

Prefeitura Municipal de Araruama do Estado do Rio de Janeiro

ARARUAMA-RJ

Técnico em Enfermagem

AG035-N9

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

OBRA

Prefeitura Municipal de Araruama do Estado do Rio de Janeiro

Técnico em Enfermagem

Editais de Concurso Público - Nº 01/2019

AUTORES

Língua Portuguesa - Profª Zenaide Auxiliadora Pachegas Branco

Legislação - Elaboração Interna

Noções de Saúde Pública/SUS - Elaboração Interna

Conhecimentos Específicos - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida, Fabíola Gonçalves e Silvana Guimarães

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Érica Duarte

Christine Liber

DIAGRAMAÇÃO

Thais Regis

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

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

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

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

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

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

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

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

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

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

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

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

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: JN001-19



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.



SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA

Leitura e interpretação de texto. A Comunicação: linguagem, texto e discurso; o texto, contexto e a construção dos sentidos	01
Intertextualidade e polifonia	13
A Língua: norma culta e variedades linguísticas; dialetos e registros, gíria	15
Funções da linguagem	21
Tipos e gêneros de texto	22
Coesão e coerência textuais	23
Ortografia (atualizada conforme as regras do novo Acordo Ortográfico): emprego de letras; uso de maiúsculas e minúsculas; acentuação tônica e gráfica; pontuação	29
Fonologia/ fonética: letra/fonema; encontros vocálicos, consonantais e dígrafos	38
Morfologia: elementos mórficos e processos de formação de palavras; classes de palavras	42
Sintaxe: termos das orações; orações coordenadas e subordinadas; concordância nominal e verbal; regência nominal e verbal; crase	84
Semântica: denotação, conotação; sinonímia, antonímia, homonímia e paronímia; polissemia e ambiguidade. Figuras de linguagem	107

LEGISLAÇÃO

Lei Orgânica Municipal atualizada.....	01
--	----

NOÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA/SUS

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.....	01
Organização dos serviços de saúde no Brasil: Sistema Único de Saúde – Princípios e diretrizes, controle social....	12
Indicadores de saúde.....	16
Sistema de notificação e de vigilância epidemiológica e sanitária.....	21
Endemias/epidemias: Situação atual, medidas de controle e tratamento.....	37
Planejamento e programação local de saúde, Distritos Sanitário, enfoque estratégico, História das Políticas de Saúde no Brasil.....	56
A Reforma Sanitária e a Construção do SUS.....	57
O Sistema Único de Saúde; Princípios e Base Legal do SUS.....	61
Orçamento da Seguridade Social e Formas de Financiamento do Setor.....	61
O papel das Normas Operacionais Básicas no Processo de Descentralização e Regionalização.....	63
Organização da Média e Alta Complexidade.....	64
Organização da Atenção Hospitalar.....	65
Principais Características dos Subsistemas Públicos e Privados que Integram o SUS; Setor Privado: Histórias, Modalidades e Formação.....	68
História da Epidemiologia; História Natural e Prevenção de Doenças.....	71

SUMÁRIO

Epidemiologia das Doenças Crônicas não Transmissíveis.....	71
Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental.....	78
Indicadores de Saúde.....	88
Bioestatística.....	88
Medidas de Posição/ Dispersão; Noções de Probabilidade; Testes Diagnósticos; Noções de Amostragem; Testes de Hipóteses.....	88
Saúde da Família.....	97

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Fundamentos de Enfermagem: Noções básicas de saúde e doença, ações de enfermagem com relação à aferição de sinais vitais, realização de curativo, cuidado com a higiene, conforto e segurança ao paciente, preparo do paciente para exames, organização da unidade do paciente, administração de medicamentos por via oral, venosa, intramuscular, subcutânea, ocular, nasal, retal, otológica.....	01
Biossegurança. Exercício da profissão de enfermagem, ética e bioética.....	28
Enfermagem Médico-Cirúrgica: Assistência de enfermagem a pacientes portadores de afecção cardiovascular, respiratória, digestiva, endócrina, renal, neurológica e hematológica. Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico no pré, trans e pósoperatório.....	36
Prevenção e controle de infecção hospitalar.....	47
Assistência de enfermagem a pacientes em situação de urgência.....	47
Enfermagem Materno-Infantil: Assistência de enfermagem à mulher no ciclo vital (gestante, parturiente e puerpério), no parto normal e de risco e ao recém nascido normal e de risco.....	61
Assistência à criança nas fases de lactente, pré-escolar, escolar e adolescente no seu desenvolvimento.....	78
Enfermagem em Saúde Pública: Noções de epidemiologia, cadeia epidemiológica, vigilância epidemiológica, indicadores de saúde, atenção primária em saúde.....	93
Assistência de enfermagem na prevenção e controle de doenças infecto-parasitárias, crônicas degenerativas e processo de reabilitação.	94
Programa Nacional de Imunização.....	110
Programa de Assistência à Saúde da Mulher, Criança e do Trabalhador.....	117
Enfermagem em Saúde Mental: Integração da assistência de enfermagem às novas políticas públicas de atenção à saúde mental da criança e adulto.....	119

**FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM:
NOÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE E DOENÇA,
AÇÕES DE ENFERMAGEM COM RELAÇÃO À
AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS, REALIZAÇÃO
DE CURATIVO, CUIDADO COM A
HIGIENE, CONFORTO E SEGURANÇA AO
PACIENTE, PREPARO DO PACIENTE PARA
EXAMES, ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE
DO PACIENTE, ADMINISTRAÇÃO DE
MEDICAMENTOS POR VIA ORAL, VENOSA,
INTRAMUSCULAR, SUBCUTÂNEA,
OCULAR, NASAL, RETAL, OTOLÓGICA.**

Definições

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

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

Funções do Hospital

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

CLASSIFICAÇÃO

Segundo o tratamento:

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

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

Segundo o número de leitos:

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

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

Grande porte: Capacidade normal de 150 a 500 leitos.

Extra ou Especial: capacidade acima de 500 leitos.

Terminologia Hospitalar

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

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

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

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

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

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

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

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

O PACIENTE

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

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

A doença trás ao paciente graves consequências como:

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

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

SAE- Sistematização do Serviço de Enfermagem

É uma atividade privativa do enfermeiro, que por meio de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE "Requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas".

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

RESOLUÇÃO COFEN-272/2002

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resolve:

Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - Privativamente: A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas: Consulta de Enfermagem Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Para a implementação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme discriminados a seguir:

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

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

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

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

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

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

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

-Histórico de enfermagem

-Exame Físico

-Diagnóstico de Enfermagem

-Prescrição da Assistência de Enfermagem

-Evolução da Assistência de Enfermagem

-Relatório de Enfermagem

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

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

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

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

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

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

Gilberto Linhares Teixeira

COREN-RJ Nº 2.380

Presidente Carmem de Almeida da Silva

COREN SP Nº 2254

Primeira-Secretária

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

a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde/saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento toda equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas.

Exame físico

O diagnóstico do paciente traça as diretrizes para o tratamento e cuidado de enfermagem. Para que o diagnóstico seguro seja estabelecido há a necessidade de um exame completo, que consta de exame físico e psicológico. Os instrumentos básicos dos exames físicos são os sentidos humanos da visão, tato, audição e olfato. Certos instrumentos podem facilitar e oferecer maior precisão quanto a fenômenos acústicos e visuais como estetoscópio e oftalmoscópio.

Métodos de exame físico

São quatro os métodos universalmente usados para exame físico:

- Inspeção: é a observação do estado geral do paciente, coloração da pele, presença de deformação como edema, estado nutricional, padrão de fala, temperatura corporal, postura, movimento do corpo.
- Palpação: consiste em sentir as estruturas (tecidos, órgão), do corpo através da manipulação.
- Percussão: efetuada com leves pancadas das pontas dos dedos sobre uma área do corpo. O som produzido revela o estado dos órgãos internos.
- Ausculta: consiste em escutar ruídos no corpo, especialmente para verificar o funcionamento do coração, pulmão, pleura e outros órgãos. Para isto utiliza-se o estetoscópio.

No exame físico verificar:

- Condições Gerais: estado de consciência, aspecto de nutrição e hidratação, expressão facial, condições de locomoção, vícios, peso, altura, idade aparente, alergia a drogas.
- Sinais Vitais: Pulso, respiração, pressão arterial, temperatura.
- Postura e Aparelho Locomotor Motricidade, mecânica corporal e marcha.
- Tórax e Pulmões Contorno, expansibilidade, intensidade de ruídos respiratórios.
- Abdômen: Cicatrizes, lesões

Atribuições do auxiliar de enfermagem no exame físico:

Preparar o material que consiste em:

- Termômetro
- Oftalmoscópio

- Esfigmomanômetro
 - Otoscópio
 - Estetoscópio
 - Cuba-rim
 - Martelo de percussão
 - Vidro com álcool
 - Abaixador de língua
 - Bolas de algodão
 - Fita métrica
 - Toalha
 - Para exames especiais, o material varia conforme o exame: espéculo vaginal, luvas, lubrificantes, laminas, tubos para cultura, etc.)
- Preparar o Paciente e o Ambiente :
- Explicar ao paciente o que vai ser feito, a fim de obter a sua colaboração;
 - Verificar sua higiene corporal;
 - Oferecer-lhe a comadre (se necessário);
 - Levá-lo para a sala de exame ou cercar a cama com biombo;
 - Dispor o material para o exame sobre a mesa auxiliar;
 - Cobrir o paciente de acordo com o tipo do exame, e da rotina do serviço.
 - Obs.: Evitar descobrir o paciente mais do que necessário, procurandotambém não atrapalhar o médico;
 - Usar roupas folgadas ou lençóis para permitir mudanças de posição com maior rapidez;
 - Não permitir que o paciente sinta frio descobrindo só a região a examinar;
 - Deixa-lo o mais seguro e confortável possível.

Prestar Assistência Durante o Exame Físico

- Certificar-se da temperatura e iluminação da sala. Fechar janelas se estiver frio e providenciar um foco se a iluminação for deficiente.
- Verificar T.P.R.P.A, peso, altura e anotar no prontuário;
- Despir a camisola do paciente, cobrindo-o com lençol;
- Avisar o médico que o paciente está pronto para o exame;
- Colocar-se junto a cama do lado oposto aquele que estiver o médico;
- Entregar-lhe os objetos a medida que necessitar.
- Obs.: Se for o enfermeiro ou auxiliar que for realizar o exame físico do paciente ou, colher algum material para exame todos os cuidados acima deverão também ser seguidos

Posições para o Exame Físico:

a) Posição Ginecológica

- Indicações:** Exame vaginal, exame vulvo vaginal, lavagem vaginal, sondagem vesical, tricotomia).
- Descrição da Posição:
 - Colocar a paciente em de decúbito dorsal;
 - Joelhos flexionados e bem separados, com os pés sobre a cama;
 - Proteger a paciente com lençol até o momento do exame

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar a paciente, avisando-a que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Colocar a paciente em decúbito dorsal horizontal;
- Pedir a paciente para flexionar os membros inferiores, colocando os calcanhares na cama;
- Afastar bem os joelhos;
- Proteger a paciente com lençol em diagonal, de tal forma que uma ponta fique sobre o peito e a outra na região pélvica. As outras duas pontas deverão ser presas sob os calcanhares da paciente;
- Colocar a paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recompôr a Unidade;

b) Posição de Decúbito Dorsal

Indicação: Realizar exame físico

Técnica:

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo;
- Deitar o paciente de costas com a cabeça e ombros ligeiramente elevados por travesseiros, as pernas estendidas;
- Dar condições necessárias para a expansão pulmonar, não dobrando o pescoço ou cintura;
- Manter os membros superiores ao longo do corpo;
- Deixar o paciente em posição correta para evitar distensão dos tendões da perna;
- Manter os joelhos ligeiramente fletidos e os pés bem apoiados;
- Evitar a queda dos pés equinos;
- Proteger o paciente sempre com o lençol, expondo apenas o necessário;
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente

c) Posição de SIMS

Indicação: Exames retais, lavagem intestinal, exames vaginais, clister

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Colocar o paciente deitado do lado esquerdo
- Aparar a cabeça do paciente sobre o travesseiro
- Colocar o braço esquerdo para trás do corpo
- Flexionar o braço direito e deixá-lo apoiado sobre o travesseiro
- Colocar o membro inferior esquerdo ligeiramente flexionado
- Colocar o membro inferior direito fletido até quase encostar o joelho no abdômen

- Deixar o paciente sempre protegido com lençol, expondo apenas a região necessária
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame ou tratamento;
- Recompôr a Unidade
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente.

d) Posição de Fowler:

Finalidade: pacientes com dificuldades respiratórias, para a alimentação do paciente, pós-operatório nasal, buco maxilo, cirurgia de tireoide (tireodectomia).

Técnica:

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Manter o paciente em posição dorsal, semi-sentado, recostado, com os joelhos fletidos, apoiados em travesseiros ou o estrado da cama modificado;
- Elevar a cabeceira da cama mais ou menos em ângulo de 45 graus
- Elevar o estrado dos pés da cama para evitar que o paciente escorregue
- Verificar se o paciente esta confortável
- Proteger o paciente com lençol
- Deixar o paciente em posição confortável após o exame ou tratamento
- Recolocar o material no lugar
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente

e) Posição de Decúbito Lateral

Finalidade: Cirurgias renais, massagem nas costas, mudança de decúbito.

Técnica :

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Posicionar o paciente na cama sobre um dos lados
- Colocar a cabeça sobre o travesseiro, apoiando também o pescoço
- Colocar outro travesseiro sob o braço que esta suportando o peso do corpo
- Colocar um travesseiro entre as pernas para aliviar a pressão de uma perna sobre a outra
- Manter o alinhamento corporal a fim de facilitar a respiração;
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o local a ser examinado;
- Colocar o paciente em outra posição confortável após o repouso de mudança de decúbito ou exame;
- Recompôr a Unidade;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente

f) Posição em Decúbito Ventral

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

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Deitar o paciente com o abdômen sobre a cama ou sobre a mesa de exames
- Colocar a cabeça virada para um dos lados
- Colocar os braços elevados, com as palmas das mãos apoiadas no colchão, à altura da cabeça ou ao longo do corpo
- Colocar um travesseiro, se necessário, sob a parte inferior das pernas e pés, para evitar pressão nos dedos
- Proteger o paciente com lençol
- Colocar o paciente em posição confortável
- Recompôr a Unidade
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente
- Obs.: Em alguns casos esta posição é contra indicada (pacientes portadores de incisões abdominais, ou com dificuldade respiratória, e idosos, obesos.)

g) Posição Genu-peitoral

Finalidade Exames do reto e vagina, sigmoidoscopia.

Técnica

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombo
- Solicitar ao paciente para que fique em decúbito ventral
- Apoiar o peito do paciente de encontro com o colchão ou mesa de exame
- Pedir ao paciente para fletir os joelhos;
- Colocar a cabeça virada para um dos lados, sobre um pequeno travesseiro
- Pedir para o paciente estender os braços sobre a cama, na altura da cabeça
- Solicitar ao paciente para que descanse o peso do corpo sobre a cabeça, ombros peito, e os joelhos, formando assim, um ângulo reto entre as coxas e as pernas
- Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o necessário
- Colocar o paciente em posição confortável após o exame
- Recompôr a Unidade
- Lavar as mãos
- Anotar no prontuário do paciente

h) Posição de Trendelenburg

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

Técnica

- Lavar as mãos.
- Identificar o paciente e avisar-lo sobre o que será feito.
- Colocar o paciente na posição dorsal horizontal'

Inclinar a cabeceira da cama em ângulo adequado.
Eleva os pés da cama em ângulo adequado, de forma que a cabeça fique mais baixa em relação ao corpo.
Proteger o paciente com lençol, expondo apenas o necessário.

Recompor a Unidade.
Lavar as mãos.
Anotar no prontuário do paciente

Técnica de verificação de medidas antropométricas:

Definição: é a verificação do peso corporal e altura do paciente.

Finalidade: averiguar o peso e altura do paciente.

Normas para técnica de verificação de medidas antropométricas

O paciente deve estar sem sapatos e com roupas leves;
A verificação do peso deve ser sempre na mesma hora;
O paciente deve estar na posição ereta;

Material:

Balança antropométrica,
Papel toalha.

Técnica

Explicar o procedimento ao paciente;
Aferir a balança;
Proteger o piso da balança com papel;
Solicitar ao paciente que retire os sapatos, roupas pesadas e suba na balança;
Posicionar o paciente de frente para a balança, isto e, para a escala desta;
Executar a técnica da pesagem;
Colocar em seguida, o paciente de frente para a pessoa que esta fazendo a mensuração e verificar a estatura;
Encaminhar o paciente ao leito novamente;
Anotar no prontuário.

Obs.: - Causas do aumento de peso:

- Descontrole hormonal, (hipotireoidismo);
- Bulimia (aumento da fome);
- Problemas psicológicos;
- Retenção de água.

Causas do emagrecimento:

- Desidratação;
- Anorexia;
- Descontrole hormonal, (hipertireoidismo).

ADMISSÃO DO PACIENTE

O paciente deve ser recebido no hospital com toda cordialidade e atenção. A primeira impressão que o paciente tem e sempre de grande importância para inspirar-lhe confiança no hospital e no tratamento que ali vai receber. Este bom acolhimento influirá também nos familiares ou pessoas que o acompanham.

Técnica

Lavar as mãos;
Preencher todos os dados da ficha de identificação do paciente;

Fazer a lista dos valores do paciente sob suas vistas ou alguém de sua família. Entregá-los ao responsável para guardá-los no cofre do hospital ou conforme rotina da instituição;

Levar o paciente até seu quarto e orientá-lo quanto as instalações sanitárias e demais dependências da enfermaria;

Deixar a campainha ao seu alcance;

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

Encaminhar o paciente para o banho oferecendo o material;

Arrumar a cama conforme técnica de arrumação de cama aberta;

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

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

Comunicar o serviço de nutrição a dieta do paciente;

Encaminhar pedidos de exames;

Iniciar o tratamento propriamente dito

ALTA HOSPITALAR

Técnica

Verificar se a folha de alta esta assinada pelo medico;
Reunir e entregar os pertences ao paciente;

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

Se houver necessidade ajudar o paciente a vestir-se

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

Esperar os familiares ou responsáveis;

Acompanhar o paciente a portaria;

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

ANOTAÇÃO NO PRONTUÁRIO E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

As anotações no prontuário são baseadas em observação de enfermagem.

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

Finalidades:

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

Conhecer o paciente, família e comunidade;

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

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

O Que Observar:

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

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

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

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

A observação serve não só para descobrir anormalidades, mas também para identificar a potencialidade do indivíduo. A observação global associada a outras observações gerais leva a descoberta de aspectos favoráveis, podendo indicar ausência de problemas, recuperação, ou mesmo os recursos físicos e mentais, dos quais o indivíduo dispõe para auxiliar na sua própria recuperação.

Anotações de enfermagem:

Finalidades Relatar por escrito as observações do paciente;

Contribuir com informações para o diagnóstico médico e de enfermagem;

Contribuir com informações para fazer o planejamento do plano de cuidados de enfermagem;

Servir de elementos para pesquisa;

Fornecer elementos para auditoria de enfermagem;

Servir para avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (quanto a qualidade e continuidade);

Servir como fonte para a aprendizagem.

Tomando como base as observações os elementos principais a serem anotados são o seguinte:

01 A aparência;

02 Estado físico: queixas, observações em geral, alimentação, exames, testes, encaminhamento, eliminações, tratamentos dados, resultados dos cuidados prestados, medicamentos, contencões e demais observações colhidas pelo exame físico;

03A conservação ou a comunicação;

04 - O comportamento:

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

Equilíbrio do estado perceptivo (alucinações, delírios);

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

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

Capacidade de aprendizagem - inteligência;

05 - Atividades;

06 - Recomendações.

Normas para anotações de enfermagem:

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

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

03 - Usar termos concisos;

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

05 - Considerar o segredo profissional;

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

07 - Colocar horário;

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

09 - Fazer assinatura legível;

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

Prevenção e controle de infecção

Alguns conceitos importantes:

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

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

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

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

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

Lavagem das mãos

- Após tocar fluidos, secreções e itens contaminados;

- Após a retirada das luvas;

- Antes de procedimentos com paciente;

- Entre contatos com pacientes;

- Entre procedimentos num mesmo paciente;

- Antes e depois de atos fisiológicos;

- Antes do preparo de soros e medicações.

Material

Sabão;

Toalha de papel.

Procedimento:

Retirar anéis, relógio, etc.;

Posicionar-se sem encostar-se na pia
 Abrir a torneira;
 Ensaboar as mãos;
 Friccionar as mãos;
 Enxaguar as mãos, deixando a torneira aberta;
 Enxugar as mãos com papel toalha;
 Fechar a torneira com a mão protegida com papel toalha, caso não tenha fechamento automático.
 Jogar na lixeira, específica, o papel toalha usado.

Higiene da unidade do paciente

Tipos de limpeza

Limpeza diária ou concorrente ou desinfecção concorrente

É aquela feita diariamente para a manutenção da limpeza hospitalar constituindo na arrumação da cama e na manutenção da limpeza do mobiliário e do ambiente.

Proporciona conforto, segurança e bem-estar ao cliente, além de minimizar o risco de infecção através de eliminação de microrganismos existentes no ambiente hospitalar.

Chamamos também de desinfecção concorrente aquela realizada

Imediatamente após a expulsão de matéria orgânica do corpo do indivíduo (cliente) com sangue, fezes, vômito, etc.

LIMPEZA OU DESINFECÇÃO GERAL OU TERMINAL

É feita após a saída do cliente por alta, transferência, óbito ou suspensão das medidas de isolamento e o preparo do leito para que seja recebido outro cliente.

A desinfecção terminal pode ser do leito, no caso de alta de um paciente ou do quarto todo. Nesta técnica existe a parte que compete a Enfermagem e a que é da alçada dos funcionários da limpeza, conforme rotina estabelecida.

Outras barreiras empregadas são os isolamentos:

- 1) Isolamento total:** Destina-se a prevenir a transmissão de doenças altamente contagiosas, como por exemplo: Difteria (neste tipo de isolamento usa-se máscara, luvas e avental);
- 2) Isolamento respiratório:** Usado para prevenção de doenças que se transmitem por via respiratória, como por exemplo a Meningite. Há a necessidade do uso de máscara, somente;
- 3) Isolamento entérico:** Para prevenir infecções que são transmitidas pelo contato direto ou indireto com fezes e/ou urina. Ex: Enterocoliteneccrosante. Há necessidade do uso de luvas e, às vezes, avental;
- 4) Isolamento protetor ou reverso:** Para pacientes imunodeprimidos como no caso de portadores de HIV.

Usa-se máscaras para defesa deles, mas para nossa proteção, às vezes, dependendo do grau da doença, necessita-se de óculos e avental;

5) Isolamento de contato: Para prevenção de doenças altamente transmissíveis pelo contato, como é o caso de sarna infectada. Necessita-se de luvas e avental.

Arrumação do leito do paciente

Tipos de cama:

Leito fechado: é a cama que está desocupada aguardando a chegada do cliente. Deve ser arrumada aproximadamente 2 horas após ter sido feita a limpeza geral, permitindo arejamento do ambiente.

Leito aberto: é aquela que está sendo ocupado por um paciente que pode locomover-se.

Na cama aberta, se o cliente estiver usando colcha e cobertor sobre lençol deve fazer uma dobra sobre os mesmos, num ângulo de aproximadamente 90 graus.

Leito operado: É feita para aguardar o paciente que está na sala de cirurgia ou em exame, sob anestesia.

Tem finalidade de:

- Proporcionar conforto e segurança ao paciente;
- Facilitar a colocação do paciente no leito;

Controle de sinais vitais

Definição: sinais vitais são reflexos ou indícios de mudanças no estado do paciente. Eles indicam o estado físico do paciente e ajudam no seu diagnóstico e tratamento.

Normas:

- Os sinais vitais deverão ser verificados a cada 06 horas. Quando o caso exigir dever ser visto quantas vezes for necessário
- Ao se verificar qualquer um dos sinais vitais, deve ser explicado ao paciente o que ser realizado
- Quando houver alteração de alguns dos sinais vitais dever ser comunicado ao enfermeiro da unidade e ao medico responsável pelo paciente, se for necessário.

Material

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

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

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

Nomenclatura:

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

Cuidados de enfermagem para hipertermia:

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

Cuidados de enfermagem para hipotermia:

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

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

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

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

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

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

Valores de normalidade:

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

Fatores que alteram a frequência do pulso:

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

Fatores Patológicos:

Febre - doenças agudas (aceleram)
Choque (diminuem)

Classificação do pulso pode ser quanto à:

1) Regularidade:

- A. Rítmico** - bate ou pulsa com regularidade, ou seja, o tempo de intervalo entre os batimentos é o mesmo.
- B. Arritmico** - bate sem regularidade (irregular), o intervalo entre os batimentos é diferente.

2) Amplitude:

- a) Fraco ou filiforme:** redução da força ou do volume sanguíneo (facilmente desaparece com a compressão).
- b) Forte ou cheio:** aumento da força ou do volume sanguíneo (dificilmente desaparece com a compressão).

3) Tensão:

- a) Macio** - fraco
- b) Duro** - forte

4) Tipos de Pulso:

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

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

Dicrótico - Dá a impressão de dois batimentos

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

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

Observações importantes:

Evitar verificar o pulso em membros superiores afetados por sequelas de lesões neurológicas ou vasculares;

Não verificar o pulso em membro com fistula arteriovenosa (para hemodiálise);

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

Em caso de dúvida, repetir a contagem;

Proceder a verificação com as mãos secas e quentes.

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

Avaliação da respiração:

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

Valores de normalidade:

- No homem (15 a 20 mrpm)

- Na mulher (18 a 20 mrpm)

Quanto ao ritmo:

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

Irregular: quando são diferentes.

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

Nomenclatura:

- Eupneia: respiração com frequência normal
- Bradipnéia: quando a frequência respiratória está abaixo de 12 mrpm
- Taquipnéia: quando frequência respiratória acima de 24 mrpm
- Apneia: ausência ou parada de respiração por 20 segundos
- Dispneia: respiração difícil, caracterizada pelo aumento do esforço inspiratório e expiratório
- Ortopnéia: quando paciente tem dificuldade para respirar na posição deitada e só consegue respirar bem se estiver sentado
- Cheyne Stokes: quando o ritmo respiratório desigual, ou seja, todo alterado
- Estertorosa: respiração com barulho
- Kussmaul: respiração profunda e ofegante característica de coma e acidose diabética grave.

Existem fatores que alteram a respiração:

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

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

A P.A. depende do:

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

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

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

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

- a) Alimentação, medo, ansiedade, exercícios, estimulantes aumentam a P.A.
- b) Repouso, jejum, depressão, diminuem a P.A.

Terminologias referentes a pressão arterial:

Hipertensão: P.A. elevada;

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

Hipotensão: P.A. baixa;

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

Local de Verificação:

Membros superiores (braços),
Membros inferiores (região poplítea)

Valores da PA

Sistólica - 90 - 140 mmhg

Diastólica - 60 - 90 mmhg.

Normas para verificação da Pressão Arterial:

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

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

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

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

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

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

Técnica para verificação da Pressão Arterial

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