

Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre

SESACRE-AC

Enfermeiro

FV072-N0

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

Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Acre

Enfermeiro

EDITAL Nº 001 SEPLAG/IAPEN, DE 28 DE JANEIRO DE 2020

AUTORES

Língua Portuguesa - Profª Zenaide Auxiliadora Pachegas Branco

Conhecimentos Básicos de Saúde Pública - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

Conhecimentos da Realidade Étnica, Social, Geográfica, Cultural, Política e Econômica do Acre - Profª Silvana Guimarães

Conhecimentos Específicos - Profª Ana Luisa M. da Costa Lacida

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Aline Mesquita

Leandro Filho

Roberth Kairo

DIAGRAMAÇÃO

Higor Moreira

Willian Lopes

Higor Moreira

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA

Leitura e Interpretação de texto literário e não literário (compreensão geral do texto; ponto de vista ou ideia central defendida pelo autor; argumentação; elementos de coesão; inferências; estrutura e organização do texto e dos parágrafos)	01
Tipologia e gêneros textuais	9
Figuras de linguagem.....	10
Coerência e coesão textual	14
Relações semânticas estabelecidas entre orações, períodos ou parágrafos (oposição/contraste, conclusão, concessão, causalidade, adição, alternância etc.). O sentido das palavras – adequação vocabular, denotação, conotação, polissemia e ambiguidade. Homonímia, sinonímia, antonímia e paronímia. Valor semântico e emprego dos conectivos. Emprego das classes gramaticais. Emprego de tempos e modos verbais. Locuções verbais (perífrases verbais).....	20
Sintaxe da oração (período simples; termos fundamentais e acessórios da oração; tipos de predicado) e do período (período composto por coordenação e por subordinação).....	57
Acentuação gráfica.....	68
Ortografia.....	71
Emprego dos sinais de pontuação e suas funções no texto.....	75
Concordâncias verbal e nominal.....	79
Regências verbal e nominal	86
Paralelismo sintático e paralelismo semântico.....	93
Estrutura e formação de palavras.....	93

CONHECIMENTOS BÁSICOS DE SAÚDE PÚBLICA

Constituição da República Federativa do Brasil - Seguridade Social/Saúde.	1
Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde - Lei Federal 8.080/90, 19 de setembro de 1990 (Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) e suas alterações.	2
Lei Federal 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990 (A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências) e suas alterações.	13
Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS 2.436/2017), de 21 de setembro de 2017, seus anexos e alterações).	14
Política de Humanização do SUS - Humaniza/SUS.....	42

SUMÁRIO

CONHECIMENTOS DA REALIDADE ÉTNICA, SOCIAL, GEOGRÁFICA, CULTURAL, POLÍTICA E ECONÔMICA DO ACRE

História, Historiografia e Realidade Étnica e Social do Acre: A anexação do Acre ao Brasil. O processo de ocupação das terras acreanas, a ocupação indígena, a imigração nordestina e a produção da borracha e a insurreição. Organização social do Acre e expressão literária. A chegada dos “paulistas” nas terras acreanas a partir dos anos 1970 do século passado: êxodo rural, conflitos pela terra e invasões do espaço urbano. Comemorações cívicas.....	1
Política e Economia do Acre: Indicadores Socioeconômicos: Economia, Produto Interno Bruto, Evolução das Ocupações e do Emprego, População. Trabalhos e produção nas diferentes nações indígenas, uso e posse da terra dos indígenas da Amazônia no auge do ciclo da borracha, ocupação e utilização da terra, ocupação e disputa pela terra entre povos indígenas e grupos de interesse socioeconômico e atividades econômicas mais relevantes no estudo da história da Amazônia e do Acre.....	22
Geografia do Acre: Amazônia e características gerais: O espaço acreano. Aspectos geográficos e ecológicos da Amazônia e do Acre. Formação econômica do Acre. Processo de anexação do Acre ao Brasil: tratados e limites. O território do Acre, municípios e populações do Acre: população e localização. Nova configuração do mapa. Microrregiões. Atuais municípios. Relevo, vegetação e suas características, clima, solo, hidrografia, fluxo migratório, extrativismo e Zoneamento Ecológico do Acre. Hidrografia: Bacia Amazônica e principais rios do Acre. Modos de vida no campo e na cidade.....	43

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Introdução à Enfermagem:fundamentos de enfermagem.....	01
Conhecimentos éticos e Legais do exercício Profissional de Enfermagem: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, regulamentação do Exercício Profissional, entidades de Classe. Normas éticas do COFEN/COREN.....	24
Cuidados de Enfermagem: ao recém-nato normal e de risco, à criança e adolescente no ciclo de desenvolvimento normal e às com patologias diversas; à mulher no período grávido-puerperal e a com de patologias clínico-ginecológicas e da gravidez; às pessoas com problemas psiquiátricos; às pessoas em situações emergenciais e com necessidade de cuidados intensivos; às pessoas em situações clínicas e cirúrgicas; às pessoas no processo de envelhecimento	33
Vigilância Epidemiológica das Doenças Infecto-parasitárias e Vigilância à Saúde; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, do Adulto e do Idoso e Programas de Saúde Preconizados pelo Ministério da Saúde: Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, ISTs e AIDS.....	85
Atendimento a pacientes em situações de urgência e emergência. Estrutura organizacional do serviço de emergência hospitalar e pré-hospitalar. Suporte básico de vida em emergências. Emergências relacionadas a doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e psiquiátricas. Atendimento inicial ao politraumatizado. Atendimento na parada cardiorrespiratória. Assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência respiratória e ventilação mecânica. Doação, captação e transplante de órgãos. Enfermagem em urgências, violência, abuso de drogas, intoxicações, emergências ambientais. Gerência dos Serviços de Saúde e de Enfermagem: Processo de trabalho de gerenciamento em enfermagem	95
Gerenciamento de recursos humanos, dimensionamento,recrutamento e seleção, educação continuada, avaliação de desempenho, liderança, supervisão, comunicação, relações de trabalho e processo grupal. Avaliação da qualidade nos processos de trabalho. Prevenção e controle de infecção hospitalar; processo de qualidade da assistência e auditoria em enfermagem.....	110

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Introdução à Enfermagem:fundamentos de enfermagem.....	01
Conhecimentos éticos e Legais do exercício Profissional de Enfermagem: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, regulamentação do Exercício Profissional, entidades de Classe. Normas éticas do COFEN/COREN.....	24
Cuidados de Enfermagem: ao recém-nato normal e de risco, à criança e adolescente no ciclo de desenvolvimento normal e às com patologias diversas; à mulher no período grávido-puerperal e a com de patologias clínico-ginecológicas e da gravidez; às pessoas com problemas psiquiátricos; às pessoas em situações emergenciais e com necessidade de cuidados intensivos; às pessoas em situações clínicas e cirúrgicas; às pessoas no processo de envelhecimento	33
Vigilância Epidemiológica das Doenças Infecto-parasitárias e Vigilância à Saúde; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, do Adulto e do Idoso e Programas de Saúde Preconizados pelo Ministério da Saúde: Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, ISTs e AIDS.....	85
Atendimento a pacientes em situações de urgência e emergência. Estrutura organizacional do serviço de emergência hospitalar e pré-hospitalar. Suporte básico de vida em emergências. Emergências relacionadas a doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e psiquiátricas. Atendimento inicial ao politraumatizado. Atendimento na parada cardiorrespiratória. Assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência respiratória e ventilação mecânica. Doação, captação e transplante de órgãos. Enfermagem em urgências, violência, abuso de drogas, intoxicações, emergências ambientais. Gerência dos Serviços de Saúde e de Enfermagem: Processo de trabalho de gerenciamento em enfermagem	95
Gerenciamento de recursos humanos, dimensionamento, recrutamento e seleção, educação continuada, avaliação de desempenho, liderança, supervisão, comunicação, relações de trabalho e processo grupal. Avaliação da qualidade nos processos de trabalho. Prevenção e controle de infecção hospitalar; processo de qualidade da assistência e auditoria em enfermagem.....	110

INTRODUÇÃO À ENFERMAGEM: FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM.

DEFINIÇÕES

A enfermagem segundo Wanda Horta é "A ciência e a arte de assistir o ser humano em suas necessidades básicas e torna-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 verificam 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, uti-

lizando 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-358/2009

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000;

CONSIDERANDO o art. 5º, Inciso XIII, e o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

CONSIDERANDO os princípios fundamentais e as normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem; CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;

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

CONSIDERANDO que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional;

CONSIDERANDO resultados de trabalho conjunto havido entre representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Gestão 2007-2010;

e CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos do Processo nº 134/2009;

RESOLVE:

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.

§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

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

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

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

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

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

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 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.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 6º 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.

Art. 7º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Resolução COFEN nº 272/2002.

Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA

COREN-RO nº 63.592

Presidente GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE

COREN-SC nº. 25.336

Primeiro-Secretário

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 neces-

sário, procurando também 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 biombos
- 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 avisá-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 está 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 avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos
- 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 está 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 avisá-lo sobre o que será feito
- Isolar a cama com biombos
- 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.)