemplo, vitais sinais, entrevista, exame físico, laboratório e diagnóstico resultados de imagem) e revisão das informações históricas fornecidas pelo paciente/família ou encontrados no prontuário do paciente.

NANDA International, Inc. fornece uma terminologia padronizada de enfermagem diagnósticos, e apresenta seus diagnósticos em um esquema de classificações, mais especificamente uma taxonomia. Contém 267 diagnósticos de enfermagem agrupados em 13 domínios e 47 classes.

Um domínio é um "Esfera de conhecimento" e os domínios da NANDA-I identificam o conhecimento único ponta da disciplina de enfermagem. Os 13 domínios NANDA-I são posteriormente divididos em classes (agrupamentos que compartilham atributos comuns). Urinário função, por exemplo, é uma classe no domínio Eliminação e troca. Cada uma das classes contém diagnósticos de enfermagem relevantes. Retenção urinária (00023) é um diagnóstico de enfermagem na classe Função urinária, dentro do domínio de Eliminação e Troca.

Veja quais são os DOMÍNIOS:

1. Promoção da saúde
2. Nutrição
3. Eliminação e troca
4. Atividade / descanso
5. Percepção / cognição
6. Autopercepção
7. Relações de papéis
8. Sexualidade
9. Enfrentamento / tolerância ao estresse
10. Princípios de vida
11. Segurança / proteção
12. Conforto
13. Crescimento / desenvolvimento

O diagnóstico de Enfermagem pode ser de quatro tipos:

Diagnóstico real

No diagnóstico real, identifica-se um problema de saúde atual pelo qual o paciente está passando. Um exemplo seria a oxigenação insuficiente do organismo, podendo ser causada por uma obstrução nas vias aéreas.

Diagnóstico de promoção à saúde

Quando um paciente se enquadra nessa categoria, significa que existem condições de se melhorar o bem-estar dele de alguma forma, como a inserção de um marca-passo.

Diagnóstico de risco

O diagnóstico de risco demonstra o quanto o paciente pode estar suscetível a riscos secundários, como uma infecção durante um procedimento.

Diagnóstico de síndrome

O diagnóstico de síndrome compreende os sintomas apresentados levando em conta síndromes que o paciente possa ter, como pós-traumática ou de abstinência.

Vamos entender essas partes importantes do DIAGNÓSTICO:

➔ Características definidoras: são as manifestações de um diagnóstico, ou seja, sinais e sintomas.

- ➔ Fatores relacionados: influências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um evento São, em outras palavras, as causas.

  Adicionalmente, podemos colocar, aqui, acerca dos "fatores de risco" que são aspectos ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade a um evento.

- ➔ Populações em risco: comunidade que compartilha um perfil semelhante para determinado tipo de risco.
- ➔ Condições associadas: são os diagnósticos médicos, procedimentos, dispositivos farmacêuticos.

Um formato comum usado por alunos ao aprender a documentar enfermagem os diagnósticos incluem: _____ [diagnóstico de enfermagem] relacionado a _____ [causa /fatores relacionados], conforme evidenciado por _____ [síntomas / caracteres definidores].

No entanto, sempre foi a posição de NANDA-I que é apropriado documentar apenas o rótulo, desde que o fatores relacionados / de risco e características definidoras podem ser reconhecidos no dados de avaliação, notas de enfermagem ou plano de ações de cuidados dentro do paciente, a fim de fornecer subsídios para o diagnóstico de enfermagem.

Uma vez que os diagnósticos são identificados, a PRIORIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS de enfermagem selecionados deve ocorrer para determinar as prioridades de atendimento. Os diagnósticos de enfermagem de alta prioridade precisam ser identificados (ou seja, necessidade urgente, diagnósticos com alto nível de congruência com características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco) para que o cuidado possa ser direcionado para resolver esses problemas ou diminuir a gravidade ou o risco de ocorrência.

Os diagnósticos da NANDA-I são conceitos construídos por meio de um modelo multi-axial. Um eixo, para efeitos da Taxonomia II da NANDA-I, é a operacionalmente definido como uma dimensão da resposta humana que é considerada no processo de diagnóstico. Existem sete eixos, ora explícitos no título do diagnóstico, ora não.

- ➔ Eixo 1: o foco do diagnóstico: descreve a resposta humana.
- ➔ Eixo 2: sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, grupo, cuidador, comunidade, etc.): a pessoa a qual o diagnóstico é direcionado.
- ➔ Eixo 3: julgamento (prejudicado, ineficaz, etc.). É um descritor ou modificador que limita ou especifica o significado do foco do diagnóstico.
- ➔ Eixo 4: localização (oral, periférica, cerebral, etc.). Descreve as partes / regiões do corpo e / ou suas funções relacionadas.
- ➔ Eixo 5: idade (recém-nascido, bebê, criança, adulto, etc.) Faixa etária da pessoa que é o sujeito do diagnóstico.
- ➔ Eixo 6: tempo (crônico, agudo, intermitente). Duração do foco do diagnóstico.
- ➔ Eixo 7: status do diagnóstico. refere-se à realidade ou potencialidade do problema.

Agora, vou separar alguns diagnósticos para você se familiarizar com eles:

Domínio	Diagnóstico	Definição	Características definidoras [algumas]
Promoção da saúde	Estilo de vida sedentário	Um modo de comportamento adquirido que é caracterizado por atividades na hora de vigília que requerem baixo gasto de energia.	Falta de condicionamento físico; Média de atividade física diária inferior à recomendada para idade e sexo; Preferência por atividades com pouca atividade física;
Eliminação e troca	Troca de gases prejudicada	Excesso ou déficit na oxigenação e/ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alveolocapilar.	Batimento de asa do nariz Cefaleia ao acordar Confusão Cor da pele anormal Diaforese Diminuição do nível de dióxido de carbono (CO2) Dispneia Gasometria arterial anormal Hipercapnia Hipoxemia Hipóxia Inquietação Irritabilidade Padrão respiratório anormal Perturbação visual pH arterial anormal Sonolência Taquicardia
Segurança /proteção	Risco de aspiração	Suscetibilidade à entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou líquidos nas vias traqueobrônquicas que pode comprometer a saúde.	Barreira à elevação da porção superior do corpo Conhecimento insuficiente sobre os fatores modificáveis Motilidade gastrintestinal diminuída Tosse ineficaz
Atividade/repouso	Mobilidade física prejudicada	Limitação no movimento independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	Alteração na marcha Desconforto Dificuldade para virar-se Dispneia ao esforço Envolvimento em substituições do movimento Instabilidade postural Movimentos descoordenados Movimentos espásticos Movimentos lentos Redução na amplitude de movimentos

			Redução nas habilidades motoras finas Redução nas habilidades motoras grossas Tempo de resposta prolongado Tremor induzido pelo movimento
Nutrição	Amamentação ineficaz	Dificuldade para oferecer o leite das mamas, o que pode comprometer o estado nutricional do lactente ou da criança.	Arqueamento do lactente quando na mama Ausência de resposta do lactente a outras medidas de conforto Esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação Fezes inadequadas do lactente Ganho de peso insuficiente do lactente Incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar materna corretamente Lactente chora ao ser posto na mama Lactente chora ou exibe agitação na primeira hora após a amamentação Perda de peso do lactente sustentada Persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação Resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar Suprimento de leite inadequado percebido
Enfrentamento/tolerância ao estresse	Ansiedade	Sentimento vago e incômodo de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.	<u>Comportamentais</u> Age como se examinasse o ambiente Contato visual insuficiente Gestos de inquietação Hipervigilância Inquietação Insônia Movimento sem finalidade Olhares de relance Preocupações em razão de mudança em eventos da vida Produtividade diminuída Afetivas Agonia Desamparo Entusiasmo excessivo Foco em si próprio Incerteza Irritabilidade Medo Nervosismo Sensação de inadequação Sofrimento

			Suspeição aumentada Fisiológicas Aumento da tensão Aumento da transpiração Estremecimentos Tensão facial Tremores Tremores nas mãos Voz trêmula Simpáticas Alteração no padrão respiratório Anorexia Aumento da frequência cardíaca Aumento da frequência respiratória Aumento da pressão arterial Boca seca Diarreia Palpitações cardíacas Pupilas dilatadas Reflexos rápidos Rubor facial Vasoconstrição superficial Parassimpáticas Alteração no padrão de sono Desmaio Diarreia Diminuição da frequência cardíaca Diminuição da pressão arterial Dor abdominal Fadiga Formigamento das extremidades Frequência urinária Hesitação urinária Náusea Urgência urinária Cognitivas Alteração na atenção Alteração na concentração Bloqueio de pensamentos Campo de percepção diminuído Capacidade diminuída para aprender Capacidade diminuída para solucionar problemas Confusão Consciência dos sintomas fisiológicos Tendência a culpar os outros
Segurança /proteção	Risco de infecção	Suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos que pode comprometer a saúde.	Alteração na integridade da pele Alteração no peristaltismo Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos Desnutrição

			Estase de líquidos orgânicos Obesidade Tabagismo Vacinação inadequada
Atividade/repouso	Perfusão tissular periférica ineficaz	Redução da circulação sanguínea para a periferia que pode comprometer a saúde.	A cor não volta à perna quando esta é baixada após 1 minuto de sua elevação Alteração em característica da pele Alteração na função motora Ausência de pulsos periféricos Claudicação intermitente Cor da pele pálida na elevação de membro Diminuição da pressão arterial nas extremidades Distância em teste de caminhada de 6 minutos abaixo da faixa normal Dor em extremidade Edema Índice tornozelo-braquial < 0,90 Parestesia Percorre menores distâncias livre de dor no teste de caminhada de 6 minutos Pulsos periféricos disminuidos Retardo na cicatrização de ferida periférica Sopro femoral Tempo de enchimento capilar > 3 segundos

HORA DE PRATICAR!

CESPE / CEBRASPE /TRT - 8ª Região (PA [illegible]) /2022- Considerando os alicerces conceituais e metodológicos das mais recentes taxonomias de diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, assinale a opção correta.

A Conceitualmente, a taxonomia funciona como uma estrutura base para avaliações de enfermagem.

B Há mais de quinhentos diagnósticos de enfermagem reconhecidos pela taxonomia referida.

C O conhecimento em enfermagem taxonômico inclui não somente respostas e riscos individuais, familiares, grupais e comunitários, mas também suas forças, ou pontos fortes.

D Domínios, classes e diagnósticos guardam entre si relação taxonômica horizontal, não hierárquica.

E A taxonomia pretende dar segurança ao rápido diagnóstico de enfermagem, realizado com base apenas em seu nome ou rótulo.

Comentários

A Errada. A taxonomia é uma ordenação sistemática de fenômenos que definem os conhecimentos da disciplina de enfermagem. Não tem foco na avaliação. Pensando na taxonomia NANDA, é ela que orienta a classificação e categorização do diagnóstico de enfermagem ou das condições que de fato precisam de cuidados dessa área.

B Errada. A edição 2021-2023 do Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I reúne os 267 diagnósticos de enfermagem revisados e não "mais de 500".

C Certa. Os conhecimentos de enfermagem incluem respostas individuais, familiares, grupais e comunitárias (saudáveis e não saudáveis), riscos e elementos positivos.

A taxonomia da NANDA-I pretende funcionar das seguintes formas: ser um modelo, ou mapa cognitivo, dos conhecimentos da disciplina da enfermagem; comunicar o conhecimento, as perspectivas e as teorias; oferecer estrutura e ordem para esse conhecimento; funcionar como um instrumento de apoio ao raciocínio clínico; oferecer uma maneira de organizar os diagnósticos de enfermagem num prontuário eletrônico de saúde.

D Errada. A relação é hierárquica. NANDA I fornece uma terminologia padronizada de enfermagem diagnósticos, e apresenta seus diagnósticos em um esquema de classificações, mais especificamente uma taxonomia. Contém 267 diagnósticos de enfermagem agrupados em 13 domínios e 47 classes.

Um domínio é um "Esfera de conhecimento" e os domínios da NANDA-I identificam o conhecimento único ponta da disciplina de enfermagem. Os 13 domínios NANDA-I são posteriormente divididos em classes (agrupamentos que compartilham atributos comuns).

E Errada. O diagnóstico tem o rótulo, as características definidoras, fatores relacionados e etc.

Alternativa: C.

1.4.2 – CIPE

Não cai muito, mas outra sigla famosa no contexto do Processo de Enfermagem é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Ela é um sistema de linguagem padronizada, amplo e complexo, que representa o domínio da prática da enfermagem no âmbito mundial, reconhecida como um marco unificador de todos os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem (diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem). *[ou seja, não foca só no diagnóstico como NANDA, ou só na Intervenção, como NIC, e assim por diante]*

Nesta perspectiva a CIPE tem por objetivos:

- ➔ Estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, de forma a melhorar a comunicação entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar;
- ➔ Representar os conceitos utilizados nas práticas locais, independente dos idiomas e áreas de especialidade;
- ➔ Descrever os cuidados de Enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades) a nível mundial;

- ➔ Permitir comparações de dados de Enfermagem entre populações de pacientes, contextos, áreas geográficas e tempo;
- ➔ Estimular a investigação em Enfermagem através da relação como os dados disponíveis nos sistemas de informação em Enfermagem e da saúde;
- ➔ Fornecer dados sobre a prática de Enfermagem de forma a influenciar a formação de enfermeiros e a política de saúde e;
- ➔ Projetar tendências sobre as necessidades dos pacientes, prestação do cuidado de Enfermagem, utilização de recursos e resultados do cuidado de Enfermagem.

A ISO é uma organização não-governamental que, desde 1947, promove a linguagem tecnológica comum entre diversos países, cujas padronizações são fruto do consenso entre especialistas de diversas áreas. A ISO 18.104:2003 surge como referencial de representação de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (denominada, pela norma, como Ação) para possível processamento computacional, refletindo tentativas de integração de modelos de informação e terminologias contidas em outros domínios, além da Enfermagem.

Com a ISO 18.104 e o Modelo de Sete Eixos (Foco, Julgamento, Ação, Localização, Meio, Tempo e Cliente), ficou mais fácil elaborar enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Lembrando que exceto o eixo "AÇÃO", os demais são utilizados conjuntamente (nem sempre todos eles) para a composição de um diagnóstico. Esta padronização permite uma grande liberdade ao enfermeiro no planejamento da assistência, ao mesmo tempo que carece de um treinamento e conhecimento específico para o uso adequado.

Vamos detalhar os 7 EIXOS:

- ➔ Foco: área de atenção que é relevante para a Enfermagem (exemplos: dor, sem-abrigo, eliminação, esperança de vida ou conhecimentos).
- ➔ Juízo/Julgamento: opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido ou anómalo).
- ➔ Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (exemplos: recém-nascido, prestador de cuidados, família ou comunidade).
- ➔ Ação: processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, mudar, administrar ou monitorizar).
- ➔ Recursos: forma ou método de concretizar uma intervenção (exemplos: ligadura ou técnica de treino vesical).
- ➔ Localização: orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: posterior, abdômen, escola ou centro de saúde na comunidade).
- ➔ Tempo: o ponto, período, instância, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: admissão, nascimento ou crônico).

CPCON / Prefeitura de Boa Ventura - PB /2019 - É essencial que o Enfermeiro reconheça a evolução de sua ciência para compreender a importância da implantação do Processo de Enfermagem, Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do uso de terminologias e de sistemas de classificação para a prática da enfermagem. Nesse contexto, é CORRETO afirmar que:

A A primeira versão dos Diagnósticos de Enfermagem escrita na NANDA aconteceu em 1920, com Florence Nightingale e está em pauta até hoje no Processo de Enfermagem.

B NANDA é uma organização sem fins lucrativos, na qual estão incluídos os diagnósticos, as intervenções e os resultados de enfermagem que serão úteis para a escrita do planejamento do cuidado.

C CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) é uma classificação sobre o Modelo de Sete Eixos, que permite enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

D NANDA, em português, se refere ao Banco de Dados de Enfermagem para Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem da América Latina e do Caribe.

E CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) foi criada pelo Conselho Americano de Enfermeiros para uma linguagem de enfermagem no Canadá e, aos poucos, está adentrando no território brasileiro.

Comentários

A Errada. A NANDA Internacional surgiu no ano de 1982 como uma forma de uniformizar os diagnósticos de enfermagem tornando a linguagem única e facilitando o uso de terminologias pelos enfermeiros.

B Errada. NANDA trata de diagnóstico, NIC de intervenções e NOC de resultados.

C Certa.

Foco: área de atenção que é relevante para a Enfermagem (exemplos: dor, sem-abrigo, eliminação, esperança de vida ou conhecimentos).

Juízo/Julgamento: opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem (exemplos: nível decrescente, risco, melhorado, interrompido ou anómalo).

Cliente: sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção (exemplos: recém-nascido, prestador de cuidados, família ou comunidade).

Ação: processo intencional aplicado a um cliente (exemplos: educar, mudar, administrar ou monitorizar).

Recursos: forma ou método de concretizar uma intervenção (exemplos: ligadura ou técnica de treino vesical).

Localização: orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção (exemplos: posterior, abdômen, escola ou centro de saúde na comunidade).

Tempo: o ponto, período, instância, intervalo ou duração de uma ocorrência (exemplos: admissão, nascimento ou crônico).

D Errada. Nanda não trata de intervenções, mas de diagnósticos de enfermagem.

E Errada. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para permitir uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial.

Alternativa: C.

1.4.3 – CIPESC

A CIPESC é um instrumento de trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva, que visa apoiar a sistematização de sua prática assistencial, gerencial e de investigação. É também, instrumental pedagógico potente para a formação e qualificação de enfermeiros comprometidos com o SUS.

Trata-se de um projeto desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), entre 1996 e 2000, como contribuição brasileira à Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®), que resultou um inventário vocabular no campo da Saúde Coletiva.

O projeto CIPESC se ocupou de três questões centrais:

- ➔ investigação sobre a prática de enfermagem;
- ➔ reflexão sobre o trabalho, do ponto de vista dos participantes;
- ➔ arquitetura de um sistema de informações que pudesse dar visibilidade às ações de enfermagem em âmbito nacional e internacional.

Para a "listona" dos diagnósticos, associada às intervenções, veja este documento ao fazer as questões: CLIQUE AQUI!

UNIFASE - RJ / UNIFASE - RJ / 2023 - O Diagnóstico de Enfermagem consiste em uma importante etapa do Processo de Enfermagem e, sobremaneira, é fundamental para a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Essa etapa exige da enfermeira competência técnica e raciocínio clínico de enfermagem para reconhecer as necessidades humanas afetadas e as respostas engendradas por cada pessoa. Existem intervenções, no entanto, que são de competência da enfermeira e intervenções que são de competência do paciente ou família.

Qual intervenção abaixo é de competência do enfermeiro, segundo o CIPESC?

A Observar cor, quantidade ou alteração na urina (diagnóstico: eliminação urinária comprometida).

B Controlar o uso de medicação (diagnóstico: glândula mamária alterada).

C Oferecer água várias vezes ao dia (diagnóstico: movimento corporal diminuído)

D Manter os ferimentos limpos e secos (diagnóstico: Integridade da pele comprometida na criança).

E Realizar banho de assento (diagnóstico: corrimento vaginal).

Comentários

Veja o link logo acima da questão (link) para entender os comentários. Coloque na busca o que está na alternativa e consulte quantas vezes forem necessárias.

A Errada. Diagnóstico de enfermagem: Eliminação Urinária comprometida - Usuário

B Certa. Diagnóstico de enfermagem: Glândula mamária alterada - Enfermeiro

C Errada. Diagnóstico de enfermagem: Movimento corporal Diminuído - Família

D Errada. Diagnóstico de enfermagem: Integridade da pele comprometida na criança - Usuário

E Errada. Diagnóstico de enfermagem: Corrimento vaginal - Usuário

Alternativa: B.

1.4.4 – NOC

Para estabelecer os RESULTADOS esperados para cada diagnóstico de enfermagem selecionado para o plano de cuidados, o enfermeiro poderá utilizar algum sistema de linguagem padronizada.

No nosso meio, a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) é a mais utilizada, embora ainda de maneira incipiente. A seleção dos resultados esperados deve levar em conta o quanto são sensíveis às intervenções de enfermagem, mensuráveis e atingíveis.

Selecionar um resultado sensível às intervenções de enfermagem é importante porque, por meio dele, poderá ser demonstrada a contribuição específica da enfermagem no cuidado às pessoas.

Para ser mensurável, o resultado deve conter indicadores que possam ser ouvidos ou vistos, assim será possível verificar o estado atual do indivíduo, da família ou da comunidade e planejar o estado que se quer atingir, que pode variar desde a manutenção do estado atual até a resolução do problema.

Para cada resultado esperado, o enfermeiro deverá propor intervenções de enfermagem e prescrever ações de enfermagem que visem reduzir ou eliminar os fatores que contribuem para o diagnóstico, promover níveis mais elevados de saúde, prevenir problemas e/ou monitorar o estado de saúde atual ou o surgimento de problemas.

Veja as taxonomias do NOC:

1. Saúde Funcional	Autocuidado	Crescimento e desenvolvimento	Mobilidade	Manutenção de Energia
2. Saúde Fisiológica	Cardiopulmonar	Digestão e nutrição	Eliminação	Função sensorial

	Integridade Tissular	Líquidos e Eletrólitos	Neurocognitivo	Regulação metabólica
	Resposta Imune	Resposta Terapêutica		
3. Saúde Psicossocial	Adaptação psicossocial	Autocontrole	Bem-estar psicológico	Interação social
4. Conhecimento em saúde e comportamento	Comportamento em saúde	Comportamento em promoção da saúde	Conhecimento sobre a condição de saúde	Controle de riscos
	Crenças em saúde	Segurança		
5. Saúde percebida	Estado dos sintomas	Satisfação com o cuidado	Saúde e qualidade de vida	
6. Saúde Familiar	Bem-estar familiar	Criação de filhos	Desempenho do cuidado familiar	Estado de saúde do membro da família
7. Saúde comunitária	Bem-estar na comunidade	Proteção da saúde da comunidade.		

CESPE / CEBRASPE /HUB / 2020 - Considerando esse caso clínico hipotético e o plano de cuidados a ser elaborado, fundamentado nas taxonomias dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, dos resultados (NOC) e das intervenções (NIC), julgue o item a seguir.

Deve ser elaborado o diagnóstico de enfermagem com foco no problema denominado retenção urinária, pois existem características definidoras suficientes para sua confirmação.

Comentários

O diagnóstico de enfermagem deve focar no problema (com base na retenção urinária), pois existem características definidoras suficientes para sua confirmação, que são: diagnóstico de hiperplasia prostática benigna anterior, dificuldade miccional com diminuição do jato urinário (micção em gotas), dor intensa (referida 6) na região suprapúbica e sensação de enchimento da bexiga, abdome plano, distensão vesical palpável, elevação de ureia e creatinina séricas e a ultrassonografia de vias urinárias indicando hidronefrose bilateral.

Alternativa: Certa.

1.4.5 – NIC

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) — uma classificação abrangente e padronizada das INTERVENÇÕES de enfermagem, publicada pela primeira vez em 1992.

As intervenções de enfermagem enfocam o comportamento de enfermagem, ou seja, as ações de enfermagem que auxiliam o paciente a progredir em direção ao resultado desejado.

Uma intervenção é definida como:

Qualquer tratamento (direto ou indireto) que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para intensificar os resultados do paciente/cliente.

A classificação da NIC consiste em um nome de identificação, uma definição, um conjunto de ações e princípios constituintes da prestação da intervenção e uma pequena lista de leituras sugeridas, sobre conhecimentos pertinentes.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) foi elaborada por oito razões:

1. Padronização da nomenclatura dos tratamentos de enfermagem.
2. Expansão do conhecimento de enfermagem acerca dos diagnósticos, das intervenções e dos resultados.
3. Desenvolvimento de sistemas de informação de enfermagem e de assistência à saúde.
4. Ensino da tomada de decisões aos estudantes de enfermagem.
5. Determinação dos custos dos serviços de enfermagem.
6. Planeamento de recursos necessários para a prática de enfermagem.
7. Criação de uma linguagem que transmita as funções do enfermeiro.
8. Articulação com os sistemas de classificação de outros técnicos de saúde.

A NIC é atualizada a cada cinco anos, e a edição atual possui tradução para o português, datada de 2020.

Por fim, conheça as taxonomias do NIC (2020), para ficar ainda mais claro:

1. Fisiológico Básico	Controle da atividade e do exercício	Controle da eliminação	Controle da imobilidade
	Suporte nutricional	Promoção do conforto físico	Facilitação do autocuidado
2. Fisiológico completo	Controle de eletrolítico e ácido básico	Controle de medicamentos	Controle neurológico
	Cuidados perioperatórios	Controle respiratório	Controle da pele/lesões
	Termorregulação	Controle da perfusão tissular	
3. Comportamental	Terapia Comportamental	Terapia Cognitiva	Melhora da Comunicação
	Assistência no enfrentamento	Educação do paciente	Promoção do conforto psicológico

4. Segurança	Controle de crises	Controle de riscos	
5. Família	Cuidados na gestação e nascimento	Cuidados na criação dos filhos	Cuidados ao longo da vida.
6. Sistemas de saúde	Medicação do sistema de saúde	Controle do sistema de saúde	Controle das informações
7. Comunidade	Promoção da saúde da comunidade	Controle de riscos na comunidade	

Para fins de comparação e clareza, NANDA, NIC e NOC devem se conversar, conforme demonstrado no exemplo abaixo:

DIAGNÓSTICO	RESULTADO	INTERVENÇÃO
Risco de choque (circulatório – hipovolêmico) associado a hipotensão (100x56 mmHg) e hipovolemia (melena e episódio recente de hematêmese).	Manter a estabilidade e/ou identificar precocemente alterações hemodinâmicas.	Realizar escuta ativa, avaliar exames laboratoriais, comunicar equipe médica, administrar medicações prescritas.

SELECON / Prefeitura de Boa Vista - RR / 2020 - A classificação das intervenções de enfermagem e a classificação dos resultados de enfermagem são chamadas, respectivamente, de:

A NIC e NOC

B NOC e NIC

C CIPE e SAE

D SAE e CIPE

Comentários

Aqui a pergunta foi somente a nomenclatura, nada a esclarecer, na verdade.

Classificação das intervenções de enfermagem = NIC

Classificação dos resultados de enfermagem = NOC.

Alternativa: A.

1.5 - SAEP

O Centro Cirúrgico, por ser um setor com atividades específicas, possui uma sistematização exclusiva que é a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP). A mesma deve ser implementada por enfermeiros perioperatórios na busca pela segurança, satisfação e confiança do cliente, além da destreza dos profissionais de enfermagem atuantes no CC.

Segundo a SOBECC, os principais objetivos da SAEP são:

- ➔ Ajudar o paciente e a família a compreenderem e a se prepararem para anestesia proposta;
- ➔ Prever, prover e controlar recursos humanos e matérias para o procedimento cirúrgico e anestésico;
- ➔ Diminuir os riscos pela utilização de materiais e equipamentos durante o procedimento cirúrgico.
- ➔ Diminuir os riscos ao ambiente específico de CC e Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA).

O SAEP compreende cinco fases:

- ➔ a visita pré-operatória de enfermagem,
- ➔ o planejamento da assistência perioperatória,
- ➔ implementação da assistência,
- ➔ avaliação da assistência por meio de visita pós-operatória de enfermagem,
- ➔ reformulação da assistência a ser planejada, segundo resultados obtidos e solução de situações não desejadas ou ocorrência de eventos adversos.

Foram elencados os diagnósticos *[alguns]* que ocorrem com maior frequência em cada fase do perioperatório. Prenda-se não ao nome "exato" do diagnóstico, mas no assunto que ele traz, visto que cada atualização do NANDA poderá trazer suas próprias alterações. Assim, as sugestões de condutas facilitarão a vida do enfermeiro na prática e a do concurseiro na prova e isso é o que nos interessa!

PRÉ-OPERATÓRIO	
Ansiedade	➔ Avaliar os fatores causadores; ➔ Determinar o nível de conhecimento sobre a situação para identificar concepções errôneas, falta de informação e outros problemas pertinentes; ➔ Ajudar o paciente a lidar com a situação; ➔ Utilizar comunicação terapêutica (escuta atenta); ➔ Respeitar o desejo do paciente de não conversar; ➔ Expressar esperança levando em consideração os limites da situação do indivíduo; ➔ Ajudar o paciente a ocupar-se de atividades que promovam o

	crescimento espiritual
Medo	➔ Avaliar a intensidade do medo e a realidade de ameaça percebida pelo paciente. ➔ Determinar a percepção do paciente quanto o que está acontecendo e como isso afeta sua vida. ➔ Comparar respostas verbais e não verbais para detectar incongruências ou percepções alteradas da situação. ➔ Fornecer informações. ➔ Conversar utilizando frases simples e termos concretos facilitando a compreensão e a retenção de informações.
Padrão de sono prejudicado	➔ Melhorar o ambiente. ➔ Assegurar a privacidade. ➔ Aumentar o conforto físico trocando pijamas ou camisolas úmidos. ➔ Ajustar a temperatura do ambiente. ➔ Realizar atividade de monitoramento e cuidados de enfermagem sem acordar o paciente, sempre que ➔ possível.
Risco de reação alérgica ao látex	➔ Verificar se o paciente pode ser exposto a cateteres, dispositivos intravenosos no procedimento cirúrgico. Investigar o ambiente e remover quaisquer produtos médicos que contenham látex. ➔ Criar ambientes livres de látex (produtos sem látex como luvas de borracha natural, tubos intravenosos de PVC, cânulas de oxigênio sem látex e etc) para aumentar a segurança do cliente e reduzir o risco de exposição. ➔ Instruir pacientes e outros profissionais de saúde quanto a possibilidade de reações de hipersensibilidade e como reconhecer os sinais e sintomas da alergia ao látex (erupção cutânea, urticária, rubor, prurido, asma, sintomas nasais, oculares e sinusais e raramente choque). ➔ Estabelecer as medidas a serem adotadas se ocorrerem reações.

TRANSOPERATÓRIO	
Risco de Aspiração	➔ Avaliar a capacidade do paciente de deglutir e a força dos reflexos de tosse ou engasgo e também a consistência das secreções. Isso ajuda a determinar a presença e eficácia dos mecanismos de proteção. ➔ Aspirar cavidade oral, nariz e traqueostomia ou TOT conforme a necessidade e evitar ativação do reflexo de tosse durante a aspiração para remover as secreções e, ao mesmo tempo, reduzir as chances de aspiração de secreções. ➔ Ajudar a realizar a drenagem postural para mobilizar as secreções espessadas que podem dificultar a deglutição. ➔ Auscultar frequentemente os sons respiratórios, principalmente se o

	paciente estiver tossindo muito ou se o paciente estiver no respirador e recebendo alimentação pos sonda, para determinar a presença de secreções ou aspiração assintomática.
Risco de Lesão por bisturi elétrico e ou posicionamento	➔ Proteger o corpo do contato com partes metálicas da mesa cirúrgica, que podem causar queimaduras ou lesão por choque elétrico. ➔ Travar as rodas da maca, apoiar o corpo e os membros do paciente, acionar o número adequado de profissionais durante as transferências para evitar lesões por atrito ou cisalhamento. ➔ Evitar movimentos descontrolados. ➔ Manter o alinhamento corporal na medida do possível, utilizando travesseiros ou acolchoados, faixas de segurança, para reduzir as chances de ocorrerem complicações neurovasculares associadas a compressão, estiramento excessivo ou isquemia dos nervos. ➔ Posicionar acolchoados nos pontos de pressão e nas proeminências ósseas e nos pontos de compressão neurovascular para manter a posição segura, principalmente durante posicionamento e reposicionamento dos fixadores e faixas de segurança na mesa cirúrgica. ➔ Verificar periodicamente os pulsos periféricos, a coloração e a temperatura da pele para monitorar a circulação. ➔ Reposicionar lentamente o corpo durante a transferência e no leito para evitar redução grave de pressão arterial e tonteira ou riscos na transferência. ➔ Proteger as vias respiratórias e facilitar o esforço respiratório depois da extubação. Detectar riscos potenciais no centro cirúrgico e adotar
Risco de sangramento	➔ Avaliar os fatores causadores e predisponentes para o sangramento. ➔ Avaliar os sinais vitais, principalmente pressão arterial, pulso e respiração. ➔ Monitorar os parâmetros hemodinâmicos invasivos disponíveis para detectar déficits de volume intravascular. ➔ Atentar para queixa do cliente de dor em áreas específicas, se a dor está se intensificando, é difusa ou localizada. ➔ Rever os resultados laboratoriais, principalmente hemograma, contagem de plaquetas e outros fatores de coagulação como tempo de protrombina e fibrinogênio. ➔ Aplicar pressão direta e bolsa de gelo nas aéreas de sangramento. ➔ Manter acesso venoso para administrar líquidos ou repor sangue. Monitorar a ocorrência de sangramento evidente. ➔ Colaborar na avaliação da necessidade de repor sangue ou outros componentes. ➔ Atentar para uso de anticoagulantes, esses fármacos certamente deverão ser suspensos por um tempo antes do procedimento cirúrgico para reduzir o risco de sangramento
Risco de hipotermia	➔ Elevar a temperatura do ambiente. Aquecer as soluções para infusão IV

	se for necessário. ➔ Ajudar a aplicar medidas para normalizar a temperatura central, inclusive infusão de soluções aquecidas e lavagem das cavidades corporais com soluções mornas. ➔ Reaquecer o cliente lentamente para evitar vasodilatação súbita, aumento das demandas metabólicas do coração e hipotensão (choque do reaquecimento). ➔ Realizar o aquecimento por volta superficial por meio de mantas aquecidas e aumento da temperatura do ambiente. ➔ Evitar a realização do reaquecimento superficial antes do reaquecimento central os casos de hipotermia, porque isso poderia causar baixa da temperatura em consequência da transferência do sangue frio de volta para o coração, além de causar choque associado ao reaquecimento em consequência da vasodilatação superficial. ➔ Desligar a manta de aquecimento quando a temperatura estiver a 3°C acima do nível desejado, para evitar hipertermia
Risco de temperatura corporal alterada	➔ Monitorar a temperatura. ➔ Monitorar e manter a temperatura ambiente confortável. ➔ Recuperar ou manter a temperatura corporal dentro da faixa normal. ➔ O paciente pode necessitar de intervenções para tratar hipotermia ou hipertermia.

PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO	
Integridade da pele prejudicada	➔ Avaliar condições da incisão cirúrgica ➔ Avaliar condições do curativo avaliar presença de sinais flogísticos (dor, calor, rubor, edema) em incisões cirúrgicas e em locais de inserção de sondas, drenos e cateteres ➔ Monitorar temperatura da pele do paciente
Mobilidade no leito prejudicada	➔ Proporcionar alinhamento do corpo do paciente ➔ Manter a roupa de cama limpa, seca e sem rugas ou dobras ➔ Avaliar condições da pele do paciente ➔ Realizar massagem de conforto, quando pertinente ➔ Manter profilaxia para tromboembolismo venoso (meias elásticas e compressor intermitente) ➔ Realizar mudança de decúbito a cada duas horas
Dor aguda	➔ Avaliar características, intensidade e local da dor ➔ Aplicar escala numérica de dor ou outra escala pertinente ➔ Considerar escore de dor relatado pelo paciente ➔ Avaliar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura,freqüências cardíaca e respiratória) ➔ Administrar analgésicos conforme prescrição médica ➔ Reavaliar dor após administração da medicação

Risco de queda	➔ Orientar paciente e acompanhante sobre o risco de queda ➔ Colocar pulseira de identificação de risco de queda no paciente ➔ Travar as rodas da maca durante a transferência para outra maca ou cadeira de rodas ➔ Manter elevadas as grades de proteção da maca ➔ Manter cama em altura adequada para prevenir quedas
Risco de glicemia instável	➔ Verificar resultados de glicemia capilar dos períodos pré e transoperatório ➔ Avaliar sinais de hiperglicemia e de hipoglicemia ➔ Realizar controle de glicemia capilar durante a permanência do paciente na recuperação anestésica, se indicado. ➔ Realizar todos os registros pertinentes no prontuário do Paciente, relacionados aos diagnósticos identificados, às condutas tomadas pela equipe e às respostas do paciente

QUESTÕES COMENTADAS

1. FUMARC / Prefeitura de São João del Rei - MG / 2023 - Sobre a história da sistematização da assistência de enfermagem, é INCORRETO afirmar:

A A enfermagem acostumou-se a depender de conhecimentos e de conceitos preexistentes que lhe ditarem o que fazer e como fazer, e, na maioria das vezes, não refletia sobre por que fazer e quando fazer.

B Apesar da forte influência de Nightingale, a enfermagem acabou por assumir uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, baseando-se em ações práticas, de modo intuitivo e não sistematizado. Alguns enfermeiros acostumaram-se a exercer a profissão sob a mesma perspectiva de profissionais médicos, centralizando suas ações mais na doença do que no paciente.

C Florence Nightingale idealizou uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, tendo por objetivo edificá-la sob um arcabouço de conhecimentos científicos oriundos do modelo biomédico devido ao contexto histórico e social.

D Sob influência de vários fatores, tais como guerras mundiais, movimentos femininos de reivindicação, desenvolvimento das ciências e da educação, modificações socioeconômicas e políticas, as enfermeiras começaram a questionar o status quo da prática de enfermagem e a refletir sobre ela.

Comentários

Florence Nightingale, no século XIX, foi a primeira enfermeira a demonstrar preocupações teóricas em relação às ações da enfermagem como profissão. Logo, mesmo sem um conceito específico, demonstrou que o cuidado deveria ser baseado em boas práticas, pois "idealizou

uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, tendo por objetivo edificá-la sob um arcabouço de conhecimentos científicos diferentes do modelo biomédico", por isso, a incorreta é alternativa: C.

2. CESPE / CEBRASPE / Petrobras/ 2023 - Considerando aspectos da prática profissional em enfermagem e informações em saúde presentes nas publicações reconhecidas pelo Ministério da Saúde, julgue o item que se segue. A sistematização da assistência de enfermagem é uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes.

( ) Certo ( ) Errado

Comentários

Entenda "sistematizar" como organizar, ajustar, planejar, por métodos e significados correlatos. Desta forma, organiza e guia a assistência, além da própria gestão, ou ainda, como aparece em várias questões: A sistematização da assistência de enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem.

Alternativa: Certa

3. CESPE / CEBRASPE / Petrobras / 2023 - Em relação às doenças transmissíveis e às doenças crônicas não transmissíveis, julgue o item a seguir.

Em consulta de enfermagem, a avaliação do estado nutricional de paciente com diabetes tipo 2 deve ser realizada por meio da medida da circunferência abdominal, pois o índice de massa corporal, que é a relação entre peso e altura, não é um dado fidedigno, uma vez que o índice de massa muscular daqueles que praticam atividade física regularmente é proporcionalmente maior que o de gordura corporal.

Comentários

Acerca do diabetes mellitus tipo 2 (DM2) temos a existência de alguns testes de rastreamento para os indivíduos que apresentam maior risco da doença. idade >45 anos, sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25), obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas), antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes, hipertensão arterial (> 140/90 mmHg), portador de dislipidemia, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida. Assim, o IMC é bastante relevante e a alternativa está errada.

4. [Adaptada] FAUEL / Prefeitura de Piên - PR / 2023 - A Resolução COFEN Nº 358 de 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Sobre a temática, leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa CORRETA.

I - A sistematização da assistência de enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem.

II - O processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

III - Quando o processo de enfermagem é realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, denomina-se consulta de enfermagem.

IV- O processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

V- O diagnóstico de enfermagem pode ser focado no problema real, ser um diagnóstico de risco ou um diagnóstico de promoção da saúde.

Assinale a alternativa CORRETA.

A Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.

B Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

C Apenas as afirmativas II, IV e V estão corretas.

D Apenas as afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

E Todas as afirmativas estão corretas.

Comentários

Adaptação da Resolução COFEN 358/09 para a Resolução COFEN 736/2024:

I - Certa. Conceito ideal de SAE.

II - Certa. Ainda que a nova resolução traga algo a mais, não considero que tal esteja errada. Veja o novo texto: Art. 1º O Processo de Enfermagem-PE, deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem.

III - Errada. O único trecho na nova resolução que aborda "consulta de enfermagem" é o seguinte: Art. 5º A consulta de Enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do Processo de Enfermagem.

IV - Errada. A nova nomenclatura das etapas é: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem.

V - Certa. Adicionalmente temos o diagnóstico de síndrome que compreende os sintomas apresentados levando em conta síndromes que o paciente possa ter, como pós-traumática ou de abstinência.

Alternativa: Inexiste. *Ainda assim, aproveite as adaptações e comentários, que logo teremos questões para inserir!*

5. Inédita / 2023 - O Processo de Enfermagem de acordo com a Resolução COFEN 736/2024 é organizado nas seguintes etapas:

A esse respeito, a sequência CORRETA das etapas apresentadas nessa resolução compreende:

A Histórico de Enfermagem de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem.

B Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem.

C Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Avaliação de Enfermagem.

D Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem.

E Avaliação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem.

Comentários

Precisa decorar as fases: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem.

Alternativa B.

6. FUNDEPES / Prefeitura de Marechal Deodoro - AL / 2023 - O conhecimento da semiologia ajudará o enfermeiro a direcionar seu cuidado às necessidades de saúde do paciente. Nesse sentido, dadas as afirmativas,

I. A coleta de dados realizada pelo enfermeiro deve ser direcionada por uma teoria de enfermagem, o que favorece condições seguras para realizar o diagnóstico, planejar e intervir de forma adequada.

II. A experiência do enfermeiro permite um adequado diagnóstico, planejamento e implementação dos cuidados, mesmo que não haja uma coleta de dados adequada, durante a anamnese e o exame físico.

III. A adoção de uma taxonomia na prática do enfermeiro permite a construção de Diagnósticos de Enfermagem adequados e coerentes, mesmo que a coleta de dados seja insuficiente ou inadequada.

IV. Os achados semiológicos constituirão as evidências para a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema, nos diagnósticos de risco e nos diagnósticos de promoção da saúde.

São corretas

A III, apenas.

B I e II, apenas.

C I e IV, apenas.

D II, III e IV, apenas.

E I, II, III e IV.

Comentários

I - Certa. Toda conduta de enfermagem e planejamento geral da assistência está diretamente ligada à ideia de alguma teoria, mesmo que nem se perceba isso.

II e III - Erradas. A fase inicial (histórico) é extremamente relevante para a continuidade das fases, por isso, não pode ser negligenciado.

IV - Certa. Veja que se opõe absolutamente aos itens II e III, que vimos que estão errados. Com isso, valoriza-se cada etapa como sendo um elo inseparável para a sequência da próxima.

Alternativa: C.

7. FUNDEPES / Prefeitura de Marechal Deodoro - AL / 2023 - De acordo com a NANDA-I, os componentes estruturais dos Diagnósticos de Enfermagem são: o enunciado diagnóstico ou o título diagnóstico, os fatores relacionados, os fatores de risco e as características definidoras. Nesse contexto, é correto afirmar:

A os fatores relacionados são as manifestações clínicas, as evidências que levaram o profissional a concluir que o problema existe.

B os fatores de risco são inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um Diagnóstico de Enfermagem com foco no problema.

C os sinais e os sintomas são aqueles que diminuem a vulnerabilidade de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade a um evento insalubre.

D os fatores de risco são aspectos ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade a um evento.

E os fatores relacionados são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo a problemas de saúde reais ou potenciais, que direcionam as intervenções.

Comentários

A Errada. Essas são as características definidoras. Fatores relacionados: influências que aumentam a vulnerabilidade de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades a um evento São, em outras palavras, as causas.

B Errada. Ele explicou de forma muito semelhante à "A" e, por isso, também poderia ser colocado como características definidoras.

C Errada. Os sinais e sintomas evidenciam a manifestação clínica de alguma afecção.

D Certa. Tais fatores "aumentam o risco", tornam o indivíduo mais vulnerável a alguma coisa, por isso, nada a corrigir.

E Errada. Esta é a definição da fase "Diagnóstico de Enfermagem".

Alternativa: D.

8. PM MG / PM MG / 2023 - O exame físico cardiovascular completo e minucioso ajuda o enfermeiro a detectar as anormalidades e correlacioná-las com a clínica do paciente. Sobre este tema, analise as assertivas abaixo e assinale a alternativa CORRETA:

A O pulso oscilante é um pulso que desaparece durante a inspiração, mas retorna durante a expiração, frequentemente encontrado na insuficiência ventricular esquerda.

B Durante a palpação do precórdio, a presença de um frêmito representa uma interrupção no fluxo sanguíneo relacionado com um defeito em uma das valvas atrioventriculares.

C Um aumento na pressão venosa jugular de mais de 1 centímetro, enquanto se aplica a pressão no abdome por 60 segundos, indica a incapacidade do coração para acomodar o retorno venoso aumentado.

D O atrito pericárdico é o som agudo e áspero produzido pelas camadas inflamadas do pericárdio e varia de intensidade de acordo com a respiração.

Comentários

A Errada. Chamado de pulso "alternante", são pulsos fortes e fracos alternadamente. Há alternação contínua da amplitude de um batimento para outro; embora o ritmo seja basicamente regular, o volume ejetado varia. Ocorre devido a variações do enchimento e na contratilidade miocárdica em situações de disfunção ventricular esquerda.

Houve confusão com o pulso paradoxal que se caracteriza por uma queda exagerada (> 10 mmHg) na amplitude da pulsação durante a inspiração e um aumento da amplitude durante a expiração. Causas prováveis: contração cardíaca prematura, obstrução traquebrônquica, asma brônquica, Enfisema, derrame pericárdico e pericardite construtiva.

B Errada. Frêmito cardiovascular: é caracterizado como a sensação tátil determinada por vibrações produzidas no coração ou nos vasos. Não tem relação com interrupção de fluxo.

C Certa. Uma forma de avaliar a veia jugular interna é pressionar suavemente no quadrante superior direito do abdômen, logo abaixo da margem costal. Esta manobra induz o chamado refluxo hepatojugular (mudança sanguínea dos vasos abdominais para o átrio direito). Normalmente, um aumento transitório no JVP pode ser observado antes de uma diminuição. O aumento sustentado do JVP é visto em insuficiência cardíaca congestiva e outras condições, como regurgitação tricúspide e pericardite constritiva.

D Errada. O atrito pericárdico é definido como um ruído estridente e superficial, mais audível no mesocárdio e bordo esternal esquerdo, variando com a intensidade dos movimentos respiratórios, sendo maior no final da expiração e com o paciente sentado para frente. É altamente específico para pericardite aguda.

Alternativa: C.

9. PM MG / PM MG / 2023 - O exame físico do paciente é um meio confiável para reunir dados essenciais à avaliação do paciente. Considerando que durante o exame físico de um paciente é possível encontrar diferentes tipos de padrão respiratório e que estes podem correlacionar-se com diversos processos patológicos, analise as assertivas abaixo enumerando a segunda coluna de acordo com a primeira e, a seguir, assinale a alternativa que contém a sequência de respostas, CORRETA, na ordem de cima para baixo:

(1) Cheyne-Stokes (2) Kussmaul (3) Biot (4) Atáxica	( ) Padrão irregular que pode ser observado na meningite, caraterizado por profundidade e frequência variáveis das respirações, seguidas de períodos de apneia. ( ) Padrão regular, caracterizado por períodos alternados de respiração rápida e profunda, seguida de períodos de apneia, podendo ser resultado de insuficiência renal. ( ) Respiração rápida, profunda e dispneica, habitualmente observada na cetoacidose diabética. ( ) Desorganização significativa com profundidade irregular e variável da respiração, podendo indicar comprometimento respiratório.

A. 3, 1, 2, 4.

B. 1, 4, 3, 2.

C. 2, 1, 3, 4.

D. 3, 4. 2. 1.

Comentários

Sem imagens fica mais difícil né!

Então, para estudar, vou trazê-las para elucidar

(BIOT) Padrão irregular que pode ser observado na meningite, caracterizado por profundidade e frequência variáveis das respirações, seguidas de períodos de apneia.

(Cheyne-Stokes) Padrão regular, caracterizado por períodos alternados de respiração rápida e profunda, seguida de períodos de apneia, podendo ser resultado de insuficiência renal.

(Kussmaul) Respiração rápida, profunda e dispneica, habitualmente observada na cetoacidose diabética.

(Atáxica) Desorganização significativa com profundidade irregular e variável da respiração, podendo indicar comprometimento respiratório.

A ataxia é definida como sendo uma dificuldade ou mesmo incapacidade de se manter a coordenação motora como normalmente.

Alternativa: A.

10. Inédita / 2024 - Relacione, adequadamente, as fases do processo de enfermagem e seus significados.

1. Avaliação de Enfermagem.

2. Diagnóstico de Enfermagem.

3. Planejamento de Enfermagem.

4. Implementação de Enfermagem

5. Evolução de Enfermagem.

( ) compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.

( ) compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem

( ) Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

( ) compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver: I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem; II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde; III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

( ) Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Assinale a sequência CORRETA:

A 4, 5, 1, 3, 2.

B 5, 4, 1, 2, 3.

C 5, 4, 2, 1, 3.

D 5, 4, 1, 3, 2.

E 2, 3, 1, 5, 4.

Comentários

(5) Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

(4) Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

(1) compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática;

(3) Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

(2) compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais.

Alternativa: D.

11. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Acaiaca - MG / 2023 - O exame físico deve ser realizado na primeira fase do processo de Enfermagem e consiste nas etapas de inspeção, palpação, percussão e ausculta, além da utilização de alguns instrumentos e aparelhos. Para realização de cada etapa, o examinador utiliza os sentidos, sobretudo a visão, o tato e a audição. Na _____, é realizado o golpeamento com um dedo à borda ungueal ou à superfície dorsal da segunda falange do dedo médio ou indicador da outra mão, que se encontra espalmada e apoiada na região de interesse. O som encontrado em regiões que contenham órgãos parenquimatosos como o fígado é chamado _____.

Assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas do texto anterior.

A percussão dígito-digital; maciço

B percussão direta; maciço

C palpação; submaciço

D palpação; ruído adventício

Comentários

Primeira lacuna: O golpeamento com um dedo à borda ungueal ou à superfície dorsal da segunda falange do dedo médio ou indicador da outra mão é a técnica da PERCUSSÃO.

Segunda lacuna: O som maciço é produzido quando se percute uma região sólida, desprovida de líquido e ar como, por exemplo, o fígado.

Alternativa: A.

12. FEPESE / Prefeitura de Balneário Camboriú - SC / 2023 - Acerca da realização do exame físico cardíaco, é correto afirmar:

A O local para ausculta do foco mitral, é no quinto espaço intercostal direito.

B O local para ausculta do foco aórtico, é no segundo espaço intercostal esquerdo.

C O local para ausculta do foco pulmonar, é no segundo espaço intercostal direito.

D O local para ausculta do foco aórtico, é no segundo espaço intercostal direito.

E O local para ausculta do foco tricúspide, é no quintal espaço intercostal, na linha hemiclavicular esquerda.

Comentários

Vamos revisar todos os focos:

Observe abaixo os principais focos da ausculta:

Foco mitral: situa-se no 5º espaço intercostal (EIC) esquerdo (e não direito, conforme a alternativa A) na linha hemiclavicular e corresponde ao ictus cordis.

Foco pulmonar: situa-se no 2º EIC esquerdo (e não direito, conforme a alternativa D), junto ao esterno. Nesse espaço podemos avaliar desdobramentos da 2ª bulha cardíaca.

Foco aórtico: 2º EIC direito, justaesternal. (Alternativa D - Certa e Alternativa B - Errada)

Foco tricúspide: situa-se na base do apêndice xifóide ligeiramente para a esquerda. Os fenômenos acústicos originados na valva tricúspide (sopro sistólico) costumam ser mais percebidos na área mitral. (Alternativa E - Errada)

Alternativa: D.

13. FEPESE / Prefeitura de Balneário Camboriú - SC / 2023 - Analise as afirmativas abaixo sobre o Processo de Enfermagem e a Consulta de Enfermagem.

1. O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem.

2. O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

3. Quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

4. *[Adaptada]* Durante a Consulta de Enfermagem, o Processo de Enfermagem apenas é feito de forma parcial, uma vez que o enfermeiro não consegue realizar neste ambiente todas as etapas. Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas corretas.

A São corretas apenas as afirmativas 1 e 2.

B São corretas apenas as afirmativas 2 e 4.

C São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 3.

D São corretas apenas as afirmativas 2, 3 e 4.

E São corretas apenas as afirmativas 1, 2, 3 e 4.

Comentários

I - Certa. Ajuste do Texto, tornando mais completo, conforme a nova Resolução COFEN 736/2014: Art. 2º O Processo de Enfermagem deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como Teorias e Modelos de Cuidado, Sistemas de Linguagens Padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, Protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base. *[ainda que houve mudanças, não considero errada a inicial]*

II - Certa. Ajuste do Texto, tornando mais completo, conforme a nova Resolução COFEN 736/2014: Art. 1º O Processo de Enfermagem-PE, deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem. *[ainda que houve mudanças, não considero errada a inicial]*

III - Errada. Não há mais esta condição na nova Resolução: Art. 5º A consulta de Enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do Processo de Enfermagem.

IV - Errada. Com a mesma justificativa do item anterior.

Alternativa: A. *[adaptada]*

14. Avança SP / Prefeitura de Americana - SP / 2023 - Na inspeção estática do paciente, quando se observa o aumento do pulso venoso jugular na fase inspiratória, é considerado positivo o sinal de:

A Godet.

B Laffont.

C Kussmall.

D Biot.

E Murphy.

Comentários

A Errada. O sinal de Godet também é chamado de cacifo ou sinal de cacifo. Nada mais é do que a depressão que se forma na pele após a compressão desse local, por meio dos dedos das mãos, indicador e polegar, fazendo um movimento de pinça ou contra estrutura óssea.

B Errada. Dor referida no ombro direito. É indicativo de hemorragia retroperitoneal, pois o sangue na cavidade peritoneal irrita o nervo frênico.

C Certa. O sinal de Kussmaul nada mais é do que o aumento do pulso venoso jugular, quando o paciente em questão realiza uma inspiração. Isso acontece quando há uma diminuição da complacência do ventrículo direito (VD), ou seja, ele perde a sua capacidade de contrair adequadamente.

D Errada. Não é sinal, mas sim, ritmo. O ritmo de Biot é o nome dado a um ritmo respiratório caracterizado por uma completa irregularidade no que se refere à amplitude das incursões respiratórias e à frequência das mesmas.

E Errada. O sinal de Murphy acontece quando o paciente reage em sua respiração de forma rápida à palpação profunda da vesícula biliar. Dessa forma, palpa-se o ponto biliar ou ponto cístico, no hipocôndrio direito e pede-se para o paciente inspirar profundamente.

Alternativa: C.

15. Avança SP / Prefeitura de Americana - SP / 2023 - Sobre a verificação do pulso periférico, assinale a alternativa incorreta:

A Tem como objetivo avaliar e monitorar condições hemodinâmicas do paciente e detectar arritmias cardíaca.

B Tem como objetivo avaliar efeitos de medicamentos que alteram a frequência cardíaca.

C Tem como objetivo verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.

D Os locais para verificação dependem do estado do paciente.

E As artérias, femoral, carótida e braquial são locais de fácil palpação utilizadas normalmente para pacientes inconscientes.

Comentários

O erro é bastante discreto. Os principais locais de avaliação do pulso são: pulso braquial, pulso radial, pulso femoral, pulso carotídeo, pulso pedioso, pulso poplíteo, pulso tibial posterior. A escolha dos locais para verificação depende do estado do paciente; As artérias, femoral e carótida (e não braquial! - Alternativa E - Errada) são locais de fácil palpação utilizadas normalmente para pacientes inconscientes; Evite verificação do pulso durante situações de estresse para o paciente.

Alternativa: E.

16. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Lavras - MG / 2023 - Considerando que o processo de Enfermagem é um método utilizado para organizar o processo de trabalho do enfermeiro, assinale a alternativa correta.

A O processo de Enfermagem é realizado em três etapas: exame físico, diagnósticos de Enfermagem e prescrição dos cuidados.

B O histórico do paciente é a primeira fase do processo de Enfermagem, na qual são coletados dados diretos, indiretos, subjetivos e objetivos.

C O exame físico ou anamnese deve ser realizado na admissão e na alta do paciente.

D Os diagnósticos de Enfermagem estão relacionados aos diagnósticos médicos; por isso, a documentação deve estar reunida no prontuário do paciente.

Comentários

A Errada. Tenho certeza que você sabe que, até o presente momento, temos 5 etapas.

B Certa. Lembre-se que, no histórico, também está incluído o exame físico!

C Errada. Na alta não é necessário. Note que a assertiva coloca "ou", mas na admissão, ambas fazem parte do "Histórico de Enfermagem".

D Errada. Um diagnóstico médico trata a doença ou condição médica. Um diagnóstico de enfermagem aborda a resposta humana aos problemas de saúde atuais ou potenciais e processos da vida.

Alternativa: B

17. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Lavras - MG / 2023 - Na assistência de Enfermagem, a etapa que determina os resultados, as ações e as intervenções que se espera alcançar, a partir das respostas das pessoas em um dado momento do processo saúde e doença, que foi identificado por meio de um diagnóstico de Enfermagem, é denominada:

A Avaliação de Enfermagem.

B Processo de Enfermagem.

C Planejamento de Enfermagem.

D Teorias de Enfermagem.

Comentários

A etapa que determina os resultados é a do planejamento, conforme descrito na Resolução COFEN 736/2024

§ 3° Planejamento de Enfermagem – compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver:

I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;

II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;

III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

Alternativa: C.

18. FUMARC / AL-MG / 2023 - O processo de trabalho do enfermeiro deve estar embasado em uma metodologia científica que ofereça respaldo, segurança e o direcionamento para o desempenho das atividades, contribuindo para a credibilidade, competência e visibilidade da Enfermagem, consequentemente para a autonomia e satisfação profissional. Nesse contexto, é INCORRETO afirmar:

A Embora o Processo de Enfermagem tenha sido projetado para a prática da Enfermagem em relação ao cuidado do paciente e à responsabilidade da Enfermagem, ele não pode ser adaptado como um modelo teórico para resolver problemas de liderança e administração.

B O Processo de Enfermagem consiste em cinco fases sequenciais e interrelacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, que integram as funções intelectuais de resolver problemas.

C O Processo de Enfermagem é fundamental a todas as abordagens de Enfermagem, promovendo o cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo. Além disso, estimula os enfermeiros a, sucessivamente, examinar o que estão fazendo e estudar como poderiam fazê-lo melhor.

D O Processo de Enfermagem pode ser identificado como um sistema teórico para solucionar problemas e tomar decisões. Ao ser identificado o ponto de decisão, a tomada de decisão inicial ocorre e continua ao longo do processo através do uso de um mecanismo de retroalimentação, podendo, inclusive, ser utilizado para sistematizar a função administrativa do enfermeiro.

Comentários

O processo de enfermagem obviamente pode sofrer adaptações, por exemplo, para a função "gestora" do enfermeiro e, por isso, a alternativa "A" está incorreta. As demais alternativas você deve usar como teoria para relembrar o conteúdo. Observe que a última alternativa já menciona que o processo de enfermagem colabora na solução de problemas e tomada de decisões.

Alternativa: A.

19. IBFC / Prefeitura de Cuiabá - MT / 2023 - O Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo sistemático em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Assinale a alternativa que apresenta a fase do processo de enfermagem onde ocorre a realização das ações ou intervenções.

A Diagnóstico de enfermagem

B Coleta de dados

C Implementação

D Planejamento de enfermagem

Comentários

O planejamento de enfermagem diz respeito à fase do processo na qual o enfermeiro identifica as intervenções necessárias para que aquele paciente alcance resultados esperados, e é individualizado. As intervenções planejadas buscam prevenir, intervir ou resolver os problemas apontados nos diagnósticos de enfermagem.

A implementação das ações se dá na fase da IMPLEMENTAÇÃO, que é a terceira fase, seguida do Histórico e, logo após, do diagnóstico.

Alternativa: C.

20. Quadrix / IIER - SP / 2023 - Um paciente deu entrada no pronto-socorro em estado inconsciente, após queda da própria altura, segundo o relato de sua esposa. Ao realizar exame físico, o enfermeiro registrou midríase no prontuário.

O termo técnico registrado pelo enfermeiro, nesse caso hipotético, refere-se

A à contração das pupilas.

B à dilatação das pupilas.

C a pupilas com diâmetros iguais.

D a pupilas fotorreagentes.

E a pupilas com diâmetros desiguais.

Comentários

Midríase: palavra maior; aumento das pupilas; dilatação;

Miose: palavra pequena; diminuição das pupilas; retração;

Alternativa: B.

21. OBJETIVA / Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - SP / 2023 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o método que direciona as ações do enfermeiro no cotidiano da prática profissional, oferecendo estrutura concordante com as necessidades individualizadas do paciente. É reconhecida, portanto, como o principal instrumento para o desempenho sistemático das condições necessárias à realização do cuidado e à documentação da prática de enfermagem.

A respeito da SAE em cardiologia, marcar C para as afirmativas Certas, E para as Erradas e, após, assinalar a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

(_) O diagnóstico de enfermagem "intolerância à atividade" tem como características definidoras as alterações no eletrocardiograma (ECG) refletindo isquemia ou arritmias, desconforto ou dispneia aos esforços, relato de fadiga ou fraqueza, dentre outras.

(_) Alterações de frequência cardíaca, respiratória ou pressão sanguínea, diaforese, dilatação pupilar, gestos protetores são características de "dor aguda" como diagnóstico da SAE em cardiologia.

(_) O paciente com diagnóstico de débito cardíaco diminuído pode apresentar ansiedade, inquietação, dispneia, ortopneia, tosse, taquicardia, palpitações, pulso periférico diminuído, alterações no ECG, mudanças na cor da pele, edema e fadiga.

A C - C - C.

B E - E - C.

C C - E - E.

D E - C - C.

Comentários

I - Certa.

Diagnóstico: Intolerância à atividade

Definição do diagnóstico de enfermagem: Energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.

Características definidoras:

- ➔ Alteração no eletrocardiograma (ECG)
- ➔ Desconforto ao esforço
- ➔ Dispneia ao esforço
- ➔ Fadiga
- ➔ Fraqueza generalizada
- ➔ Resposta anormal da frequência cardíaca à atividade
- ➔ Resposta anormal da pressão arterial à atividade

Fatores relacionados

- ➔ Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio
- ➔ Estilo de vida sedentário
- ➔ Falta de condicionamento físico
- ➔ Imobilidade
- ➔ Inexperiência com uma atividade

II - Certa.

Características definidoras

- ➔ Autorrelato da intensidade usando escala padronizada
- ➔ Autorrelato de características da dor usando instrumento de dor padronizado
- ➔ Diaforese
- ➔ Expressão facial de dor
- ➔ Gestos de proteção
- ➔ Mudanças no parâmetro fisiológico (p. ex., pressão sanguínea, frequências cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio, concentração de dióxido de carbono [CO2] ao final da expiração), etc.

III - Certa.

Características definidoras

Frequência/Ritmo cardíaco alterado

- ➔ Alterações eletrocardiográficas (p. ex., arritmia, anormalidade na condução, isquemia)
- ➔ Bradicardia
- ➔ Palpitações cardíacas
- ➔ Taquicardia

Pré-carga alterada

- ➔ Distensão da veia jugular
- ➔ Edema
- ➔ Fadiga
- ➔ Ganho de peso
- ➔ Murmúrio cardíaco
- ➔ Pressão de capilar pulmonar (PCP) aumentada
- ➔ Pressão de capilar pulmonar (PCP) diminuída
- ➔ Pressão venosa central (PVC) aumentada
- ➔ Pressão venosa central (PVC) diminuída

Pós-carga alterada

- ➔ Alteração na pressão sanguínea
- ➔ Cor anormal da pele (p. ex., pálida, escurecida, cianótica)
- ➔ Dispneia
- ➔ Oligúria
- ➔ Pele fria, úmida e pegajosa
- ➔ Pulsos periféricos diminuídos
- ➔ Resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada
- ➔ Resistência vascular pulmonar (RVP) diminuída
- ➔ Resistência vascular sistêmica (RVS) aumentada
- ➔ Resistência vascular sistêmica (RVS) diminuída
- ➔ Tempo de preenchimento capilar prolongado

Contratilidade alterada

- ➔ Dispneia paroxística noturna
- ➔ Fração de ejeção diminuída
- ➔ Índice cardíaco diminuído
- ➔ Índice de volume sistólico (IVS) diminuído
- ➔ Índice do trabalho sistólico do ventrículo esquerdo (ITSVE) diminuído
- ➔ Ortopneia
- ➔ Presença de terceira bulha cardíaca (B3)
- ➔ Presença de quarta bulha cardíaca (B4)
- ➔ Sons respiratórios adventícios
- ➔ Tosse

Comportamentais/emocionais

- ➔ Ansiedade
- ➔ Inquietação

Alternativa: A.

22. OBJETIVA / Prefeitura de São Miguel do Passa Quatro - GO / 2022 - Para DOCHTERMAN e MCCLOSKEY, considerando-se algumas definições de termos da enfermagem, numerar a 2ª coluna de acordo com a 1ª e, após, assinalar a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

(1) Taxonomia das Intervenções de Enfermagem.

(2) Classificação das Intervenções de Enfermagem.

(3) Paciente.

( ) É a ordenação ou o arranjo das atividades de enfermagem em grupos ou conjuntos com base em suas relações e na determinação de designações de intervenções a estes grupos de atividades.

( ) É qualquer indivíduo, grupo, família ou comunidade que seja o foco da intervenção de enfermagem.

( ) Agrupamento das intervenções com base em semelhanças, o que pode ser considerado uma organização sistemática.

A 1 - 2 - 3.

B 3 - 2 - 1.

C 2 - 3 - 1.

D 2 - 1 - 3.

Comentários

Peço que você se atente à diferença entre "taxonomia" e "classificação":

(Classificação das Intervenções de Enfermagem) É a ordenação ou o arranjo das atividades de enfermagem em grupos ou conjuntos com base em suas relações e na determinação de designações de intervenções a estes grupos de atividades.

(Paciente) É qualquer indivíduo, grupo, família ou comunidade que seja o foco da intervenção de enfermagem.

(Taxonomia das Intervenções de Enfermagem) Agrupamento das intervenções com base em semelhanças, o que pode ser considerado uma organização sistemática.

Alternativa: C.

23. FUNDATEC / Prefeitura de Taquari - RS / 2022 - A ausculta pulmonar é uma técnica do exame físico, utilizada pelos profissionais da saúde para identificar os ruídos pulmonares. Contribui para suspeitas diagnósticas, para a monitorização da condição clínica e para a avaliação da resposta terapêutica. Sendo assim, assinale a alternativa que compreenda uma ausculta pulmonar dentro da normalidade.

A Ruídos adventícios.

B Sons em cornagem.

C Estertores úmidos.

D Murmúrio vesicular positivo.

E Sons crepitantes.

Comentários

Sons respiratórios normais

Os sons respiratórios normais são classificados da seguinte maneira:

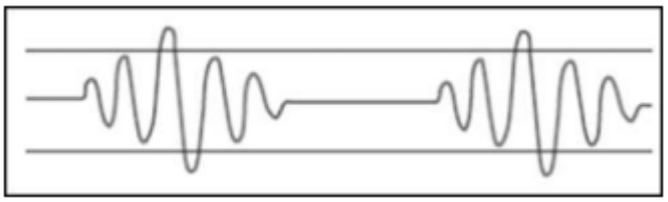
- ➔ Som traqueal
- ➔ Brônquico
- ➔ Broncovesicular
- ➔ Murmúrio vesicular

Os murmúrios vesiculares são o som normal escutado no pulmão. Representa o som causado pela entrada e saída de ar dos pulmões. Pode estar ausente ou diminuído (se houver algo que obstrua seu caminho, ou ainda impeça que o ar entre e saia do pulmão).

Alternativa: D.

24. FURB /Prefeitura de Gaspar - SC / 2022 - Observar a frequência e a profundidade da respiração é um aspecto simples, mas importante, da avaliação do paciente. Exceto por suspiros ocasionais, as respirações são tranquilas e de profundidade e ritmo regulares. Entretanto, determinados padrões respiratórios são característicos de estados de doença específicos. Alterações na frequência e no ritmo respiratório podem ser o primeiro sinal de deterioração clínica em pacientes que estejam em condição grave (Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2020).

A imagem a seguir representa a frequência e a profundidade de um dos vários padrões respiratórios. Trata-se de um ciclo regular em que a frequência e a profundidade da respiração aumentam e então diminuem até ocorrer apneia.



Marque a alternativa que corresponde corretamente ao padrão respiratório apresentado na imagem:

A Respiração obstrutiva.

B Respiração de Biot.

C Taquipneia.

D Respiração de Cheyne-Stokes.

E Apneia.

Comentários

De acordo com a imagem, a respiração de Cheyne-Stokes é uma forma de respiração periódica na qual apnéias e hipopnéias se alternam com períodos de hiperpnéias que apresentam um padrão crescendo e decrescendo de volume corrente.

Alternativa: D.

25. Máxima / Prefeitura de Heliodora - MG / 2021 - O diagnóstico de enfermagem é primordial para o planejamento da assistência ao paciente prestada pela equipe de enfermagem. De acordo com NANDA, "suscetibilidade de dano em membranas mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular que pode comprometer a saúde" é:

A Diagnóstico de risco de lesão;

B Diagnóstico de integridade da pele prejudicada;

C Diagnóstico de integridade tissular prejudicada;

D Diagnóstico de risco de integridade tissular prejudicada.

Comentários

Questão literal do NANDA que é a minoria, pensando no número de cobrança, mas vou te trazer e te incentivar a fuxicar o NANDA periodicamente.

Definição: Dano em membrana mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular e/ou ligamento.

Alternativa: C.

26. FCM / COREN-MG / 2021 - Preencha corretamente as lacunas do texto a seguir sobre o processo de enfermagem. O processo de enfermagem deve estar fundamentado num suporte _____ que oriente a _____, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das _____ de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos _____ de enfermagem. A sequência que preenche corretamente as lacunas do texto é

A clínico / visita de enfermagem / consultas / indicadores

B teórico / coleta de dados / intervenções / resultados

C filosófico / coleta de dados / consultas / diagnósticos

D teórico/ história clínica / consultas / indicadores

E filosófico / coleta de dados / intervenções / resultados

Comentários

Vou tentar simplificar. Memorize que as teorias de enfermagem dão a base TEÓRICA. O que se planeja são as INTERVENÇÕES, certo? Visando um certo RESULTADOS esperado. Só por aí, já deu para achar a resposta.

Alternativa: B.

27. INSTITUTO AOCP / Prefeitura de João Pessoa - PB / 2021 - Durante a realização do exame físico, o enfermeiro utilizou a seguinte técnica: "com uma das mãos, golpeia-se o abdome, enquanto a outra mão fica espalmada na região contralateral, tentando captar ondas líquidas que se chocam contra a parede abdominal". Qual é o nome dado a essa técnica?

A Percussão dígito-digital.

B Percussão punho-percussão.

C Percussão com a borda da mão.

D Percussão por piparote.

E Percussão dígito-frontal.

Comentários

Sinal do piparote ou Sinal de onda líquida é um sinal médico indicativo de ascite. Um impulso percebido através da transmissão pelo líquido acumulado, através de uma percussão em um dos flancos, que, quando há prosseguimento da onda para o lado oposto do abdômen, o sinal é considerado positivo.

Alternativa: D.

28. [Adaptada] PS Concursos / Prefeitura de Jacinto Machado - SC / 2021 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia desenvolvida a partir da prática do enfermeiro para sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem. O método é organizado em cinco etapas, que ajudam a fortalecer o julgamento e a tomada de decisão clínica assistencial do profissional de enfermagem. As etapas são:

A Diagnóstico de Enfermagem; Coleta de Dados de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem; Prescrição de Enfermagem; Implementação.

B Coleta de Dados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; Avaliação de Enfermagem.

C Histórico de Enfermagem; Execução do Planejamento; Avaliação de Enfermagem; Implementação; Prescrição de Enfermagem.

D Construção de Histórico; Prescrição de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem; Execução do Planejamento; Implementação

E Nenhuma das alternativas anteriores.

Comentários

Memorize as fases da nova Resolução COFEN 736/2024:

- ➔ Avaliação de Enfermagem;
- ➔ Diagnóstico de Enfermagem;
- ➔ Planejamento de Enfermagem;
- ➔ Implementação de Enfermagem;
- ➔ Evolução de Enfermagem.

Alternativa: Não há!

29. OMNI / Prefeitura de Salesópolis - SP / 2021 - O Diagnóstico de Enfermagem Constipação, é conceituado pela NANDA 2018-2020 como a diminuição na frequência normal de evacuação,

acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas. São características definidoras desse diagnóstico:

A Aumento da pressão intra-abdominal. Borborigmo. Cefaleia.

B Abuso de laxantes. Alteração nos hábitos alimentares. Confusão.

C Costume de ignorar a urgência para defecar. Depressão. Desidratação.

D Fraqueza dos músculos abdominais. Hábitos alimentares inadequados. Hábitos de evacuação irregulares.

Comentários

Constipação

Definição

- ➔ Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.
- ➔ Características definidoras
- ➔ Abdome distendido
- ➔ Anorexia
- ➔ Apresentações incomuns em pessoas idosas
- ➔ Aumento da pressão intra-abdominal
- ➔ Borborigmo
- ➔ Cefaleia
- ➔ Dor abdominal
- ➔ Dor ao evacuar
- ➔ Esforço para evacuar
- ➔ Fadiga
- ➔ Fezes formadas endurecidas
- ➔ Fezes líquidas
- ➔ Flatulência excessiva Incapacidade de defecar Indigestão
- ➔ Etc.

Alternativa: A.

30. FGV / FUNSAÚDE - CE / 2021 - Paciente diabético, descompensado, com insuficiência renal crônica, apresenta inspirações amplas e rápidas seguidas por curto período de apneia e expirações rápidas e ruidosas seguidas por outro período de apneia, como representado na figura a seguir.

Esse padrão é denominado respiração

A de Biot.

B de Cantani.

C de Kussmaul.

D de Cheyne-Stokes.

E dispneica suspirosa.

Comentários

A Errada. Respiração de Biot - apresenta-se de forma aleatoriamente irregular, com respirações ora superficiais, ora profundas, intercaladas por breves períodos de apneia.

B Errada. Respiração de Cantani - é caracterizado pelo aumento da amplitude dos movimentos respiratórios.

C Certa. Respiração de Kussmaul – nela há uma inspiração rápida e profunda, seguida de uma pausa, uma expiração súbita, em geral seguida de nova pausa.

D Errada. Respiração de Cheyne-Stokes - é uma forma de respiração periódica na qual apneias e hipopneias se alternam com períodos de hiperpneias que apresentam um padrão crescendo e decrescendo de volume corrente, assim como a figura mostrada acima.

E Errada. O paciente sente a necessidade de respirar profundamente (suspirar) em meio à sua respiração normal. Geralmente, ela está relacionada a condições emocionais, como estresse e ansiedade.

Alternativa: C.

Lista de Questões

1. FUMARC / Prefeitura de São João del Rei - MG / 2023 - Sobre a história da sistematização da assistência de enfermagem, é INCORRETO afirmar:

A A enfermagem acostumou-se a depender de conhecimentos e de conceitos preexistentes que lhe ditarem o que fazer e como fazer, e, na maioria das vezes, não refletia sobre por que fazer e quando fazer.

B Apesar da forte influência de Nightingale, a enfermagem acabou por assumir uma orientação profissional dirigida para o imediatismo, baseando-se em ações práticas, de modo intuitivo e não sistematizado. Alguns enfermeiros acostumaram-se a exercer a profissão sob a mesma perspectiva de profissionais médicos, centralizando suas ações mais na doença do que no paciente.

C Florence Nightingale idealizou uma profissão embasada em reflexões e questionamentos, tendo por objetivo edificá-la sob um arcabouço de conhecimentos científicos oriundos do modelo biomédico devido ao contexto histórico e social.

D Sob influência de vários fatores, tais como guerras mundiais, movimentos femininos de reivindicação, desenvolvimento das ciências e da educação, modificações socioeconômicas e políticas, as enfermeiras começaram a questionar o status quo da prática de enfermagem e a refletir sobre ela.

2. CESPE / CEBRASPE / Petrobras/ 2023 - Considerando aspectos da prática profissional em enfermagem e informações em saúde presentes nas publicações reconhecidas pelo Ministério da Saúde, julgue o item que se segue. A sistematização da assistência de enfermagem é uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes.

( ) Certo ( ) Errado

3. CESPE / CEBRASPE / Petrobras / 2023 - Em relação às doenças transmissíveis e às doenças crônicas não transmissíveis, julgue o item a seguir.

Em consulta de enfermagem, a avaliação do estado nutricional de paciente com diabetes tipo 2 deve ser realizada por meio da medida da circunferência abdominal, pois o índice de massa corporal, que é a relação entre peso e altura, não é um dado fidedigno, uma vez que o índice de massa muscular daqueles que praticam atividade física regularmente é proporcionalmente maior que o de gordura corporal.

4. [Adaptada] FAUEL / Prefeitura de Piên - PR / 2023 - A Resolução COFEN Nº 358 de 2009 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Sobre a temática, leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa CORRETA.

I - A sistematização da assistência de enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem.

II - O processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

III - Quando o processo de enfermagem é realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, denomina-se consulta de enfermagem.

IV- O processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

V- O diagnóstico de enfermagem pode ser focado no problema real, ser um diagnóstico de risco ou um diagnóstico de promoção da saúde.

Assinale a alternativa CORRETA.

A Apenas as afirmativas I, II e III estão corretas.

B Apenas as afirmativas II, III e IV estão corretas.

C Apenas as afirmativas II, IV e V estão corretas.

D Apenas as afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

E Todas as afirmativas estão corretas.

5. Inédita / 2023 - O Processo de Enfermagem de acordo com a Resolução COFEN 736/2024 é organizado nas seguintes etapas:

A esse respeito, a sequência CORRETA das etapas apresentadas nessa resolução compreende:

A Histórico de Enfermagem de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem.

B Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem.

C Coleta de dados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Avaliação de Enfermagem.

D Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem.

E Avaliação de Enfermagem, Evolução de Enfermagem de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem.

6. FUNDEPES / Prefeitura de Marechal Deodoro - AL / 2023 - O conhecimento da semiologia ajudará o enfermeiro a direcionar seu cuidado às necessidades de saúde do paciente. Nesse sentido, dadas as afirmativas,

I. A coleta de dados realizada pelo enfermeiro deve ser direcionada por uma teoria de enfermagem, o que favorece condições seguras para realizar o diagnóstico, planejar e intervir de forma adequada.

II. A experiência do enfermeiro permite um adequado diagnóstico, planejamento e implementação dos cuidados, mesmo que não haja uma coleta de dados adequada, durante a anamnese e o exame físico.

III. A adoção de uma taxonomia na prática do enfermeiro permite a construção de Diagnósticos de Enfermagem adequados e coerentes, mesmo que a coleta de dados seja insuficiente ou inadequada.

IV. Os achados semiológicos constituirão as evidências para a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema, nos diagnósticos de risco e nos diagnósticos de promoção da saúde.

São corretas

A III, apenas.

B I e II, apenas.

C I e IV, apenas.

D II, III e IV, apenas.

E I, II, III e IV.

7. FUNDEPES / Prefeitura de Marechal Deodoro - AL / 2023 - De acordo com a NANDA-I, os componentes estruturais dos Diagnósticos de Enfermagem são: o enunciado diagnóstico ou o título diagnóstico, os fatores relacionados, os fatores de risco e as características definidoras. Nesse contexto, é correto afirmar:

A os fatores relacionados são as manifestações clínicas, as evidências que levaram o profissional a concluir que o problema existe.

B os fatores de risco são inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um Diagnóstico de Enfermagem com foco no problema.

C os sinais e os sintomas são aqueles que diminuem a vulnerabilidade de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade a um evento insalubre.

D os fatores de risco são aspectos ambientais e elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos que aumentam a vulnerabilidade a um evento.

E os fatores relacionados são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo a problemas de saúde reais ou potenciais, que direcionam as intervenções.

8. PM MG / PM MG / 2023 - O exame físico cardiovascular completo e minucioso ajuda o enfermeiro a detectar as anormalidades e correlacioná-las com a clínica do paciente. Sobre este tema, analise as assertivas abaixo e assinale a alternativa CORRETA:

A O pulso oscilante é um pulso que desaparece durante a inspiração, mas retorna durante a expiração, frequentemente encontrado na insuficiência ventricular esquerda.

B Durante a palpação do precórdio, a presença de um frêmito representa uma interrupção no fluxo sanguíneo relacionado com um defeito em uma das valvas atrioventriculares.

C Um aumento na pressão venosa jugular de mais de 1 centímetro, enquanto se aplica a pressão no abdome por 60 segundos, indica a incapacidade do coração para acomodar o retorno venoso aumentado.

D O atrito pericárdico é o som agudo e áspero produzido pelas camadas inflamadas do pericárdio e varia de intensidade de acordo com a respiração.

9. PM MG / PM MG / 2023 - O exame físico do paciente é um meio confiável para reunir dados essenciais à avaliação do paciente. Considerando que durante o exame físico de um paciente é possível encontrar diferentes tipos de padrão respiratório e que estes podem correlacionar-se com diversos processos patológicos, analise as assertivas abaixo enumerando a segunda coluna de acordo com a primeira e, a seguir, assinale a alternativa que contém a sequência de respostas, CORRETA, na ordem de cima para baixo:

(1) Cheyne-Stokes (2) Kussmaul (3) Biot (4) Atáxica	( ) Padrão irregular que pode ser observado na meningite, caraterizado por profundidade e frequência variáveis das respirações, seguidas de períodos de apneia. ( ) Padrão regular, caracterizado por períodos alternados de respiração rápida e profunda, seguida de períodos de apneia, podendo ser resultado de insuficiência renal. ( ) Respiração rápida, profunda e dispneica, habitualmente observada na cetoacidose diabética. ( ) Desorganização significativa com profundidade irregular e variável da respiração, podendo indicar comprometimento respiratório.

A. 3, 1, 2, 4.

B. 1, 4, 3, 2.

C. 2, 1, 3, 4.

D. 3, 4. 2. 1.

10. Inédita / 2024 - Relacione, adequadamente, as fases do processo de enfermagem e seus significados.

1. Avaliação de Enfermagem.

2. Diagnóstico de Enfermagem.

3. Planejamento de Enfermagem.

4. Implementação de Enfermagem

5. Evolução de Enfermagem.

( ) compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.

( ) compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem

( ) Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

( ) compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para à pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde. Deverá envolver: I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem; II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde; III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.

( ) Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

Assinale a sequência CORRETA:

A 4, 5, 1, 3, 2.

B 5, 4, 1, 2, 3.

C 5, 4, 2, 1, 3.

D 5, 4, 1, 3, 2.

E 2, 3, 1, 5, 4.

11. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Acaiaca - MG / 2023 - O exame físico deve ser realizado na primeira fase do processo de Enfermagem e consiste nas etapas de inspeção, palpação, percussão e ausculta, além da utilização de alguns instrumentos e aparelhos. Para realização de cada etapa, o examinador utiliza os sentidos, sobretudo a visão, o tato e a audição. Na _____, é realizado o golpeamento com um dedo à borda ungueal ou à superfície dorsal da segunda falange do dedo médio ou indicador da outra mão, que se encontra espalmada e apoiada na região de interesse. O som encontrado em regiões que contenham órgãos parenquimatosos como o fígado é chamado _____.

Assinale a alternativa que preenche correta e respectivamente as lacunas do texto anterior.

A percussão dígito-digital; maciço

B percussão direta; maciço

C palpação; submaciço

D palpação; ruído adventício

12. FEPESE / Prefeitura de Balneário Camboriú - SC / 2023 - Acerca da realização do exame físico cardíaco, é correto afirmar:

A O local para ausculta do foco mitral, é no quinto espaço intercostal direito.

B O local para ausculta do foco aórtico, é no segundo espaço intercostal esquerdo.

C O local para ausculta do foco pulmonar, é no segundo espaço intercostal direito.

D O local para ausculta do foco aórtico, é no segundo espaço intercostal direito.

E O local para ausculta do foco tricúspide, é no quintal espaço intercostal, na linha hemiclavicular esquerda.

13. FEPESE / Prefeitura de Balneário Camboriú - SC / 2023 - Analise as afirmativas abaixo sobre o Processo de Enfermagem e a Consulta de Enfermagem.

1. O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem.

2. O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

3. Quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem.

4. *[Adaptada]* Durante a Consulta de Enfermagem, o Processo de Enfermagem apenas é feito de forma parcial, uma vez que o enfermeiro não consegue realizar neste ambiente todas as etapas. Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas corretas.

A São corretas apenas as afirmativas 1 e 2.

B São corretas apenas as afirmativas 2 e 4.

C São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 3.

D São corretas apenas as afirmativas 2, 3 e 4.

E São corretas apenas as afirmativas 1, 2, 3 e 4.

14. Avança SP / Prefeitura de Americana - SP / 2023 - Na inspeção estática do paciente, quando se observa o aumento do pulso venoso jugular na fase inspiratória, é considerado positivo o sinal de:

A Godet.

B Laffont.

C Kussmall.

D Biot.

E Murphy.

15. Avança SP / Prefeitura de Americana - SP / 2023 - Sobre a verificação do pulso periférico, assinale a alternativa incorreta:

A Tem como objetivo avaliar e monitorar condições hemodinâmicas do paciente e detectar arritmias cardíaca.

B Tem como objetivo avaliar efeitos de medicamentos que alteram a frequência cardíaca.

C Tem como objetivo verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.

D Os locais para verificação dependem do estado do paciente.

E As artérias, femoral, carótida e braquial são locais de fácil palpação utilizadas normalmente para pacientes inconscientes.

16. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Lavras - MG / 2023 - Considerando que o processo de Enfermagem é um método utilizado para organizar o processo de trabalho do enfermeiro, assinale a alternativa correta.

A O processo de Enfermagem é realizado em três etapas: exame físico, diagnósticos de Enfermagem e prescrição dos cuidados.

B O histórico do paciente é a primeira fase do processo de Enfermagem, na qual são coletados dados diretos, indiretos, subjetivos e objetivos.

C O exame físico ou anamnese deve ser realizado na admissão e na alta do paciente.

D Os diagnósticos de Enfermagem estão relacionados aos diagnósticos médicos; por isso, a documentação deve estar reunida no prontuário do paciente.

17. FUNDEP (Gestão de Concursos) / Prefeitura de Lavras - MG / 2023 - Na assistência de Enfermagem, a etapa que determina os resultados, as ações e as intervenções que se espera alcançar, a partir das respostas das pessoas em um dado momento do processo saúde e doença, que foi identificado por meio de um diagnóstico de Enfermagem, é denominada:

A Avaliação de Enfermagem.

B Processo de Enfermagem.

C Planejamento de Enfermagem.

D Teorias de Enfermagem.

18. FUMARC / AL-MG / 2023 - O processo de trabalho do enfermeiro deve estar embasado em uma metodologia científica que ofereça respaldo, segurança e o direcionamento para o desempenho das atividades, contribuindo para a credibilidade, competência e visibilidade da Enfermagem, consequentemente para a autonomia e satisfação profissional. Nesse contexto, é INCORRETO afirmar:

A Embora o Processo de Enfermagem tenha sido projetado para a prática da Enfermagem em relação ao cuidado do paciente e à responsabilidade da Enfermagem, ele não pode ser adaptado como um modelo teórico para resolver problemas de liderança e administração.

B O Processo de Enfermagem consiste em cinco fases sequenciais e interrelacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação, que integram as funções intelectuais de resolver problemas.

C O Processo de Enfermagem é fundamental a todas as abordagens de Enfermagem, promovendo o cuidado humanizado, dirigido a resultados e de baixo custo. Além disso, estimula os enfermeiros a, sucessivamente, examinar o que estão fazendo e estudar como poderiam fazê-lo melhor.

D O Processo de Enfermagem pode ser identificado como um sistema teórico para solucionar problemas e tomar decisões. Ao ser identificado o ponto de decisão, a tomada de decisão inicial ocorre e continua ao longo do processo através do uso de um mecanismo de retroalimentação, podendo, inclusive, ser utilizado para sistematizar a função administrativa do enfermeiro.

19. IBFC / Prefeitura de Cuiabá - MT / 2023 - O Processo de Enfermagem deve ser realizado de modo sistemático em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Assinale a alternativa que apresenta a fase do processo de enfermagem onde ocorre a realização das ações ou intervenções.

A Diagnóstico de enfermagem

B Coleta de dados

C Implementação

D Planejamento de enfermagem

20. Quadrix / IIER - SP / 2023 - Um paciente deu entrada no pronto-socorro em estado inconsciente, após queda da própria altura, segundo o relato de sua esposa. Ao realizar exame físico, o enfermeiro registrou midríase no prontuário.

O termo técnico registrado pelo enfermeiro, nesse caso hipotético, refere-se

A à contração das pupilas.

B à dilatação das pupilas.

C a pupilas com diâmetros iguais.

D a pupilas fotorreagentes.

E a pupilas com diâmetros desiguais.

21. OBJETIVA / Hospital Municipal Dr. Mário Gatti - SP / 2023 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o método que direciona as ações do enfermeiro no cotidiano da prática profissional, oferecendo estrutura concordante com as necessidades individualizadas do paciente. É reconhecida, portanto, como o principal instrumento para o desempenho sistemático das condições necessárias à realização do cuidado e à documentação da prática de enfermagem. A respeito da SAE em cardiologia, marcar C para as afirmativas Certas, E para as Erradas e, após, assinalar a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

(_) O diagnóstico de enfermagem “intolerância à atividade” tem como características definidoras as alterações no eletrocardiograma (ECG) refletindo isquemia ou arritmias, desconforto ou dispneia aos esforços, relato de fadiga ou fraqueza, dentre outras.

(_) Alterações de frequência cardíaca, respiratória ou pressão sanguínea, diaforese, dilatação pupilar, gestos protetores são características de “dor aguda” como diagnóstico da SAE em cardiologia.

(_) O paciente com diagnóstico de débito cardíaco diminuído pode apresentar ansiedade, inquietação, dispneia, ortopneia, tosse, taquicardia, palpitações, pulso periférico diminuído, alterações no ECG, mudanças na cor da pele, edema e fadiga.

A C - C - C.

B E - E - C.

C C - E - E.

D E - C - C.

22. OBJETIVA / Prefeitura de São Miguel do Passa Quatro - GO / 2022 - Para DOCHTERMAN e MCCLOSKEY, considerando-se algumas definições de termos da enfermagem, numerar a 2ª coluna de acordo com a 1ª e, após, assinalar a alternativa que apresenta a sequência CORRETA:

(1) Taxonomia das Intervenções de Enfermagem.

(2) Classificação das Intervenções de Enfermagem.

(3) Paciente.

( ) É a ordenação ou o arranjo das atividades de enfermagem em grupos ou conjuntos com base em suas relações e na determinação de designações de intervenções a estes grupos de atividades.

( ) É qualquer indivíduo, grupo, família ou comunidade que seja o foco da intervenção de enfermagem.

( ) Agrupamento das intervenções com base em semelhanças, o que pode ser considerado uma organização sistemática.

A 1 - 2 - 3.

B 3 - 2 - 1.

C 2 - 3 - 1.

D 2 - 1 - 3.

23. FUNDATEC / Prefeitura de Taquari - RS / 2022 - A ausculta pulmonar é uma técnica do exame físico, utilizada pelos profissionais da saúde para identificar os ruídos pulmonares. Contribui para suspeitas diagnósticas, para a monitorização da condição clínica e para a avaliação da resposta terapêutica. Sendo assim, assinale a alternativa que compreenda uma ausculta pulmonar dentro da normalidade.

A Ruídos adventícios.

B Sons em cornagem.

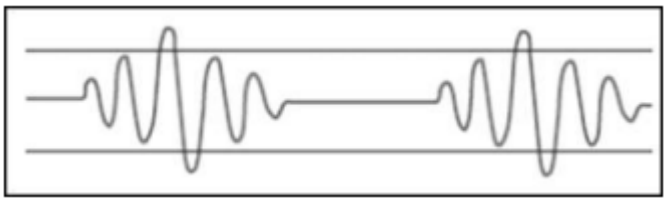
C Estertores úmidos.

D Murmúrio vesicular positivo.

E Sons crepitantes.

24. FURB /Prefeitura de Gaspar - SC / 2022 - Observar a frequência e a profundidade da respiração é um aspecto simples, mas importante, da avaliação do paciente. Exceto por suspiros ocasionais, as respirações são tranquilas e de profundidade e ritmo regulares. Entretanto, determinados padrões respiratórios são característicos de estados de doença específicos. Alterações na frequência e no ritmo respiratório podem ser o primeiro sinal de deterioração clínica em pacientes que estejam em condição grave (Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2020).

A imagem a seguir representa a frequência e a profundidade de um dos vários padrões respiratórios. Trata-se de um ciclo regular em que a frequência e a profundidade da respiração aumentam e então diminuem até ocorrer apneia.



Marque a alternativa que corresponde corretamente ao padrão respiratório apresentado na imagem:

A Respiração obstrutiva.

B Respiração de Biot.

C Taquipneia.

D Respiração de Cheyne-Stokes.

E Apneia.

25. Máxima / Prefeitura de Heliodora - MG / 2021 - O diagnóstico de enfermagem é primordial para o planejamento da assistência ao paciente prestada pela equipe de enfermagem. De acordo com NANDA, "suscetibilidade de dano em membranas mucosa, córnea, sistema tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula articular que pode comprometer a saúde" é:

A Diagnóstico de risco de lesão;

B Diagnóstico de integridade da pele prejudicada;

C Diagnóstico de integridade tissular prejudicada;

D Diagnóstico de risco de integridade tissular prejudicada.

26. FCM / COREN-MG / 2021 - Preencha corretamente as lacunas do texto a seguir sobre o processo de enfermagem. O processo de enfermagem deve estar fundamentado num suporte _____ que oriente a _____, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das _____ de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos _____ de enfermagem. A sequência que preenche corretamente as lacunas do texto é

A clínico / visita de enfermagem / consultas / indicadores

B teórico / coleta de dados / intervenções / resultados

C filosófico / coleta de dados / consultas / diagnósticos

D teórico/ história clínica / consultas / indicadores

E filosófico / coleta de dados / intervenções / resultados

27. INSTITUTO AOCP / Prefeitura de João Pessoa - PB / 2021 - Durante a realização do exame físico, o enfermeiro utilizou a seguinte técnica: "com uma das mãos, golpeia-se o abdome, enquanto a outra mão fica espalmada na região contralateral, tentando captar ondas líquidas que se chocam contra a parede abdominal". Qual é o nome dado a essa técnica?

A Percussão dígito-digital.

B Percussão punho-percussão.

C Percussão com a borda da mão.

D Percussão por piparote.

E Percussão dígito-frontal.

28. [Adaptada] PS Concursos / Prefeitura de Jacinto Machado - SC / 2021 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia desenvolvida a partir da prática do enfermeiro para sustentar a gestão e o cuidado no processo de enfermagem. O método é organizado em cinco etapas, que ajudam a fortalecer o julgamento e a tomada de decisão clínica assistencial do profissional de enfermagem. As etapas são:

A Diagnóstico de Enfermagem; Coleta de Dados de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem; Prescrição de Enfermagem; Implementação.

B Coleta de Dados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; Avaliação de Enfermagem.

C Histórico de Enfermagem; Execução do Planejamento; Avaliação de Enfermagem; Implementação; Prescrição de Enfermagem.

D Construção de Histórico; Prescrição de Enfermagem; Avaliação de Enfermagem; Execução do Planejamento; Implementação

E Nenhuma das alternativas anteriores.

29. OMNI / Prefeitura de Salesópolis - SP / 2021 - O Diagnóstico de Enfermagem Constipação, é conceituado pela NANDA 2018-2020 como a diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas. São características definidoras desse diagnóstico:

A Aumento da pressão intra-abdominal. Borborigmo. Cefaleia.

B Abuso de laxantes. Alteração nos hábitos alimentares. Confusão.

C Costume de ignorar a urgência para defecar. Depressão. Desidratação.

D Fraqueza dos músculos abdominais. Hábitos alimentares inadequados. Hábitos de evacuação irregulares.

30. FGV / FUNSAÚDE - CE / 2021 - Paciente diabético, descompensado, com insuficiência renal crônica, apresenta inspirações amplas e rápidas seguidas por curto período de apneia e expirações rápidas e ruidosas seguidas por outro período de apneia, como representado na figura a seguir.

Esse padrão é denominado respiração

A de Biot.

B de Cantani.

C de Kussmaul.

D de Cheyne-Stokes.

E dispneica suspirosa.

Gabarito

1. C
2. CERTA
3. ERRADA
4. E
5. B
6. C

7. D	15. E	23. D
8. C	16. B	24. D
9. A	17. C	25. C
10. D	18. A	26. B
11. A	19. C	27. D
12. D	20. B	28. B
13. C	21. A	29. A
14. C	22. C	30. C

RESUMO

Vejamos os pontos principais da aula:

SAE x PROCESSO DE ENFERMAGEM: O processo de Enfermagem é PARTE de uma enorme gama de possibilidades que está dentro do termo SAE.

Resolução COFEN 736/24: Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem.

➔ Fases:

Avaliação de Enfermagem Enfermagem	Diagnóstico de Enfermagem	Planejamento de Enfermagem	Implementação	Evolução de Enfermagem
[Equivale, com mais detalhes, à antiga fase do Histórico de Enfermagem]	Interpretação dos dados para tomada de decisão.	Resultados que se espera alcançar Nesta fase se faz a prescrição de enfermagem. Pode-se utilizar a NIC	Realização das ações ou intervenções	Verificação de mudanças nas respostas. Pode-se utilizar a NOC

EXAME FÍSICO

CABEÇA E PESCOÇO: formato da face, edemas palpebrais, característica da pupila, acuidade visual, coloração de mucosas, linfonodos, ingurgitamento de veias e etc.

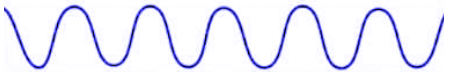
PULMONAR:

Inspeção (desvios, estrutura, padrão respiratório, etc)

➔ RESPIRAÇÃO DE CHEYNE-STOKES

➔ RESPIRAÇÃO ATÁXICA OU DE BIOT

➔ HIPERPNEIA



➔ APNEIA

➔ RESPIRAÇÃO DE KUSSMAUL

Palpação: expansibilidade, frêmito.

Percussão: comparação dos hemitórax

Ausculta: murmúrios vesiculares e ruídos adventícios (estertores finos e grossos, roncos, sibilos, atritos, estridor)

CARDÍACO:

Ausculta

Identificação dos FOCOS CARDÍACOS.

(1) Foco aórtico: 2º espaço intercostal, à direita do esterno, perto da borda esternal.

(2) Foco pulmonar: 2º espaço intercostal, à esquerda do esterno, próximo à borda do esterno.

(2.1) Foco pulmonar acessório: encontrado com o movimento para baixo do lado esquerdo do esterno até o terceiro espaço intercostal, próximo da borda esternal, também referida como ponto de Erb.

(3) Foco tricúspide: localizado na parte esquerda do quarto espaço intercostal ao longo do esterno, próximo à borda esternal.

(4) Foco mitral: encontrado pelos dedos que se deslocam lateralmente à esquerda do paciente para localizar o quinto espaço intercostal do lado esquerdo da linha média clavicular.

(5) Área epigástrica: ponta inferior do esterno.

Sopros:

- ➔ Sistólicos: seriam os sopros produzidos durante a sístole. Ou seja, entre B1 e B2.
- ➔ Diastólicos: seriam os sopros produzidos durante a diástole. Ou seja, entre B2 e B1.

ABDOMINAL

Quadrantes:

Hipocôndrio direito *Lobo hepático direito* *Vesícula biliar*	*Epigástrica* *Extremidade pilórica do estômago* *Duodeno* *Pâncreas* *Porção do fígado*	*Hipocôndrio esquerdo* *Estômago* *Cauda do Pâncreas* *Flexura esplênica do cólon*
Flanco direito *Cólon Ascendente* *Porções do duodeno e jejuno*	*Mesogástrica (umbilical)* *Omento* *Mesentérico* *Parte inferior do duodeno* *Jejuno e íleo*	*Flanco esquerdo* *Cólon descendente* *Porções do jejuno e íleo*
Inguinal direita *Ceco* *Apêndice* *Extremidade inferior do íleo*	*Hipogástrico (suprapúbica)* *Íleo*	*Inguinal Esquerda* *Cólon sigmoide*

Inspeção: formato.

Ausculta: ruídos hidroaéreos.

Percussão: *som timpânico é predominante*, exceto na região do hipocôndrio direito, onde o som é maciço devido ao fígado.

Palpação: superficial e profunda.

VASCULAR

Inspeção: rede vascular dos membros.

Palpação: palpar pulsos, observar edema.

TÉCNICAS ESPECÍFICAS:

- ➔ Manobra de Piparote: percussão em um dos lados do abdômen, observando a transmissão de onda de líquido para o lado oposto.

➔ Sinais:

NOME	FUNÇÃO	TÉCNICA
Blumberg	Detecção de apendicite	Descompressão rápida e dolorosa no ponto de McBurney* (ponto apendicular) localizado na fossa ilíaca direita. Pode ser usado para pesquisa de peritonite quando é realizado em qualquer parte do abdome e o paciente apresenta dor à descompressão rápida.
Rovsing	Detecção de apendicite	Palpação do quadrante inferior esquerdo e o paciente sente dor no quadrante inferior direito.
Lapinsky	Apendicite	Sinal de dor à palpação profunda no ponto de McBurney* com membro inferior direito hiperestendido e elevado.
Giordano	Detecção pielonefrite ou litíase renal	Percussão com a mão em forma de punho no dorso do paciente no nível da 11° e 12° costela, com uma mão realizando o amortecimento.
Murphy	Colecistite	Palpa-se o ponto biliar ou ponto cístico, no hipocôndrio direito e pede-se para o paciente inspirar profundamente. Ao inspirar, o diafragma faz com que o fígado desça e assim a vesícula biliar possa ser palpada pela mão.
Jobert	Pneumoperitôneo	Percussão do hipocôndrio direito com detecção de timpanismo.
Courvoisier-Terrier	Neoplasia	Vesícula biliar palpável
Torres Homem	Abscesso hepático	Percussão de toda a loja hepática da linha mediana até a linha axilar anterior indo em busca de dor. Dor circunscrita e localizada = Sinal de Torres Homem Positivo. Se dói ao percutir toda a loja hepática = Sinal de Torres Homem Negativo.

INSTRUMENTOS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

NANDA: sistema padronizado de diagnóstico. Lembre-se do JULGAMENTO CLÍNICO que é "uma interpretação ou conclusão sobre as necessidades, preocupações ou problemas de saúde de um paciente e ou a decisão de tomar ação (ou não)".

Partes importantes do DIAGNÓSTICO:

- ➔ Características definidoras: sinais e sintomas.
- ➔ Fatores relacionados: causas.
- ➔ Populações em risco
- ➔ Condições associadas: são os diagnósticos médicos, procedimentos, dispositivos farmacêuticos.

CIPE: estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de Enfermagem, de forma a melhorar a comunicação entre os enfermeiros e a equipe multidisciplinar.

Tem 7 EIXOS:

- ➔ Foco
- ➔ Juízo/Julgamento
- ➔ Cliente
- ➔ Ação
- ➔ Recursos
- ➔ Localização
- ➔ Tempo

CIPESC: instrumento de trabalho do enfermeiro em Saúde Coletiva, que visa apoiar a sistematização de sua prática assistencial, gerencial e de investigação.

NOC: estabelecer os RESULTADOS esperados para cada diagnóstico de enfermagem selecionado para o plano de cuidados

NIC: classificação abrangente e padronizada das INTERVENÇÕES de enfermagem.

SAEP: Processo de Enfermagem específico para o Centro Cirúrgico, tanto nas fases pré-operatórias, quanto transoperatório e pós-operatório.

Que você faça uma excelente prova! ;)

ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.

1.

Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2.

Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3.

Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4.

Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5.

Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6.

Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7.

Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8.

O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.

Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.