Estratégia Concursos

Aula 00

Conhecimentos Específicos p/ SESAU-Recife (Enfermeiro - Diarista e Plantonista) - Pós-Edital

Autor:
Ligia Carvalheiro Fernandes

14 de Dezembro de 2019

PROCESSO DE ENFERMAGEM 2
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM 22
RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012 26
ANOTAÇÃO X EVOLUÇÃO 28
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM 29
ANAMNESE E EXAME FÍSICO 37
EXAME CLÍNICO GERAL 37
CABEÇA E PESCOÇO 39
PULMONAR 41
CARDIACO 44
ABDOMINAL 47
VASCULAR 51

PROCESSO 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.

O processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional.

Os **Metaparadigmas da Enfermagem** são o conjunto dos quatro conceitos principais usados na enfermagem que fundamentam sua prática: Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem:



1. Pessoa: reflete o indivíduo, família, comunidade e outros grupos. Ambiente: refere-se ao significante e ao ambiente ou mesmo o local onde a enfermagem ocorre.

2. Saúde: refere-se ao bem estar da pessoa, quando a enfermagem ocorre que pode ser medido do alto nível de bem estar à doença terminal.

3. Enfermagem: refere-se à definição de Enfermagem, a ação que os enfermeiros realizam em benefício e/ou em conjunto com a pessoa e as metas ou resultados das ações de enfermagem.



1. Ano: 2014 Banca: FCC Órgão: TRT 13ª REGIÃO

Ao desenvolver o processo de enfermagem, o enfermeiro necessita compreender a articulação dos conceitos definidos como metaparadigmas da enfermagem, que são:

a) Saúde, Doença, Diagnóstico de Enfermagem e Indicadores de Qualidade.

b) Indivíduo, Necessidades Básicas, Saúde e Doença.

c) Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem.

d) Autocuidado, Necessidades Biopsicossociais, Contexto Trabalhista e Trabalho em Enfermagem.

e) Equipe de Enfermagem, Intervenção de Enfermagem, Processo Saúde-Doença e Processo de Trabalho.

Resposta

Como acabamos de ler, Pessoa, Saúde, Ambiente e Enfermagem são os metaparadigmas da Enfermagem.

Alternativa: C.

2. Ano: 2018 Banca: CESGRANRIO Órgão: Petrobras

Estabelecer diagnósticos de enfermagem e planejar ações ou intervenções de enfermagem, baseadas na avaliação dos resultados, são características do

a) Autocuidado de Oren

b) Método de Wanda Horta

c) Histórico da Enfermagem

d) Processo de Enfermagem

e) Técnico de Enfermagem

Resposta

As ações descritas no enunciado caracterizam o Processo de Enfermagem.

Alternativa: D.

Em 1979, Wanda Horta elencava 6 fases:



1. Histórico
2. Diagnóstico
3. Plano Assistencial (assistência de enfermagem global que a pessoa deve receber diante do diagnóstico estabelecido)
4. Prescrição de Enfermagem (roteiro diário ou aprazado que coordena a ação da equipe de enfermagem
5. Evolução
6. Prognóstico

Atualmente, utiliza-se o Processo de Enfermagem regulamentado pela COFEN 358/2009 que revogou a COFEN 272/2002.

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.

Se implementado em serviços ambulatoriais, domicílios, escolas, associações comunitárias (...), corresponde à Consulta de Enfermagem.

Para te ajudar a não esquecer disso:



3. Ano: 2014 Banca: FCC Órgão: TJ-AP

A Resolução COFEN no 358/2009 dispõe que o Processo de Enfermagem realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas e associações comunitárias, é usualmente denominado como:

a) Planejamento de enfermagem.

b) Acolhimento de enfermagem

c) Consulta de enfermagem

d) Coleta de dados

e) Triagem de enfermagem

Resposta

Nestes tipos de serviço do enunciado, o PE corresponde à Consulta de Enfermagem.

Alternativa: C.

4. Ano: 2015 Banca: INSTITUTO AOCP Órgão: EBSERH

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem é a:

a) Resolução COFEN-212/1998.

b) Resolução COFEN-358/2009.

c) Resolução COFEN-292/2004.

d) Resolução COFEN-270/2002.

e) Resolução COFEN-424/2012.

Resposta

Pensa numa banca que tem predileção por associar o número da legislação/resolução com o assunto! Acabamos de ver que a Resolução COFEN 358/09 é quem dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Alternativa: B.



Conforme a COFEN 358/2009, as fases do Processo de Enfermagem são as seguintes:

1 Coleta de Dados

2 Diagnóstico

3 Planejamento

4 Implementação

5 Avaliação

CLÁSSICO cair isso na PROVA!

QUESTÕES COMENTADAS

5. Ano: 2014 Banca: FCC Órgão: TCE-PI

De acordo com a Resolução n° 358/2009 do COFEN, o processo de enfermagem é estruturado nas etapas denominadas:

a) coleta de dados de enfermagem (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem.

b) histórico de enfermagem, prognóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e registro de enfermagem.

c) exame físico e coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e consulta de enfermagem.

d) coleta de dados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, implantação e avaliação de enfermagem.

e) histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, consulta de enfermagem, implementação e documentação de enfermagem.

Resposta

As fases são: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Alternativa: A.

6. Ano: 2017 Banca: INSTITUTO AOCP Órgão: EBSERH

Sobre os aspectos legais da Sistematização da Assistência de Enfermagem e do Processo de Enfermagem, estabelecidos pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, assinale a alternativa correta.

a) O COFEN estabelece normas e diretrizes sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e implementação do Processo de Enfermagem nos serviços públicos de saúde, porém não contempla os serviços privados de saúde.

b) 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, consiste na fase V do processo de enfermagem, denominada avaliação de enfermagem.

c) Quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Enfermagem é usualmente denominado como Atendimento de Enfermagem.

d) O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas que são independentes entre si.

e) A 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, refere-se à IV etapa do PE, ou seja, Implementação.

Resposta

a) ERRADA. O processo de enfermagem deve ser aplicado em Instituições públicas e privadas.

b) CORRETA.

c) ERRADA. É denominado Consulta de Enfermagem.

d) ERRADA. As fases do Processo de Enfermagem são interdependentes, inter-relacionadas e recorrentes.

e) ERRADA. A determinação dos resultados que se espera alcançar ocorre na fase do Planejamento.

Alternativa: B.



Vamos ver fase a fase do Processo de Enfermagem vigente:

1 – Coleta de dados (Anamnese e Exame Físico)	A coleta de dados é um processo sistemático, organizado e contínuo e tem por finalidade a obtenção de informações subjetivas e objetivas a respeito da pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. Engloba a anamnese (entrevista guiada) e o exame físico (através da inspeção, palpação, percussão e ausculta). **ASSUNTO MAIS DETALHADO AO FINAL DA AULA.** Todos os profissionais de enfermagem participam continuamente desta fase.
2 – Diagnóstico (privativo do Enfermeiro)	Não se trata de diagnóstico médico. O enfermeiro diagnostica os riscos, as manifestações das doenças e necessidades dos indivíduos. Ex. Infarto Agudo do Miocárdio (diagnóstico médico) e Dispneia aos esforços (diagnóstico de enfermagem). Trata-se de um processo de interpretação e agrupamento dos dados e gera tomada de decisão. Os diagnósticos podem ser reais, de risco (vulnerabilidade), de bem estar e de promoção da saúde. Conforme a NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), o guia de diagnósticos utilizado pela Enfermagem no Brasil, seus componentes estruturais são:

	a) Enunciado diagnóstico: Ex. Integridade tissular prejudicada. **b) Fatores relacionados:** trata-se da etiologia do problema. Ex. Integridade tissular prejudicada relacionada à imobilização física e circulação alterada. **c) Características definidoras**: são sinais, sintomas, manifestações clínicas, evidências que levaram o profissional a concluir que o problema existe. Ex. Integridade tissular prejudicada evidenciada por ferida na região sacral. **d) Fatores de Risco:** fatores ambientais, fisiológicos, psicológico, genéticos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade.
3 – Planejamento	Nesta fase faz-se a priorização dos diagnósticos levantados e os utiliza para o planejamento das ações e intervenções a serem prescritas na fase seguinte. Utiliza-se a NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) que, através dos diagnósticos de enfermagem, indica as possíveis intervenções a serem realizadas visando o resultado esperado e padroniza a linguagem na prescrição dos cuidados. Ex. diagnóstico de dor relacionada a pós operatório imediato de colecistectomia. O resultado esperado poderá ser: redução da dor em até 1 hora. Este será o planejado e, então, será implementado, na fase seguinte, a prescrição de enfermagem para atingir-se essa meta.
4– Implementação	É a própria realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem, através da Prescrição de Enfermagem. A elaboração aprazada da prescrição de enfermagem é privativa do enfermeiro, mas deve ser executada por toda a equipe de enfermagem.
5 – Avaliação	Objetiva determinar se as intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado. Se no planejamento, utiliza-se a NIC para elencar as intervenções necessárias, na avaliação, utiliza-se a NOC

	(Classificação de Resultados de Enfermagem) que avalia as respostas que o paciente apresentou. A NOC identifica piora, manutenção da condição ou melhora. Utiliza-se de uma escala que, de um extremo a outro, apresenta resultados opostos. Ex. Gravemente comprometido x não comprometido. Como o Processo de Enfermagem é dinâmico, dependendo da avaliação de enfermagem, os diagnósticos serão novamente revistos e o planejamento e implementação também poderão sofrer alterações a cada avaliação.

QUESTÕES COMENTADAS

7. Ano: 2017 Banca: INSTITUTO AOCP Órgão: EBSERH

O Exame Físico consiste no levantamento de condições globais do cliente para buscar informações para subsidiar a assistência. Sobre as técnicas utilizadas no exame físico e os possíveis achados, assinale a alternativa correta.

a) Deve ser realizado sempre no sentido cefalo-podal, independentemente da situação ou paciente. b) No exame do pescoço, é necessário atentar-se para contraturas, glândula tireoide e linfonodos palpáveis.

c) Na avaliação da cabeça e pescoço, utilizam-se as técnicas de inspeção e percussão.

d) Durante a ausculta pulmonar, é possível auscultar sons normais como os ruídos adventícios e também sons anormais como os murmúrios vesiculares que se dividem basicamente em: sibilos, estertores creptantes, roncos e atrito pleural.

e) No exame físico do abdômen, é necessário realizar primeiramente a percussão, pois a realização da ausculta e a palpação podem interferir nos sons observados.

Resposta

O exame físico faz parte da primeira fase do Processo de Enfermagem:

a) ERRADA. Sempre é muito exagerado.

b) CORRETA

c) ERRADA. Percutir o pescoço?

d) ERRADA. Os murmúrios normais são: Murmúrio vesicular; Murmúrio broncovesicular; Respiração laringotraqueal. Já os patológicos são roncos, estertores, sibilos, creptantes, subcrepitantes e estridor.

e) ERRADA. A ausculta é primeiro para que a percussão e a palpação não influenciem nos sons abdominais.

Alternativa: B.

8. Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSERH

Julgue o seguinte item, a respeito do processo de trabalho do enfermeiro na assistência à saúde.

Os erros mais comuns no raciocínio diagnóstico do enfermeiro são: definição do problema a partir de dados insuficientes, ideia preconcebida quanto à resposta da pessoa examinada, omissão de pista significativa e identificação de apenas um sintoma ou uma pista como diagnóstico.

Resposta

O raciocínio clínico para o diagnóstico necessita de uma coleta de dados de qualidade, com dados suficientes, focada, sem preconceitos do avaliador.

Alternativa: Certa.

9. Ano: 2012 Banca: FCC Órgão: TRT - 6ª Região (PE)

Com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, as informações de que o trabalhador é portador de colostomia e que recusou-se a receber orientações sobre o autocuidado na troca da bolsa coletora estão descritas, respectivamente, em

a) anotação de enfermagem e exame físico.

b) prescrição de enfermagem e evolução médica.

c) evolução médica e exame físico.

d) prescrição médica e histórico de enfermagem.

e) histórico de enfermagem e anotação de enfermagem.

Resposta

É uma informação que foi coletada. Primeiro que é portador da colostomia, logo, constante no histórico de enfermagem. Segundo, que se recusou a receber orientações, logo, constante na anotação de enfermagem.

Alternativa: E.

10. Ano: 2013 Banca: FCC Órgão: TRT - 5ª Região (BA)

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro identificou que no paciente X a necessidade gregária está afetada. Esse termo gregário diz respeito à necessidade psicossocial do indivíduo em

a) aparentar uma autoimagem de indivíduo saudável.

b) sentir-se protegido, sem ameaças de ordem física, psíquica ou social.

c) agregar conhecimentos que estimulem a ambição para ascender social e profissionalmente.

d) ser aceito e respeitado por outras pessoas, com suas qualidades e defeitos.

e) conviver, participar e integrar-se com outras pessoas, ou seja, de viver em grupo.

Resposta

Quer dizer: tendência de agregação, necessidade de viver em grupo.

Alternativa: E.

11. Ano: 2017 Banca: UFES Órgão: UFES

Sobre o Processo de Enfermagem, previsto pela Resolução nº 358, de 2009, do Conselho Federal de Enfermagem, é INCORRETO afirmar:

a)O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação.

b)Quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, em domicílios, em escolas e em associações comunitárias, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao que usualmente é denominado, nesses ambientes, Consulta de Enfermagem.

c)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.

d)O Processo de Enfermagem deve estar baseado em uma terminologia de enfermagem que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou as intervenções de enfermagem e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

e)O técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e a orientação do enfermeiro.

Resposta

O erro está em dizer que o Processo de Enfermagem está baseado em uma terminologia de enfermagem, visto que o correto seria “baseado em um suporte teórico”.

Alternativa: D.

12. Ano: 2013 Banca: 2017 Órgão: TRT 5ª REGIÃO

De acordo com a Resolução COFEN358/2009, a execução do processo de enfermagem deve ser:

a) registrada formalmente, envolvendo, dentre outros, um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença.

b) anotada em impresso próprio, contendo a justificativa das ações de enfermagem não realizadas e com registro opcional das intervenções de enfermagem realizadas.

c) anotada opcionalmente, contendo, dentre outros, os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

d) transmitida verbalmente, quanto ao histórico e diagnóstico de enfermagem, e o registro em impresso próprio está restrita às intervenções de enfermagem realizadas.

e) anotada, obrigatoriamente em meio eletrônico, a partir de 1 de junho de 2014.

Resposta

O registro das fases do Processo de Enfermagem é obrigatório, seja manual, ou por meio eletrônico e envolve dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana.

Alternativa: A.

13. Ano: 2016 Banca: FCC Órgão: TRT 20ª REGIÃO

De acordo com a Taxonomia II da NANDA I (2015-2017), os diagnósticos de risco foram modificados e eliminado a palavra “risco” da definição, agora substituída pela palavra:

a) Vulnerabilidade

b) Exposição

c) Sensibilidade

d) Propensão

e) Fragilidade

Resposta

A palavra “Vulnerabilidade” veio substituir a palavra “Risco” para classificar diagnósticos potenciais.

Alternativa: A.

14. Ano: 2017 Banca: CESGRANRIO Órgão: PETROBRÁS

O processo de enfermagem é um método que fornece estrutura para a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem, tornando-a menos intuitiva, exigindo a aplicação sistemática do conhecimento em situações específicas.

O estabelecimento de prioridades para os problemas diagnosticados e a fixação de resultado corresponde à fase:

a) do planejamento

b) da avaliação

c) da implementação

d) da investigação

e) diagnóstica.

Resposta

Após definir os diagnósticos de enfermagem, elenca-se os prioritários e utiliza-os para o PLANEJAMENTO da assistência a ser prestada.

Alternativa: A

15. Ano: 2017 Banca: INSTITUTO AOCP Órgão: EBSERH

Paciente, 78 anos, sexo feminino, internada no setor de clínica médica, após a avaliação do enfermeiro, recebe o seguinte diagnóstico de enfermagem: “integridade tissular prejudicada, relacionada à imobilização física de circulação alterada evidenciada por ferida com área de solapamento de 8cm na região trocantérica direita”. O diagnóstico realizado pelo enfermeiro corresponde, na NANDA, ao domínio:

a) nutrição.

b) conforto.

c) segurança / proteção.

d) enfrentamento / tolerância ao estresse.

e) eliminação e troca.

Resposta

Pessoal, decorar todos os domínios é, realmente, impossível. O segredo é ir fazendo exercícios para relacionar o que a banca mais cobra:

Domínio 11. Segurança/Proteção

- Risco de infecção
- Risco de aspiração
- Risco de choque
- Dentição prejudicada
- Risco de integridade da pele prejudicada
- Integridade tissular prejudicada
- Risco de quedas
- Risco de úlcera por pressão
- Automutilação
- Risco de automutilação

(etc...)

Alternativa: C

16. Ano: 2015 Banca: FCC Órgão: TRT 3ª REGIÃO/2015

Na fase de planejamento, os resultados esperados constituem um componente essencial na Sistematização da Assistência de Enfermagem. No caso de o enfermeiro avaliar que os resultados esperados não estão sendo alcançados, deve-se:

a) alterar a prescrição de enfermagem, o prazo estabelecido e rever a intervenção de enfermagem

b) reavaliar os diagnósticos de enfermagem e rever os prazos estipulados e os cuidados prescritos.

c) avaliar os fatores relacionados, fixar novos prazos e estabelecer os fatores de risco.

d) analisar o diagnóstico situacional, rever os fatores condicionantes da padronização dos resultados.

e) refazer a classificação da intervenção de enfermagem, rever o eixo de julgamento e a validação de critérios.

Resposta

Quando os resultados não são os esperados, a reavaliação do processo de enfermagem deve reiniciar-se desde o diagnóstico até a implementação.

Alternativa: B

17. Ano: 2015 Banca: FCC Órgão: TRT 3ª REGIÃO

Para elaborar o planejamento da assistência de enfermagem do paciente, o enfermeiro deve iniciar pela priorização:

a) dos diagnósticos médicos relacionados com o equilíbrio hemodinâmico.

b) dos resultados médicos alcançados relacionados com a reação humana identificada.

c) dos diagnósticos de enfermagem que foram estabelecidos.

d) das execuções dos cuidados de enfermagem menos complexos.

e) das condições latentes relacionadas a multiplicidade de defesas e a mobilidade das falhas nas teorias de enfermagem.

Resposta

O planejamento é a terceira fase do Processo de Enfermagem e se baseia nos Diagnósticos de Enfermagem levantados após a Coleta de dados.

Alternativa: C.

18. Ano: 2016 Banca: CESGRANRIO Órgão: UNIRIO

Há diversos sistemas de classificação de conceitos para a sistematização da assistência de enfermagem disponíveis na literatura e utilizados na prática. Qual modelo conceitual considera que as situações de interesse para a enfermagem são respostas que as pessoas, os grupos ou as comunidades apresentam aos problemas de saúde ou aos processos de vida?

a) NIC

b) NOC

c) CIPE

d) NANDA

e) CIPESC

Resposta

As respostas mencionadas no enunciado darão suporte para a definição dos diagnósticos de enfermagem e o modelo conceitual para tal é a NANDA.

NANDA - Diagnóstico de Enfermagem

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPESC - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

Alternativa: D**.**

Para complementar, é bom saber que as três classificações (NANDA, NIC e NOC), visto que, apesar em pequena quantidade e esporadicamente, pode aparecer na sua prova. Foram planejadas para serem utilizadas individualmente ou em conjunto, a fim de colaborar nas etapas do Processo de Enfermagem.

A **Classificação das Intervenções de Enfermagem** (NIC) — uma classificação abrangente e padronizada das INTERVENÇÕES de enfermagem, publicada pela primeira vez em 1992. Diferente dos diagnósticos de enfermagem ou resultados de paciente, em que o foco da atenção reside no paciente, as intervenções de enfermagem enfocam o comportamento de enfermagem — as ações de enfermagem que auxiliam o paciente a progredir em direção ao resultado desejado.

> Uma intervenção é definida como: Qualquer tratamento que, baseado em julgamento e conhecimento clínico, um enfermeiro ponha em prática para intensificar os resultados do paciente/cliente. As intervenções de enfermagem incluem tanto a assistência direta como a indireta; as assistências voltadas para indivíduos, famílias e comunidade; e a assistência prestada em tratamentos iniciados pelo enfermeiro, médico e outro prestador.

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:

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

Denominada de **NOC ou Classificação dos resultados de enfermagem**. Tem como objetivo definir intervenções de RESULTADOS, de forma a facilitar a sua utilização e a avaliar os efeitos dos cuidados como parte dos cuidados de saúde.

Na taxonomia NOC os RE **não são enunciados como metas**, objetivos ou resultados esperados. Eles são obtidos a partir do acompanhamento dos indicadores e valores contidos em dada um deles durante a avaliação do paciente, afim de que esses resultados possam ser documentados e monitorados ao longo do tempo estabelecido como intervalo de reavaliação.

Só para contextualizar, veja a tabela exemplo abaixo:

LIGAÇÕES NOC-NIC PARA ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO			
Resultado	**Intervenções Principais**	**Intervenções Sugeridas**	
Autocuidado: Atividades da Vida Diária (AVD) Definição: Capacidade de desempenhar as tarefas físicas mais básicas e as atividades de cuidado pessoal, de forma independente, com ou sem dispositivos auxiliares	Assistência no Autocuidado	Assistência no Autocuidado: Banho/Higiene Assistência no Auto-cuidado: Vestir/ Arrumar-se Assistência no Autocuidado: Alimentação	Assistência no Autocuidado: Uso de Vaso Sanitário Assistência no Autocuidado: Transferências
Cognição Definição: Capacidade de executar processos mentais complexos	Controle de Edema Cerebral Promoção da Perfusão Cerebral Monitoração Neurológica	Redução da Ansiedade Controle do Delírio Prevenção contra Quedas	Treinamento da Memória Orientação para a Realidade
Comunicação Definição: Recepção, interpretação e expressão de mensagens faladas, escritas e não verbais	Melhora da Comunicação: Déficit da Fala	Escutar Ativamente Redução da Ansiedade	Proteção dos Direitos do Paciente Encaminhamento
Continência Intestinal Definição: Controle da passagem de fezes do intestino	Controle Intestinal Assistência no Autocuidado: Uso de Vaso Sanitário	Banho Controle de Constipação/ Impactação Redução da Flatulência Controle Hídrico	Administração de Medicamentos: Oral Administração de Medicamentos: Retal Supervisão da Pele

Outra sigla famosa no contexto Processo de Enfermagem é **a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem *(*CIPE).** Trata-se de uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática da enfermagem no âmbito mundial. É, também, considerada uma tecnologia de informação, pois proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem em uma variedade de cenários, linguagens e regiões geográficas, no âmbito mundial, contribuindo para que a prática dos profissionais da enfermagem seja eficaz e, sobretudo, se torne visível no conjunto de dados sobre saúde e reconhecida pela sociedade.

Seu eixo consiste nos seguintes itens:

■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 oumonitorizar).

■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, abdómen, escola ou centro de saúde na comunidade).

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

Nesta perspectiva a CIPE tem por objetivo:

✓ 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.

Através dos objetivos, a CIPE é capaz de proporcionar a comunicação entre os pares, comparar os dados de enfermagem entre os diferentes contextos, auxiliar na tomada de decisão do profissional, no raciocínio clinico do enfermeiro, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde, na geração de novos conhecimentos, na promoção de um cuidado qualificado e na garantia de mais instrumentos para a segurança do paciente.



19. Ano: 2018 Banca: COPEVE-UFAL Órgão: UFAL

A CIPE® é uma das classificações utilizadas para operacionalizar o processo de enfermagem na sistematização da assistência, sendo reconhecida internacionalmente por nomear, classificar e associar fenômenos próprios do cuidado de enfermagem. Em quantos eixos relacionados ao processo de enfermagem a CIPE® é estruturada?

a) 2 – Foco; Cliente.

b) 3 – Localização; Tempo; Cliente.

c) 4 – Julgamento; Ação; Tempo; Cliente.

d) 5 – Foco; Ação; Localização; Tempo; Cliente.

e) 7 – Foco; Julgamento; Ação; Localização; Meios; Tempo; Cliente.

Resposta

Vimos acima que a estrutura da CIPE, consiste em 7 itens: Foco; Julgamento; Ação; Localização; Meios; Tempo; Cliente.

Alternativa: E.

20. Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSERH

Julgue o seguinte item, a respeito do processo de trabalho do enfermeiro na assistência à saúde.

As três classificações de enfermagem — NANDA, NIC e NOC — foram planejadas para serem utilizadas apenas individualmente, a fim de colaborar nas etapas do processo de enfermagem, que são o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação.

Resposta

Totalmente errada, visto que as classificações de enfermagem foram criadas para uso em conjunto e coerente e as etapas do processo de enfermagem são: coleta de dados, diagnóstico, prescrição, implementação e avaliação.

Alternativa: Errada.

21. Ano: 2015 Banca: CETRO Órgão: AMAZUL

O Processo de Saúde de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre cuidado profissional de enfermagem, como instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. 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

a) Classificação de Enfermagem.

b) Promoção de Enfermagem.

c) Plano de Enfermagem.

d) Intervenções de Enfermagem.

e) Consulta de Enfermagem

Resposta

Conforme a Resolução COREN/SP 358/2009, 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.

Alternativa: E.

Manual ou eletrônico, as anotações e registros de enfermagem são escritos no prontuário do paciente.

A resolução CFM 1.638/2002 define o prontuário como “documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de

caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo".

As Anotações de Enfermagem fornecem dados que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem.

Assim, a Anotação de Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE – Resolução Cofen n. 358/2009), pois é fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1 Devem ser precedidas de:

DATA E HORA	ASSINATURA	COREN*

Conforme Artigo 5º da Resolução Cofen 545/2017 determina o uso do carimbo OBRIGATÓRIO

Art. 1º Ficam adotadas as normas contidas nesta Resolução para a anotação e o uso do número de inscrição, ou autorização, nos Conselhos Regionais, pelos integrantes das várias categorias compreendidas nos serviços de Enfermagem.

Art. 2º A anotação do número de inscrição dos profissionais de Enfermagem é feita com a sigla do Coren, acompanhada da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional, seguida do número de inscrição, separados todos os elementos por hífen.

§ 1º Os dados contidos no artigo segundo deverão constar do carimbo do profissional, pessoal e intransferível;

§ 2º Em ambos os casos descritos no parágrafo anterior, o profissional deverá apor sua assinatura sobre os dados descritos ou rubrica.

Art. 3º As categorias profissionais de enfermagem deverão ser indicadas pelas seguintes siglas:

a) ENF, para Enfermeiro;

b) OBST, para Obstetriz.

c) TE, para Técnico de Enfermagem;

d) AE, para Auxiliar de Enfermagem, e

e) PAR , para Parteira.

Art. 4º A anotação do número de autorização é feita com a sigla AUT seguida da sigla da Unidade da Federação onde está sediado o Conselho Regional e do número da autorização, separadas as siglas por barra e o número por hífen.

Parágrafo único A categoria referida neste artigo é o Atendente de Enfermagem, que é indicado pela sigla AT.

Art. 5º É obrigatório o uso do carimbo, pelo profissional de Enfermagem nos seguintes casos:

I – em recibos relativos a percepção de honorários, vencimentos e salários decorrentes do exercício profissional;

II – em requerimentos ou quaisquer petições dirigidas às autoridades da Autarquia e às autoridades em geral, em função do exercício de atividades profissionais; e,

III – em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

2. Observar e anotar como o paciente chegou:

a) Procedência do paciente (residência, pronto - socorro, transferência de outra instituição ou outro setor intra-hospitalar);
b) Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, profissional de saúde);
c) Condições de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca, etc.);

3. Observar e anotar as condições gerais do paciente:

a) Nível de consciência;
b) Humor e atitude;
c) Higiene pessoal;
d) Estado nutricional;
e) Coloração da pele;
f) Dispositivos em uso. Ex.: Jelco, sondas, curativos.
g) Queixas do paciente (tudo o que ele refere, dados informados pela família ou responsável);

4. Anotar orientações efetuadas ao paciente e familiares. Ex.: Jejum, coleta de exames, inserção venosa, etc.;

5. Dados do Exame Físico;

6. Cuidados realizados;

7. Intercorrências;

8. Efetuar as anotações imediatamente após a prestação do cuidado;

9. Não devem conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;

10. Não é permitido escrever a lápis ou utilizar corretivo líquido;

11. Devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas;

12. Conter sempre observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;

13. Constar as respostas do paciente diante dos cuidados prescritos pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;

14. Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida;

15. Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;

16. Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);

17. Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

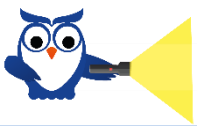
18. Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.



Assim, pode-se resumidamente evidenciar que as Anotações de Enfermagem deverão ser referentes a:

• **Todos os cuidados prestados** – incluindo o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além dos cuidados de rotina, medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de setor, entre outros;
• **Sinais e sintomas** – todos os identificados por meio da simples observação e os referidos pelo paciente. Os sinais vitais mensurados devem ser registrados pontualmente, ou seja, os valores exatos aferidos, e nunca utilizar somente os termos "normotenso, normocárdico etc."
• **Intercorrências** – incluem fatos ocorridos com o paciente e medidas adotadas;
• **Respostas dos pacientes** às ações realizadas.

O registro deve conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional.



Diretrizes para qualquer anotação / registro

PRECISÃO A informação deve ser exata, com dados subjetivos ou objetivos claramente discriminados. Além disso, é imprescindível fazer a distinção se a informação registrada foi observada no paciente ou relatada por ele. Usar grafia correta, bem como somente abreviações e símbolos aceitos pela instituição, de modo a garantir a interpretação precisa e adequada da informação.

CONCISÃO Fornecer as informações reais e essenciais em uma anotação. Uma anotação curta e bem redigida é mais facilmente assimilada do que uma longa e irrelevante. EFICÁCIA Os

registros devem conter informações completas e pertinentes para a continuidade da assistência ou para condutas a serem tomadas.

ATUALIZAÇÃO A demora na anotação de uma informação importante pode resultar em omissões graves e atrasos no atendimento ao paciente. As decisões e condutas sobre a assistência e os cuidados de um paciente são baseadas em informações atuais. Sempre anotar em prontuário, logo após a realização do procedimento, atendimento, observação ou encaminhamento.

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

CONFIDENCIALIDADE As informações sobre um cliente só deverão ser transmitidas mediante o entendimento de que tais dados não serão divulgados a pessoas não autorizadas. A lei protege as informações sobre um cliente que esteja sob cuidados profissionais de saúde. O profissional de enfermagem é obrigado por lei e pela ética a manter confidencialidade de qualquer informação relacionada à doença e ao tratamento do cliente.

Decorou?



- **PRECISÃO**
- **CONCISÃO**
- **ATUALIZAÇÃO**
- **ORGANIZAÇÃO**
- **CONFIDENCIALIDADE**

]

RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012

Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico

Art. 1º É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

Art. 2º Relativo ao processo de cuidar, e em atenção ao disposto na Resolução nº 358/2009, deve ser registrado no prontuário do paciente:
a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Art. 3º Relativo ao gerenciamento dos processos de trabalho, devem ser registradas, em documentos próprios da Enfermagem, as informações imprescindíveis sobre as condições ambientais e recursos humanos e materiais, visando à produção de um resultado esperado – um cuidado de Enfermagem digno, sensível, competente e resolutivo.

Art. 4º Caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução, para guarda e manuseio por quem de direito.

§ 1º O termo assinatura digital refere-se a uma tecnologia que permite garantir a integridade e autenticidade de arquivos eletrônicos, e que é tipicamente tratada como análoga à assinatura física em papel. Difere de assinatura eletrônica, que não tem valor legal por si só, pois se refere a qualquer mecanismo eletrônico para identificar o remetente de uma mensagem eletrônica, seja por meio de escaneamento de uma assinatura, identificação por impressão digital ou simples escrita do nome completo.

§ 2º A cópia impressa dos documentos a que se refere o caput deste artigo deve, obrigatoriamente, conter identificação profissional e a assinatura do responsável pela anotação.

Art. 5º Cabe aos Conselhos Regionais adotar as medidas necessárias ao cumprimento desta Resolução.

ANOTAÇÃO X EVOLUÇÃO

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 358/2009 considera que a SAE deve ser realizada de modo deliberado e sua implementação ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem, seja na atenção primária, secundária e terciária, e desenvolvida em instituição pública ou privada.

No art. 2º dessa Resolução destacam-se as cinco (5) etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber:

I – Coleta de dados de enfermagem (Histórico de enfermagem);
II – Diagnóstico de enfermagem;
III – Planejamento de Enfermagem;
IV – Implementação;
V – Avaliação de Enfermagem.

No art. 4º da Resolução Cofen n. 358/2009, verifica-se o seguinte enunciado:
"Ao Enfermeiro, observadas as disposições da Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto n. 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas".

Já o art. 6º referência que a execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:
a. um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
b. os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
c. as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
d. os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Este processo representa o instrumento de trabalho do enfermeiro com objetivo de identificação das necessidades do paciente apresentando uma proposta ao seu atendimento e cuidado, direcionando a Equipe de Enfermagem nas ações a serem realizadas. A Evolução de Enfermagem é um dos componentes do Processo de Enfermagem.

Trata-se de um processo que representa **desenvolvimento de um estado a outro**. Para efetuar a Evolução, o enfermeiro necessita reunir dados sobre as condições anterior e atuais do paciente e família para, mediante análise, emitir um julgamento; mudanças para piora ou melhora do quadro, manutenção das situações ou surgimento de novos problemas.

O enfermeiro, ao aplicar o Processo de Enfermagem como instrumento para orientar a documentação clínica, busca o desenvolvimento de uma prática sistemática, inter-relacionada, organizada com base em passos preestabelecidos e que possibilite prestar cuidado individualizado ao paciente.

Regras gerais: **A Evolução de enfermagem é uma atribuição privativa do enfermeiro, além de se constituir em um dever, de acordo com o Código de Ética e demais legislações pertinentes.**

Para ser considerado um documento legal é necessário:

• Constar, obrigatoriamente, data, hora, tempo de internação, diagnóstico de enfermagem, assinatura e número do Coren;
• Discriminar, sequencialmente, o estado geral, considerando: neurológico, respiratório, circulatório, digestivo, nutricional, locomotor e geniturinário;
• Procedimentos invasivos, considerando: entubações orotraqueais, traqueostomias, sondagens nasogástrica e enterais, cateterizações venosas, drenos, cateteres;
• Cuidados prestados aos pacientes, considerando: higienizações, aspirações, curativos, troca de drenos, cateteres e sondas, mudanças de decúbito, apoio psicológico e outros;
• Descrição das eliminações considerando: secreções traqueais, orais e de lesões, débitos gástricos de drenos, de ostomias, fezes e diurese, quanto ao tipo, consistência, odor e coloração;
• Deve ser realizada diariamente;
• A Evolução deve ser realizada referindo-se às últimas 24 horas, baseando-se nas respostas diante das intervenções preestabelecidas por meio da prescrição de enfermagem, bem como quanto aos protocolos em que o paciente está inserido, mantido ou sendo excluído;
• Deve ser refeita, em parte ou totalmente na vigência de alteração no estado do paciente, devendo indicar o horário de sua alteração;
• Deve apresentar um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes;
• Deve constar os problemas novos identificados;
• Utilizar-se de linguagem clara, concisa e exata, com ausência de códigos pessoais e abreviaturas desconhecidas.



22. Ano: 2018 Banca: FCC Órgão: TRT - 15ª Região (SP)

Com relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem, considerando as atribuições de cada categoria profissional de enfermagem, compete ao técnico de enfermagem, realizar

a) a prescrição de enfermagem, na ausência do enfermeiro.

b) o exame físico.

c) a anotação de enfermagem.

d) a consulta de enfermagem.

e) a evolução de enfermagem dos pacientes de menor complexidade

Resposta

O técnico de enfermagem realiza as anotações de enfermagem pertinentes aos cuidados prestados e demais observações e alterações nas respostas dos pacientes.

As demais alternativas são atribuições do enfermeiro.

Alternativa: C

23. Ano: 2018 Banca: CESGRANRIO Órgão: Petrobras

O registro da execução do Processo de Enfermagem envolve

a) a assinatura do médico envolvido no tratamento

b) a denominação do responsável técnico junto ao Conselho Federal de Enfermagem

c) a identificação das chefias setoriais envolvidas

d) a identificação da teoria de enfermagem que foi implementada

e) os resultados das ações ou intervenções de enfermagem realizadas

Resposta

Art. 6º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

*um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um *dado momento do processo saúde e doença;

*os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;

*as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;

*os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Alternativa: D.

24. Ano: 2015 Banca: CONSULPLAN Órgão: HOB

Acerca dos registros dos profissionais de enfermagem, é correto afirmar que

a) os efetuados pela equipe de enfermagem têm como finalidade exclusiva fornecer informações a todos os membros da equipe sobre a assistência prestada ao paciente.

b) a Constituição Federal, a Lei nº 7498/1986, a Resolução COFEN nº 311/2007, o Código Civil, o Código Penal e o Código de Defesa do Consumidor são fundamentos legais para as anotações de enfermagem.

c) a assinatura digital dos profissionais de enfermagem de instituições ou serviços de saúde, que adotam o sistema de registro eletrônico, não tem valor legal, sendo necessárias a impressão e a assinatura do responsável pela anotação.

d) é dever e responsabilidade dos profissionais de enfermagem registrar as informações inerentes ao processo de cuidar, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência ficando as demais anotações isentas de registro obrigatório.

Resposta

a) ERRADA. Se retirar o "exclusiva" a alternativa fica aceitável.

b) CERTA.

c) ERRADA. A assinatura digital é válida tanto quanto a digital.

d) ERRADA. Toda e qualquer ação de enfermagem ou observação que diz respeito ao paciente pertinente ao processo de saúde-doença deve ser digna de registro.

Alternativa: B

25. Ano: 2016 Banca: PR-4 UFRJ Órgão: UFRJ

A Resolução COFEN Nº 514/16 aprovou o Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no Prontuário do Paciente e Outros Documentos de Enfermagem, o qual aponta a anotação de enfermagem como o registro elaborado por toda a equipe de enfermagem. Tem como finalidade fornecer dados que subsidiarão o Enfermeiro no estabelecimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Durante a realização de suas anotações, o Técnico de Enfermagem deverá registrar:

a) todos os cuidados prestados, antecedidos pela data e a hora de realização e finalizado com a assinatura e a identificação do profissional, incluindo o número do COREN e o uso obrigatório do carimbo.

b) todos os sinais e sintomas devem ser registrados, exclusivamente, utilizando termos técnicos como normotenso, normocárdico, entre outros e termos que deem conotação de valor: bem, mal, muito, pouco, entre outros.

c) todos os sinais e sintomas identificados por meio da simples observação, priorizando a descrição das características, como tamanho mensurado (cm, mm, etc.), quantidade (ml, l,

etc.), coloração e forma; assim como termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.).

d) todos os cuidados prestados, o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas cumpridas, além das medidas de segurança adotadas, encaminhamentos ou transferência de setor realizadas.

e) ao final do plantão, todos os sinais, sintomas, cuidados prestados, o atendimento às prescrições de enfermagem e médicas, as medidas de segurança adotadas, além dos encaminhamentos ou transferência de setor.

Resposta

Os registros incluem os mais diversos cuidados, encaminhamentos e demais medidas pertinentes ao processo de cuidar.

Alternativa: D.

26. Ano: 2018 Banca: FCC Órgão: Prefeitura de Macapá – AP

A anotação de enfermagem é uma fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. O Conselho Federal de Enfermagem, objetivando nortear os profissionais de Enfermagem para a prática dos registros e garantir a qualidade das informações, definiu algumas regras para a elaboração das Anotações de Enfermagem, entre as quais consta que

a) os dados devem ter as referidas análise e reflexão registradas.

b)o registro dos cuidados de enfermagem prestados, devem ser anotados em até 24 horas.

c) os termos de conotação de valor devem, obrigatoriamente, ser utilizados.

d)os dados processados e contextualizados devem ser descritos, com a respectiva complexidade.

e) o uso do carimbo pelos profissionais de enfermagem é facultativo.

Resposta

Já a resolução Cofen nº 545/2017 no Art. 5º É obrigatório o uso do carimbo, pelo profissional de Enfermagem nos seguintes casos:

I - em recibos relativos a percepção de honorários, vencimentos e salários decorrentes do exercício profissional;

II - em requerimentos ou quaisquer petições dirigidas às autoridades da Autarquia e às autoridades em geral, em função do exercício de atividades profissionais; e,

III - em todo documento firmado, quando do exercício profissional, em cumprimento ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Alternativa: E.

27. Ano: 2018 Banca: CESPE Órgão: EBSERH

Julgue o item que se segue, acerca da sistematização da assistência de enfermagem.

O registro formal de execução do processo de enfermagem será desnecessário quando o trabalho for realizado somente pelo enfermeiro responsável.

Resposta

Art. 1º 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.

Alternativa: Errada

28. Ano: 2013 Banca: VUNESP Órgão: IMESC

Algumas regras são importantes para a elaboração das anotações de enfermagem a serem registradas pelo técnico de enfermagem, dentre as quais:

a) conter dados legíveis, completos, claros, concisos, objetivos, pontuais e cronológicos.

b) utilizar termos que expressem conotação de valor, como, por exemplo, bem, mal, muito, pouco.

c) corrigir as rasuras com corretivos, deixar linhas em branco, mantendo espaços entre os parágrafos.

d) incluir dados sobre exame físico do paciente e resultados de exames laboratoriais.

e) indicar a data, hora e local ao final de cada registro.

Resposta

Lembrando:

Algumas regras são importantes para a elaboração das Anotações de Enfermagem, dentre as quais:

• Deve ser precedida de data e hora, conter assinatura e identificação do profissional a o final de cada registro;

• Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços;

• Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos;

• Devem, ainda, constar das respostas do paciente frente aos cuidados prescrito pelo enfermeiro, intercorrências, sinais e sintomas observados;

• Devem priorizar a descrição de características, como tamanho mensurado (cm, m, etc.), quantidade (ml, l, etc.), coloração e forma;

• Não conter termos que deem conotação de valor (bem, mal, muito, pouco, etc.);

• Conter apenas abreviaturas previstas em literatura;

• Devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico. Não é correto, por exemplo, o técnico ou auxiliar de enfermagem anotar dados referentes ao exame físico do paciente, como abdome distendido, timpânico; pupilas isocóricas, etc., visto que, para a obtenção destes dados, é necessário ter realizado o exame físico prévio, que constitui ação privativa do enfermeiro.

Alternativa: A.

29. Ano: 2014 Banca: FUNRIO Órgão: IF-BA

Ao considerar o prontuário do paciente e outros documentos próprios da Enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional (papel) ou eletrônico – como uma fonte de informações clínicas e administrativas para tomada de decisão e como um meio de comunicação compartilhado entre os profissionais da equipe de saúde, o Conselho Federal de Enfermagem definiu através da Resolução COFEN nº 429/2012 as seguintes normas para o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem.

a) Quando contiver informações sobre doenças graves, o registro de enfermagem deve ser supervisionado pela equipe médica.

b) O registro das ações de enfermagem no prontuário do paciente só poderá ocorrer por autorização da direção da unidade de saúde.

c) É facultativo aos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, seja em meio de suporte tradicional (papel) ou eletrônico, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência.

d) Caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos para guarda e manuseio por quem de direito.

e) Somente os enfermeiros estão obrigados a registrar a assistência de enfermagem.

Resposta

RESOLUÇÃO COFEN Nº 429/2012

Art. 4º Caso a instituição ou serviço de saúde adote o sistema de registro eletrônico, mas não tenha providenciado, em atenção às normas de segurança, a assinatura digital dos profissionais, deve-se fazer a impressão dos documentos a que se refere esta Resolução, para guarda e manuseio por quem de direito.

Alternativa: D.

30. Ano: 2017 Banca: FCM Órgão: IF-RJ

O registro das ações profissionais, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem, como consta na Resolução COFEN nº. 429, de 30 de maio de 2012, deve

a)ser impresso em instituição que adota o sistema de registro eletrônico com o uso de assinatura digital.

b)ser redigido e mantido no sistema de registro eletrônico com assinatura eletrônica, sem necessidade de impressão.

c)ser impresso e assinado pela enfermeira, estando sob sua responsabilidade todas as anotações da equipe de saúde.

d) conter o resumo dos dados coletados, os diagnósticos de enfermagem, as ações e as intervenções de enfermagem realizadas e os resultados alcançados.

e) conter as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para o respaldo jurídico da família.

Resposta

Consta literalmente na Resolução do enunciado “conter o resumo dos dados coletados, os diagnósticos de enfermagem, as ações e as intervenções de enfermagem realizadas e os resultados alcançados”.

Alternativa: D.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

EXAME CLÍNICO GERAL

O exame físico geral é a primeira etapa do exame clínico e além de complementar a anamnese (entrevista clínica), fornece uma visão do paciente como um todo, não segmentada. É dividido em duas partes: qualitativo e quantitativo.



→ Exame clínico geral qualitativo

Nessa etapa iremos avaliar um aspecto mais subjetivo do paciente. Geralmente graduamos as qualidades em graus, medidos de uma a quatro cruzes (Como por exemplo: “desidratado +/4+”.

a) Avaliação do estado geral:

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).

b) 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, classificar o grau (em cruzes).

c) 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).

d) Avaliação da presença de icterícia:

Observar coloração da palma da mão, esclera e freio da língua. A icterícia se caracteriza por um tom amarelado nessas regiões. O excesso de betacaroteno pode se assemelhar à icterícia. Para diferenciar as duas condições, observe se o tom amarelado/alaranjado está presente apenas na pele (caroteno) ou também na esclera e freio lingual (icterícia). A esclera de pacientes idosos e negros pode ter um tom amarronzado, devido a uma hiperpigmentação normal observada neles. Esse tom é mais importante na porção da esclera que fica exposta à luz.

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).

e) Avaliação da presença de cianose: Observar 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, tente esquentar a mão do paciente e observar se melhora. O paciente pode estar cianótico ou acianótico.

f) Avaliação do padrão respiratório:

Observar se há dificuldades para respirar ou se está usando força excessiva (uso de musculatura acessória) para inspirar. O paciente pode estar eupneico ou dispneico (com dificuldades de respirar). Observar a frequência respiratória (o paciente pode estar bradpneico – “poucas inspirações”, ou taquipneico – “muitas inspirações”). Exemplo: um paciente com esforço para respirar e com frequência respiratória aumentada encontra-se taquidispneico.



→ Exame clínico geral quantitativo

Nessa etapa iremos avaliar aspectos mensuráveis do paciente. Como medidas de pressão arterial, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, frequência cardíaca, pulsação e frequência respiratória.

Estes procedimentos estão na aula de “FUNDAMENTOS!”.

AGORA VAMOS POR PARTES, literalmente!

CABEÇA E PESCOÇO

O exame físico de cabeça e pescoço pode ser dividido de acordo com as estruturas anatômicas dessa região.

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"), veja alguns exemplos na. 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. • MIOPIA Problema: Dificuldade de enxergar de longe. O olho do míope é longo e a imagem se forma antes da retina Solução: Usar as chamadas lentes côncavas negativas, que fazem os raios convergirem mais para trás, sobre a retina • PRESBIOPIA Ocorre em um processo natural de envelhecimento do corpo. O cristalino é uma estrutura semelhante a uma lente, que muda sua forma para melhorar a focalização das imagens, principalmente ao enxergar algo próximo. Para isso, ele é movido pelos músculos ciliares. Mas com o tempo esses músculos passam a não funcionar tão bem e o cristalino não se adaptada mais da melhor forma à focalização da imagem. Como resultado, a visão de perto acaba sendo prejudicada. • HIPERMETROPIA

	Problema: Dificuldade de enxergar de perto. O olho é pequeno e a imagem se forma depois da retina Solução: Usar as chamadas lentes convexas positivas, que fazem os raios convergirem à frente de novo, na retina.
OROSCOPIA	Observar: lábios, gengivas, dentes e língua. Para examinar a garganta: peça para o paciente dizer "- Aaahhh". Pode ser necessário o uso de um abaixador de língua – pressionando o terço médio da língua (ele não deve ser colocado mais posteriormente, pois pode provocar reflexo de vômito ou contração da língua). Note a presença de alterações de coloração, secreção e placas, que podem indicar processos infecciosos.
CADEIRAS LINFONODAIS	A palpação de linfonodos deve ser feita fazendo movimentos circulares com os dedos, movendo a pele sobre os linfonodos das principais cadeias. Se perceber algum, note sua consistência, seu tamanho e verifique se está aderido a planos profundos, se há fístula e confluências e se dói. Em geral, linfonodos infecciosos são dolorosos, de consistência amolecida e não são aderidos a planos profundos; linfonodos metastáticos, em geral, são indolores crescem com o tempo e estão aderidos. As cadeias a serem palpadas são as seguintes: ○ Submentoniana ○ Submandibular ○ Cervical anterior (anterior ao m. esternocleidomastoideo) ○ Cervical posterior (posterior ao m. esternocleidomastoideo) ○ Occipital ○ Pré-auricular ○ Retroauricular
TIREOIDE	**A tireoide pode ser examinada de 3 maneiras distintas:** 1. Com o paciente de costas (abordagem posterior), fixe os polegares sobre sua nuca e rodeie a mão e os dedos sobre o pescoço. O lobo direito da tireoide é examinado com o indicador e médio da mão esquerda, e vice-e-versa. 2. Com o paciente de frente (abordagem anterior), palpe a glândula com os polegares e posicione os outros dedos sobre as fossas supra claviculares.

	3. Na mesma posição da abordagem anterior, apenas com uma das mãos, palpe toda a área correspondente à glândula.
CARÓTIDA E VEIA JUGULAR	Apesar de situadas no pescoço, exame das carótidas pode ser feito juntamente com o Exame Cardíaco. Mas, em suma, deve-se atentar para o fato de ingurgitamento da veia jugular interna (o paciente deve ficar em decúbito dorsal com elevação da cabeceira a 45º). Observe ao assumir essa posição "surge uma grande veia no pescoço" acima da linha do ângulo de Louis.



PULMONAR

O exame pulmonar é dividido em inspeção (estática e dinâmica), palpação, percussão e ausculta. No entanto, antes de iniciarmos a explanação do exame, iremos fazer uma breve explicação sobre a anatomia do sistema respiratório.

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.

INSPEÇÃO: A inspeção pode ser dividida em duas partes: estática e dinâmica.

ESTÁTICA	DINÂMICA
Basicamente devemos olhar a aparência do tórax. Se o paciente possui desvios da coluna (escoliose – uma espécie de S; cifose – uma espécie de corcunda; e lordose – uma entrada aprofundada na coluna lombar).	A inspeção dinâmica visa a definir o padrão respiratório do paciente, podendo apresentar os seguintes padrões: 1. Eupneico: respiração normal sem dificuldades e com frequência normal.

Além disso, no exame estático, deve-se observar a estrutura do esterno, das costelas e das vértebras, pois isso pode ser indicativo de certas alterações estruturais como: o 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 (tórax comum em enfisematosos).	2. Taquipnéia: respiração com frequência aumentada. 3. Bradipnéia: respiração com frequência diminuída.

PALPAÇÃO: A realização da palpação pode ser dividida em duas fases, sendo elas:

Expansibilidade:	**Frêmito Toracovocal (FTV):**
Deve ser realizada no ápice, na base e entre elas. Peça para o paciente realizar movimentos inspiratórios e expiratórios profundos, devendo ambos lados estarem com expansibilidade simétrica (as duas mãos devem fazer a mesma amplitude de movimento). Deve-se repetir o processo mais duas vezes até a base (aproximadamente até a vértebra T12). Procura-se com isso encontrar assimetrias entre os campos pulmonares (direito ou esquerdo) e entre os terços pulmonares (superior, médio e inferior).	É como se define a vibração sentida quando o paciente emite um som estridente, como quando requisitado a falar "33". Isso é importante, pois auxilia diagnóstico de processos patológicos, tais como derrame pleural ou consolidações pulmonares. 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 (uma espécie de "massa"), ex.: pneumonia ou tumor, o som encontra-se aumentado, posto que o meio sólido da consolidação permite maior transmissibilidade por meio da árvore brônquica.

PERCUSSÃO:

A percussão deve ser realizada com a mão dominante, usando-se a falange distal (ponta do dedo) do terceiro dedo sobre o segundo ou terceiro dedo da outra mão, que deve estar inteiramente em contato com a pele e com os dedos bem separados.

Você irá prosseguir batendo a falange contra os outros dedos realizando-se sempre a comparação entre os sons produzidos na porção de um hemitórax com a do outro hemitórax

É possível identificar quatro sons pulmonares (fique calmo, você só conseguirá diferenciar com clareza quando tiver ouvido um som alterado e comparado com o normal.

AUSCULTA

Para a ausculta, devemos pedir ao paciente que realize 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. Os principais que vocês devem saber podem ser assim classificado**s:**

Estertores finos (crepitações): são tipos de sons nítidos e descontínuos semelhantes ao friccionar dos cabelos (Faça o teste: friccione os cabelos uns nos outros próximo à orelha e use sua imaginação. Parece o som do abrir de um “velcro”). São gerados quando o ar entra em um alvéolo pulmonar que contenha líquido (Ex.: pneumonia, edema pulmonar). Ocorrem no final da inspiração.	**Estertores grossos:** são menos agudos e duram mais do que os finos. Sofrem nítida alteração com a tosse e podem ser ouvidos em todas as regiões do tórax. São audíveis no início da inspiração e durante toda a expiração. Têm origem na abertura e fechamento de vias aéreas contendo secreção viscosa e espessa, bem como pelo afrouxamento da estrutura de suporte das paredes brônquicas, sendo comuns na bronquite crônica e nas bronquiectasias

Roncos: são ruídos longos, graves e musicais, gerados pelo turbilhão aéreo que se forma com a movimentação de muco e de líquido dentro da luz das vias aéreas (geralmente brônquios de grosso calibre). Indicam asma brônquica, bronquites, bronquiectasias e obstruções localizadas. Aparecem na inspiração e, com maior freqüência, na expiração. São fugazes, mutáveis, surgindo e desaparecendo em curtos períodos.	**Sibilos:** são sons contínuos, musicais e de longa duração. Como as crepitações, os sibilos também têm sua origem nas vias aéreas e requerem o fechamento prévio dos brônquios. As paredes brônquicas devem ser trazidas aos pontos de oclusão para que ocorra os sibilos. Por outro lado, em vez de acontecer uma reabertura súbita, as paredes brônquicas passam a vibrar ao serem atingidas por fluxo aéreo em alta velocidade. Os sibilos acompanham as doenças que levam à obstrução de fluxo aéreo.
Atrito pleural: ocorre por um processo inflamatório das pleuras visceral (que é a estrutura que reveste o pulmão) e parietal (que é a estrutura que recobre o interior da parede torácica). Isso torna a superfície das pleuras irregulares, gerando o atrito pleural. Dica: O som é similar ao atrito de um pano velho	**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.

CARDIACO

O exame físico cardíaco, em tese, também segue as mesmas etapas do exame pulmonar: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Contudo, visto que a percussão apresenta papel diagnóstico limitado, as manobras a serem descritas são a inspeção, a palpação e a ausculta. Antes de iniciarmos o exame, a fim de deixar mais claro os achados e terminologias iremos fazer uma breve explicação da anatomia e fisiologia do sistema cardiovascular.



À exceção de pacientes que apresentam dextrocardia (coração situado à direita do corpo) ou anatomia anormal dos grandes vasos, tais focos costumam ter sua localização aproximada. sendo:

Foco aórtico: 2º EI, na borda esternal direita

Foco pulmonar: 2º EI, na borda esternal esquerda

Foco aórtico acessório: 3º EI na borda esternal esquerda

Foco tricúspide: 4º,5º EI na borda esternal esquerda

Foco mitral: 5º EI, na linha hemiclavicular (linha que passa no meio da clavícula)esquerda.

Corresponde ao ápice cardíaco.

INSPEÇÃO	Uma inspeção generalizada ao longo da consulta pode revelar presença de febre, icterícia, cianose, palidez, busca por uma posição que amenize uma dor torácica, dificuldade para respirar (dispneia) a esforços habituais, dificuldade para respirar em decúbito (deitado – como ortopneia), distensão de veias jugulares ou pulso carotídeo visível (sinal das artérias dançantes), edema (inchaço) de membros inferiores, ascite, dentre outros. Um dos sinais mais importantes de disfunção cardíaca é a turgência da veia jugular interna, também designada estase jugular. A forma mais adequada de avaliá-la é posicionando a cabeceira do leito a 45° e avaliar a altura da coluna formada pela veia túrgida em relação ao ângulo de Louis.
PALPAÇÃO	**Ictus Cordis:** Ele é mais facilmente percebido na palpação, na forma de batidas bruscas, que correspondem à propulsão do VE nas contrações (é a ponta do coração que bate na parede torácica). Utilizam-se as polpas digitais (pontas dos dedos) de vários dedos para a palpação. O ápice se encontra geralmente no 5º EI, sobre a linha hemiclavicular. Se for palpado mais para baixo ou mais para a esquerda, pode ser sugestivo de uma cardiomegalia (aumento do tamanho do coração). Observam-se também o diâmetro, amplitude e duração do íctus. Em pacientes com mamas grandes, obesidade, parede torácica muito musculosa ou com

	aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax, a palpação do íctus pode ser difícil. **Pulsos:** Devem ser analisados o pulso carotídeo (facilmente palpável no terço médio do pescoço, anteriormente ao músculo esternocleidomastoideo), o radial (palpado sobre o rádio, no terço distal do antebraço, próximo à mão), femoral, poplíteo e tibial do paciente (descritos no exame de membros inferiores abaixo). Olhem sempre a simetria dos pulsos (se um lado está igual ao outro) intensidade e ritmo (para tal, auscultem o coração segurando o pulso radial). Alterações de ritmo ou intensidade são indicativos de arritmias e outras complicações cardiológicas graves. A palpação dos pulsos é complexa (existem diversos padrões e intensidades) e requer uma certa experiência que vocês irão adquirir ao longo da graduação.
AUSCULTA	A ausculta dos ruídos e sopros cardíacos se vale de manobras facilitadoras (se necessárias) e conhecimento dos focos cardíacos. Lembrando que o padrão de ausculta sofrerá uma alteração correspondente no caso de um coração aumentado ou deslocado. As bulhas geralmente ocorrem de forma rítmica e não acompanhadas de demais sons, sendo descritas com a onomatopeia “tum-tá” Em cada região de ausculta atente-se ao ciclo cardíaco pelos ruídos correspondentes à sistole e à diástole. Sempre ouvindo o “tum-tá”. Caso escute algo diferente como um ruído grosso (“tum-shhh-tá”, por exemplo), ou um “tá” a mais (“tum-tá-tá”) poderá ser um indicativo de alguma alteração cardíaca (como sopros e bulhas extras). As bulhas são produzidas pelo fechamento das valvas. No entanto, por vários motivos, essas valvas não se fechem/abrem adequadamente, deixando “pequenos orifícios” por onde o sangue irá passar. Esses orifícios farão com que o sangue seja turbilhonado gerando o sopro cardíaco. Tendo em mente esses parâmetros, a próxima análise que se deve fazer seria classificá-los como: 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

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 e de permitir localização mais específica de suas regiões, ele pode ser dividido em **quatros quadrantes**, formados por duas linhas que atravessam a cicatriz umbilical longitudinalmente e transversalmente, gerando assim quatro setores com dois andares, sendo eles denominados de andar superior (quadrante superior direito e quadrante superior esquerdo) e de andar inferior (quadrante inferior esquerdo e quadrante inferior direito).



Todavia, além dessa divisão, há outra que utiliza como referência dois planos que atravessam os pontos medioclaviculares (ponto médio da clavícula – linhas hemiclaviculares) de cada lado e dois planos transversos, sendo que um deles é denominado plano subcostal (uma linha horizontal abaixo da 10º costela) e o outro de plano intertubercular (uma linha que liga os tubérculos ilíacos – o topo do osso da bacia).

HIPOCÔNDRIO DIREITO	EPIGÁSTRICO	HIPOCÔNDRIO ESQUERDO
Lobo hepático direito	Extremidade pilórica do estômago	Estômago
Vesícula biliar	Duodeno	Cauda do Pâncreas

	Pâncreas	Flexura esplênica do cólon
	Porção do fígado	
FLANCO DIREITO	**MESOGÁSTRICO**	**FLANCO ESQUERDO**
Cólon Ascendente	Omento	Cólon descendente
Porções do duodeno e jejuno	Mesentérico	Porções do jejuno e íleo
	Parte inferior do duodeno	
	Jejuno e íleo	
INGUINAL DIREITA	**HIPOGÁSTRICO**	**INGUINAL ESQUERDA**
Ceco	Íleo	Cólon sigmoide
Apêndice		
Extremidade inferior do íleo		



Essa divisão é importante para localizar a anormalidade e correlacioná-la com o possível órgão acometido.

Por exemplo: região epigástrica (estômago), hipocôndrio direito (fígado ou vesícula biliar), hipocôndrio esquerdo (baço), flanco direito (cólon ascendente), região umbilical ou mesogástrio (cólon transverso), fossa ilíaca direita (ceco e apêndice), fossa ilíaca esquerda (sigmoide) e no hipogástrio (bexiga ou útero). Para executar o exame, o paciente deve ser posicionado deitado em decúbito dorsal (deitado de "barriga para cima"), enquanto o médico deve ser posicionado preferencialmente do lado direito do paciente, embora seja aceitável que ele mude a sua posição para inspecionar outras estruturas do abdômen.

INSPEÇÃO	Nessa etapa, deseja-se averiguar observar o paciente, buscando na região abdominal: lesões, distribuição anormal de pêlos, estrias, circulação colateral venosa (veias ao redor da cicatriz umbilical), cicatrizes, dentre outras características que podem ser visualizadas no abdômen. O formato do abdômen também deve ser observado na inspeção, podendo ser: • **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 tem 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
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 (se quiser, ausculte nos quatro quadrantes) por 1 minuto em cada região. Os sons intestinais podem ser alterados quando há mudanças na motilidade intestinal como em diarreias, obstruções, dentre outros. Os sopros abdominais podem ser pesquisados seguindo-se 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.
PERCUSSÃO	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. Todo o abdome deve ser percutido com no máximo 2 grupos de golpes por ponto a ser examinado. 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 abdome, 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). Contudo, essas manobras não serão ensinadas agora, pois são pouco utilizadas no projeto (mas, caso fique curioso, pergunte a qualquer veterano do EMA que ele irá te ensinar com o maior prazer).
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 geralmente é dividida em duas: superficial ou profunda. Na superficial há pouca pressão exercida e é realizado empurrando suavemente, com uma mão apenas, a parede abdominal em movimentos circulares ou digitiformes ao longo de todos os quadrantes. 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). Já a profunda, é muito similar à primeira, mas deve ser realizada com as duas mãos sobrepostas e com uma maior pressão sobre a parede do abdome. Nas duas formas de palpação devemos procurar por cistos, massas ou abaulamentos (que podem ser hérnias, tumores, entre outras coisas). 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. A técnica de palpação do fígado consiste em pedir ao paciente inspirar profundamente e depois expirar e durante a expiração, deve-se posicionar

	os dedos da mão abaixo do rebordo costal direito. Depois do fim da expiração, mantendo os dedos nessa posição, pede-se para o paciente repetir o movimento, podendo ser sentida a ponta do fígado contra os dedos. O fígado habitualmente não ultrapassa 2 cm do rebordo costal direito. Quando ultrapassa 2 cm, 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). A diferença entre um fígado aumentado e um em ptose pode ser determinada pela hepatimetria realizada na percussão. A palpação do fígado também é útil para verificar a sua textura, que costuma ser lisa, mas pode ser arredondada em fígados congestos, ser granulosa no caso da cirrose ou apresentar algumas massas no caso de neoplasias.

VASCULAR

A análise da vascularização no paciente é feita tipicamente analisando os membros (tanto superiores, quanto inferiores). Como durante o restante do exame físico acabamos explicando a análise dos pulsos no membro superior, iremos nos focar aqui na análise dos membros inferiores (MMII).

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 ântero-superior 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.

Em relação ao sistema venoso, a maioria (cerca de 90%) do sangue é drenado pelas veias profundas, que são muito bem protegidas pelos tecidos circundantes. Dessa forma não são visíveis ou palpáveis normalmente. A eficiência em drenagem delas depende, dentre outros

elementos, das válvulas que as compõe e pela atividade muscular. O exame físico propriamente dito terá apenas duas etapas: **inspeção e palpação.**

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 (inchaços) e sinais flogísitcos (são sinais inflamatórios: dor, calor, rubor, tumor e perda de função). 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.
PALPAÇÃO	Devemos executar a palpação dos pulsos em regiões onde as artérias ficam superficializadas, 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 demorará 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.

QUESTÕES PARA MEMORIZAÇÃO

TIVEMOS UMA VISÃO GERAL E COMPLETA DE UM EXCELENTE EXAME FÍSICO.

Agora, observe como são as possibilidades de cobrança do assunto nas provas!

31. Ano: 2017 Banca: CONSULPLAN Órgão: TRF 2ª REGIÃO

O controle da frequência respiratória normalmente é realizado em seguida à verificação do pulso por que:

a) O pulso interfere diretamente no padrão respiratório.

b) Está definido como regra na enfermagem para a verificação dos sinais vitais.

c) Pode haver alteração do pulso através da mudança do padrão da respiração.

d) Para evitar que o paciente perceba e exerça controle voluntário sobre a respiração.

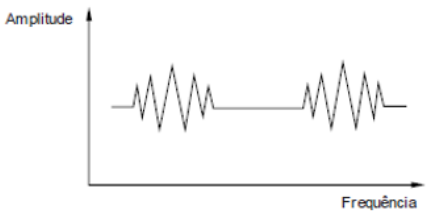
Resposta

Para que o paciente não altere voluntariamente seu padrão respiratório, opta-se pela sua verificação após realização a contagem da frequência cardíaca.

Alternativa: E.

32. Ano: 2015 Banca: FCC Órgão: TRT 3ª REGIÃO/MG

O enfermeiro ao atender um paciente percebe alteração no seu padrão respiratório, representado pela figura abaixo.



Este padrão respiratório é chamado de:

a) Biot.

b) Kussmaul.

c) Cheyne-Stokes.

d) Platipneia.

e) Ortopneia.

Resposta

a) ERRADA. A Respiração de Biot é uma alteração do padrão respiratório, causada por uma compressão do tronco cerebral. Apresenta ritmo irregular com variação de frequência e profundidade, seguidas ou não de apneia.

b) ERRADA. Respiração de Kussmaul é o padrão lento e profundo, seguida de apneia e expiração suspirante.

c) CORRETA. A Respiração Cheyne-Stokes é também chamada de periódica ou cíclica. Consiste em momentos de hiperventilação intercalados com apneia. O gráfico que a representa é o do próprio enunciado.

d) ERRADA. Platipneia é a dispneia quando a pessoa adota a posição ortostática (em pé). e) ERRADA. Ortopneia, ao contrário da anterior, é a dispneia quando a pessoa adota a posição deitada ocasionada pelo aumento do retorno do sangue venoso nesta posição.

Alternativa: C.

33. Ano: 2017 Banca: CONSULPLAN Órgão: TRE/RJ

Os sinais vitais são indicadores do estado de saúde do paciente, permitindo identificar suas necessidades básicas de maneira rápida e eficiente, sendo a base para a solução de seus problemas clínicos. Sobre a temperatura corporal, é INCORRETO afirmar que:

a) Como procedimento de rotina, a aferição retal é contraindicada em recém-nascidos.

b) O local onde é aferida não é um fator que interfere na temperatura obtida do paciente.

c) Os recém-nascidos podem sofrer drásticas variações de temperatura de acordo com o ambiente.

d) É a diferença entre a quantidade de calor produzido pelo corpo e a quantidade de calor perdido para o meio externo.

Só para refletir:

O hipotálamo é responsável pelo equilíbrio da temperatura do organismo humano mantida entre produção e perda de calor pelo organismo e está intimamente ligada à atividade metabólica.

Vários fatores afetam a temperatura corporal, tal como repouso, emoções, fatores hormonais, exercícios físicos, dentre outros.

Os valores normais, são em torno de:

Axilar: 35,8 a 37º C

Oral: 36,3 a 37,4 º C

Retal: 37 a 38º C

Dentre as alterações da temperatura estão a hipotermia, abaixo de 35°C e a hipertermia, sendo febre: 37,8°C a 38,9°C, pirexia: 39°C a 40°C e hiperpirexia: acima de 40°C

Vimos que o local onde a temperatura é aferida é um fator que interfere na temperatura obtida do paciente, tal como na boca, axila ou retal.

Alternativa: B.

34. Ano: 2017 Banca: UFES Órgão: UFES

A verificação dos sinais vitais são uma forma rápida e eficiente de monitorar as condições de um paciente ou de identificar seus problemas e de avaliar sua resposta à intervenção. Sobre os sinais vitais, analise as afirmativas abaixo:

I. A febre é um mecanismo de defesa corporal normal.

II. A avaliação respiratória inclui aferição para determinar a eficácia da ventilação, da perfusão e da difusão da oxigenação.

III. Diversas variáveis hemodinâmicas contribuem para determinar a pressão arterial.

IV. Alterações em um sinal vital não influenciam as características de outros sinais vitais.

Está CORRETO o que se afirma em:

a) I e III, apenas.

b) I e II, apenas.

c) I, II e III, apenas.

d) II e IV, apenas.

e) I e IV, apenas.

Resposta

I. CORRETA

II. CORRETA

III. CORRETA

IV. Alterações em um sinal vital INFLUENCIAM as características de outros sinais vitais. Ex. durante um exercício físico, a frequência cardíaca e a respiratória são elevadas concomitantemente.

Alternativa: C.

35. Ano: 2017 Banca: FEPESE Órgão: SES/SC

Em adultos, na hipotermia moderada, a temperatura oscila entre:

a) 30-32ºC. b) 30-35ºC. c) 30-36ºC. d) 32-35ºC. e) 32-36ºC.

Resposta

Vimos que hipotermia consiste na temperatura abaixo de 35 ºC, no entanto, também há subdivisões:

*hipotermia leve (33 a 35ºC),

*moderada (30 a 32ºC)

*grave (menor que 30ºC)

Alternativa: A.

36. Ano: 2017 Banca: FEPESE Órgão: SES/SC

Assinale a alternativa correta em relação à avaliação dos sinais vitais:

a) Bradicardia são os batimentos cardíacos acima do normal.

b) Taquicardia são os batimentos cardíacos abaixo do normal.

c) O pulso é um dos sinais vitais que pode nos dar informações sobre o funcionamento do aparelho circulatório.

d) Os valores considerados normais de pulsação de um adulto são de 90 a 120 bpm.

e) Aspectos como dor, medo, exercício físico e temperatura corporal elevada não devem ser considerados pois não alteram a frequência do pulso.

Resposta

Só para lembrar:

Consiste na percepção de uma onda de pressão que é transmitida através do sangue impulsionado do ventrículo esquerdo para a aorta, cujas ramificações permitem a percepção tátil desta pulsação.

Ex. artéria radial, região temporal, carótida.

O padrão normal costuma variar entre 60 a 90 batimentos por minuto.

Para verificar a frequência cardíaca de um paciente, basta pressionar levemente a artéria radial com os dedos indicador e médio e contar durante um minuto.

Pulso arrítmico: os intervalos desiguais dos batimentos

Taquicardia/taquisfigmia: pulso acelerado

Bradicardia/bradisfigmia: frequência abaixo da faixa normal

Pulso filiforme: indica redução da força ou do volume do pulso periférico

Agora, respondendo:

a) TAQUICARDIA são os batimentos cardíacos acima do normal.

b) BRADICARDIA são os batimentos cardíacos abaixo do normal.

c) CERTA

d) 120 bpm é padrão taquicárdico.

e) Aspectos como dor, medo, exercício físico e temperatura corporal elevada PODEM ALTERAR a frequência do pulso.

Alternativa: C.

37. Ano: 2017 Banca: CESGRANRIO Órgão: PETROBRAS

Para executar a técnica correta de verificação da pressão arterial no braço de um adulto, o profissional de Enfermagem deverá observar alguns conceitos e cuidados.

Nesse sentido, esse profissional deve considerar o seguinte:

a) a margem inferior no manguito deverá estar na fossa ilíaca.

b) a campânula do estetoscópio deve estar sobre a artéria braquial.

c) manguitos frouxos podem levar à leitura falsamente elevada da pressão.

d) fumo, cafeína e atividade física não alteram a pressão arterial.

e) o primeiro batimento ouvido deverá ser considerado como a pressão diastólica.

Resposta

Mais uma breve revisão: A pressão arterial consiste na tensão que o sangue exerce nas paredes das artérias e depende do débito cardíaco, da resistência vascular periférica, da elasticidade dos vasos e viscosidade sanguínea.

O valor encontrado inclui a pressão arterial sistólica (sístole ventricular) e a pressão arterial diastólica (diástole ventricular).

Agora, quanto a técnica:

O indivíduo deve ser colocado em ambiente calmo e com o braço apoiado a nível do coração e deixando-o à vontade, permitindo 5 minutos de repouso.

Também é necessário selecionar o tamanho da braçadeira. A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%.

A braçadeira deve envolver suavemente o braço e o manguito deve ser posicionado sobre a artéria braquial e com a margem inferior da braçadeira cerca de 2,5 cm acima da dobra do cotovelo.

Para saber quanto insuflar, palpa-se o pulso radial e infla-se o manguito até seu desaparecimento. Verificar o valor que isso ocorreu e somar 30 mmHg.

Desinsuflar rapidamente o manguito e esperar de 15 a 30 segundos antes de insuflá-lo de novo.

O diafragma do estetoscópio deve ser posicionado sobre a artéria braquial com leve pressão e então, deve-se insuflar o manguito até o valor anterior somado aos 30 mmHg e desinsuflar na velocidade de 2 a 3 mmHg por segundo.

A série de sons que são chamados de sons de Korotkoff, sendo o primeiro som o determinante do valor da pressão sistólica e o último (antes do desaparecimento), a pressão diastólica.

Respondendo:

a) ERRADO. A margem inferior no manguito deverá estar cerca de 2cm da dobra oposta ao cotovelo.

b) CORRETA. A campânula do estetoscópio deve estar sobre a artéria braquial.

c) ERRADO. Manguitos frouxos podem levar à leitura falsamente BAIXA da pressão.

d) ERRADA. Fumo, cafeína e atividade física PODEM ALTERAR a pressão arterial.

e) ERRADA. O primeiro batimento ouvido deverá ser considerado como a pressão SISTÓLICA.

Alternativa: B.

38. Ano: 2017 Banca: INSTITUTO AOCP Órgão: EBSERH

No momento da verificação da pressão arterial, o técnico de enfermagem deve utilizar manguitos com câmara inflável (cuff) adequada para a circunferência do braço de cada pessoa, observando que a largura do manguito deve ser de, pelo menos:

a) 50% do comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio).

b) 40% do comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio).

c) 60% comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio).

d) 30% comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio).

e) 20% comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio).

Resposta

Retomando: a largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%.

Alternativa: B.

39. Ano: 2017 Banca: IBFC Órgão: EBSERH

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Considerando a aferição da pressão arterial, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado e acima da altura do precórdio.

Palpar o pulso apical e inflar o manguito até 100mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.

A pressão diastólica corresponde ao desaparecimento dos batimentos (fase V).

A pressão sistólica corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os ruídos de Korotkof (fase I).

a) Apenas as afirmativas III e IV estão corretas

b) Apenas as afirmativas I,II,III e IV estão corretas

c) Apenas as afirmativas I e II estão corretas

d) Apenas as afirmativas I e IV estão corretas

e) Apenas as afirmativas III está correta

Resposta

a) ERRADO. O paciente deve estar sentado, com o braço apoiado NA ALTURA DO CORAÇÃO.

b) ERRADO. Palpar o pulso BRAQUIAL e inflar o manguito até 30mmHg acima do valor em que o pulso deixar de ser sentido.

c) CORRETA.

d) CORRETA.

Alternativa: A.

40. Ano: 2016 Banca: IBFC Órgão: EBSERH

Sobre pressão arterial, assinale a alternativa correta.

a) Ingestão de alimentos, exercícios, dor e emoções como medo, ansiedade, raiva e estresse aumentam a pressão arterial

b) A pressão sistólica representa o grau de resistência periférica

c) A pressão diastólica representa a intensidade da contração ventricular

d) A pressão arterial depende da resistência vascular periférica determinada pelas proteínas do sangue

e) A pressão arterial geralmente é mais alta durante o sono e com o decorrer do dia pode haver uma ligeira diminuição.

Resposta

a) CORRETA.

b) ERRADA. A pressão DIASTÓLICA representa o grau de resistência periférica

c) ERRADA. A pressão SISTÓLICA representa a intensidade da contração ventricular

d) ERRADA. A pressão arterial depende da resistência vascular periférica, DETERMINADA PELAS FIBRAS VASCULARES, ESFÍNCETERES PRÉ CAPILARES E SUBSTÂNCIAS REGULADOREAS DA PRESSÃO COM ANGIOTENSINA E CATECOLAMINA.

e) ERRADA. A pressão arterial geralmente é mais BAIXA durante o sono e com o decorrer do dia pode haver UM LIGEIRO AUMENTO.

Alternativa: A.

41. Ano: 2016 Banca: IBFC Órgão: EBSERH

Sobre o saturômetro ou oxímetro de pulso, assinale a alternativa correta.:

a) O saturômetro informa, em parte, sobre a função ventilatória, ou seja, a oxigenação e circulação periférica

b) O saturômetro informa sobre a eficácia real da ventilação (eliminação de CO2)

c) O saturômetro informa sobre a quantidade real de oxigênio transportado.

d) Uma das causas de acionamento do alarme pode ser devido à vasodilatação periférica (calor)

e) O saturômetro é um elemento dispensável da monitorização básica durante a anestesia geral.

Resposta

O saturômetro ou oxímetro de pulso traz valor referente a oxigenação e circulação periférica. E é INDISPENSÁVEL na monitorização durante a anestesia geral. Geralmente, o alarme no monitor por falha na medição se dá por vasoconstrição.

Alternativa: A.

42. Ano: 2016 Banca: UECE-CEV Órgão: Prefeitura de Amontada – CE

Ao realizar o exame físico geral de enfermagem em um paciente, é necessária a utilização dos métodos conhecidos como propedêuticos, quais sejam:

a)pesagem e mensuração, ausculta, tapotagem e inspeção dinâmica.

b) inspeção, palpação, percussão e ausculta.

c) inspeção, método de Rovsina, palpação profunda e sinais vitais.

d) percussão, inspeção dinâmica, ausculta e transluminação.

Resposta

Como dito, os métodos incluem a inspeção, palpação, percussão e ausculta.

Alternativa: B.

43. Ano: 2014 Banca: IADES Órgão: EBSERH

Durante o exame físico, o enfermeiro observa que o paciente, portador de insuficiência hepática, apresenta a esclera com coloração amarelo-alaranjada. Acerca dessa situação hipotética, é correto afirmar que essa coloração se denomina

a) cianose.

b) palidez.

c) icterícia.

d) eritema.

e) hiperpigmentação.

Resposta

São sintomas da insuficiência hepática: icterícia, tendência para sangrar, ascite, alteração da função cerebral (encefalopatia hepática) e uma saúde precária generalizada. Outros sintomas frequentes são cansaço, fraqueza, náuseas e falta de apetite.

Alternativa: C.

44. Ano: 2017 Banca: INSTITUTO AOCP Órgão: EBSERH

O Exame Físico consiste no levantamento de condições globais do cliente para buscar informações para subsidiar a assistência. Sobre as técnicas utilizadas no exame físico e os possíveis achados, assinale a alternativa correta.

a)Deve ser realizado sempre no sentido céfalo-podal, independentemente da situação ou paciente.

b)No exame do pescoço, é necessário atentar-se para contraturas, glândula tireoide e linfonodos palpáveis.

c) Na avaliação da cabeça e pescoço, utilizam-se as técnicas de inspeção e percussão.

d)Durante a ausculta pulmonar, é possível auscultar sons normais como os ruídos adventícios e sons anormais como os murmúrios vesiculares que se dividem basicamente em: sibilos, estertores creptantes, roncos e atrito pleural.

e)No exame físico do abdômen, é necessário realizar primeiramente a percussão, pois a realização da ausculta e a palpação podem interferir nos sons observados.

Resposta

a) ERRADA. Não é erro, é exagero: “independentemente da situação do paciente”.

b) CERTA.

c) ERRADA. Para que vai percutir o pescoço?

d) ERRADA. Ruídos adventícios não são sons normais.

Alternativa: B.

45. Ano: 2017 Banca: MS CONCURSOS Órgão: Prefeitura de Piraúba – MG

Ao realizar o exame físico cardiocirculatório num determinado paciente, no momento da palpação precordial, se houver presença de frêmitos, indica que:

a) Esse paciente apresenta taquicardia grave.

b) Esse paciente está em parada cardiorrespiratória.

c) Esse paciente apresenta sopros cardíacos.

d) Esse paciente apresenta insuficiência de valva mitral.

Resposta

Os frêmitos são percebidos como vibrações finas, semelhentes às vibrações observadas na "garganta de um gato miando". Representam a tradução palpável dos sopros cardíacos.

Alternativa: C.

46. Ano: 2014 Banca: FGV Órgão: SUSAM

Durante uma ausculta pulmonar foram detectados sons de estalido descontínuos ouvidos no final da inspiração.

Assinale a opção que indica a denominação desses sons.

a) Atrito pleural

b) Sibilos musicais

c) Estertores rudes

d) Roncos

e) Estertores finos

Resposta

Os estertores finos (ou crepitantes) são percebidos principalmente na fase inspiratória tardia e são causados provavelmente pela abertura das vias aéreas menores (por exemplo, edema pulmonar). Os estertores finos expiratórios ocorrem devido a fragilidade do trato respiratório e deformação, como no caso de enfisema e bronquiectasias, e geralmente não desaparecem com a tosse.

Alternativa: E.

47. Ano: 2015 Banca: VUNESP Órgão: HCFMUSP

O exame físico do sistema respiratório é um meio confiável de reunir os dados essenciais e inclui: inspeção, palpação, percussão e ausculta. Leia as afirmações a seguir e indique se elas são (V) para verdadeira e (F) para falsa.

( ) A inspeção do paciente envolve a verificação da presença ou da ausência de diversos fatores como cianose, respiração laboriosa, diâmetro anteroposterior do tórax, posição da traqueia e outros.

( ) Na palpação do tórax, o frêmito tátil deverá ser simétrico e estará aumentado quando há aumento de ar por unidade de volume de pulmão, por exemplo na presença de enfisema.

( ) Na percussão, um som timpânico é um ruído de alta tonalidade ouvido quando a asma ou um grande pneumotórax está presente.

( ) Na ausculta com a respiração superficial, há diminuição do movimento do ar através das vias aéreas, e o murmúrio vesicular não se mostra tão audível.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência indicada corretamente, de cima para baixo.

a) V, V, F, F.

b) F, V, F, F.

c) V, F, F, F.

d) F, F, V, V.

e) V, F, V, V.

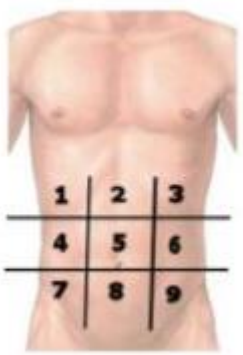
Resposta

O erro está na (II) visto que com o enfisema, há redução do volume de ar por pulmão.

Alternativa: E.

48. Ano: 2018 Banca: FGV Órgão: TJ-SC

Durante um exame de palpação abdominal, o paciente se queixou de dor na região representada, na figura abaixo, pelo número 3.



Essa área corresponde à seguinte região:

a) hipocôndrio esquerdo;

b) epigástrica esquerda;

c) fossa ilíaca esquerda;

d) flanco esquerdo;

e) hipogástrica esquerda.

Resposta

Revendo as regiões: 1 - HIPOCÔNDRIO DIREITO

2 - EPIGASTRIO

3 - HIPOCÔNDRIO ESQUERDO

4 - FLANCO DIREITO

5 - MESOGÁSTRIO

6 - FLANCO ESQUERDO

7 - FOSSA ILÍACA DIREITA

8 - HIPOGÁSTRIO

9 - FOSSA ILIACA ESQUERDA

Alternativa: A.

49. Ano: 2016 Banca: COMPERVE Órgão: UFRN

A percussão realizada durante um exame físico de um paciente permite observar não só o som obtido, mas também a resistência oferecida pela região golpeada. Ao se percutir sobre os intestinos, sobre o espaço de Traube ou sobre qualquer área que contenha ar recoberta por uma membrana flexível, o som obtido é o

a) plano.

b) maciço.

c) timpânico.

d) ressonante.

Resposta

O Espaço de Traube é uma zona de percussão de timbre timpânico de formato semilunar, limitada à direita pelo lobo esquerdo do fígado, acima pelo diafragma e pulmão esquerdos e à esquerda pela linha axilar anterior esquerda. De modo geral, esse espaço tem largura de 12cm e altura de 9cm, projetando-se sobre da 6ª à 9-10ª costelas. A expressão “Traube Livre”, muito usado no cotidiano dos hospitais e acadêmicos, significa dizer que a percussão do espaço apresenta o timbre timpânico e que a loja de Traube encontra-se “livre” de ocupação, conforme normal.

Alternativa: C.

50. Ano: 2015 Banca: INSTITUTO PRÓ-MUNICÍPIO Órgão: ISGH

Em relação ao exame clínico realizado pelo enfermeiro na região abdominal, analise as seguintes assertivas:

I. Auxílio para determinar o tamanho e a localização de vísceras sólidas, a percussão do abdome é também uma ajuda na avaliação da presença e distribuição de massas, gases e líquidos;

II. A descrição da presença de ruídos aéreos deve ser feita tanto em relação à frequência e quanto em relação à intensidade. Na isquemia de cólon, no íleo paralítico e nos distúrbios eletrolíticos, estão presentes os ruídos hidroaéreos hipoativos;

III. O abdome pode ser dividido em nove regiões. Na região do epigástrica, encontram-se a cárdia, o estômago, o piloro, parte do fígado, o cólon transverso e o pâncreas;

IV. Ao inspecionar um abdome, o enfermeiro pode encontrar um abdome plano, arredondado, protuberante, ou até escavado. Está indicada a mensuração da circunferência abdominal quando existir a suspeita de presença de ascite.

Diante do exposto, podem-se considerar CORRETAS as assertivas:

a) I, II, III e IV;

b) I, II e III, apenas;

c) I, II e IV, apenas;

d) II, III e IV, apenas.

Resposta

Todas corretas, para você estudar!

Alternativa: A.

51. Ano: 2015 Banca: FUNCERN Órgão: IF-RN

A compressão do ponto cístico durante a inspiração do paciente com resposta de dor intensa no local pressionado associada à interrupção súbita da inspiração é sugestiva de colecistite aguda.

A técnica realizada durante esse exame físico é denominada de:

a) sinal de McBurney.

b) sinal de Rosving.

c) sinal de Murphy.

d) sinal de Piparote.

Resposta

Sinal de Murphy: Ao comprimir o ponto cístico, solicita-se ao paciente que inspire profundamente. A resposta de dor intensa no ponto pressionado causa a interrupção súbita da respiração. Indicação: colecistite aguda.

Alternativa: C



Bons estudos!

Prof. Lígia Carvalheiro

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.