



Manual de Normas e Rotinas para Procedimentos do Pronto Atendimento IESP (PAI)

Organizadores:

Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock
José Airton Bezerra Xavier



ISBN: 978-85-5597-098-6

**Manual de Normas e Rotinas para Procedimentos do Pronto Atendimento IESP
(PAI)**

**Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock
José Airton Bezerra Xavier**
(Autores)

Instituto de Educação Superior da Paraíba - IESP

Cabedelo
2019



INSTITUTO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DA PARAÍBA – IESP

Diretora Geral

Érika Marques de Almeida Lima Cavalcanti

Diretora Acadêmica

Iany Cavalcanti da Silva Barros

Diretor Administrativo/Financeiro

Richard Euler Dantas de Souza

Editores

Cícero de Sousa Lacerda

Hercilio de Medeiros Sousa

Jeane Odete Freire Cavalcante

Josemary Marcionila Freire Rodrigues de Carvalho Rocha

Corpo editorial

Antônio de Sousa Sobrinho – Letras

Hercilio de Medeiros Sousa – Computação

José Carlos Ferreira da Luz – Direito

Marcelle Afonso Chaves Sodré – Administração

Maria da Penha de Lima Coutinho – Psicologia

Rafaela Barbosa Dantas – Fisioterapia

Rogério Márcio Luckwu dos Santos – Educação Física

Thiago Bizerra Fideles – Engenharia de Materiais

Thiago de Andrade Marinho – Mídias Digitais

Thyago Henriques de Oliveira Madruga Freire – Ciências Contábeis

Copyright © 2019 – Editora IESP

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do(os) autor(es).

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado (IESP)**

| | |
|-------|---|
| R813m | Rosenstock, Karelline Izaltemberg Vasconcelos |
| | Manual de normas e rotinas para procedimentos do Pronto Atendimento IESP (PAI) / Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock, José Airton Bezerra Xavier. - Cabedelo, PB: Editora IESP, 2019. 52 p. |
| | Tipo de Suporte: E-book Formato: PDF Modo de Acesso: Digital via página web ISBN: 978-85-5597-098-6 |
| | 1. Primeiros socorros. 2. Prevenção de acidentes. 3. Enfermagem. 4. Pronto atendimento. 5. Manual – Procedimentos e rotinas. 6. Saúde. I. Rosenstock, Karelline Izaltemberg Vasconcelos. II. Xavier, José Airton Bezerra. III. Título. CDU 616-083.98(035) |

Bibliotecária: Elaine Cristina de Brito Moreira – CRB-15/053

Editora IESP

Rodovia BR 230, Km 14, s/n,
Bloco Central - 2 andar - COOPERE
Morada Nova. Cabedelo - PB.
CEP 58109-303

COLABORADORES

Alessandra Lira Freire
Alex da Silva Confessor
Ana Beatriz Freire Martins
Camila Carneiro Da Silva Ferreira
Cibelly de Oliveira Guimarães
Dayanne Regina Barros De Lima Silva
Diego Diniz de Toledo
Elivelton Fernandes Silva
Emyle Karolaine Maximino Cardoso
Evaldo Bezerra da Silva
Fabiano Gomes De Amorim Junior
Francisco Denildo Dos Anjos
Gillian Sousa Santos De Figueiredo Martins
Giovana Cecília De Melo Almeida
Jéssica Rocha Magalhães
Joalison Araújo Marinho
Jão Lucas De Araújo Macêdo
Jonara Matos Santos
José Airton Bezerra Xavier (Autor)
Josiberyo Ribeiro Rocha de Medeiros
Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock (Autor)
Larissa Henrique Silva
Leilane Maria Franca
Leon Maggio de Castro
Luíza Rafaela Oliveira De Almeida
Maitê De Vasconcelos Barros Cabral
Marcos Vinicius Bezerra
Maria Eduarda Roque Rodrigues Soares
Mariana Batista de Luna Rocha
Marilene Alexandre da Silva
Mayara Andreza Neves dos Santos
Nailla Daniele Souza de Lima

Nícia Maria Duarte Leite
Patrícia Tavares de Lima
Rejane Henrique de Souza
Rodrigo Manoel do Nascimento
Rodrigo Sousa Cruz
Sanderley Souza dos Santos Arão
Sara Raquel Lima Torres
Sirlane Costa da Silva Andreola
Taisa Rebeca Dionísio da Silva
Thaysa de Paiva Nunes
Wagner Soares dos Santos

PREFÁCIO

Essa obra é um presente ofertado a toda a comunidade acadêmica que recebe os relevantes e fundamentais serviços do Pronto Atendimento IESP, carinhosamente chamado de PAI. Essa sigla transborda o significado das três letras assumindo um papel cuidador e formador para discentes, docentes e funcionários. É um espaço que acolhe o próximo e, concomitantemente, está sempre em posição de alerta para atender nos momentos mais urgentes e inesperados.

Lidar com a prevenção de acidentes e primeiros socorros requer, além de uma reconhecida habilitação, uma competência acima da média e habilidades singulares que torna esse profissional imprescindível em qualquer ambiente rodeado por pessoas, cada uma com suas predisposições, limitações e potencialidades que ajuda ou dificulta um pronto atendimento.

Destarte, todos esses adjetivos profissionais estão no bojo do conhecimento e experiência que testemunhamos *in loco* através dos treinamentos contínuos que o PAI realiza com sua equipe. Incansavelmente na busca do melhor atendimento que alguém possa receber. No ímpeto de aprender cada vez mais para uma prestação de serviço com excelência acadêmico-profissional.

No epicentro dessa liderança estão os professores Airton Xavier e Karelline Rosenstock que nas interlocuções na sua tríade ensino-pesquisa-extensão tem um papel primordial: produzir conhecimento de uma forma pedagógica, objetiva e prática. E a obra que honrosamente prefaciamos é assim – didática, tem um faro investigativo e tem origem das intervenções do grupo nas diferentes áreas, com destaque para os cursos de Educação Física e Enfermagem.

Esse manual de normas e rotinas para os procedimentos do PAI merece ser consultado e analisado de forma imensurável como um instrumento norteador e preventivo na vida cotidiana das pessoas - que serão as maiores beneficiadas com um suporte rápido, qualitativo e eficaz. Parabenizamos os organizadores pela iniciativa e coragem na condução desse importante documento.

Profa Patrícia Tavares de Lima – Coordenadora do Curso de Enfermagem

Prof. Rodrigo Sousa Cruz – Coordenador do Curso de Educação Física

ROTINAS DE PROCEDIMENTOS

PRECAUÇÕES-PADRÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES

PRINCÍPIOS DO ATENDIMENTO INICIAL

1. AFERIÇÃO DOS SINAIS VITAIS

1.1 TEMPERATURA

1.2 PULSO.

1.3 PRESSÃO ARTERIAL

1.4 RESPIRAÇÃO

2. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

3. CURATIVOS

4. EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

5. GLICOSIMETRIA

6. MANOBRAS DE RCP

7. MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE CINTURA

8. MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL

9. MEDIDA DE ESTATURA

10. MEDIDA DE PESO

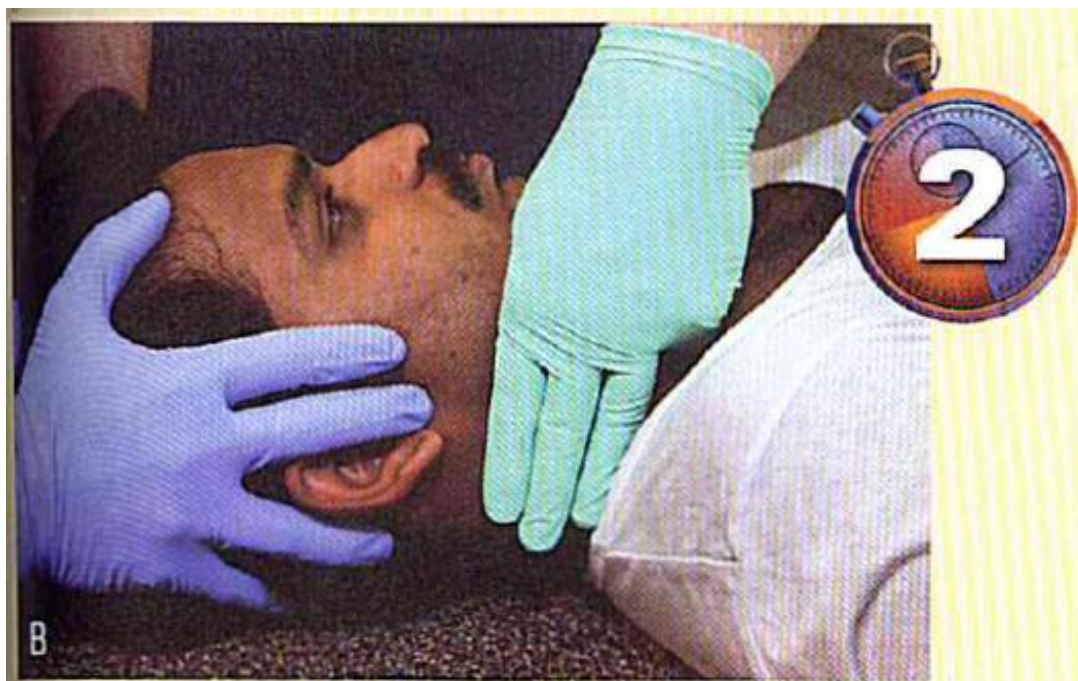
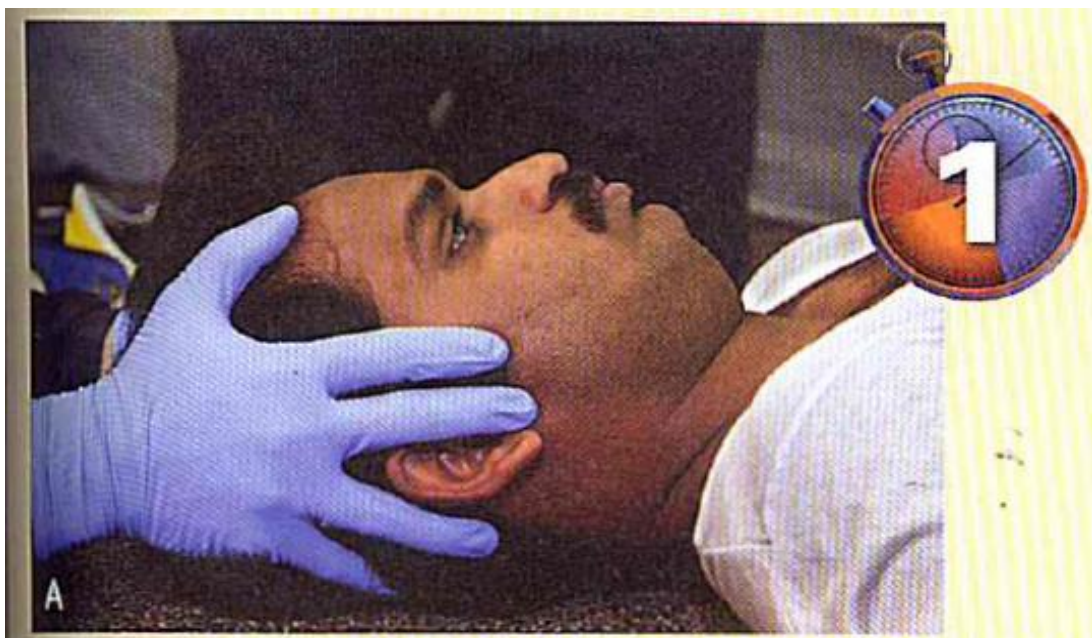
PRINCÍPIOS DO ATENDIMENTO INICIAL

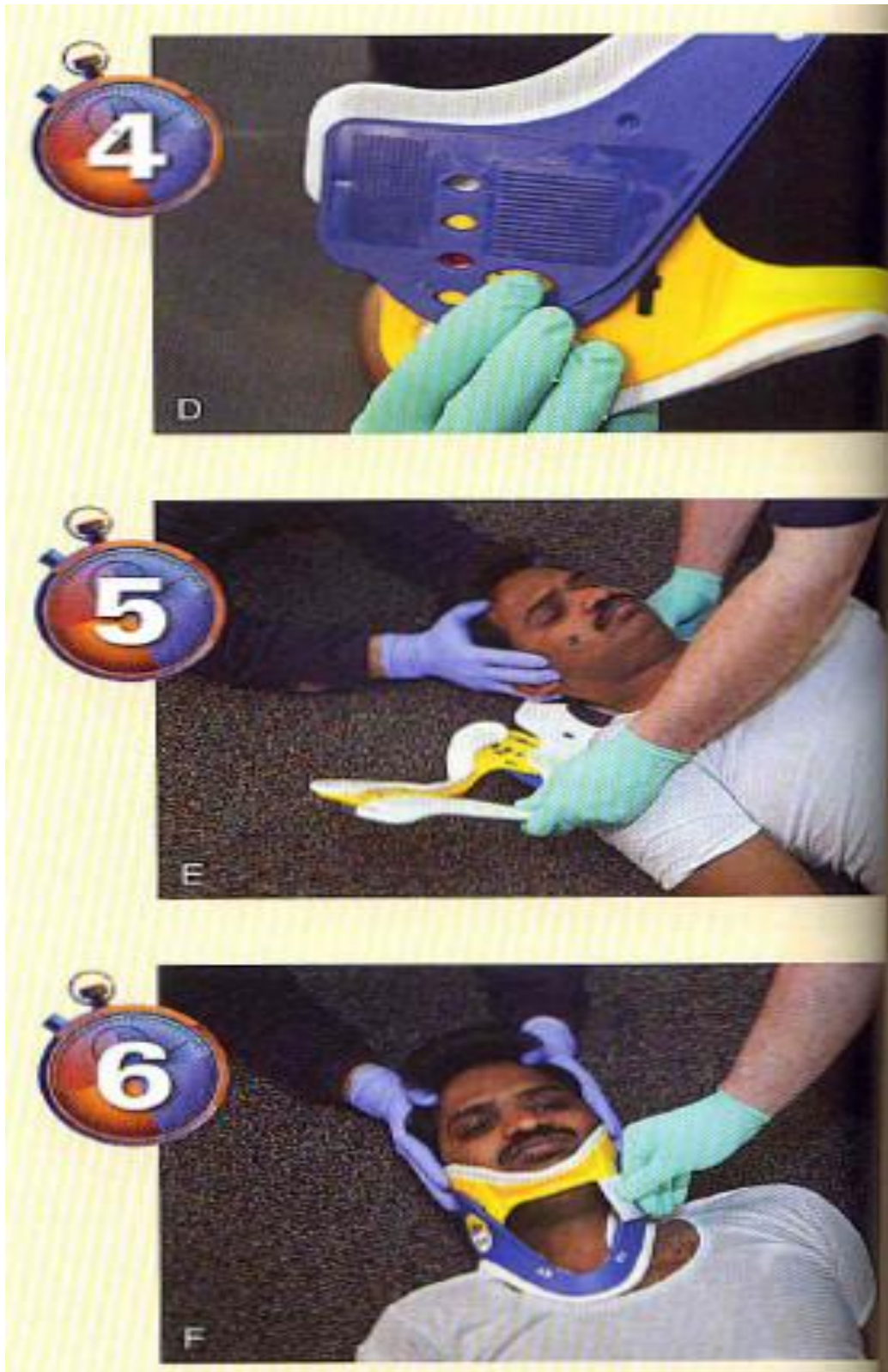


COLAR CERVICAL - TAMANHO E COLOCAÇÃO

- Princípio: Selecionar e colocar o colar cervical de tamanho adequado, para auxiliar em manter o alinhamento neutro e a estabilização da cabeça e do pescoço do doente (dois socorristas).
- O primeiro socorrista faz a estabilização manual da cabeça e do pescoço do doente em posição alinhada neutra.
- O segundo socorrista usa seus dedos para medir o pescoço do doente, entre a mandíbula e o ombro, e usa essa medida na seleção do tamanho adequado de colar ou em seu ajuste nos colares de tamanho ajustável.
- Em caso de utilização de colar ajustável, certifique-se de que este está travado no tamanho correto. O segundo socorrista coloca o colar de tamanho apropriado, enquanto o primeiro socorrista continua a manter a estabilização neutra alinhada da cabeça e do pescoço do doente.

- Após a colocação e a fixação do colar cervical, a estabilização manual da cabeça e do pescoço é mantida até que o doente seja fixado ao equipamento de imobilização.





Fonte: NAEMT, 2015.

PRECAUÇÕES-PADRÃO NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES

As precauções-padrão são um conjunto de técnicas realizadas para reduzir o risco de transmissão de microrganismos de fontes de infecção, conhecidas ou não no ambiente hospitalar/serviços de saúde.

INDICAÇÕES:

- Utilizada para manusear todo e qualquer paciente independente do diagnóstico;
- Manipular equipamentos ou artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação;
- Manipular sangue, fluido corporal, secreções, excreções, pele não íntegra e mucosa.

PRINCIPAIS TÉCNICAS DE PRECAUÇÕES-PADRÃO:

- Lavagem das mãos;
- Uso de EPI (luvas, capote, máscara, óculos, botas);
- Cuidados com perfuro-cortante;
- Imunizações.

Precaução Padrão

Devem ser seguidas para **TODOS OS PACIENTES**, independente da suspeita ou não de infecções.



Higienização das mãos



Luvas e Avental



Óculos e Máscara



Caixa perfuro-cortante

■ Higienização das mãos: lave com água e sabonete ou fricção as mãos com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.

■ Use luvas apenas quando houver risco de contato com sangue, secreções ou membranas mucosas. Calce-as imediatamente antes do contato com o paciente e retire-as logo após o uso, higienizando as mãos em seguida.

■ Use óculos, máscara e/ou avental quando houver risco de contato de sangue ou secreções, para proteção da mucosa de olhos, boca, nariz, roupa e superfícies corporais.

■ Descarte, em recipientes apropriados, seringas e agulhas, sem desconectá-las ou reencapá-las.

ROTINA 1 - AFERIÇÃO DOS SINAIS VITAIS

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

Procedimentos envolvidos: verificação da temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

Material:

- ⇒ Esfigmomanômetro e estetoscópio.
- ⇒ Termômetro analógico ou digital.
- ⇒ Relógio com ponteiros de segundos.
- ⇒ Caneta.
- ⇒ Recipiente para lixo (frasco de soro vazio cortado).
- ⇒ Recipiente com bolas de algodão.
- ⇒ Almotolia com álcool a 70%.

1.1 TEMPERATURA

Procedimentos e principais locais para verificação da temperatura

O termômetro deve estar seco (se necessário enxugue com gaze ou algodão) e marcando temperatura inferior a 35°C (se necessário sacudi-lo cuidadosamente e em movimentos firmes até que a coluna de mercúrio desça).

⇒ **Boca ou Temperatura Oral:** Colocar o termômetro de vidro sob a língua do cliente, na bolsa sublingual posterior. Fazer com que o cliente mantenha o termômetro no local por 3 a 8 minutos com lábios fechados. O método é conveniente, mas é contraindicado para crianças pequenas; em pacientes com estado mental alterado, trauma facial ou distúrbio convulsivo; após fumar ou beber líquidos quentes ou frios; durante administração de oxigênio por cânula ou máscara; e na presença de sofrimento respiratório.

⇒ **Canal Anal ou Temperatura Retal:** Utilizar somente em adultos, inserir 03 centímetros do termômetro lubrificado no ânus. Não forçar o termômetro. Mantê-lo no local por 2 a 4 minutos. É contraindicado após cirurgia do reto ou ferimento no reto e em pacientes com hemorroidas. O método oferece temperatura central e é indicado para aqueles que respiram pela boca com suspeita de infecção grave, e contraindicado para crianças pequenas e em pacientes com estado mental alterado.

⇒ **Axila o Temperatura axilar:** Mais utilizado, tendo em vista a facilidade. Colocar o termômetro no centro da axila, mantendo o braço da vítima de encontro ao corpo, e mantê-lo ali por 5 a 7 minutos.

Fatores que afetam a temperatura corporal:

⇒ Idade. Neonatos perdem cerca de 30% da temperatura corporal pela cabeça. Idosos perdem calor pelo tecido subcutâneo e possuem menor atividade das glândulas sudoríparas.

⇒ Exercício.

⇒ Nível hormonal o Elevação de 6 décimos de graus na ovulação.

⇒ Ritmo circadiano o Alteração de 0,5 a 5º C. o Valor máximo as 18 horas.

⇒ Estresse.

⇒ Ambiente.

Valores normais da temperatura

⇒ Axilar: 35,8 a 37,2°C.

⇒ Bucal: 36,0 a 37,4°C.

⇒ Retal: 36,2 a 37,8°C.

Terminologias relativas à temperatura corporal

⇒ Estado Febril (Febrícula): 37,2 a 37,8°C.

⇒ Febre ou hipertermia: 37,9 a 39°C.

⇒ Pirexia: 39,1 a 40,9°C.

⇒ Hiperpirexia: a partir de 41°C

⇒ Hipotermia: Abaixo de 36°C.

Classificação da Hipotermia

⇒ Branda: 33,1 a 36°C.

⇒ Moderada: 30,1 a 33°C.

⇒ Grave: 27 a 30°C.

⇒ Profunda: < 27°C.

Padrões de febre

⇒ Sustentada: persistência da febre geralmente em torno de 38°C.

⇒ Intermitente: a temperatura volta ao nível normal pelo menos 1 vez em 24h.

⇒ Remitente: abaixa, mas não volta ao normal.

⇒ Recidivante: a temperatura varia entre faixas normais e febris em intervalos maiores de 24 horas

1.2 PULSO

Podem ser considerados normais os seguintes índices de frequência cardíaca:

⇒ Adultos – 60 a 100 bpm;

⇒ Crianças – 80 a 120 bpm

⇒ Bebês – 100 a 160 bpm

FREQUÊNCIA:

Número de pulsações por unidade de tempo.

⇒ Normal - 60 a 100, com valor médio de 75 p/min.

⇒ Bradicardia - < 60 p/min.

⇒ Taquicardia - > 100 p/min.

⇒ Dicrotíco - Impressão de dois batimentos

RITMO

⇒ Rítmico - Quando é uniforme o intervalo de tempo entre os pulsos

⇒ Arritmico - Quando não é uniforme o intervalo de tempo entre os pulsos

AMPLITUDE:

⇒ Amplo

⇒ Pouco amplo.

OBS: Alguns autores denominam o pulso como fraco ou filiforme e forte ou cheio

REGULARIDADE: Diz respeito à estabilidade da amplitude do pulso.

⇒ Regular: Apresenta estabilidade da amplitude do pulso.

⇒ Irregular: Não apresenta estabilidade da amplitude do pulso.

BILATERALIDADE / SIMETRIA

⇒ Simétrico: Quando o pulso do lado direito é igual, em relação às características, ao pulso do lado esquerdo diz-se que simétrico.

⇒ Assimétrico: Quando o pulso do lado direito não é igual, em relação às características, ao pulso do lado esquerdo diz-se que assimétrico.

⇒ Comparação com a artéria contralateral (Igualdade): É sempre obrigatório o exame de pulso da artéria contralateral, pois a desigualdade dos pulsos podem identificar lesões anatômicas.

LOCAIS MAIS COMUNS PARA A VERIFICAÇÃO DO PULSO

As artérias mais utilizadas são:

- ⇒ Carótida
- ⇒ Radial
- ⇒ Femural
- ⇒ Poplítea
- ⇒ Apical

Outros locais utilizados para a verificação de pulso são:

- ⇒ Umerais.
- ⇒ Braquiais.
- ⇒ Cubitais.
- ⇒ Radiais.
- ⇒ Tibiais posteriores
- ⇒ Pediosas.

Material necessário:

- ⇒ Relógio com ponteiros de segundos.
- ⇒ Estetoscópio (auscultar pulso apical).
- ⇒ Bolas de algodão embebidas em álcool a 70%

TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DE PULSO

1. Lavar as mãos;
2. Orientar o paciente quanto ao procedimento;
3. Colocar o paciente em posição confortável, sentado ou deitado, porém sempre com o braço apoiado;
4. Realizar o procedimento de acordo com a técnica descrita abaixo;
5. Contar durante 1 minuto inteiro;
6. Lavar as mãos;
7. Anotar no prontuário.

1.3 PRESSÃO ARTERIAL

Valores médios da pressão arterial considerado ideal de acordo com a idade:

- 04 anos – 85/60 mmHg;
- 06 anos – 95/62 mmHg;

- 10 anos – 100/65 mmHg;
- 12 anos – 108/67 mmHg;
- 16 anos – 118/75 mmHg;
- Adultos – 120/80 a 140/90mmHg;
- Idosos – 140 a 160/90 a 100 mmHg.

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

MATERIAIS:

1. EsfigmomanômetroAneróide ou de coluna de mercúrio.
2. Estetoscópio.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas.
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que

determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.

9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores de sistólica/ diastólica/ (zero).

10. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.

11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.

12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

13. Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinando e carimbando.

14. Comunicar médico/ enfermeiro caso de alteração da PA.

15. Registrar procedimento em planilha de produção.

16. Lavar as mãos.

17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

A. Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.

B. Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos:

| Circunferência do braço (cm) | Denominação do Manguito | Largura do Manguito (cm) | Comprimento da bolsa (cm) |
|------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <= 6 | recém-nascido | 3 | 6 |
| 6-15 | Criança | 8 | 15 |
| 16-21 | Infantil | 8 | 21 |
| 27-34 | Adulto | 13 | 30 |
| 35-44 | Adulto grande | 16 | 38 |
| 45-52 | Coxa | 20 | 42 |

C. Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.

D. Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.

E. Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.

F. Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva.

1.4 RESPIRAÇÃO

A respiração é avaliada através da frequência respiratória (movimentos respiratórios por minuto – irpm), caráter (superficial e profunda) e ritmo (regular e irregular). Deve ser avaliada sem que a vítima perceba, preferencialmente enquanto se palpa o pulso radial, para evitar que a vítima tente conscientemente controlar a respiração. Avalie a frequência respiratória tendo em vista os sinais e sintomas de comprometimento respiratório: cianose, inquietação, dispnéia, sons respiratórios anormais.

A frequência respiratória pode variar com a idade:

⇒ Adultos – 14 a 20 irpm.

⇒ Crianças – 20 a 30 irpm.

⇒ Bebês – 30 a 60 irpm.

Características a considerar na vigilância da respiração

⇒ Amplitude – Caracteriza-se pela quantidade de ar inspirado e que corresponde ao grau de expansão do movimento da parede torácica.

- Profunda – Expansão completa dos pulmões com uma expiração completa (respiração normal).
- Superficial – Quando entra nos pulmões uma pequena quantidade de ar, sendo difícil observar o movimento ventilatório.

⇒ Ritmo – Intervalo de tempo entre os ciclos respiratórios.

Regular o Irregular

⇒ Tipo - (de acordo com os músculos utilizados predominantemente na respiração)

- Torácica (mais frequente na mulher)
- Abdominal
- Diafragmática (mais frequente no homem)
- Com ou sem uso dos músculos acessórios (escalenos e esternocleidomastóideo), com tiragem supraclavicular, tiragem dos espaços intercostais (dilatação anormal da caixa torácica em que os músculos abdominais são usados na respiração).

⇒ Simetria da Expansão Torácica Simétrica ou Assimétrica – havendo assimetria ou limitações de mobilização num dos lados, o lado da limitação é quase sempre o lado afetado) – Direito ou Esquerdo.

A Frequência é o número de ciclos respiratórios (cr) - inspiração e expiração completas por minuto. Valores normais:

IDADE FREQUÊNCIA (cr/min)

Recém-nascido 35 – 40

Lactente (6 meses) 30 – 50

Crianças que começam a andar 25 – 32

Crianças 20 – 30

Adolescentes 16 – 19

Adultos 14 – 20

Procedimentos para verificação da Respiração

⇒ Coloque o braço da mesma cruzando a parte inferior do tórax. Segure o pulso da mesma enquanto estiver observando a respiração, como se estivesse palpando o pulso radial.

⇒ Conte os movimentos respiratórios durante um minuto (use relógio com marcação de segundos). Ao mesmo tempo observe o caráter e o ritmo da respiração.

⇒ Anote a frequência respiratória, o caráter, o ritmo e a hora. Exemplo: Respiração normal, 16 irpm, 10h50min.

⇒ Em crianças muito pequenas o movimento torácico é menos evidente que nos adultos e, usualmente, ocorre próximo ao abdome. A mão colocada levemente sobre a parte inferior do tórax e superior do abdome pode facilitar a contagem da atividade respiratória.

⇒ Por causa do pequeno volume e da reduzida força do fluxo de ar, em crianças também é quase impossível ouvir a respiração normal ou sentir a movimentação do ar através da boca e do nariz.

ROTINA 2 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

ESCALA DE GLASGOW

Glasgow Coma Scale (GCS), conhecida em português como escala de Glasgow, é uma escala neurológica que permite medir/avaliar o nível de consciência de uma pessoa que tenha sofrido um traumatismo crânio-encefálico.

| MELHOR RESPOSTA (GCS) | AVALIAÇÃO | PONTUAÇÃO |
|--|---|---|
| ABERTURA OCULAR (AO) | Espontânea Por estímulo a verbal Por estímulo a dor Sem resposta Olhos fechados devido a fator local | 4 pontos 3 pontos 2 pontos 1 ponto NT |
| RESPOSTA VERBAL (RV) | Orientado Confuso (mas responde) Resposta inapropriada Sons incompreensíveis Sem resposta Fator que interfere na comunicação | 5 pontos 4 pontos 3 pontos 2 pontos 1 ponto NT |
| RESPOSTA MOTORA (RM) | Obedece a ordem Localiza a dor Reage a dor,mas não localiza Flexão anormal-decorticação Extensão anormal-descerebração Sem respostas Fator que limita resposta motora | 6 pontos 5 pontos 4 pontos 3 pontos 2 pontos 1 ponto NT |
| TOTAL MAXIMO 15 | TOTAL MÍNIMO 3 | INTUBAÇÃO > 8 |
| AVALIAÇÃO PUPILAR (AP) (atualização 2018 GCS-P) GCS-P = GCS - AP | Inexistente: nenhuma pupila reage ao estímulo de luz Parcial: apenas uma pupila reage ao estímulo de luz. Completa: as duas pupilas reagem ao estímulo de luz. | 2 pontos 1 ponto 0 ponto |

Procedimentos para verificação das respostas

Abertura ocular (AO)

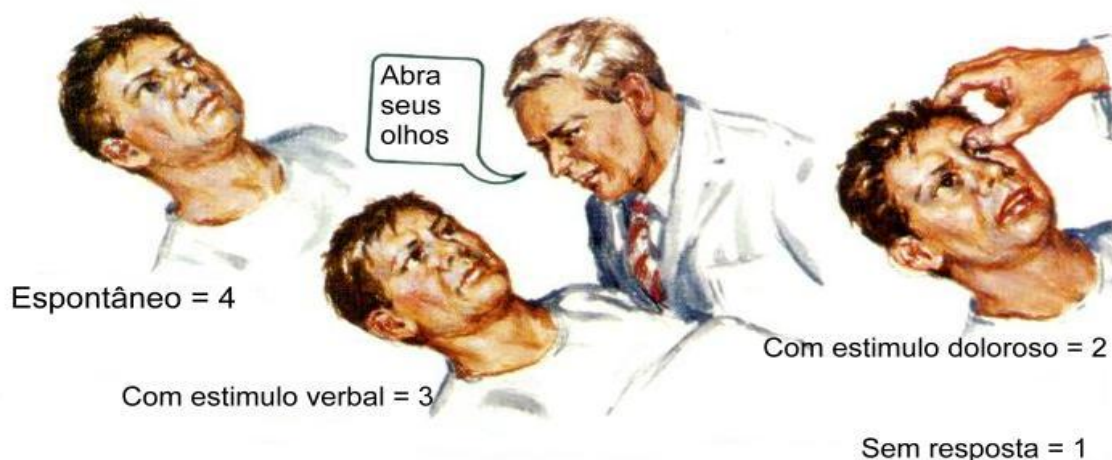
4 Olhos se abrem espontaneamente...

3 Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida; se assim for, marque 4, se não, 3.)

2 Olhos se abrem por estímulo doloroso.

1 Olhos não se abrem por nenhum motivo

Abertura ocular



Melhor resposta verbal (MRV)

5 Orientado. (O paciente responde coerentemente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome e idade, onde está e porquê, a data etc)

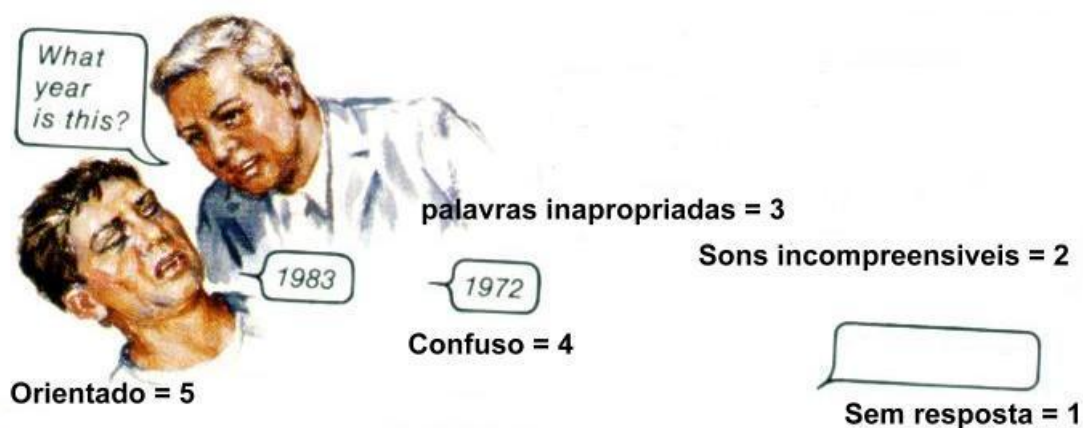
4 Confuso. (O paciente responde às perguntas coerentemente mas há alguma desorientação e confusão)

3 Palavras inapropriadas. (Fala aleatória, mas sem troca conversacional)

2 Sons ininteligíveis. (Gemendo, grunido, sem articular palavras)

1 Ausente.

Resposta Verbal



Melhor resposta motora (MRM)

6 Obedece ordens verbais. (O paciente faz coisas simples quando lhe é ordenado.)

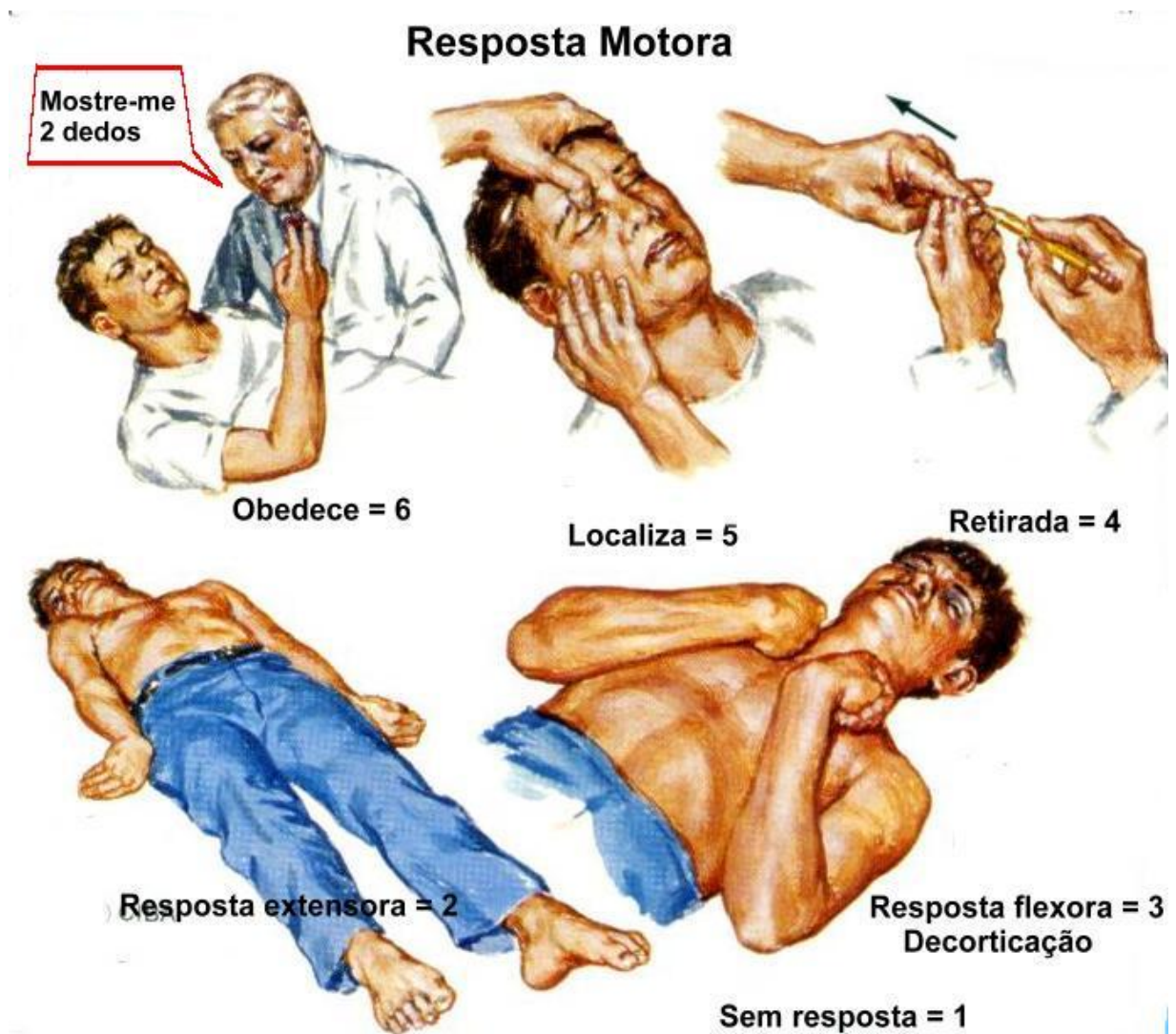
5 Localiza estímulo doloroso.

4 Retirada inespecífica à dor.

3 Padrão flexor à dor. (decorticação)

2 Padrão extensor à dor. (descerebração)

1 Sem resposta motora.



| AVALIAÇÃO DO DIÂMETRO DAS PUPILAS | | |
|---|---|--|
| SINAIS A SEREM OBSERVADOS | SITUAÇÃO | DIAGNÓSTICO-PROVÁVEL |
|  | ISOCÓRICAS (NORMAIS): São simétricas e reagem à luz. | Esta condição é normal, porém deve-se reavaliar constantemente. |
|  | MIOSE: Ambas estão contraídas, sem reação à luz. | Lesão no sistema nervoso central ou abuso no uso de drogas (toxinas). |
|  | ANISOCÓRICAS: Uma dilatada e outra contraída (assimétricas) | Acidente vascular cerebral - AVC, Traumatismos Cranioencefálico-TCE. |
|  | MIDRISE: Pupilas dilatadas. | Ambiente com pouca luz, anóxia ou hipóxia severa, inconsciência, estado de choque, parada cardíaca, hemorragia, TCE. |

Interpretação

Pontuação total: de 3 a 15

3 a 8 = TCE grave / Coma profundo (85% de probabilidade de morte; estado vegetativo) a Coma intermediário;

9 a 12 = TCE moderado / Coma superficial;

13 a 15 = TCE leve / Normalidade.

CRISES CONVULSIVAS

INTERVENÇÕES DIANTE DE UMA PESSOA COM CRISE CONVULSIVA



Mantenha a calma!



- Coloque a vítima no chão;
- Afaste curiosos da vítima;
- Afaste móveis e objetos;
- Nunca colocar a mão dentro da boca da vítima nem tentar abri-la;
- Lateralizar a cabeça;
- Se possível, coloque um objeto acolchoado na cabeça da vítima para proteger de possíveis traumas.

➤ Permaneça ao lado da vítima até ele retornar a consciência.



➤ Encaminhar a vítima ao serviço de emergência.

ROTINA 3 –CURATIVOS

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e estudantes de Enfermagem.

MATERIAIS:

1. Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica e ou pinça mosquito).
2. Soro fisiológico (0,9%), água tratada ou fervida.
3. Agulha 40/12 ou 25/8.
4. Seringa 20 ml.
5. Gaze, chumaço.
6. Luva de procedimento ou estéril se necessário.
7. Cuba estéril ou bacia plástica.
8. Cobertura ou produto tópico prescrito (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc.).
9. Esparadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar.
10. Faixa crepe de 8 ou 15cm (atadura).
11. Tesoura (Mayo e Iris).
12. Cabo de bisturi e lâmina de bisturi.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Receber o paciente de maneira cordial.
2. Explicar o procedimento a ser realizado.
3. Manter o paciente em posição confortável.
4. Manter a postura correta durante o curativo.
5. Lavar as mãos.
6. Preparar o material para a realização do curativo.
7. Avaliar a ferida.
8. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida:

Lesões fechadas:

Incisão simples:

Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo.

Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica.

Umedecer a gaze com soro fisiológico.

Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão.

Secar a incisão de cima para baixo.

Ocluir com gaze, chumaço ou outro curativo prescrito.

Fixar com micropore.

Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido).

Manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.

Incisão com pontos subtotais:

Remover a cobertura anterior.

Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução.

Proceder a limpeza como descrita para lesões simples.

Proteger a área central com gaze seca ou chumaço.

Fixar com micropore

Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação.

Realizar troca a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado.

Lesões abertas:

Remover a cobertura anterior, de forma não traumática.

Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze.

Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa).

Manter o leito da úlcera úmido.

Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura.

9. Lavar as mãos.

10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar

11. Registrar o procedimento em planilha de produção.

12. Manter a sala em ordem.

Observações:

- A. A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- B. A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras.
- C. Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.
- D. Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- E. Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- F. Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- G. Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.
- H. A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.

ROTINA 4 - EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

Compreende o exame dos diferentes sistemas e aparelhos: cabeça e couro cabeludo, face, pescoço, tórax, mamas, sistemas respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, geniturinário, neuromuscular, além de dados de interesse para a enfermagem.

- **EXAME DA CABEÇA (inspeção).**

1. **Tamanho do crânio:** normocefalia, arredondada e simétrica (alteração: macrocefalia, microcefalia).
2. **Forma do crânio:** mesocéfalo, dolicéfalo, braquicéfalo (alteração: fronte “olímpica”).
3. **Posição e movimento:** desvio (torcicolo – inclinação lateral) e alteração do movimento (tiques, paralisia).

- **Superfície e couro cabeludo (inspeção e palpação).**

1. **Saliências** (tumores, hematomas), depressões (afundamentos), cicatrizes, lesões e pontos dolorosos.
2. **Higiene do couro cabeludo e cabelos** (presença de caspas, piolhos e lêndeas).
3. **Cabelos** (implantação, distribuição, quantidade, cor textura, brilho e queda).
Observar alterações como: hirsutismo (aumento anormal da pilificação em todo o corpo), hipertricose, alopecia e calvície.

- **Face.**

1. **Fácies:** decorrentes de características raciais, componentes psicológicos ou alterações organometabólicas. Tipos: normal ou atípica, típica ou patológica (renal, mongolóide, hipertireoidismo, acromegálica).
2. **Expressão fisionômica ou mímica** estado de humor (tristeza, desânimo, dor, alegria).
3. **Simétrica ou normal, assimétrica** (tumefações ou depressão unilateral, paralisias).
4. **Pele:** alterações da cor, cicatrizes, lesões cutâneas (acne, mancha, cloasma).

1.3 Olhos (inspeção e palpação)

1. **Aspecto:** simétricos, límpidos e brilhantes; pálpebras com oclusão completa; conjuntiva palpebral rósea e bulbar transparente; esclerótica branca e limpa; pupilas isocóricas, redondas e reativas à luz.
2. **Alterações:** exoftalmias, enoftalmia (afundamento do globo ocular dentro da órbita, causado por desnutrição e desidratação), desvios (estrabismo), movimentos

involuntários (nistagmo), ptose (queda) palpebral; ectopia, entropia, midriase (dilatação excessiva da pupila, característica da morte), miose, anisocoria (pupilas desiguais).

3. **Acuidade visual:** redução ou perda da visão (uni ou bilateral), correção parcial ou total com lentes de contato ou óculos.
4. **Observar sintomas gerais:** dor ocular e cefaléia, sensações de corpo estranho, queimação ou ardência, lacrimejamento, sensação de olho seco, hiperemia, secreções, edema palpebral, blefarite (inflamação aguda ou crônica da borda da palpebral), alteração na cor da esclerótica e da conjuntiva, diplopia (visão dupla), fotofobia e escotomas (mancha escura móvel que encobre parte do campo visual).

1.4. Ouvidos (inspeção).

1. Posição, tamanho e simetria das orelhas.
2. Acuidade auditiva; perda parcial ou total (uni ou bilateral), uso de aparelho auditivo.
3. Observar sintomas gerais: dor, prurido, zumbido, secreções, edema, hiperemia, sangramento, lesões.

1.5. Nariz e cavidades paranasais (inspeção e palpação).

1. Simetria, coloração da mucosa, deformidades, desvio de septo.
2. Observar sintomas gerais; dor, espirros, obstrução nasal (uni ou bilateral), secreção epistaxe, edema, inflamação lesões pólipos, alteração no olfato (hipo/hiperostomia, anosmia (ausência de olfato), cacosmia).
3. Palpação dos seios paranasais nas áreas frontal e maxilar da face.

1.6. Boca e garganta (inspeção e palpação).

1. **Lábios:** cor, textura, hidratação e contorno;
2. **Mucosa oral:** cor, umidade, integridade.
3. **Gengivas e língua:** cor, textura, tamanho e posição.
4. **Dentes:** coloração, número e estado dos dentes, alinhamento da arcada dentária, uso de prótese.
5. **Garganta:** tamanho das amígdalas, presença de exudato ou secreções e nódulos.
6. **Observar sintomas gerais:** mucosas descoradas hipercoradas, cianóticas ou ictéricas; dor e desconforto oral (odontalgia, glossalgia, disfagia, trismo, dor de garganta), lesões (úlceras, escoriações, cistos, placa branca), estomatite, edema, hiperemia, sangramento gengival, gengivite, descamação, diminuição ou falta de salivação, língua saburrosa, halitose e cáries.

1.7. Pescoço (inspeção, palpação e ausculta).

1. **Forma e volume:** cilíndrica de contorno regular variando conforme biótipo.
2. **Posição:** mediana, rigidez (torcicolo), ou flacidez muscular.
3. **Mobilidade:** ativa e passiva (flexão, extensão, rotação e lateralidade); alterações: rigidez, flacidez.
4. **Ingurgitamento das jugulares:** turgência e batimentos arteriais e venosos.
5. **Pele:** coloração, sinais flogísticos (edema, calor, rubor e dor).
6. **Glândulas salivares e gânglios linfáticos** (occipitais, auriculares posteriores, paratidianos, submentonianos, submaxilares, cervicais superficiais e profundos) – localização, tamanho/volume, consistência, mobilidade, sensibilidade.
7. **Traquéia:** posição, forma e desvio da linha média.
8. **Tireóide:** volume (normal ou aumentado), consistência (normal, firme, endurecida, pétreia), mobilidade (normal ou imóvel), superfície (lisa, nodular, irregular), sensibilidade (dolorosa ou indolor), temperatura da pele (normal ou quente).

- **Biótipo**

- Tipo morfológico (brevilíneo, mediolíneo, longilíneo), expressão manual e frêmito vocal.

- **Altura:** medidas antropométricas – medida planta-vértice, levando-se em conta a idade, o sexo e a estrutura somática. Importante na classificação do desenvolvimento físico do indivíduo (normal, nanismo, gigantismo).

- **Peso:** Variações de peso: magreza, obesidade, caquexia. Pode ser constitucional ou patológica.

Cálculo do índice de massa corporal (IMC) = **peso corporal (PC)**

Altura²

- IMC < 20 – peso abaixo do normal

- IMC entre 20 e 25 – peso ideal

- IMC entre 25 30 – excesso de peso (com cintura até 89 cm, sem abundância de gordura abdominal) ou excesso de peso (com cintura igual ou maior que 90 cm, acúmulo de gordura abdominal, chance de problemas como diabetes, hipertensão).

- IMC entre 30 e 35 – obesidade leve

- IMC entre 35 e 40 – obesidade moderada

- IMC maior que 40 – obesidade mórbida

- **Pele**

1. **Coloração:** decorrente da concentração de pigmentos na camada basal da epiderme: leucoderma, melanoderma; alterações: albinismo, icterícia, bronzeamento, carotenodermia, tatuagens.
2. **Temperatura:** normal, elevada (hipertermia generalizada ou segmentar) ou diminuída (hipotermia).
3. **Umidade:** o paciente hidratado apresenta pele úmida e turgor conservado. Observar alterações como: pele úmida e pegajosa, seca, oleosa, hiperidrose, anidrose, hiporidrose.
4. **Turgor:** avaliar a hidratação tecidual que pode estar: normal, aumentada, diminuída.
5. **Elasticidade:** normal, aumentada, diminuída.
6. **Textura:** normal, pele lisa ou fina, áspera, enrugada.
7. **Mobilidade:** normal, aumentada, diminuída.
8. **Lesões elementares:** descrição do tipo, localização, tamanho e profundidade das lesões, presença de secreções, sinais e sintomas, presença de curativos, etc.

- **Estado nutricional/hidratação:**

Observar mudança recente de peso (obeso, emagrecido, caquético), ingestão atual (apetite, restrições, dietas), problemas alimentares (dificuldade para engolir, mastigar), alteração da umidade e turgor da pele, alteração da umidade das mucosas, especialmente nas situações em que as perdas extras (pó vômitos, diarreia, etc.) se sobrepõem à oferta de líquidos.

- **Estado emocional:**

Verificação do estado emocional/afetivo (ansioso, agressivo, angustiado, deprimido, alegre, choroso, triste, apático).

- **EXAME DO TÓRAX**

1. **Inspeção estática:** estudo do arcabouço torácico (pontos, linhas e regiões anatômicas, forma do tórax).
2. **Inspeção dinâmica:** estudo dos movimentos torácicos
 - Forma do tórax: atípica ou normal, típico ou patológico (enfizematoso (ou tonel)), em quilha (ou peito de pombo), pectusexcavatum (ou sapateiro), chato, em sino, escoliótico (ou cifoescoliótico).
 - Deformações da caixa torácica: abaulamentos e retrações.
 - Alterações da pele: coloração, manchas, cicatrizes e lesões.

2.1. Exame das mamas.

1. **Época:** 1ª semana após a menstruação, e na menopausa no início de cada mês.
2. **Posições:** ortostática (paciente em pé) 1. braços laterais ao corpo, 2. braços acima da cabeça, decúbito dorsal (paciente deitada) braços sobre a cabeça.
3. **Inspeção:** estática e dinâmica; observar volume (simetria/assimetria), diminuição, aumento, formato, pele (cicatrizes, sinais de inflamação), mamilos e auréolas (desvios, retração, inversão, ulceração) secreção mamaria (espontânea ou induzida).
4. **Palpação:** sentido horário no quadrante superior – mamas – região supra-clavicular e axilar, observar a presença de massas, nódulos (local, tamanho, consistência, mobilidade e sensibilidade).

2.2. Sistema cardiovascular.

1. **Inspeção:** observar área precordial (protuberância, retrações, ictus), varizes e edema dos mmii.
2. **Palpação:** análise do ictus cordis (4º e 5º EIE de 6 a 10 cm da linha medioesternal), presença de pulsos periféricos (frequência, ritmo, amplitude, tensão), perfusão periférica.
3. **Ausculta:** a) ritmo normal – regular em dois tempos (1ª bulha = fechamento das válvulas mitral e tricúspide = TUM; 2ª bulha = fechamento das válvulas aórtica e pulmonar = TA).
b) anormal: irregular (ritmo de galope, extrasístole)
c) Focos de ausculta cardíaca:
 - Foco aórtico (FA) 2ª EID (linha paraesternal direita)
 - Foco pulmonar (FP) 2ª EIE (linha parasternal esquerda)
 - Foco tricúspide (FT) na base do apêndice xifóide
 - Foco mitral (FM) região do ictus cordis (VE).

2.3 Sistema respiratório

1. **Inspeção:** - estática (forma e tipo de tórax);
 - dinâmica: movimentos respiratórios (frequência, tipo e ritmo respiratório);
 - pesquisar tosse (cheia com ou sem expectoração, seca), dor e retrações ao respirar.

2. **Palpação:** - análise da expansibilidade torácica (teste com as mãos – escansão simétrica ou assimétrica) - pesquisar frêmito toraco-vocal (FTV) (teste com as mãos – vibrações), pesquisar sensibilidade dolorosa, contraturas, edema.

3. **Ausculta:** - sons normais (respiração brônquica, broncovesicular e murmúrios vesiculares); sons anormais (ruídos adventícios – roncos e sibilos, creptações estertoras).

- **EXAME DO ABDOME**

I. Abordagem geral

1. Certifique-se que o paciente está com a bexiga vazia;
2. O paciente deve estar deitado confortavelmente, com os braços ao longo do corpo. Na maioria das vezes, uma inclinação dos joelhos ajudará a relaxar os músculos abdominais e facilitará a palpação.
3. Exponha completamente o abdome. Verifique se suas mãos, assim como o diafragma do estetoscópio, estão mornos.
4. O abdome é delimitado externamente pelo apêndice xifóide e rebordo costal, que constituem o limite superior, e a sínfise pubiana o limite inferior. E internamente é constituído pelos músculos abdominais, asas ilíacas, estremo superior e coluna lombar.
5. Seja metódico na visualização dos órgãos subjacentes à medida que inspeciona ausculta, percute e palpa cada quadrante ou região do abdome, que é dividido imaginariamente por duas linhas: uma vertical, que vai do apêndice xifóide a sínfise pubiana, e uma horizontal, que passa pela cicatriz umbilical, dividindo o abdome em quadrantes: quadrante superior direito e esquerdo e inferior direito e esquerdo. Ou podendo ser em regiões: hipocôndrio direito e esquerdo, flanco direito e esquerdo, fossa ilíaca direita e esquerda, e ainda o hepigástrico, mesogástrico e hipogástrico. A partir de duas linhas curvas que acompanham o rebordo costal, passando pelo apêndice xifóide, até as linhas axilares médias; duas linhas bilíacas que unem as espinhas ilíacas antero-superiores horizontalmente. Divididas por duas linhas verticais médio claviculares direita e esquerda.

II. Inspeção

1. Quanto à forma, observe o contorno geral do abdome (plano, protuberante, escavado ou côncavo; volume, densidade, distensão, retração, ascite, gravidez) abaulamento localizado (visceromegalias, tumores, hérnias), pele e fâneros (cicatrices, manchas, estrias, circulação colateral, distribuição de pêlos).

2. Observar sintomas gerais; dor (tipo, intensidade, duração, localização, irradiação), eliminações fecais (normal, endurecida, diarréica, melena, presença de muco, sangue, parasitas, flatulências), apetite (percentual de alimentação), anorexia, hiporexia, polifagia, náuseas, vômitos, hematêmese, ulcerações, fissuras ou varizes anais e proeminências localizadas. Observe também a simetria, a peristalse visível e as pulsações aórticas.
3. Observe a cicatriz umbilical quanto ao contorno ou hérnia, e a pele para erupções, estrias, cicatrizes, integridade e presença de circulação colateral.

III. Ausculta

1. É feita antes da percussão e da palpação, pois essas últimas podem alterar as características dos ruídos intestinais.
2. Observe a frequência e o caráter dos ruídos intestinais (altura, duração).
3. Ausculta sobre a aorta e artérias renais (de cada lado do umbigo) para sopros, aneurisma da aorta abdominal, batimentos cardio-fetal.

IV. Percussão

1. A percussão fornece uma orientação geral quanto ao abdome, presença de massas, líquidos e gases.
2. Proceda metodicamente de quadrante em quadrante, observe o timpanismo e a maciez, investigue a presença de ascite (sinal de piparote).
3. No quadrante superior direito (QSD), na linha medioclavicular, percute a borda do fígado.
 - Comece num ponto de timpanismo na linha medioclavicular do QID e percute para cima até o ponto de maciez (a borda hepática inferior); marque este ponto.
 - Percute para baixo desde o ponto de ressonância pulmonar acima do QSD até o ponto de maciez (a borda superior do fígado) e marque este ponto.
 - Meça em centímetros a distância entre as duas marcas na linha medioclavicular, representa espessura do fígado.
 - O timpanismo da câmara de ar gástrica pode ser percutido no QSE sobre a borda antero-inferior da reborda costal.
 - A localização do baço costuma ser difícil. Pode ser obscurecida pelo ar gástrico ou cólico.
 - Faz-se a percussão renal para excluir a presença de inflamação, tumor e cálculo renal. No caso de dor registra-se Sinal de Giordano positivo.

V. Palpação profunda

1. Instrua o paciente para relaxar os músculos abdominais.
2. Use a superfície palmar dos dedos de uma das mãos e explore sistematicamente os quatro quadrantes (Poderá ser necessário usar uma mão sobre a outra para palpar o abdome de um indivíduo obeso ou de um paciente cujos músculos estão retesados).
3. Identifique qualquer massa e anote qualquer hipersensibilidade, observando a expressão facial do paciente enquanto apalpa.
4. Identifique aumento de vísceras, consistência e bordos.

A. Fígado

1. Comece colocando a mão esquerda debaixo das costas do paciente ao nível da 11ª – 12ª costela. Coloque a mão direita, com os dedos angulados e dirigidos para a margem costal, logo abaixo da borda inferior do fígado já percutida.
2. Durante a palpação, com a outra mão direita, exerça pressão com os dedos da mão esquerda, para deslocar o fígado anteriormente (para facilitar a palpação).
3. Faça o paciente inspirar, e, durante a expiração, exerça pressão com os dedos da mão direita para dentro. Durante a inspiração profunda realizada pelo paciente mude a posição da mão direita; perceba a borda hepática se movendo sobre os dedos. Se nada for percebido durante a inspiração, palpe mais profundamente, e em cada inspiração subsequente desloque o dedo para cima, em direção ao rebordo costal.

B. Baço

1. Incline-se sobre o paciente e coloque a mão esquerda atrás da caixa costal esquerda. Coloque a superfície palmar da mão direita de forma que as pontas digitais estejam dirigidas para a margem costal esquerda no QSE. A mão direita deve ficar suficientemente afastada da reborda costal para não deixar passar despercebido em fígado aumentado e para permitir a mobilidade da mão direita.
2. Peça ao paciente para realizar uma expiração profunda e tente perceber a borda do baço.
3. Esse procedimento pode ser repetido com o paciente deitado do lado direito, pois a gravidade pode trazer o baço para diante, até uma posição palpável.

C. Rim

1. A seguir palpe os rins esquerdo e direito.
2. Coloque a mão esquerda debaixo das costas do paciente, entre a caixa torácica e a crista ilíaca.

3. Apóie o paciente enquanto palpa o abdome com a superfície palmar direita dos dedos dirigidos para o lado esquerdo do corpo.
4. Palpe tentando aproximar o máximo possível a mão direita da esquerda, ligeiramente abaixo do nível do umbigo, à direita e à esquerda.
5. Quando perceber o rim descreva seu tamanho, formato e qualquer hipersensibilidade.

D. Outros Achados

1. A seguir, palpe a aorta com o polegar e o dedo indicador.
2. Comprima profundamente na região epigástrica (praticamente na linha média) e tente perceber com os dedos as pulsações, assim como o contorno da aorta.
3. A palpação do QID pode revelar a parte do intestino denominado cecco.
4. O cólon sigmóide pode ser palpado no QIE.
5. As áreas, inguinal e femural devem ser palpadas lateralmente, em busca de gânglios linfáticos.
6. As eliminações fecais devem ser observadas quanto ao tipo/cor (normal, endurecida, líquida, diarréica).
7. O ânus deve ser avaliado quanto à fissura, secreções, varizes, hemorróidas, ulcerações, etc.
8. Inspeccionar pulsação na região umbilical (em cima da cicatriz umbilical= artéria aorta; laterais à cicatriz umbilical= artérias renais).

- **EXAME FÍSICO DA GENITÁLIA MASCULINA**

Esta parte do exame, especialmente para hérnias (protusão de uma porção do intestino através de uma abertura abdominal), deve ser realizada com o paciente de pé.

1. Cubra o tórax e o abdome do paciente.
2. Exponha a virilha e a genitália.

Inspeção

1. Inspeccione a distribuição dos pêlos pubianos e a pele do pênis.
2. Retraia ou faça o paciente retrair o prepúcio, quando presente (detectar fimose).
3. Observe a glândula peniana e o meato uretral. Note qualquer ulceração, massa ou cicatriz.
4. Observe a localização do meato uretral e a existência de secreção.

5. Observe a pele do escroto para úlceras, massas, vermelhidão ou inchação. Observe o tamanho, o contorno e a simetria. Levante o escroto para inspecionar a superfície posterior.
6. Inspeção das áreas inguinais e a virilha para proeminências (sem e com o paciente fazendo força para baixo, como se estivesse evacuando).

Palpação

1. Palpe qualquer lesão, nódulo ou massa, observando hipersensibilidade, contorno, tamanho e endurecimento. Palpe o corpo do pênis em busca de qualquer endurecimento (dureza em relação aos tecidos circulantes).
2. Palpe cada testículo e epidídimo separadamente entre o polegar e os dois primeiros dedos, observando tamanho, formato, consistência, hipersensibilidade incomum (a pressão sobre o testículo geralmente produz dor).
3. Palpe também o cordão espermático, incluindo o canal espermático, incluindo o canal deferente dentro do cordão, desde o testículo até o canal inguinal. Observe qualquer nódulo ou hipersensibilidade.
4. Palpe em busca de hérnias inguinais, usando a mão esquerda para examinar o lado esquerdo do paciente e a mão direita para o lado direito do paciente.
 - Introduza o dedo indicador direito lateralmente, invadindo o saco escrotal até o anel inguinal externo.
 - Se o anel externo é suficientemente grande, introduza o dedo ao longo do canal inguinal no sentido do anel interno e peça ao paciente para fazer força para baixo, observando se alguma massa toca o dedo.
1. Palpe também a parte anterior da coxa para uma massa herniária no canal femoral, é impalpável, porém constitui uma abertura potencial na face anterior da coxa, por dentro da artéria femoral e abaixo do ligamento inguinal.

• EXAME FÍSICO DA GENITÁLIA FEMININA

Inspeção e palpação

1. Comece investigando a história menstrual, início de menopausa, história obstétrica, práticas contraceptivas, história de problemas geniturinários, dispareunia, sangramentos durante ou após as relações sexuais e uso de medicamentos à base de hormônios.
2. Faça inspeção da distribuição dos pêlos pubianos.
3. Inspeção dos grandes lábios, o monte pubiano e o períneo (tecido entre o ânus e a abertura vaginal).

4. Com a mão enluvada, separe os grandes lábios e inspecione o clitóris, meato uretral e abertura vaginal. Observe a cor da pele, ulcerações, nódulos inguinais ou labiais, secreção ou inchaço, prolápio uterino.
5. Observe a área das glândulas de Skene e a de Bartholin. Se houver qualquer história de inchaço dessas últimas, palpe as glândulas colocando o dedo indicador na vagina, na extremidade posterior de abertura, e o polegar para fora da porção posterior da vagina. Palpe entre o dedo e o polegar em busca de nódulos, hipersensibilidade ou inchaço. Repita de cada lado da abertura vaginal posterior.

- **SISTEMA NEUROMUSCULAR (inspeção, palpação e percussão)**

Sistema musculoesquelético:

1. **Extremidades e articulações (inspeção, palpação e movimentação):** com o paciente em pé, sentado e deitado. Inspeção da marcha e da postura; atentar para escoliose, cifose, pé torto, cavo ou plano.
2. **Palpação das estruturas osteo-articulares e musculares:** forma, volume, posição, presença de sinais de inflamação, rigidez, crepitação, estalidos e alterações das massas musculares.
3. **Movimentação das articulações:** avaliar amplitude de movimentos, e detectar os anormais ou limitados (total, parcial, mínimo, moderado ou intenso).
4. **Observar:** queixas de dor, rigidez pós-reposo, fraqueza muscular, dificuldade para andar, tendência a quedas, febre, anorexia e perda de peso. Avaliar a capacidade do paciente para realizar atividades diárias, como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, locomover-se, usar o banheiro, etc.

- **SISTEMA NEUROLÓGICO (inspeção)**

1. **Função cerebral:** consciência, nível de orientação (pessoa, tempo, espaço e situação, memória, raciocínio, comportamento, estado de ânimo e afeto).
2. **Nível de consciência:** alerta, orientado (quanto ao tempo, espaço e pessoa), desorientado (quando há falhas nas respostas), calmo, agitado, obnubilado (desorientado no tempo e no espaço, mas normal em relação a perguntas e respostas de ordem banais e estímulos), torporoso (o doente não é capaz de responder as perguntas de ordem banais), comatoso (respostas nulas a todas as solicitações).
3. **Função motora:** tônus muscular (hipotonia e hipertonia), força muscular nos membros superiores (mão, reflexão do antebraço, “bicipital”, elevação do braço e

extensão do antebraço). Força muscular dos membros inferiores (flexão da coxa, da perna e do pé; extensão da coxa, da perna e do pé).

- Postura e motilidade: deambulação, paresia, parestesia, hipotonia, hipertonia, paralisia, opstótomo, ausência de membros e calosidades.
 - Músculos: Eutrofia – nutrição e desenvolvimento perfeito e regular de todas as partes do organismo. Atrofia – defeito de nutrição no tecido muscular, causa diminuição no volume do músculo.
 - Coluna: Escoliose – desvio lateral. Lordose – desvio de convexidade anterior. Cifose – desvio de convexidade posterior. Dor e desconforto – observar a expressão do paciente, durante o exame físico e anotar queixas.
1. **Função do cerebelo:** marcha, postura, coordenação estática e dinâmica.
 2. **Funções sensitivas:** sensibilidade dolorosa, tátil, térmica, vibratória.

ROTINA 5 - GLICOSIMETRIA

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

O teste de glicemia capilar possibilita conhecer os níveis prévios de glicemia durante o dia, em momentos que interessam para acompanhar e avaliar a eficiência do plano alimentar, da medicação oral e principalmente da administração de insulina, assim como orientar as mudanças no tratamento.

A monitorização é primordial para direcionar as ações que envolvem o tratamento do diabetes. Os resultados destes testes permitem reavaliar a terapêutica instituída, possibilitando os ajustes de doses de insulina, da dieta e da atividade física, os quais devem resultar na diminuição significativa do nível de glicose sanguínea, proporcionando melhora da qualidade de vida e diminuição das complicações decorrentes do mau controle metabólico.

Material

Luvas de procedimento;

Uma bola de algodão;

Álcool a 70%;

Fita teste;

Lanceta ou agulha 13x4,5 com agulha de insulina;

Aparelho próprio para o teste (Dextro);

Uma unidade de fita de glicoteste.

Procedimento:

Preparar o material;

Orientar o paciente quanto ao procedimento;

Lavar as mãos;

Calçar as luvas de procedimentos;

Posicionar um dos dedos em que será realizado o teste, de maneira que a gota de sangue pingue na fita reagente conectada ao aparelho;

Comprimir o dedo acima do local a ser puncionado;

Realizar anti-sepsia do dedo com álcool 70%;

Fazer um pequeno furo com agulha de insulina no dedo;

Esperar a gota de sangue pingar sobre a fita - não tocar o dedo na fita!
 Aguardar por 30 segundo aproximadamente;
 Fazer a leitura;
 Limpar o dedo do paciente;
 Organizar o material;
 Retirar as luvas;
 Lavar as mãos;
 Realizar a anotação.

Valores de referência da glicemia capilar:

**Metas de Controle Glicêmico para DIABÉTICOS
 Sociedade Brasileira de Diabetes – 2014/2015**

| IDADE | PRÉ-PRANDIAL (mg/dl) | PÓS-PRANDIAL (mg/dl) | HEMOGLOBINA GLICADA (%) – A1c |
|-----------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|
| Menos de 6 anos | 100 a 180 | 110 a 200 | Entre 7,5 e 8,5 |
| 6 a 12 anos | 90 a 180 | 100 a 180 | Menos de 8,0 |
| 13 a 19 anos | 90 a 130 | 90 a 150 | Menos de 7,0 a 7,5 |

Recomendações da ISFDA (Sociedade Internacional para crianças e adolescentes com Diabetes) em todas as faixas etárias

| CONTROLE | JEJUM OU PRÉ-PRANDIAL (mg/dl) | PÓS-PRANDIAL (mg/dl) | AO DEITAR | HEMOGLOBINA GLICADA (%) – A1c |
|----------|-------------------------------|----------------------|-----------|-------------------------------|
| Ideal | 65 a 100 | 80 a 126 | 80 a 100 | Menor 6,5 |
| Ótimo | 90 a 145 | 90 a 180 | 120 a 180 | Menor 7,5 |



Fonte: www.diabetes.org.br



ROTINA 6 - MANOBRAS DE RCP (PROTOCOLO AHA 2017)

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

Quando suspeitar ou critérios de inclusão: Paciente inconsciente, respiração ausente ou em *gasping*, sem pulso carotídeo palpável.

Procedimentos:

1. Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta) e checar a presença de respiração

2. Se não responsivo, respiração ausente ou em *gasping*, posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.

3. Solicitar ajuda e o DEA.

4. Checar pulso central (carotídeo) em 10 segundos:

- pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar 1 insuflação a cada 5 a 6 segundos(10 a 12 por minuto) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Siga o Protocolo (Parada respiratória); e
- pulso AUSENTE: informar imediatamente à Central de Regulação Médica, solicitando apoio e iniciar RCP.

5. Iniciar RCP com compressões torácicas eficientes, mantendo ciclos de 30 compressões e 2 insuflações, inicialmente com bolsa valva-máscara com reservatório e O2 adicional. Pode ser adequado para a equipe usar uma frequência de 10 ventilações por minuto (1 ventilação a cada 6 segundos) para aplicar a ventilação assíncrona durante as compressões torácicas contínuas antes da colocação de uma via aérea avançada

6. Assim que o DEA estiver disponível:

- instalar os eletrodos de adulto do DEA no tórax desnudo e seco do paciente sem interromper as compressões torácicas;
- ligar o aparelho; e
- interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque.

7. Se choque indicado (FV, TVSP):

- solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;
- disparar o choque quando indicado pelo DEA; e

- reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas, mais que 100 compressões por minuto (30 compressões para 2 insuflações), 5 ciclos ou 2 minutos.

8. Após 2 minutos ou 5 ciclos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo com o DEA. Se choque indicado, siga as orientações do equipamento. Em seguida, reinicie o ciclo 30x2.

9. Se choque não indicado:

- reiniciar imediatamente a RCP, começando pelas compressões torácicas, mais que 100 compressões por minuto (30 compressões para 2 insuflações), por 5 ciclos ou 2 minutos.

10. Checar novamente o ritmo.

11. Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar o SAV, chegar ao hospital ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).

12. Se retorno a circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós-RCP

13. Na ausência de retorno a circulação espontânea ou outras condições de risco, considerar Protocolo de Interrupção da RCP.

14. Realizar contato com a Regulação Médica para definição do encaminhamento e/ou unidade de saúde de destino.

Observações:

- Considerar os 3 “S”

- Ênfase na compressão torácica de boa qualidade e na desfibrilação precoce.

- Compressões torácicas de boa qualidade compreendem:

compressões com as mãos entrelaçadas; deprimir o tórax em, no mínimo, 5cm e permitir o completo retorno entre as compressões; manter frequência de compressões no mínimo de 100/min;

- alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 min; minimizar as interrupções das compressões.

- Insuflações de boa qualidade compreendem: insuflação de 1 segundo cada; e visível elevação do tórax.

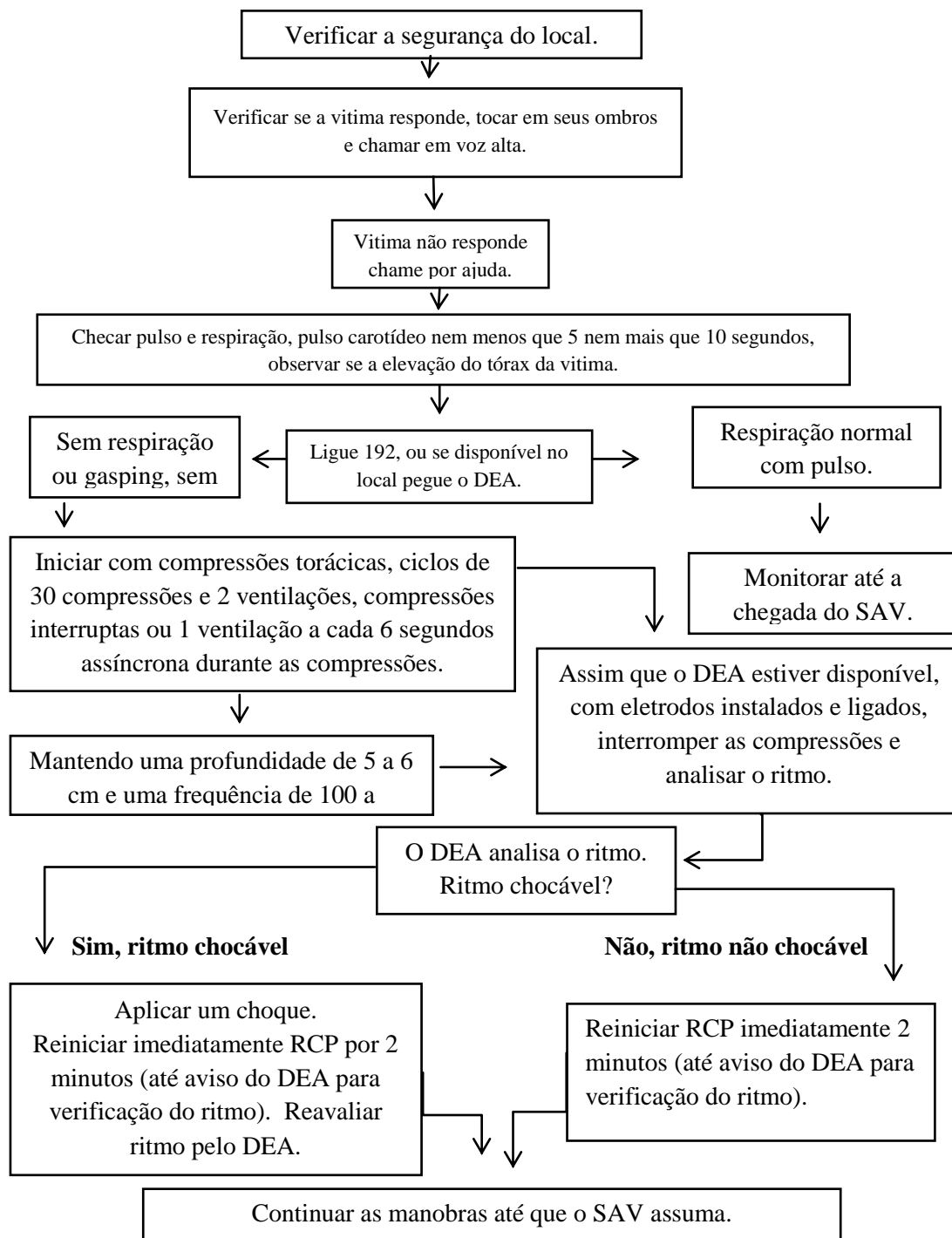
- Utilizar o DEA assim que disponível, mantendo as manobras de reanimação até a efetiva instalação e disponibilidade do equipamento.

- Não interromper manobras de RCP. Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegar apoio, chegar ao hospital, ou se o paciente apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento).



Fonte: Adaptado do domínio Google imagens, 2018.

Posicionamento para realização das compressões torácicas no indivíduo adulto



Fluxograma descrevendo os sinais clínicos e a sequência de atendimento conforme os estudos selecionados.

ROTINA 7 - MEDIDA DE CIRCUNFÊRENCIA DE CINTURA

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

MATERIAL:

1. Fita métrica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar o paciente.
2. Orientar o procedimento ao paciente.
3. Orientar o paciente a permanecer de pé, ereta, abdômen relaxado, braço estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30 cm.
4. Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.
5. Mantenha-se de frente para o paciente, segure o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ílíaca).
6. Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes, em seguida, solicite que o paciente expire totalmente.
7. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
9. Registrar o procedimento em planilha de produção.
10. Lavar as mãos.
11. Manter a sala em ordem.

ROTINA 8 - MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

MATERIAL:

1. Fita métrica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar o paciente.
2. Orientar o procedimento ao paciente.
3. Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível.
4. Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele.
5. Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes.
6. Realizar a leitura.
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
8. Registrar o procedimento em planilha de produção.
9. Lavar as mãos.
10. Manter a sala em ordem.

ROTINA 9 - MEDIDA DE ESTATURA

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

MATERIAL:

1. Antropômetro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

1. Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento.
2. Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
3. Solicite ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede.
4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
5. Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel.
6. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
8. Registrar o procedimento em planilha de produção.
9. Lavar as mãos.
10. Manter a sala em ordem.

ROTINA 10 - MEDIDA DE PESO

EXECUTANTES: Profissionais de saúde.

MATERIAIS:

1. Balança.
2. Álcool 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Em balança pediátrica ou “tipo bebê”:

1. Destruar a balança.
2. Constatar que a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la.
3. Travar a balança novamente.
4. Lavar as mãos.
5. Despir a criança com o auxílio da mãe/responsável.
6. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, destravar a balança.
7. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.
8. Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso.
9. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
10. Travar a balança.
11. Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala.
12. Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica.
13. Registrar o peso no prontuário e no cartão da criança.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
15. Registrar o procedimento em planilha de produção.
16. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
17. Lavar as mãos.
18. Manter a sala em ordem

Em balança eletrônica (digital):

1. Ligar a balança, esperar que o visor zere.
2. Posicionar o paciente no centro da balança descalça, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
3. Realizar a leitura após o valor do peso estiver fixado no visor.
4. Retirar o paciente da balança.
5. Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade).
6. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar.
7. Registrar o procedimento em planilha de produção.
8. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool à 70%.
9. Lavar as mãos.
10. Manter a sala em ordem.

REFERÊNCIAS

AHA. American Heart Association. **Destaques:** CPR & ECC Guidelines - American Heart Association. Estados Unidos: AHA, 2017.

BARROS, Alba Lucia Botura Leite de. **Anamnese e exame físico:** avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

BARROS, Elvino. **Exame clínico:** consulta rápida. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BEVILACQUA, Fernando. **Manual do exame clínico.** 13. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2003.

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

NAEMT. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado Básico e Avançado PHTLS.** Tradução. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

PORTO, Celmo Celso. **Exame clínico:** bases para a prática médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

POSSO, Maria Belén Salazar. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 1999.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes 2017-2018:** Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD, 2018.

SEIDEL, Henry M et al. **Mosby:** guia de exame físico. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.