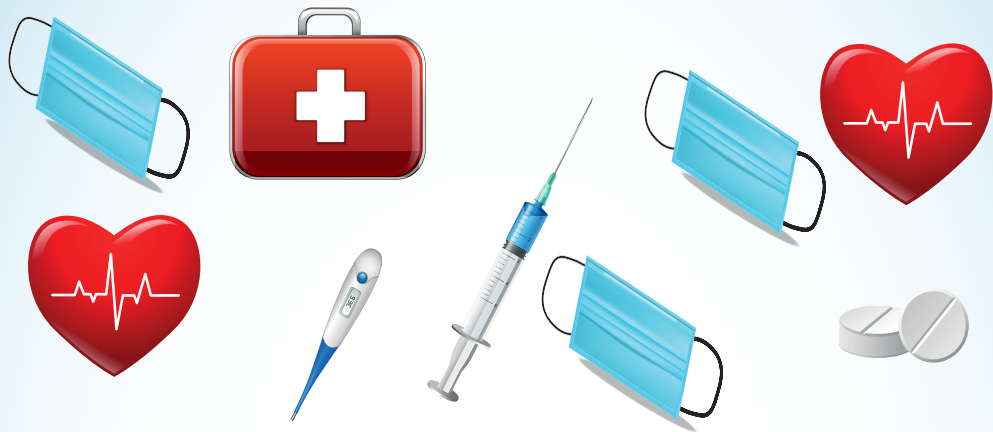


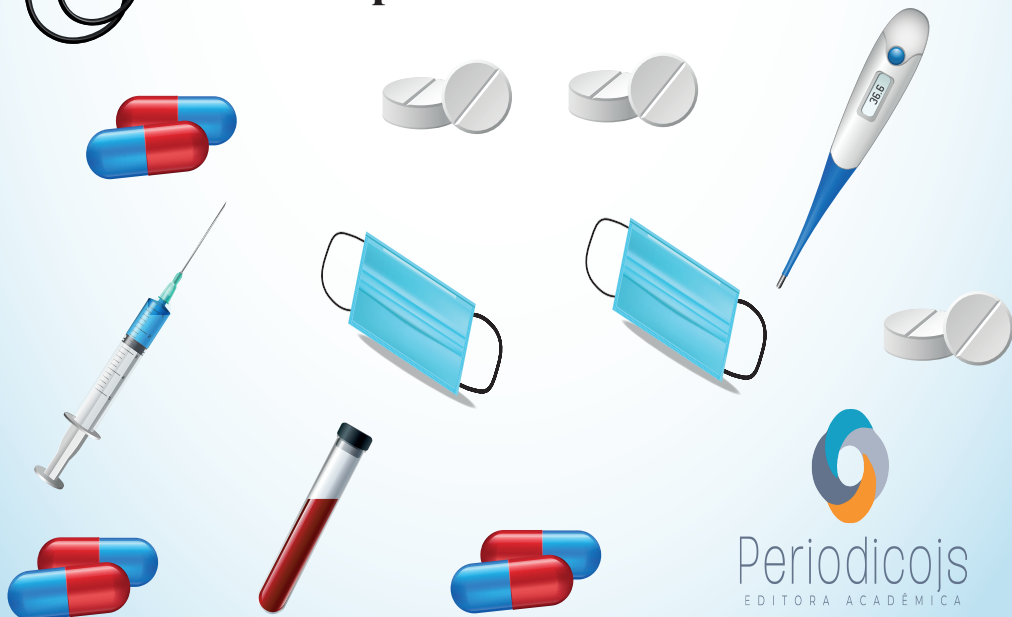
**Gilvânia Smith da Nóbrega Moraes**



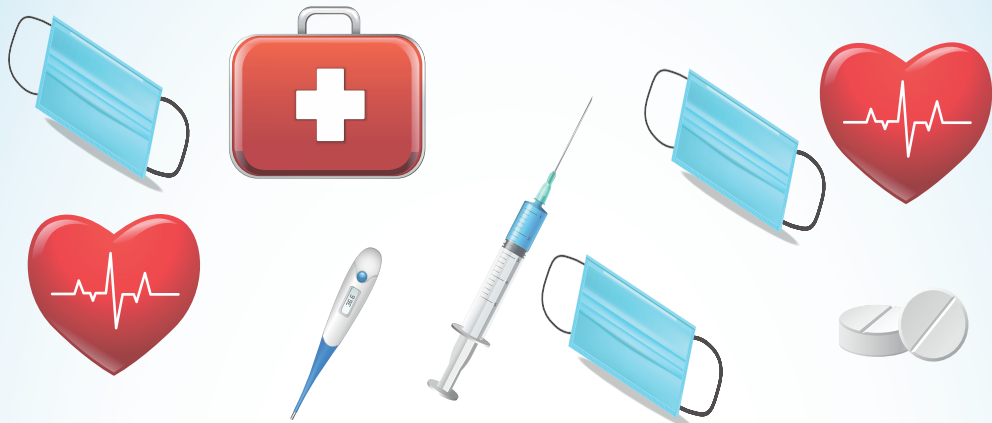
# **Introdução à Semiologia em Enfermagem**



**Roteiros práticos de cuidados**



**Gilvânia Smith da Nóbrega Moraes**



# **Introdução à Semiologia em Enfermagem**

**Roteiros práticos de cuidados**



Volume VIII da Seção Pesquisas na America Latina da Coleção de

livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



**Periodicojs**  
DITORA ACADÉMICA

## Conselho Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernado Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

### Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

### Idioma

Português

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

61 Introdução a Semiologia em Enfermagem - Roteiros práticos de cuidados - volume 8. / Gilvânia Smith da Nobrega Moraes. – João Pessoa: Periodicojs editora, 2022.

E-book: il. color.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-89967-31-6

1. Semiologia. 2. Enfermagem. 3. Cuidados. I. Moraes, Gilvânia Smith da Nobrega. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Dayse de França Barbosa CRB 15-553

Índice para catálogo sistemático:

1. Semiologia: Enfermagem: Ciências Médicas: 610.73

Obra sem financiamento de órgão público ou privado. Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Pesquisas na América Latina da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



Filipe Lins dos Santos  
**Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

CNPJ: 39.865.437/0001-23

Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil

website: [www.periodicojs.com.br](http://www.periodicojs.com.br)

instagram: @periodicojs



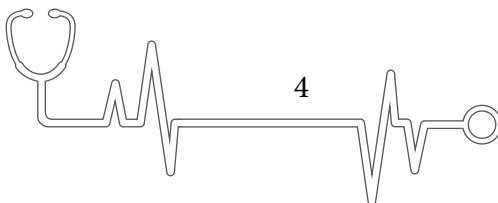
# Prefácio



O livro *Introdução à Semiologia em Enfermagem: roteiros práticos de cuidado* é uma obra constituída por cinco capítulos. O primeiro reúne de forma acessível conceitos necessários para uma compreensão preliminar sobre os princípios que fundamentam a prática de Enfermagem.

No segundo capítulo são apresentadas ações de prevenção e proteção para controlar o risco de transmissão de infecções no ambiente hospitalar.

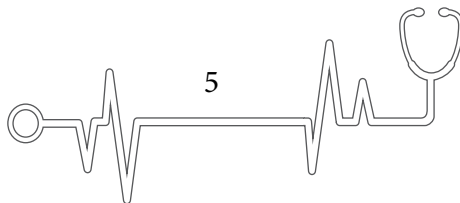
O livro aborda em seu terceiro capítulo considerações sobre os registros de enfermagem no prontuário do



paciente com ênfase na qualidade das informações envolvidas no cuidado.

O quarto capítulo reúne instruções para a realização da anamnese no paciente e o quinto oferece informações introdutórias necessárias para realização do exame físico

Esta obra apresenta-se como uma fonte de consulta rápida que visa contribuir com o ensino da Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem bem como facilitar a aprendizagem dos alunos de enfermagem.



# *Sumário*



## *Capítulo 1*

BASES FUNDAMENTAIS DA PRÁTICA DE EN-  
FERMAGEM

*10*

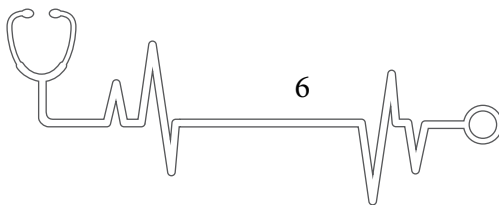
## *Capítulo 2*

MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA

*20*

## *Capítulo 3*

PRONTUÁRIO DO PACIENTE REGISTRO DE  
ENFERMAGEM



30

## *Capítulo 4*

ANAMNESE

65

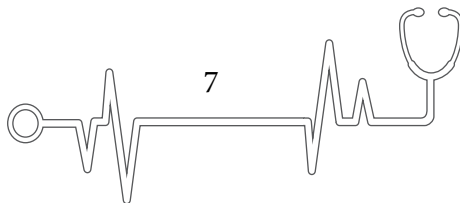
## *Capítulo 5*

INTRODUÇÃO AO EXAME FÍSICO

79

## *Referências Bibliográficas*

122

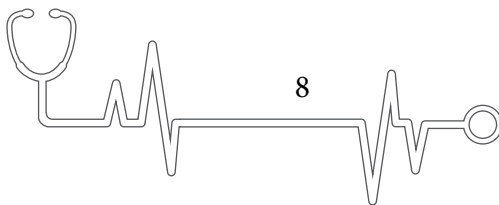


# *Os autores*

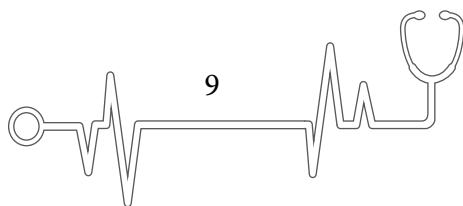


**Gilvânia Smith da Nóbrega Moraes**

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2005). Mestrado em Enfermagem pela UFPB (2007). Doutorado em Enfermagem pela UFPB (2016). Especialização em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Central de Material pela Faculdade UnYLeYa – Brasil. Professora adjunta da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) desde 2008. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG. Autora de publicações no âmbito da Enfermagem, principalmente sobre os temas: cuidar em enfermagem; humanização; cuidados paliativos;



oncologia; semiologia e semiotécnica, ética e bioética.

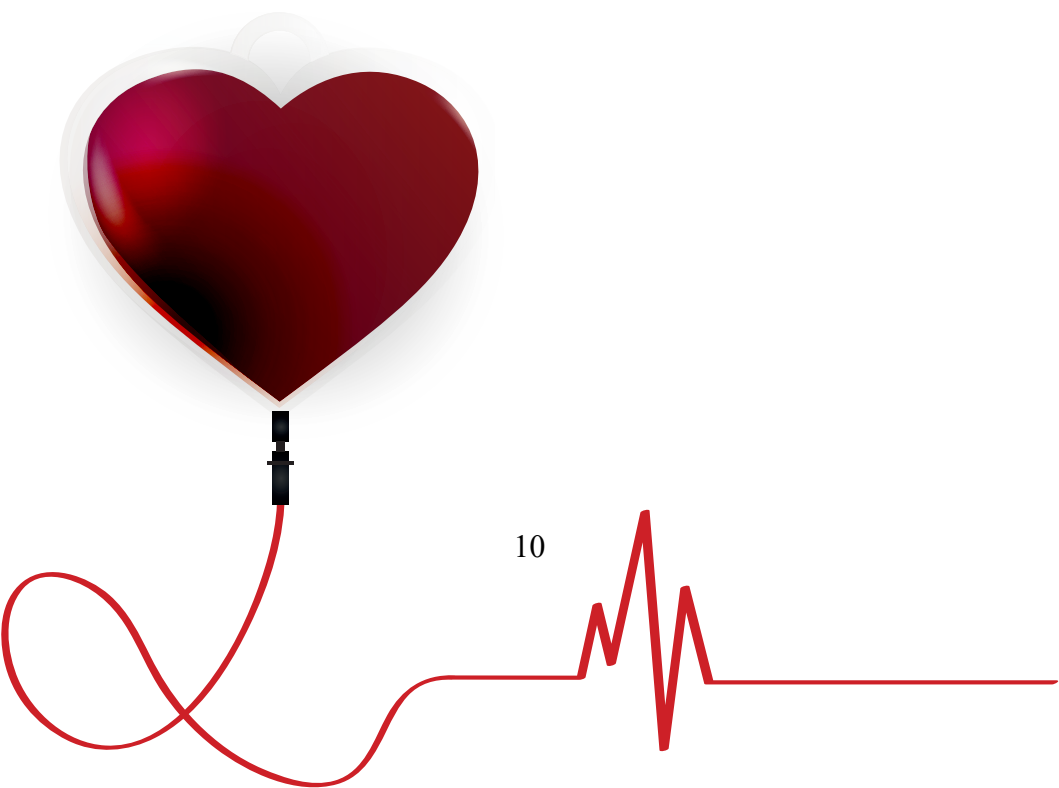


**Capítulo**

**1**

**BASES FUNDAMENTAIS DA  
PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

---



## **DEFINIÇÃO**

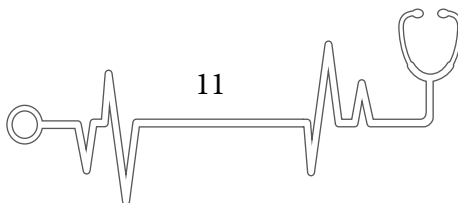
- SEMIOLOGIA: Estudo dos sinais e sintomas das doenças.

- SEMIOTÉCNICA: Aplicação dos conhecimentos científicos e de técnicas adequadas ao estudo dos sinais e sintomas das doenças

## **QUAIS AS FINALIDADES DA DISCIPLINA SEMIOLOGIA PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO?**

- A disciplina Semiologia visa abordar conhecimentos científicos e de técnicas adequadas ao estudo dos sinais e sintomas das doenças;

- Proporciona ao futuro enfermeiro prestar assis-



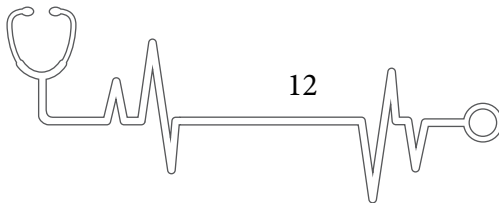


tência de enfermagem a nível de instituição básica de saúde ao indivíduo, família e comunidade;

- Desenvolver habilidades práticas de menor complexidade na execução de procedimentos técnicos, observando os princípios científicos

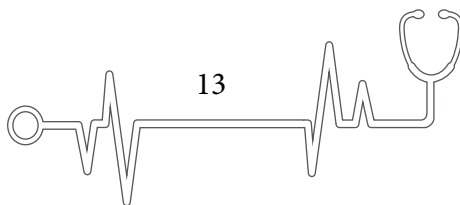
**PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA ENFERMAGEM,  
SEGUNDO O CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – RESOLUÇÃO COFEN 564/2017:**

- “A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.” (COFEN, 2017).



- “O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética.

- O profissional de Enfermagem participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

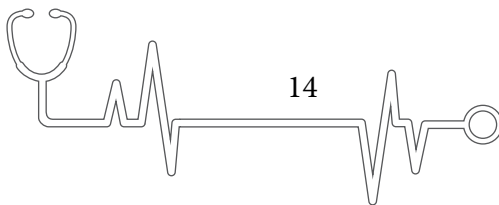


(COFEN, 2017).

• O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.” (COFEN, 2017).

## **CARREIRAS ESPECÍFICAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO:**

- Generalista
- Licenciado
- Especialista
- Mestre



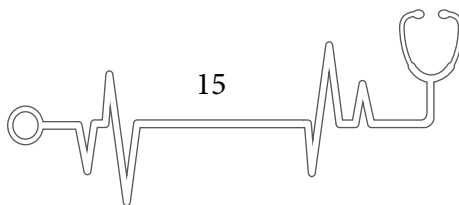
- Doutor

## ÁREAS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

- Social: no âmbito de sua atuação como um profissional a serviço da sociedade, assume a função de pesquisador, educador e administrador, com responsabilidade legal e participação na associação de classe.

- Específica: assistindo o ser humano de forma holística, incluindo ajuda ao paciente, família e comunidade para restaurar a saúde, o bem-estar social e emocional pelo ensino do auto-cuidado.

- Interdependência: ou de colaboração, envolvendo atividades em equipe com outros profissionais de saúde nos



aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde.

## **FINALIDADES DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:**

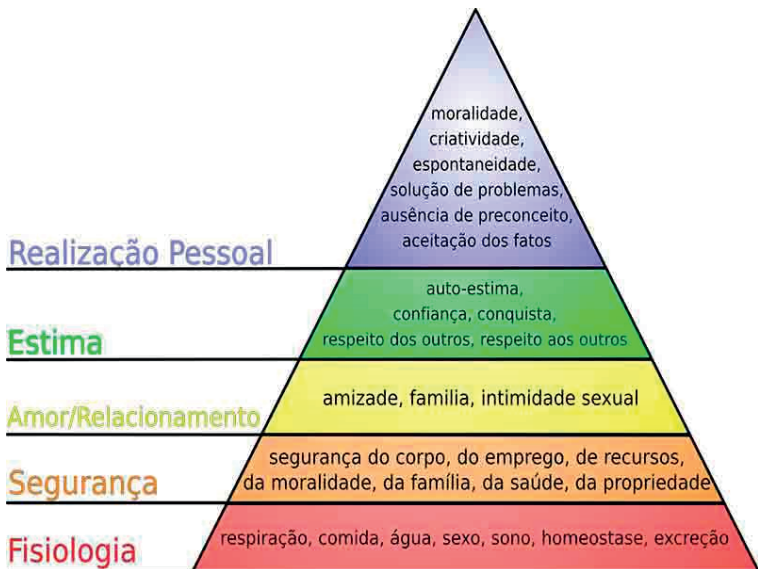
- Promoção da saúde
- Prevenção de doenças
- Diagnóstico e tratamento
- Reabilitação

## **NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA:**

- Cuidado Primário
- Cuidado Secundário
- Cuidado Terciário
- Cuidado Prolongado

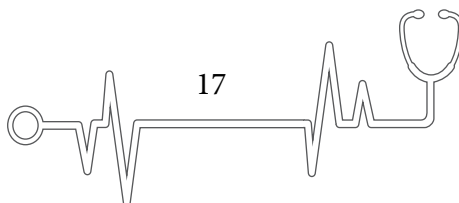


## PIRÂMIDE DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE MASLOW



Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

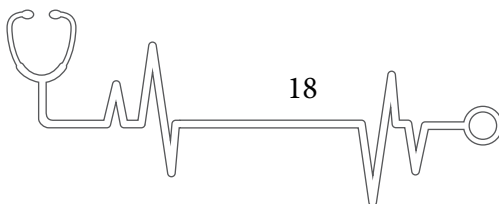
Enfermagem é “[...] ajudar o paciente a conseguir cuidar de si mesmo, tendo uma preocupação especial para com as suas necessidades de auto-proteção, e a provisão e

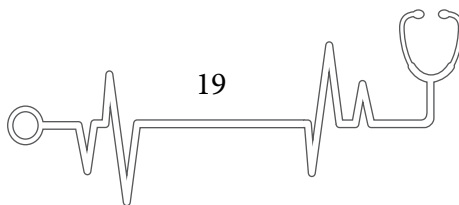


preservação da mesma, continuamente, visando a manutenção da saúde e da vida, a recuperação de uma doença ou lesão e o confronto de seus efeitos” (Orem, 1971).

Enfermagem “[...] é a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade) no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais” (Horta, 1979).

## **INTEGRANTES DE UMA EQUIPE DE CUIDADOS À SAÚDE**



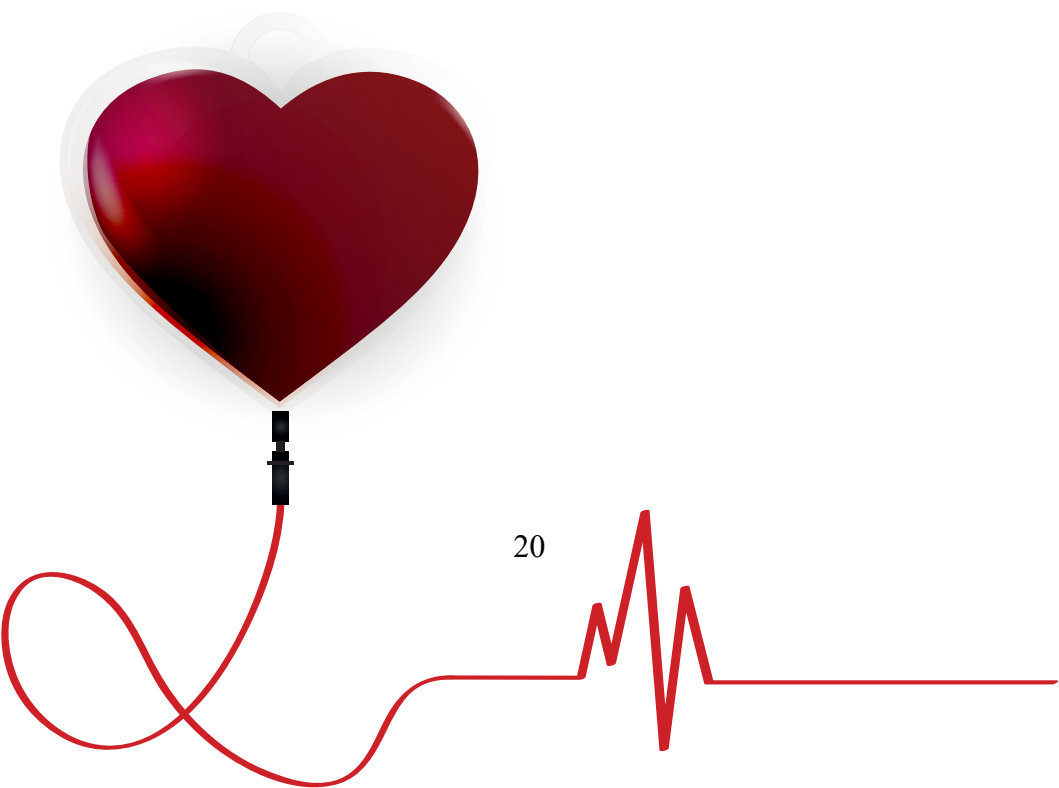




# Capítulo 2

## MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA

---





- Elencar ações de biossegurança visando despertar a necessidade de sua implementação;
- Orientar ações e condutas que resguardem a saúde dos envolvidos no atendimento à saúde.

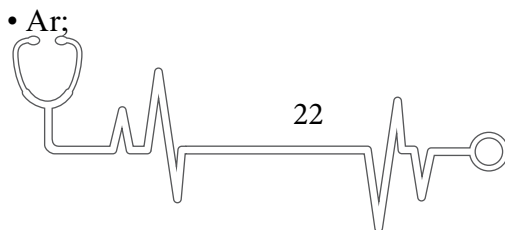
### **Definição**

São medidas que possibilitam a prevenção da transmissão de microorganismos e que têm por objetivo principal proteger o paciente e o profissional de saúde.

Riscos no ambiente hospitalar: físicos, químicos, biológico, ergonômico e ambiental.

### **Modo de transmissão dos microorganismos:**

- Contato direto, indireto e/ou por gotículas;



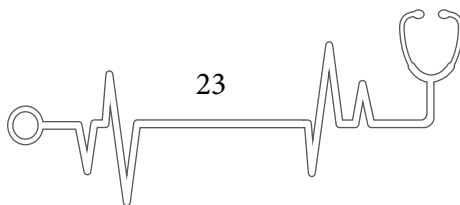
- Veículos;
- Vetores.

### **Medidas de prevenção e controle de infecção:**

- Utilizar luvas estéreis antes da execução de procedimento asséptico e luvas de procedimento sempre que existir a possibilidade de contato com sangue, líquidos corpóreos, mucosa, pele não- íntegra, artigos, equipamentos e superfícies contaminados;

- Usar avental limpo não-estéril (quando necessário), nos casos de respingos de líquidos corporais e/ou sangue;

- Utilizar máscara, protetor de olhos e protetor de



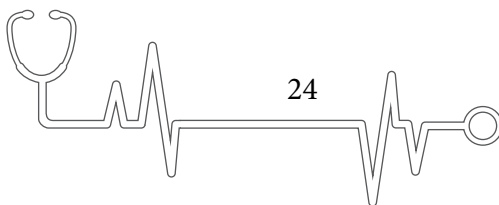
face sempre que necessário;

- Manter cuidado adequado com os artigos e equipamentos de uso em pacientes, no tocante à limpeza, desinfecção ou esterilização;

- Prevenir acidentes com materiais perfurocortantes: uso, manipulação, limpeza e descartes de agulhas, bisturis e similares;

- Realizar o controle ambiental: fazer a limpeza e descontaminação de superfícies ambientais e mobiliários, quando contaminados com sangue e/ou líquidos corporais;

- Prevenir acidentes com materiais perfurocortantes: uso, manipulação, limpeza e descartes de agulhas, bisturis e similares;

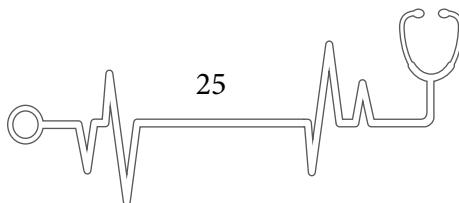


- Realizar o controle ambiental: fazer a limpeza e descontaminação de superfícies ambientais e mobiliários, quando contaminados com sangue e/ou líquidos corporais;
- Cuidar das roupas usadas;
- Utilizar quarto privativo nos casos em que haja risco de contaminação ambiental;
- Lavagem das Mãos.

## **Lavagem das mãos e anti-sepsia**

### **Conceitos e Terminologias**

- ANTI-SEPSIA – Prevenção da contaminação, através da inibição do crescimento. Compreende a desnaturação ou inativação de microrganismos pela ação de um

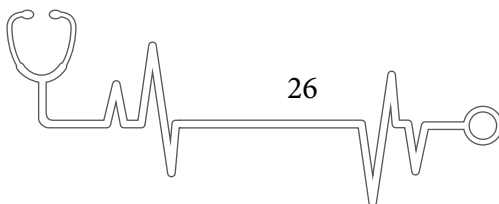


produto químico, sobre tecido vivo.

- ANTI-SÉPTICO – Agente que inibe o crescimento e a multiplicação dos microorganismos (germicida);
- ASSEPSIA – Medidas para evitar o carreamento de microorganismos para um local que não estejam presentes
- ASSÉPTICO – Método de precaução utilizado em qualquer procedimento onde haja possibilidade de introduzir germes patogênicos no corpo do cliente (esterilização);

## Higienização das Mãos

- Por quê fazer?
- Quando fazer?



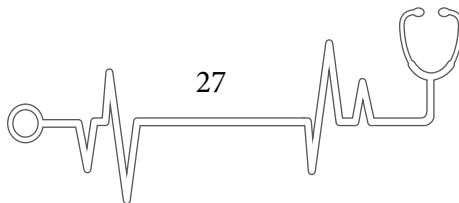
- O que usar?

É PRECISO...

- NECESSIDADE
  - DISPONIBILIDADE
  - VONTADE
- = RESULTADOS

### **Técnica de Lavagem Simples das Mãos**

- 1 - Retirar relógio, anéis e pulseiras;
- 2 – Abrir a torneira e molhar as mãos, sem encostar na pia;
- 3 – Ensaboar com sabão líquido toda a superfície das mãos e punhos;





4- Esfregar as pontas dos dedos na palma da outra mão, de forma que o sabão penetre nas unhas;

5 -Lavar os espaços interdigitais;

6 – Enxaguar as mãos, retirando totalmente o resíduo de sabão sem encostar na pia;

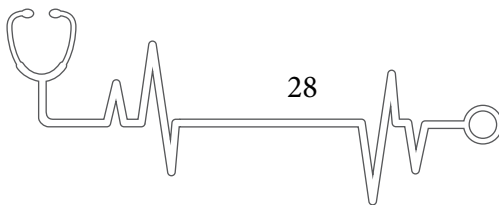
7 – Enxugar as mãos com papel toalha;

8 – Fechar a torneira utilizando o mesmo papel com que enxugou as mãos e, depois desprezÁ-lo no lixo

- De 3-5 ml;
- Dispensadores regulÁveis

### **O tempo...**

- ÁguA e sabÁo: 15 a 30 segundos

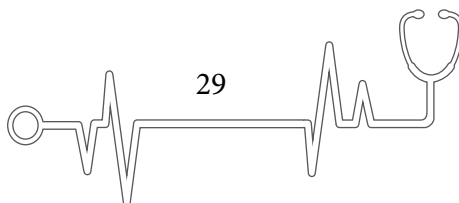


- Anti-sépticos: Álcool 70% - fricção das mãos,

Iodo – degermação de 3 a 5 minutos

### **Quando Devemos Higienizar As Mãos ?**

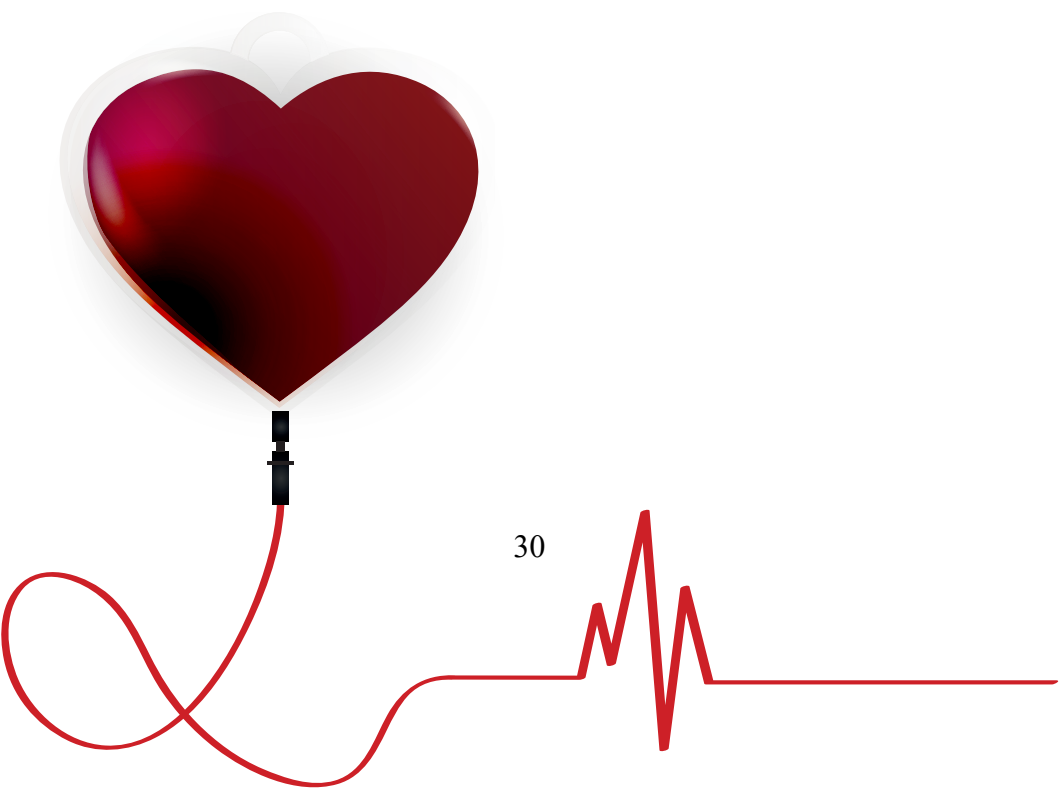
- Antes de realizar procedimentos invasivos;
- Antes do cuidado ao paciente;
- Antes e depois de tocar superfícies corporais;
- Após situações de risco para contaminação;
- Após tocar fontes inanimadas;
- Entre contato com diferentes pacientes...



# Capítulo 3

## PRONTUÁRIO DO PACIENTE RE- GISTRO DE ENFERMAGEM

---

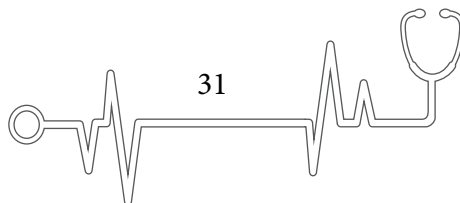


## **CONCEITO:**

Prontuário do paciente é o conjunto de documentos e informações escritas sobre os problemas de saúde dos pacientes, as medidas preventivas, diagnósticas e terapêuticas criadas para ajuda-los na atenção as suas necessidades básicas afetadas (bio-psico-socio-espirituais), e suas respostas a essas medidas enquanto permanecer no serviço ou instituição de saúde.

## **IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

- O paciente
- O hospital
- O médico e outros profissionais da área de saúde

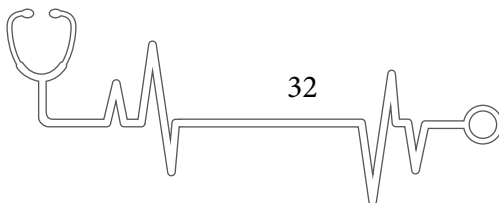


- O enfermeiro
- O estudante de enfermagem ou da área de saúde
- A pesquisa
- A saúde pública
- A defesa legal

## **COMPOSIÇÃO DO PRONTUÁRIO**

- **DADOS SOCIAIS:** N° de registro na instituição, nome do paciente, endereço de residência e trabalho, data de nascimento (idade), sexo, cor, estado civil, religião, filiação, termo de responsabilidade e/ou autorização;

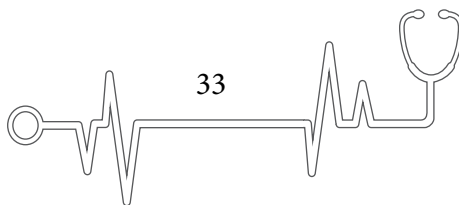
- **DADOS ECONÔMICOS:** profissão, salário, associação previdenciária



- **DADOS MÉDICOS:** anamnese, queixa principal, doença atual, antecedentes familiares, exame físico geral e específico, exames laboratoriais e complementares, tratamentos, prescrições, evolução clínica, resumo de transferências, resumo de alta e óbito, registro de resposta do tratamento e tratamento ou avaliação feitos por outros profissionais;

- **DADOS DE ENFERMAGEM:** histórico de enfermagem, plano assistencial, evolução de enfermagem, relatórios, gráficos de TPR e PA, folha de balanço hídrico

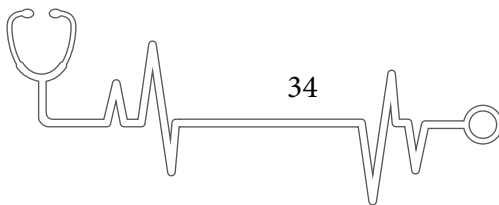
## **RESPONSABILIDADES LEGAIS DO MANUSEIO DO PRONTUÁRIO**



- É restrito aos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente.

- As anotações erradas, incompletas ou a omissão de informações implica em complicações perante a lei, com punições que variam entre: advertência verbal, censura, multa, suspensão e /ou cassação do exercício profissional (Cód. De Ética dos profissionais de enfermagem (Resolução COFEN- 564/2017) e lei 7498 de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências).

## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO**



- Finalidades

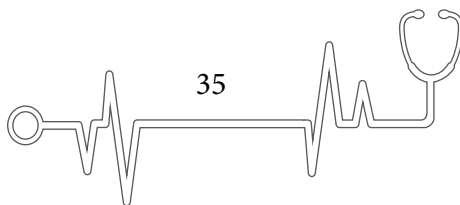
- estabelecer comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e demais profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

- servir de base para a elaboração do plano assistencial do paciente e posterior avaliação;

- acompanhar a evolução do paciente

- constituir documento legal tanto para o paciente como para a equipe de enfermagem, além de contribuir para a auditoria de enfermagem;

- colaborar para o ensino e pesquisa em enfermagem





- Requisitos que orientam a redação em prontuário:

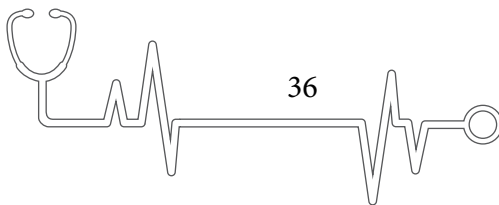
- registrar os eventos ou procedimentos imediatamente após a ocorrência, obedecendo a seqüência cronológica dos fatos;

- escrever de modo LEGÍVEL, em linguagem clara, concisa, objetiva, e livre de julgamentos;

- utilizar os termos científicos e por extenso, usando apenas as abreviaturas padronizadas e convencionadas;

- não rasurar e não deixar espaços ou linhas em branco entre as anotações;

- iniciar a anotação com data, seguida do horário, e terminar com assinatura de forma legível (jamais anotar



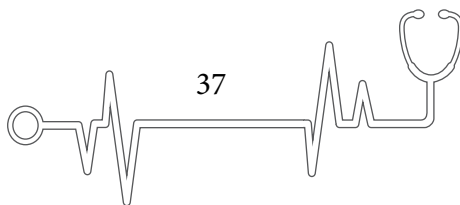
ou assinar procedimentos realizados por outro profissional)

- utilizar o método adotado pela instituição: tinta azul ou preta para os registros diurnos e caneta vermelha para os noturnos;

- anotar tudo o que se relacionar ao paciente: sintomas observados ou referidos, as reações e condições mentais e/ou dados colhidos junto à família, o tratamento (horário, vias e locais de administração de medicamentos e reações do paciente)

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ADMISSÃO**

- receber o guia de admissão ou transferência devidamente preenchido e assinado pelo médico e passar os



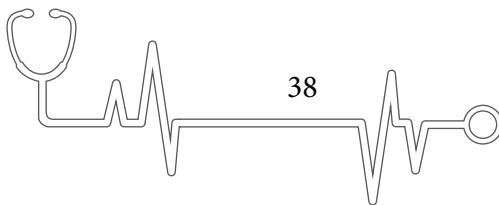
dados de identificação do paciente para o livro de registro geral;

- preparar o prontuário e comunicar ao serviço de nutrição e demais serviços interessados, a admissão de um paciente;

- providenciar um leito para o paciente de acordo com o sexo e hipótese diagnóstica ou diagnóstico;

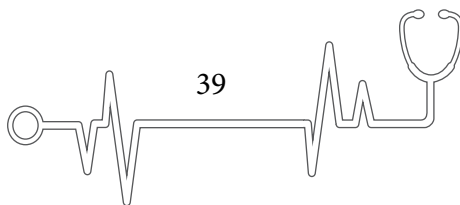
- receber o paciente de modo receptivo mostrando-lhes as dependências da clínica, enfermaria, ou apartamento e explicando-lhes as normas e rotinas (local e hora do banho, refeições, repouso, recreação, serviços religiosos, visita médica, visita familiar, uso de objetos pessoais etc.)

- apresentar a equipe de enfermagem e aos compa-



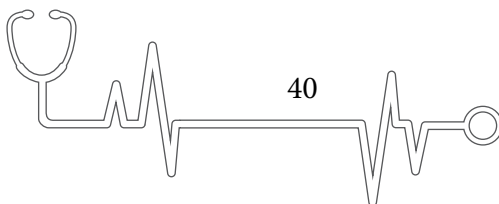
nheiros de enfermaria

- providenciar o banho e troca de roupas apropriadas;
- relacionar, guardar ou entregar à família roupas e objetos de valor;
- verificar os sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal e proceder anamnese e exame físico realizando o histórico de enfermagem;
- fazer as anotações de enfermagem referente a hora da admissão, condições de chegada (deambulando, de maca ou cadeira de rodas), sinais e sintomas observados, acompanhante e orientações prestadas;



## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA ALTA HOSPITALAR**

- avisar ao paciente e família do paciente sobre a programação da alta;
- prestar as orientações sobre prescrição médica e ser seguida em domicílio, retorno ao serviço, dieta prescrita, tratamento, etc. ao paciente ou responsável.
- devolver os pertences do paciente, providenciar roupas e medicamentos ou prescrições necessárias;
- solicitar ao serviço social ou providenciar transporte do paciente SN;
- anotar a data, hora, o tipo de alta, as condições de saída do paciente, acompanhante e orientações prestadas.

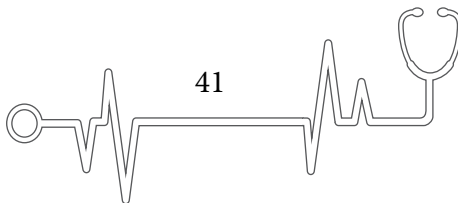


## **TIPOS DE ALTA HOSPITALAR :**

- Cura
- Melhora
- Inalterado
- A pedido
- Condicional
- Por indisciplina
- Por transferência
- Por óbito

## **DIREITOS DO PACIENTE**

Comissão de Credenciamento das Organizações  
das Nações Hospitalares:



## **TODO PACIENTE TEM DIREITO:**

- De receber um atendimento atencioso e respeitoso:

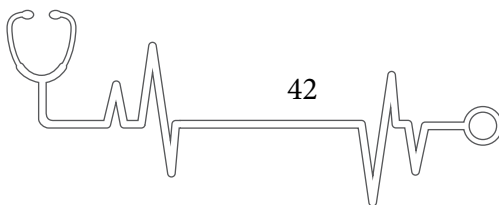
- À dignidade pessoal (inclusive o paciente não deve ser obrigado a ficar despido mais tempo do que o necessário e tem o direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo, quando examinado)

- À sigilo ou segredo médico;

- De conhecer a identidade dos profissionais envolvidos no seu tratamento;

- À informação clara numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico;

- De comunicar-se com pessoas fora do hospital e



de ter, quando necessário um tradutor (surdo-mudo, estrangeiro);

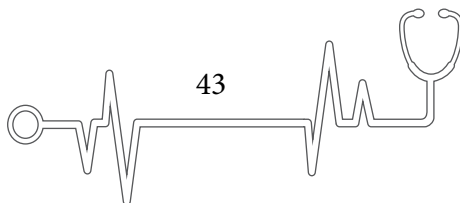
- De recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências clínicas dessa opção;

- De ser informado de projetos de pesquisa referentes ao tratamento, e de se recusar a participar do mesmo;

- De receber uma explicação completa referente a sua conta hospitalar;

- De reclamar (e a reclamação não deverá ter influência na qualidade do tratamento prestado);

- De recusar se submeter a exames desnecessários (ex: raios X, sumário de urina, hemograma, realizados recentemente);





- De ter acesso a uma segunda e/ou terceira avaliação;

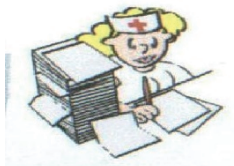
- De escolher o médico e/ou especialista dentro do ambiente hospitalar;

- De questionar a medicação prescrita;

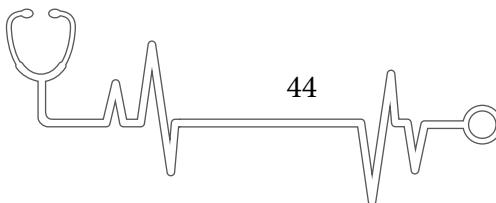
- De ter acesso ao seu prontuário

## **IMPORTÂNCIA DOS REGISTROS**

### **INTRODUÇÃO**

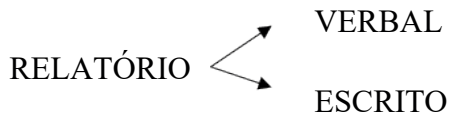


Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



## COMUNICAÇÃO

### RELATÓRIOS X REGISTROS



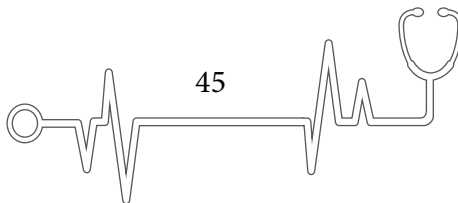
### REGISTRO OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE

#### PORMENORIZA:

- as condições do paciente
- tratamentos recebidos
- respostas a esses tratamentos
- recomendações e planos para tratamentos futuros

### FINALIDADES DOS REGISTRO

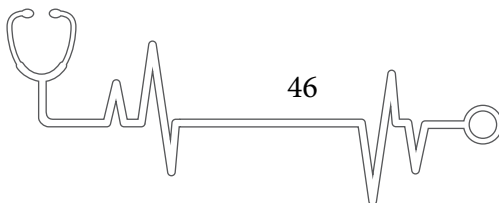
- Comunicação



- Ensino
- Avaliação do Paciente
- Pesquisa
- Auditoria
- Documento legal

## **DIRETRIZES PARA ELABORAÇÃO DOS REGISTROS**

- 1 – Escrita legível
- 2 – Fazer anotações de observações factuais
- 3 – Ser consiso
- 4 – Incluir data e hora das anotações cronologicamente
- 5 – Incluir todas as anotações necessárias
- 6 – Usar apenas abreviaturas e símbolos aprovados



## 7 – Assinar cada registro



**Quem registrar ?**

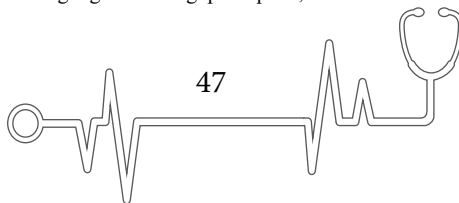


**Como registrar ?**



**Quando registrar ?**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



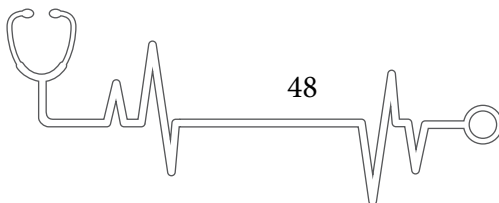
## **RESPONSABILIDADES LEGAIS NOS REGISTROS**

“ A finalidade mais importante em se fazer uma documentação é proporcionar uma comunicação que melhore a assistência ao paciente”

**ENTRETANTO NA EVENTUALIDADE DE UM PROCESSO JURÍDICO O MAIOR BENEFICIADO PODERÁ SER VOCÊ.**

## **RESPONSABILIDADES LEGAIS**

- Nunca faça rasuras no prontuário
- Nunca altere as anotações já escritas
- Não deixe espaços em branco
- Registre apenas os dados observados



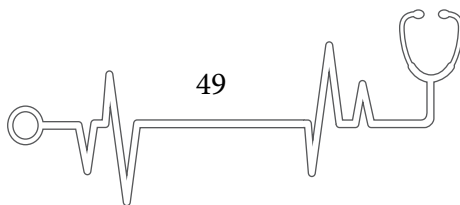
- Evite o uso de termos gerais
- Faça anotações freqüentemente no prontuário
- Documente as precauções de segurança adotadas
- Assinatura legível e número de inscrição do Con-

selho

## CONCLUSÃO

O prontuário é um documento de grande importância para:

- PACIENTE
- MÉDICO
- HOSPITAL
- PESQUISA



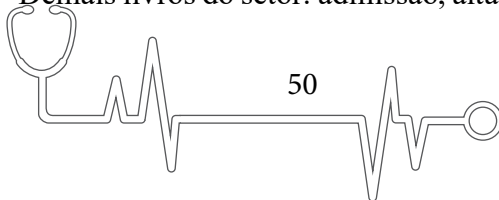
- EQUIPES DE SAÚDE

## **REGISTROS DE ENFERMAGEM**

Comunicação escrita que documenta de modo permanente informações relevantes sobre o estado de saúde e cuidados de um paciente.

## **LOCAIS BÁSICOS DE REGISTROS DA ENFERMAGEM:**

- Livros de ocorrências
- Relatórios de Enfermagem: admissão, altas, evolução clínica, transferência, óbito, e SSVV.
- Folhas de balanço hídrico
- Demais livros do setor: admissão, alta, resultados



de culturas, protocolos, etc.

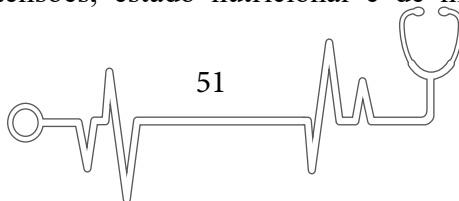
## **PRINCIPAIS REGISTROS DO ENFERMEIRO:**

- Histórico de Enfermagem/ Historia Clínica;
- Evolução de Enfermagem;
- Admissão;
- Transferências;
- Óbitos

## **HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**

## **EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

EG, consciência, orientação (tempo e espaço), co-  
operação, extensões, estado nutricional e de hidratação,

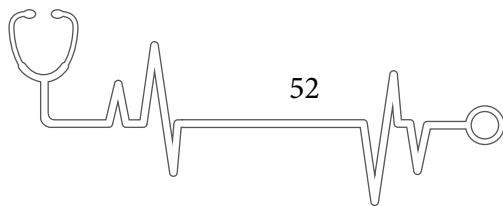




higiene, pele e mucosas, Sono e repouso. Ao exame: temperatura, dados do exame do aparelho respiratório (tipo de respiração, expansibilidade torácica, frequência respiratória,FTV, murmúrios vesiculares, ruídos adventícios (localização), tosse (características); aparelho cardiovascular (RC, número e fonese das bulhas, sopro, frequência cardíaca e de pulso, presença de edema, localização e intensidade, perfusão periférica); abdome (tipo, achados da inspeção, ruídos hidroaéreos, dados da percussão e palpação); eliminações urinária e intestinal (frequência e características); queixas.

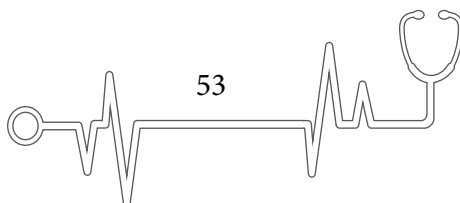
## **ADMISSÃO**

No cabeçalho: deve ser preenchido corretamente, e



de acordo com o impresso:

- nome completo;
- cor;
- idade;
- sexo;
- profissão;
- escolaridade;
- religião;
- setor;
- quarto/leito; data e horário de admissão
- condições de chegada (deambulando, em maca, em cadeira de rodas); acompanhante e/ou responsável;
- condições de higiene;

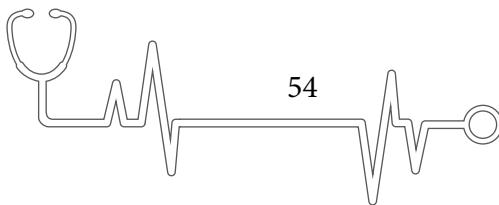


- motivo de internação (clínico ou cirúrgico);
- queixas relacionadas ao motivo da internação;
- antecedentes pessoais (doenças de infância, outras internações, se faz uso de medicações, reações alérgicas a determinadas medicações, se faz algum tratamento, uso de bebida ou fumo);

- antecedentes familiares (presença de doença na família como diabetes, hipertensão, cardiopatia, problemas renais, câncer);

- exame físico (cefalo-caudal);
- sinais vitais (P,T,PA,FC,R);
- procedimentos realizados durante a admissão

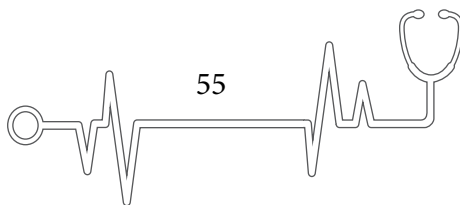
(exemplo: instalado soroterapia no antebraço esquerdo com



jelco).

### **EXEMPLO DE ADMISSÃO:**

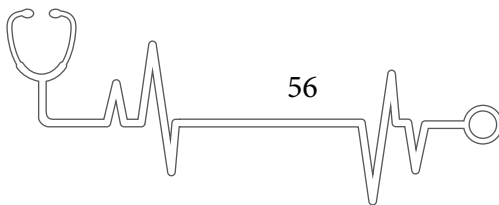
Admitido no setor, as 11:00, deambulando, acompanhado da mãe, para tratamento clínico de amigdalite, apresentando os seguintes sintomas: “dor na garganta”, dificuldade de deglutição, hipertemia, cefaléia, calafrios e “dor na nuca”. Com os seguintes sinais vitais: PA=110x80mmhg e T=38 graus. Relata apresentar sono agitado, alimentar-se pouco, não fazer uso de medicações e não apresentar reações alérgicas, não ser tabagista, nem estilista, apresentar evacuação e diurese diários. Há mais ou menos seis anos apresentou infecção urinária, sendo realizado apenas trata-



mento clínico. Apresenta ressecamento da pele, dos MMSS e MMII, solução de continuidade nos lábios, presença de placas na garganta acompanhadas de dor, dificuldade de verbalizar e tumefação dos gânglios. Foi instalado soroterapia no dorso da mão do membro superior esquerdo, encontrando-se em repouso no leito.

## **ALTA**

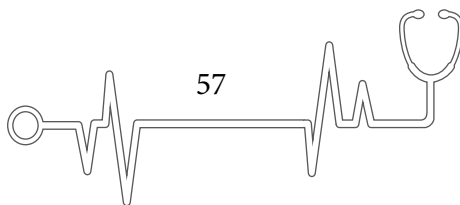
- Horário de prescrição da alta.
- Condições do paciente ao deixar o setor (nível de consciência, deambulando, de cadeira de rodas, acompanhante);
- Sinais vitais (T,P,R,PA).



- Presença de extensão (drenos, sondas).
- Presença de curativos (tipo local, secreções).
- Orientações fornecidas ao paciente quanto aos procedimentos que deverão ser executados em casa. Exemplo: controle sobre medicação; dieta; higiene; atividades físicas e exercícios; controle médico e/ou retorno; curativo.

### **EXEMPLO DE ALTA :**

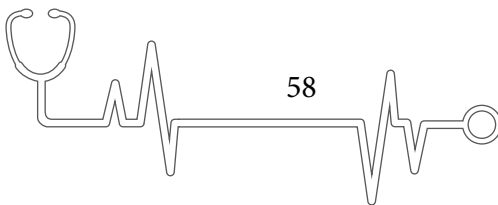
Recebeu alta hospitalar as 10:30 hs. deixou o setor as 11:00h consciente, deambulando, acompanhado da mãe, com os seguintes sinais vitais:T=36 graus; R=15 movimentos respiratório/minuto;P.A.=110x70 mmhg e P=80 batimentos/minuto. Sendo fornecidas orientações quanto a troca diá-



ria do curativo oclusivo, localizado na região dorsal do pé, mantendo sempre limpo e seco, evitar atividades físicas e exercícios excessivos, fazer uso correto das medicações prescritas, sendo prescrito inclusive os horários das doses e retornar ao médico em sete dias para nova avaliação.

## **TRANSFERÊNCIA DE SETOR**

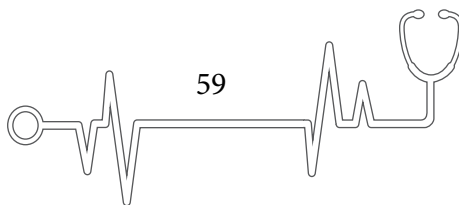
- Setor para o qual foi transferido.
- Horário da transferência.
- Condições do paciente como: ausência ou presença de dor; deambulando, de maca, de cadeira de rodas; consciente, inconsciente, etc.
- Solicitação por qual médico.



- Sinais vitais.
- Presença ou não de extensões (soroterapia, sondas, drenos).

### **EXEMPLO DE TRANSFERENCIA :**

Às 9:30hs - apresentou P.A.=250x180mmhg, P=100 batimentos/minuto, R=40movimentos respiratórios/minuto,T=37,5 graus, com queixa de cefaléia. Comunicado médico plantonista, sendo administrado as 9 h e 40 min. 5 gotas de adalat sublingual, conforme prescrição. Após 30 minutos, P.A.=230x170mmhg, sendo comunicado médico plantonista, que solicitou transferência para C.T.I. as 10:30,foi encaminhado em maca, pela enfermagem, com



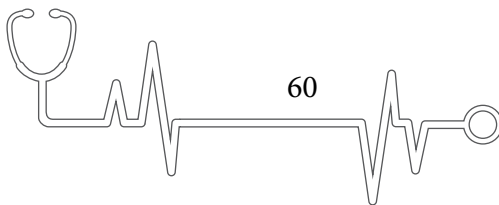


soroterapia no dorso da mão esquerda, consciente, sendo drenado 200 ml de diurese clara com depósito, apresentando P.A.=220x120mmhg. P=80 batimentos/minuto, T=37 graus, R=32 movimentos respiratórios/minuto.

## **ÓBITO**

- Assistência prestada ao paciente.
- Condições do paciente.
- Horário de óbito.
- Quem constatou o óbito.
- Preparativos com o corpo.

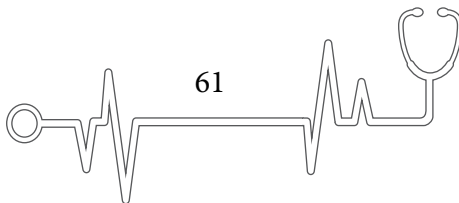
## **EXEMPLOS DE REGISTRO DE ÓBITOS:**



16h apresentou P.A. inaudível, pulso periférico não palpável, momentos de apnéia. Comunicado médico plantonista, sendo feitas manobras de ressuscitação cardio-respiratória e administrado adrenalina EV, sem efeito satisfatório. Foi a óbito as 16:20h sendo constatado pelo médico plantonista. Realizado preparo do corpo e encaminhado ao necrotério.

### **RELEMBRANDO ASPECTOS IMPORTANTES:**

- Certifique se o nome do paciente está correto;
- Usar caneta azul(diurno) e vermelha(noturno);
- Usar letra legível;
- Registre a data e a hora do plantão ou informa-



ções relevantes, como exames;

- Relatar em ordem cronológica, na ordem dos acontecimentos;

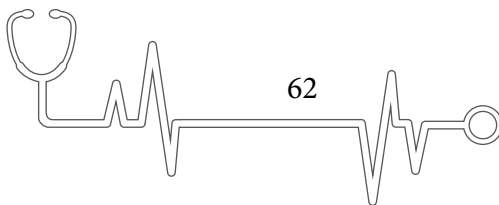
- Preencha todo espaço de cada linha ou passe um traço ao longo do espaço que sobrou;

- Nunca anote as atividades antes de serem executadas ou chequem coisas que não fizeram;

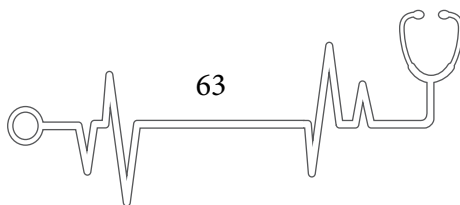
- Evitar palavras do tipo: paciente, cliente, mal, bem, bom aparenta estar, parece estar, pouco, muito;

- Utilize apenas siglas conhecidas e aprovadas;

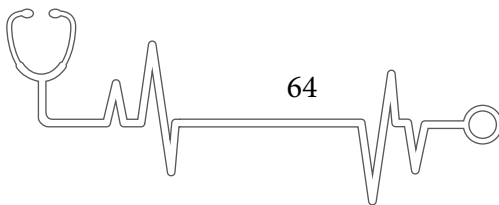
- Quando errar, sublinhe e coloque entre parênteses, escreva ERRO imediatamente após, e escreva o certo em seguida;



- NUNCA rasurar,nem usar corretivo ou borracha;
- Documente informações fidedignas , com clareza e precisão, nunca subjetivas;
- Quando relatar exatamente a fala do paciente colocar entre aspas ou usar o termo SIC;
- JAMAIS relatar o que você não fez;
- Documentar notificações ao médico com o motivo e as orientações fornecidas por ele;
- Anotar a administração de medicamentos s/n,o motivo e o efeito;
- Informar a realização de exames,hora de ida e volta,contato com familiares,transferências(data/hora) e condições,orientações fornecidas,óbito(data/hora).



- Assinar com nome completo e a categoria.

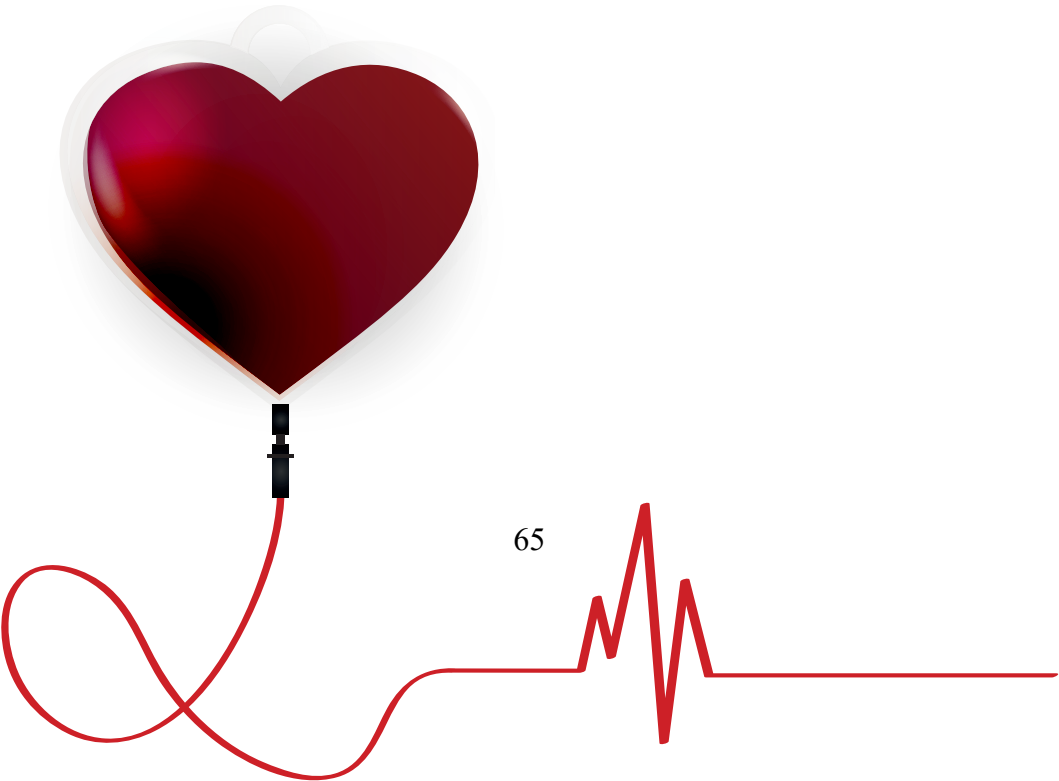


# Capítulo

# 4

# ANAMNESE

---



## **Definição**

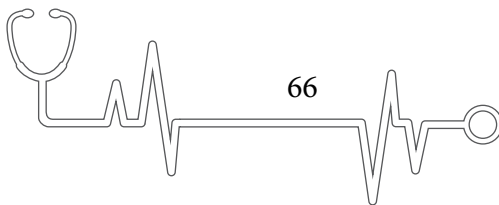
- Ána = trazer de novo
- Mnesis = memória

## **Aspectos Gerais**

- Instrumento de investigação para coletar informações?
- Forma de estabelecer um relacionamento?

## **Objetivo da Entrevista**

- Estabelecer contato;
- Desenvolver um relacionamento caracterizado pela confiança mútua;



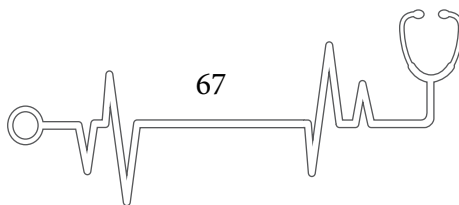
- Levantar dados importantes que irão nortear a assistência.

### *Entrevista Compreensiva*

- Como é a pessoa;
- Como encara o processo saúde-doença;
- Quais são suas perspectivas quanto ao cuidado;
- Como pode participar do plano de cuidado que será estabelecido pela enfermagem.

### **Entrevista X Coleta de Dados**

- Dificilmente revela como a pessoa é;
- Dificilmente revela a percepção do que a pessoa



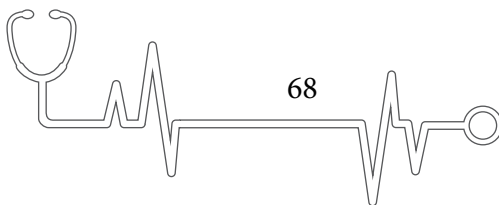


está vivenciando;

- Dificilmente facilita a execução do exame físico, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem confiáveis, o planejamento da assistência e a sua implementação.

### **Entrevista Compreensiva**

- Saber ouvir e entender;
- Saber explorar os dados que o paciente traz sem invadir seu espaço pessoal;
- Demonstrar interesse e conhecimento;
- Ser receptivo;
- Estabelecer comunicação com o paciente para que ele se sinta à vontade em responder às perguntas.

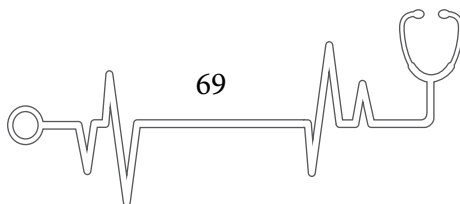


## **Atenção!**

Na enfermagem, a entrevista aparece como um efetivo instrumento no desenvolvimento da prática profissional cotidiana especialmente para a coleta de dados, que usualmente ocorre numa fase inicial do contato entre paciente e enfermeiro. Essa é a primeira oportunidade do paciente dizer como percebe o seu estado de saúde.

## **Exigências de uma Entrevista**

- Preparo técnico;
- Habilidade para realizá-la com a acurácia que a mesma requer;
- Disposição interna por parte do enfermeiro para



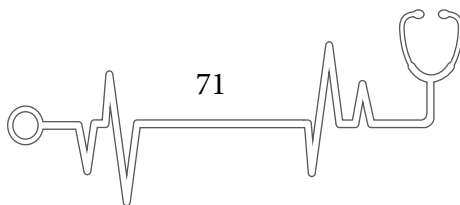


- Ouça mais atentamente o que o paciente tem a dizer;
- Evite interromper o paciente durante suas colocações;
- Dê respostas claras e adequadas à compreensão e às perguntas do paciente.

## **Fases da Entrevista**

- Introdução;
- Corpo;
- Fechamento.

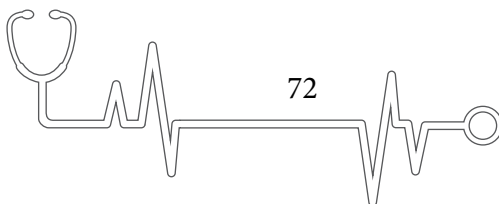
## **Introdução à Entrevista**



- Apresentar-se ao paciente utilizando o seu primeiro nome;
- Perguntar que nome/sobrenome prefere ser chamado;
- Evitar o uso de apelidos ou títulos (vozinho/a, tio/a) que podem dar a falsa idéia de intimidade;
- Explicar a necessidade de entrevistá-lo.

### **Corpo da Entrevista**

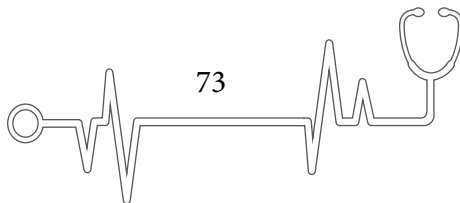
- Motivo da internação e/ou queixa principal;
- Presença de doenças e tratamentos anteriores;
- Alergias;
- Antecedentes familiares;



- Uso de medicamentos;
- Existência de outros fatores de risco;
- Hábitos e costumes.

## **Fechamento da Entrevista**

Nessa fase, o enfermeiro deve conscientizar o paciente de que a entrevista está chegando ao final dando-lhe a oportunidade para que exponha algo que ainda não tenha sido abordado e que julgue ser importante. Depois disso, é aconselhável que a enfermeira faça um breve resumo dos aspectos significativos dos dados colhidos para assegurar tanto ao cliente quanto à enfermeira a compreensão e a clareza dos dados coletados.



## **Fatores que interferem na Coleta de Dados**

- Habilidade técnica;
- Conhecimento/capacidade de interpretar os dados coletados;
- Crenças, valores e referencial teórico-filosófico;
- Habilidade de relacionamento interpessoal (comunicação verbal, comunicação não-verbal, ambiente interno);

### ***Instrumento de Coleta de Dados para Paciente Adulto***

#### **Identificação:**

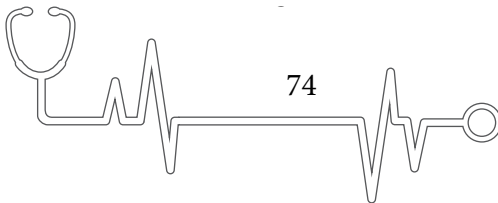
Nome: \_\_\_\_\_ Enf./Leito: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo/Gênero: \_\_\_\_\_ Cor/Etnia: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ N° de Filhos \_\_\_\_\_

Tipo Sangüíneo: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_



Profissão: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Procedência: \_\_\_\_\_

**Dados Hospitalares:**

Data de Admissão: \_\_\_\_\_ Hora da Admissão: \_\_\_\_\_

OBS: \_\_\_\_\_

Motivo da Internação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Comorbidades: \_\_\_\_\_

Hospitalização Anterior: \_\_\_\_\_ Quantas: \_\_\_\_\_

Motivos de Internações Anteriores: \_\_\_\_\_

Realização de Procedimento Cirúrgico: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Uso de Medicação: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Outras Doenças: \_\_\_\_\_

**Necessidades Básicas/Hábitos e Costumes:**

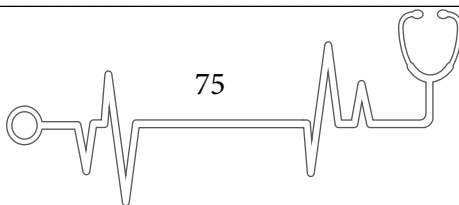
Sono/Repouso: \_\_\_\_\_

Atividade Física e Lazer: \_\_\_\_\_

Hábitos Alimentares: \_\_\_\_\_

Etilismo: \_\_\_\_\_

Tabagismo: \_\_\_\_\_





Outros Vícios: \_\_\_\_\_

Cuidado Corporal: \_\_\_\_\_

Eliminações: \_\_\_\_\_

Regulação hormonal: \_\_\_\_\_

Regulação imunológica: \_\_\_\_\_

N.º. de transfusões: \_\_\_\_\_. Reações: \_\_\_\_\_

Sexualidade/Reprodução: \_\_\_\_\_

Habitação/Infra-Estrutura Sanitária: \_\_\_\_\_

História Sócio-Familiar e Espiritual: \_\_\_\_\_

### **Exame Físico:**

Aspecto geral: \_\_\_\_\_

Fácies: \_\_\_\_\_ Biótipo: \_\_\_\_\_

Nível de consciência: \_\_\_\_\_ Movimentos involuntários: \_\_\_\_\_

Fala e linguagem: \_\_\_\_\_ Marcha: \_\_\_\_\_

Parâmetros vitais: T: \_\_\_\_ °C; PA: \_\_\_\_\_ mmHg; ; FR: \_\_\_\_\_ irpm

Pulso: \_\_\_\_\_ bpm descrição): \_\_\_\_\_

Dados antropométricos: Peso: \_\_\_\_ kg; Altura: \_\_\_\_ m; Circunferência abdominal: \_\_\_\_ cm;

IMC: peso/altura<sup>2</sup> - ( ) ≤ 19 Baixo Peso ( ) 20 – 24 Normal ( ) 25 – 29 Sobrepeso ( ) ≥30 Obeso

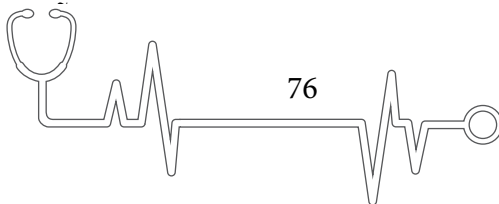
Pele e fâneros: \_\_\_\_\_

Estado hidratação: \_\_\_\_\_ Estado de Nutrição: \_\_\_\_\_

Mucosas: \_\_\_\_\_

Couro Cabeludo: \_\_\_\_\_

Órgãos dos Sentidos: visão ( ) audição ( ) olfato ( ) gustação ( ) tato ( ):



Especificar Alteração: \_\_\_\_\_

Cavidade Oral: \_\_\_\_\_

Pescoço: \_\_\_\_\_

Tórax:

Mamas:

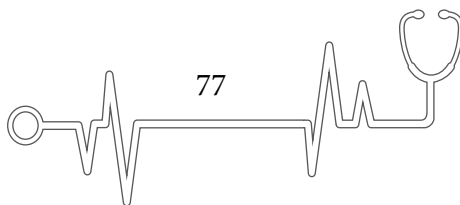
Sistema Respiratório:

Sistema Cardiovascular:

Veias superficiais e circulação colateral: \_\_\_\_\_

Sistema Gastrointestinal:

Sistema Geniturinário:



Sistema Neuromuscular:

---

---

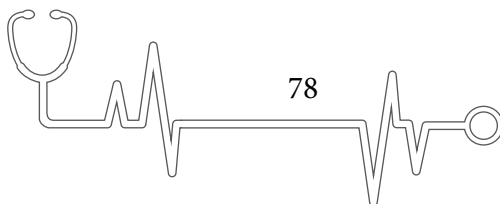
---

Dados de Interesse para a Enfermagem:

---

---

---

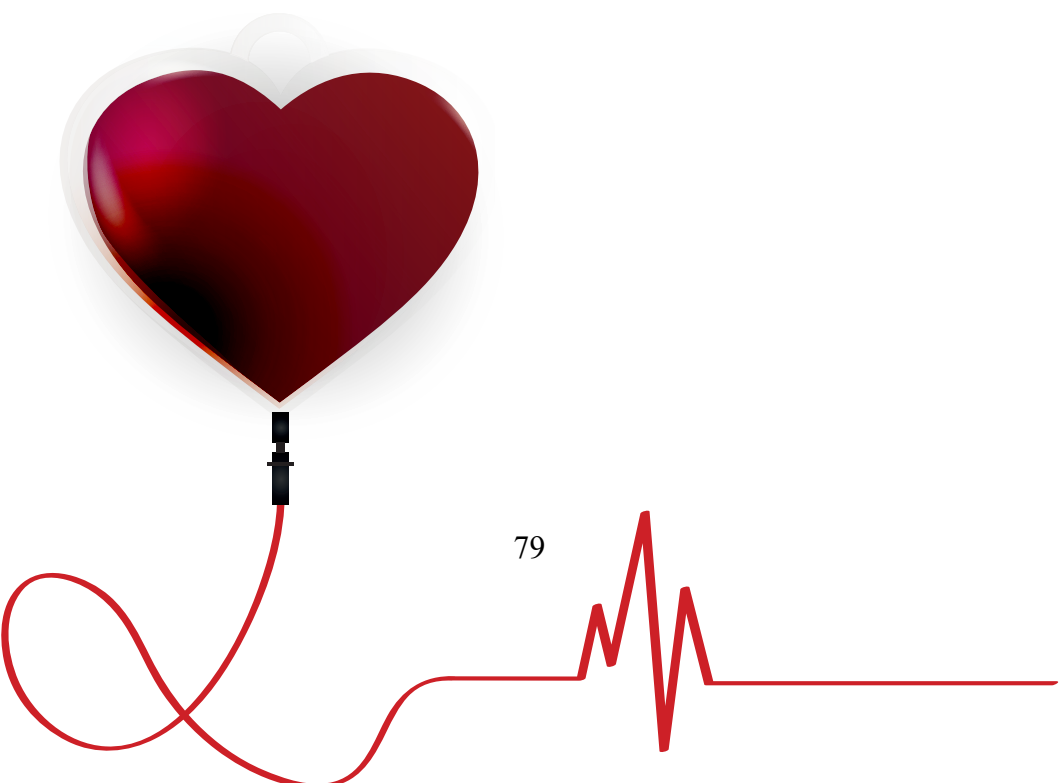


Capítulo

5

INTRODUÇÃO AO EXAME FÍSCO

---



79

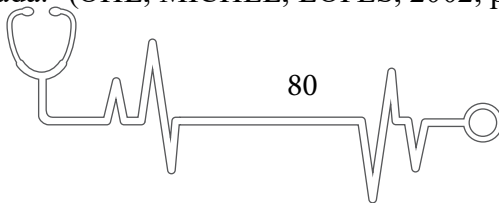
**Arte da  
Enfermagem**

**Ciência da  
Enfermagem**

**Exame Físico**

**Definição:**

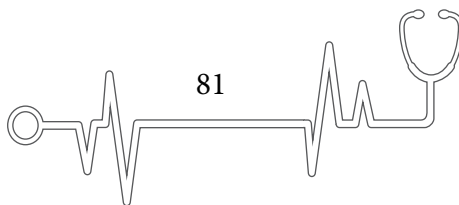
Exame físico é compreendido como “o levantamento das condições globais do paciente, tanto físicas como psicológicas, no sentido de buscar informações significativas para a enfermagem que possam subsidiar a assistência a ser prestada.” (OHL; MICHEL; LOPES, 2002, p.82).

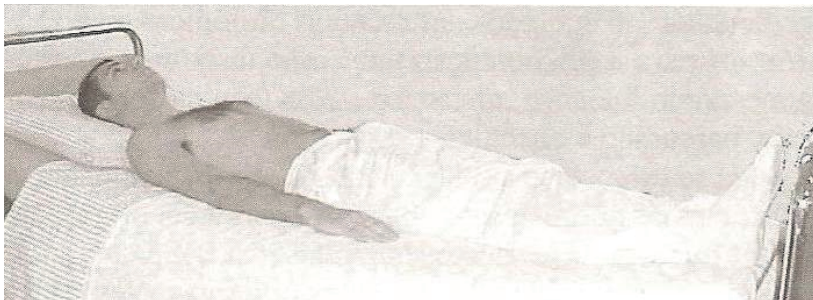


## **Sequência do Exame Físico:**

- Pele;
- Cabeça e Pescoço;
- Tórax e Pulmões;
- Mamas;
- Sistema Cardiovascular;
- Abdome;
- Reto;
- Genitália;
- Sistema Neurológico;
- Sistema Musculoesquelético.

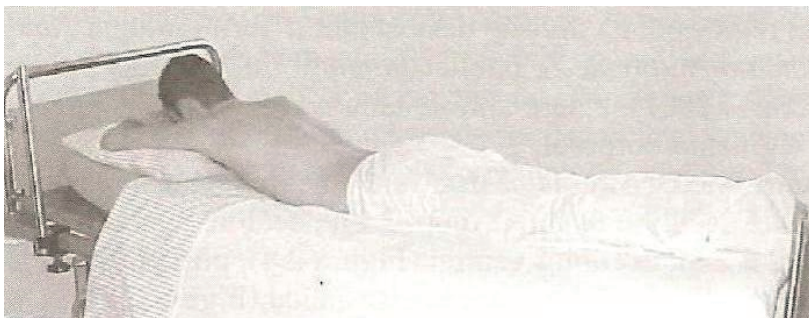
## **Posições para a realização do Exame Físico:**





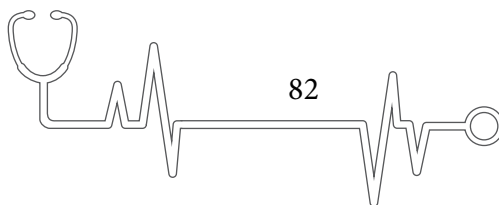
Fonte: BARROS et al, 2002

**Decúbito Dorsal** – os braços repousam sobre a mesa de exame em mínima abdução.



Fonte: BARROS et al, 2002

**Decúbito Ventral** – os braços e o rosto estão sobre o travesseiro.



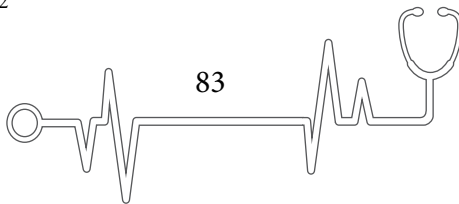


Fonte: BARROS et al, 2002

**Decúbito Lateral Direito** – um dos braços repousam sobre o corpo e o outro em abdução, as pernas são levemente fletidas para maior comodidade do paciente.

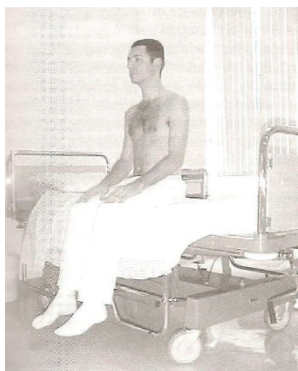


Fonte: BARROS et al, 2002



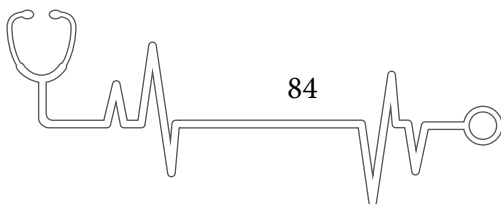


Decúbito Lateral Esquerdo – ambos os braços em abdução para permitir visualização da face lateral do tórax.



Fonte: BARROS et al, 2002

Posição Sentada – as mãos repousam sobre as coxas.



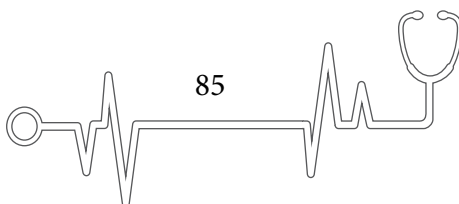


Fonte: BARROS et al, 2002

Posição Ortostática – os pés encontram-se moderadamente afastados um do outro, e os membros superiores caem naturalmente junto ao corpo.

### **Técnicas propedêuticas para a realização do Exame Físico:**

- Inspeção;
- Palpação;



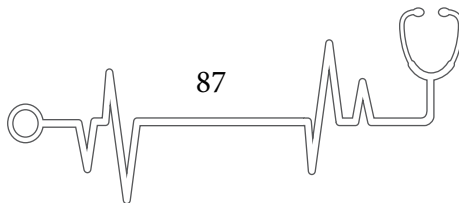




Permite detectar presença de dismorfias, distúrbios no desenvolvimento, lesões cutâneas e presença de cateteres e tubos ou outros dispositivos.

## **Palpação**

- estar com as mãos lavadas com água e sabão a cada exame;

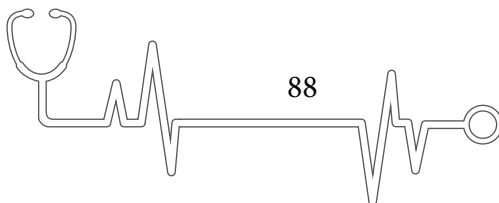


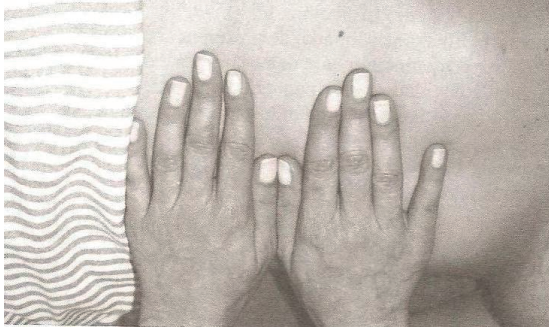
- aquecer as mãos, esfregando-as uma com a outra;

- ter as unhas cortadas e tratadas, num tamanho que não machuque o cliente.

Permite a identificação de modificações de textura, espessura, consistência, sensibilidade, volume e dureza. Permite ainda a percepção de frêmito, reconhecimento de flutuação, elasticidade e edema.

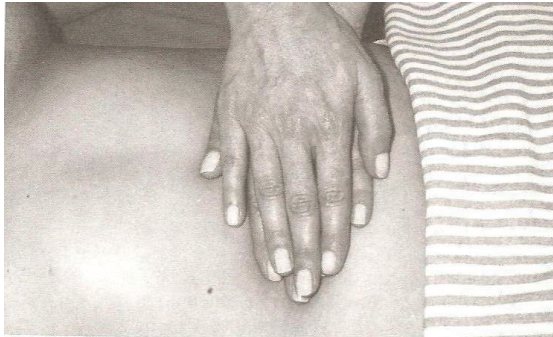
### **Palpação com a mão espalmada.**





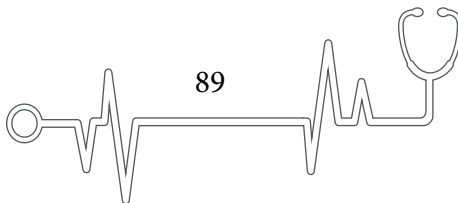
Fonte: BARROS et al, 2002

**Palpação com uma das mãos sobrepondo-se à outra.**



Fonte: BARROS et al, 2002

**Polpas digitais.**



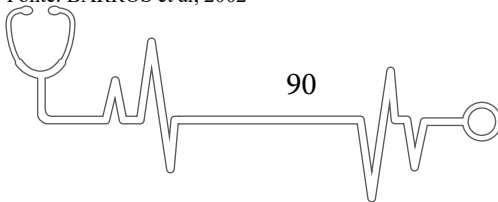


Fonte: BARROS et al, 2002

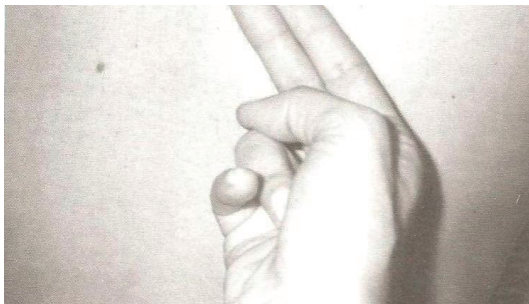
## Pinça.



Fonte: BARROS et al, 2002

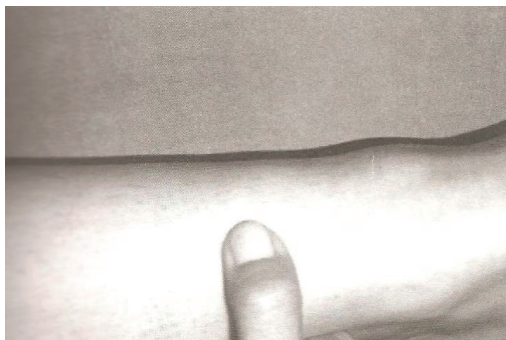


## Temperatura



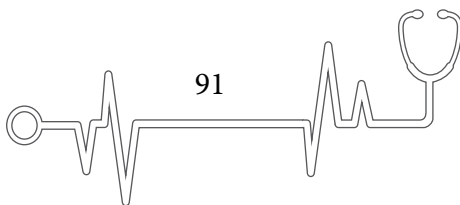
Fonte: BARROS et al, 2002

## Digito-pressão.



Fonte: BARROS et al, 2002

## Puntipressão







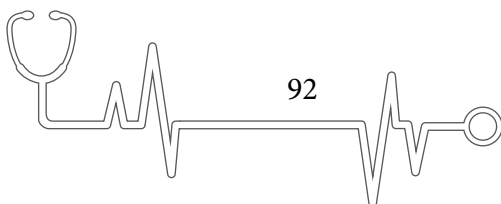
Fonte: BARROS et al. 2002

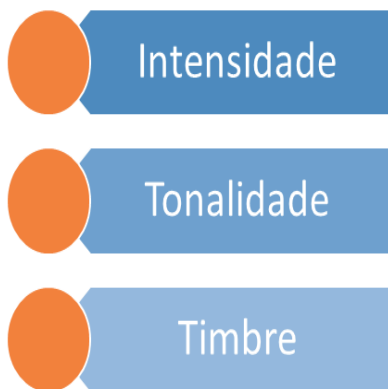
## **Fricção com algodão.**



Fonte: BARROS et al, 2002

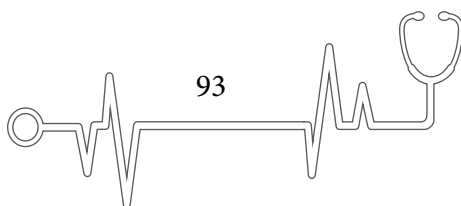
## **Percussão**

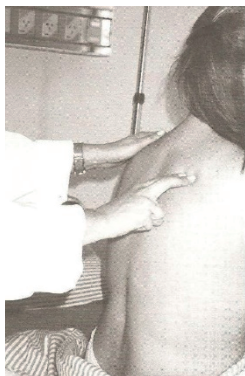




Obtém-se na percussão, além das vibrações, impressões quanto à resistência que a região golpeada oferece quando do procedimento.

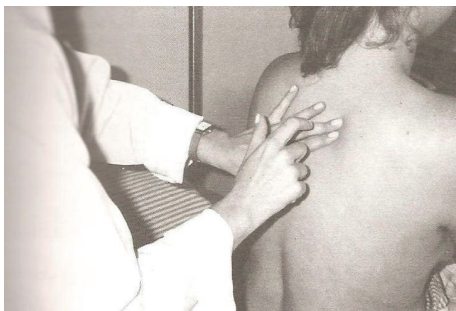
### **Percussão direta.**



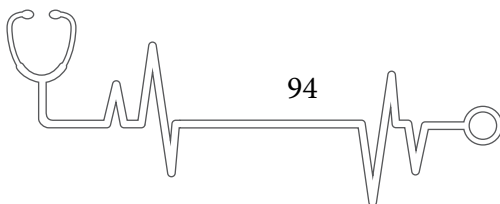


Fonte: BARROS et al. 2002

## **Percussão dígito-digital.**



Fonte: BARROS et al, 2002

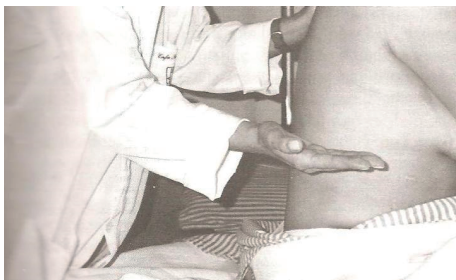


## **Punho-percussão.**



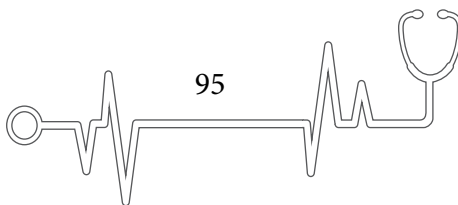
Fonte: BARROS et al, 2002

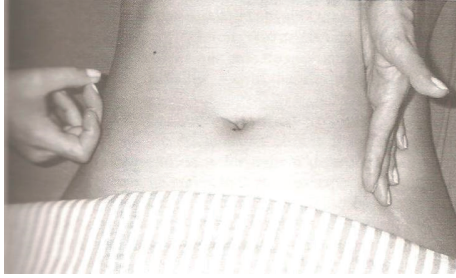
## **Borda da mão.**



Fonte: BARROS et al, 2002

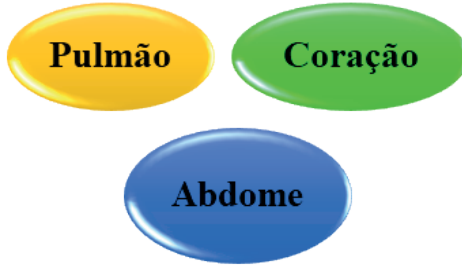
## **Piparote**





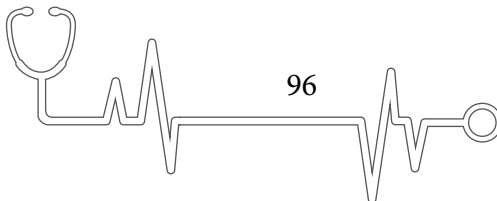
Fonte: BARROS et al, 2002

## **Ausulta**



## **Diretrizes para a realização do exame físico**

- demonstrar autoconfiança, paciência, consideração e delicadeza, explicando todos os procedimentos para



minimizar a tensão o mesmo a inibição;

- procurar executar o exame físico de modo objetivo, rápido e exato, a fim de evitar o cansaço, o desinteresse e a não-cooperação do paciente;

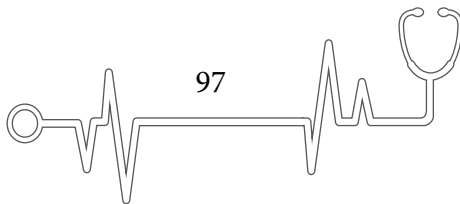
- o leito deve estar ajustado em uma altura conveniente;

- garantir ambiente bem iluminado e tranquilo;

- respeitar o máximo de privacidade possível, utilizando, para tanto biombos ao redor do leito e mantendo-se a porta fechada;

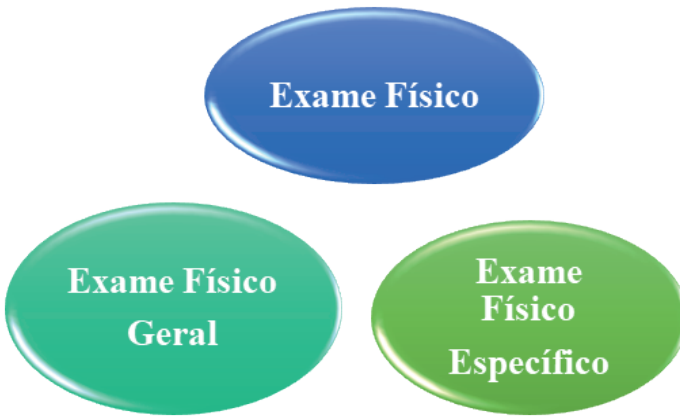
- obedecer um sentido cefalocaudal na execução do exame físico;

- utilizar terminologia técnica específica na descri-



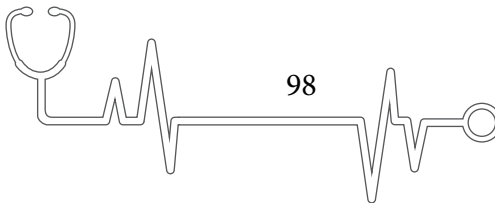
ção dos dados encontrados;

- registrar os dados de forma objetiva, clara e completa.



### **Exame Físico Geral**

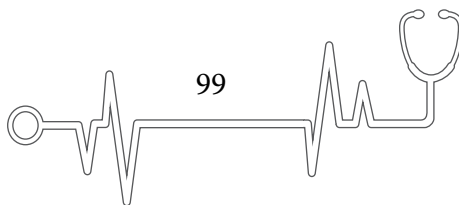
- Estado Geral;
- Estado Mental;
- Tipo Morfológico;



- Dados Antropométricos;
- Postura;
- Locomoção;
- Expressão Facial;
- SSVV;
- Pele;
- Mucosas e Anexos.

## **Estado Geral**

- Estado Geral Bom (EGB);
- Estado Geral Regular (EGR);
- Estado Geral Comprometido (EGC);
- Estado Geral Grave (EGG)



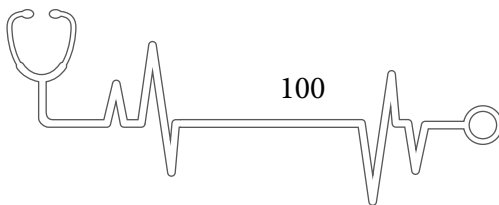


Deve ser avaliada a repercussão da resposta do indivíduo em relação à sua doença, verificando-se a existência da perda de força muscular, perda de peso e estado psíquico do paciente.

### **Estado Mental**

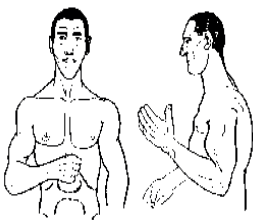
- Orientação;
- Memória;
- Habilidade em cumprir tarefas;
- Linguagem do paciente.

Tem como finalidade o fornecimento de dados acerca do estado cognitivo do paciente, de modo que possa

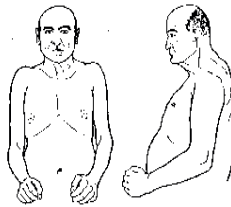


ser identificada qualquer alteração. Como essas alterações podem estar associadas a distúrbios do sistema nervoso central, o exame do estado mental deve utilizar uma variedade de questionamentos no sentido de identificar uma área específica de disfunção.

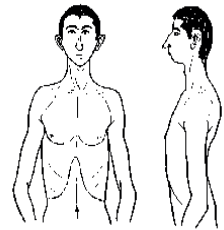
### Tipo Morfológico



• **Normolíneo**

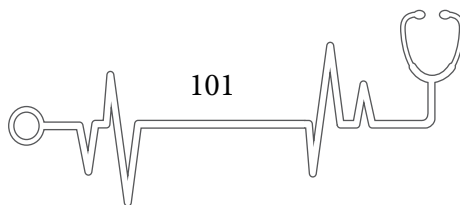


• **Brevilíneo**



• **Longilíneo**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

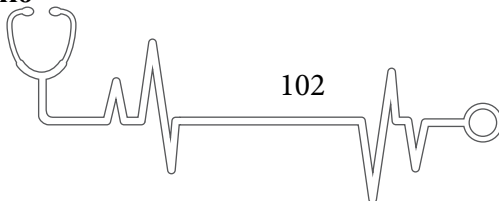


A classificação do indivíduo em normolíneo, brevilíneo e longilíneo faz-se a relação de proporcionalidade entre o pescoço, os braços, os ossos frontais, as mãos e os dedos.

### **Brevelínio**

- Pescoço curto e grosso;
- Tórax largo e volumoso;
- Membros curto em relação ao tronco;
- Musculatura desenvolvida e tecido adiposo espesso;
- Tendência para baixa estatura.

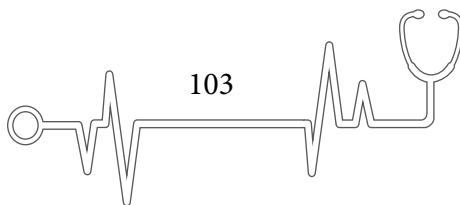
### **Longelínio**



- Pescoço longo e delgado;
- Tórax afilado e chato;
- Membros alongados e com predomínio sobre o tronco;
- Musculatura delgada e tecido adiposo pouco desenvolvido;
- Tendência para estatura elevada.

### **Dados Antropométricos**

- Peso;
- Altura;
- Índice de Massa Corporal (IMC)

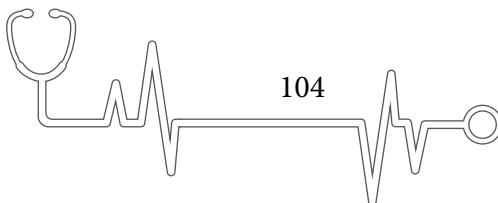


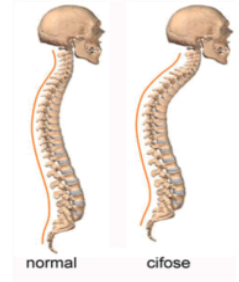
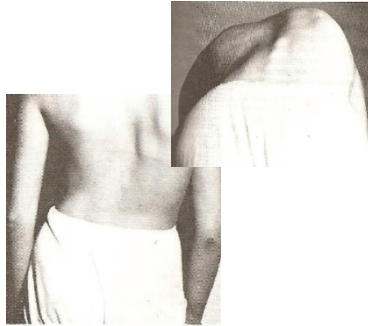
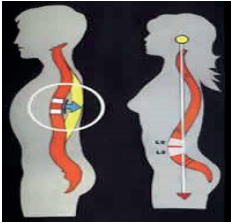
$$\text{IMC} = \frac{\text{peso (Kg)}}{\text{estatura}^2 \text{ (M)}}$$

## Postura e Capacidade de Locomoção

- Inspeção como técnica propedêutica;
- Avalia-se o posicionamento preferencial adotado pelo paciente;
- Decúbito assumido de caráter obrigatório ou preferencial;
- Tipo de marcha: nível de dificuldade, equilíbrio, desconforto etc.

## Postura





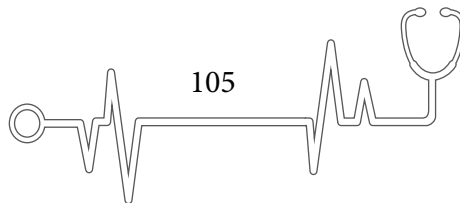
• **Lordose**

• **Escolioso**

• **Cifose**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

## Expressão Facial



## Face normal ou ATÍPICA

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

## Face em máscara

### (Doença de Parkinson)

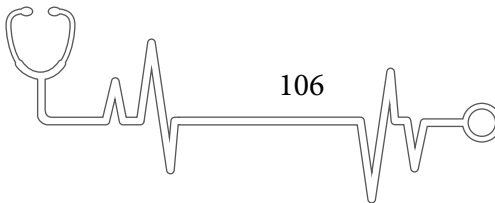
Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



### Face mixedematosa (hipotireoidismo ou mixedema)

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

O rosto é arredondado, a pele é seca, espessada e com acentuação dos sulcos, o nariz e os lábios são grossos, os cabelos são secos e sem brilho, as pálpebras enrugadas e infiltradas.





### **Face hipocrática (doenças graves)**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



### **Face renal**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Caracteriza-se pela presença de edema peri-orbitário, presente deste o período matutino e palidez. Presente nas doenças difusas dos rins ( síndrome nefrótica, glomerulonefrite difusa aguda, etc.)

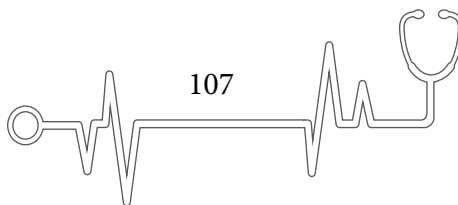






Figura 2 - hanseníase multibacilar; virchowiana - infiltração difusa da face(exuberante nos pavilhões auriculares), máscarose, numerosas pápulas na fronte, bochechas e mento.

### Face leonina (hanseníase)

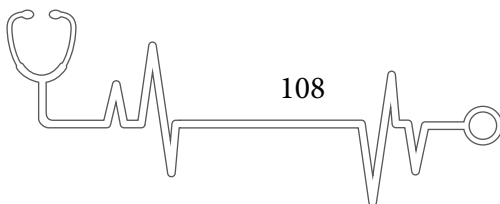
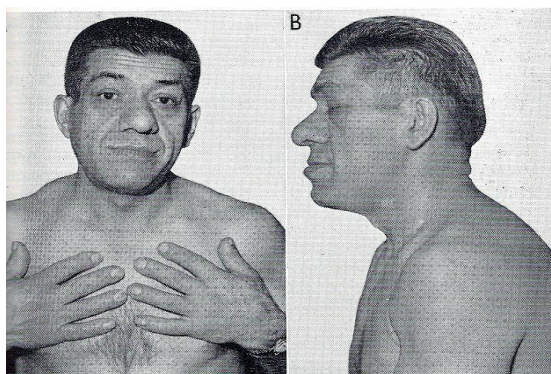
Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



### Face basedowiana (hipertireóidismo)

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Rosto emagrecido, olhos salientes e brilhantes (exoftalmia), presença de bócio.



## Face acromegálica

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

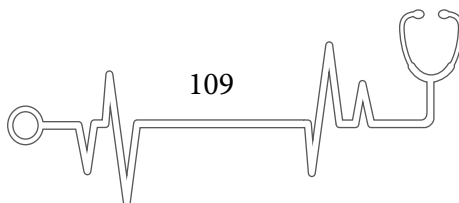
Saliência das maçãs do rosto e das arcadas supra-orbitárias, aumento do maxilar inferior e do tamanho do nariz, orelhas e lábios.



Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

## Face cushingóide ou de lua-cheia (uso de corticóides)

O rosto apresenta-se arredondado, avermelhado, com aumento na quantidade de pelos e com acne. Aparece



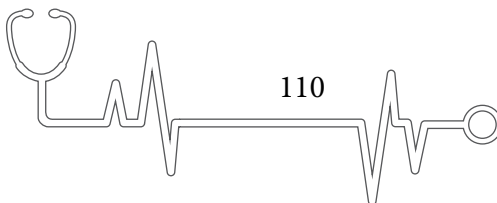
nas alterações endocrinológicas onde existe hipercortisolismo ou é determinada pelo uso de corticosteróides



### **Face mongólica**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Presença de epicanto característico com hipertelorismo, rosto arredondado, boca quase sempre entreaberta.





**Face de depressão**



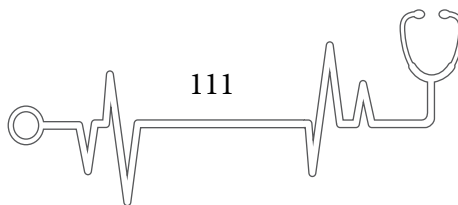
**Face de paralisia facial**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

## **Pele e Mucosa**

- Cor;
- Umidade;
- Temperatura;
- Textura;
- Turgor;
- Presença de Lesões;



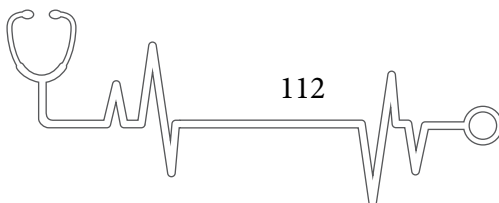
- Edemas.

### **Coloração da Pele**

- Normocorado;
- Hipocorado;
- Hiperemia;
- Icterícia;
- Cianose

### **Umidade da Pele**

- Ressecamento;
- Oleosidade;
- Sudorese.



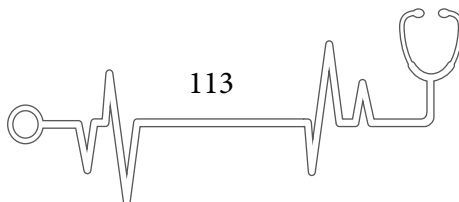
## **Temperatura ao Toque**

Devem ser utilizadas as costas dos dedos para identificação de calor ou frio generalizados da pele ou de quaisquer áreas que estejam avermelhadas, com sinais de inflamação.

## **Textura da Pele**

- Aspereza (hipotireoidismo);
- Turgor.

## **Lesões da Pele: Primárias**





- **Mácula**



- **Mancha**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

## **Alterações circunscritas, planas e impalpáveis da coloração da pele.**

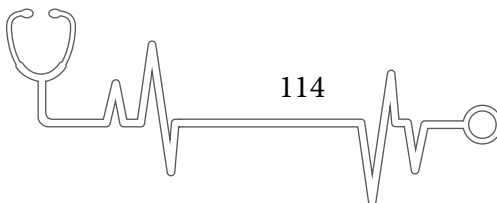


- **Pápula**

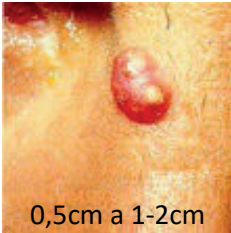


- **Placa**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019



## Massas palpáveis, elevadas e sólidas.



0,5cm a 1-2cm

- **Nódulo**



Maior que 1-2cm

- **Tumor**

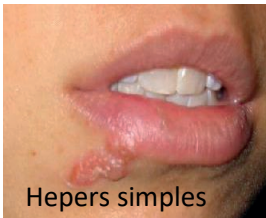


Picada de Mosquito

- **Vergão**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

## Massas palpáveis, elevadas e sólidas



Hepers simples

- **Vesícula**



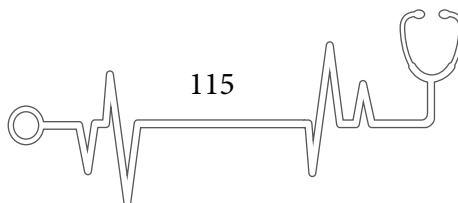
- **Bolha**



Impetigo

- **Pústula**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019





## Massas palpáveis, elevadas e sólidas.

Elevações superficiais e circunscritas da pele formadas por líquidos livre numa cavidade no interior das camadas cutâneas

## Lesões da Pele: Secundárias



- **Erosão**



- **Úlcera**

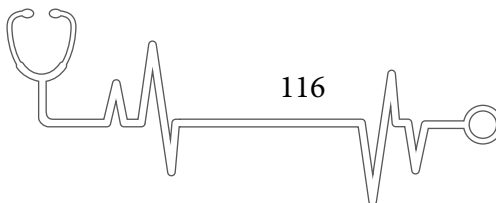
FIGURA 1:  
Úlcera crônica  
no maldolo  
medial, com  
aspecto caracte-  
rístico de  
úlcera venosa



- **Fissura**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

## Perda da superfície cutânea





- **Crosta**

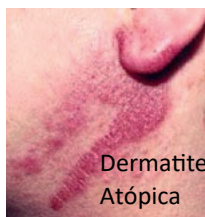


- **Escama**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

## Material sobre a superfície cutânea.

### Lesões Diversas da Pele



- **Liquenificação**

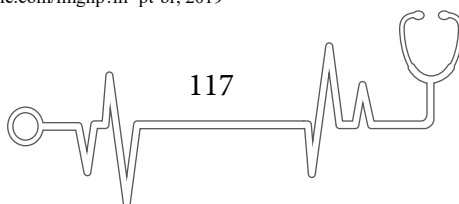


- **Atrofia**



- **Escoriação**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019





● **Cicatriz**



● **Quelóide**



● **Depressão da escabiose**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

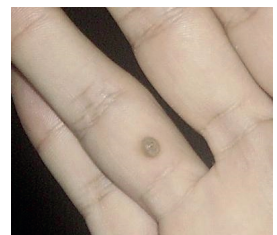
## Outros tipos de Lesões



● **Comedão**

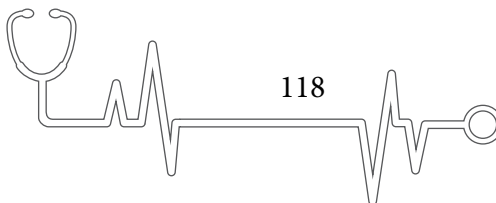


● **Telangiectasia**



● **Nevo**

Fonte: <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>, 2019

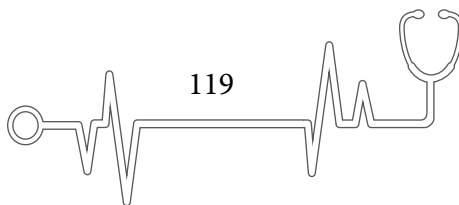


## **Edema**

- Consistência;
- Duração;
- Horário de Aparecimento;
- Inspeção (aumento do volume, desaparecimento das proeminências ósseas, aparecimento de marcas correntes ou roupas ou calçados);
- Palpação (sinal de Godet).

## **Mucosas**

- Coloração;
- Hidratação.

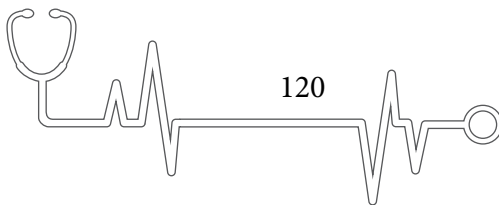


## **Anexos**

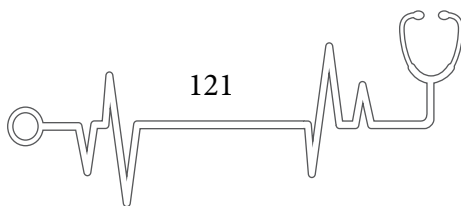
A avaliação da-se por meio da inspeção da distribuição dos pêlos, pois pode estar relacionada à maturidade sexual, idade, bem como a algumas patologias ou uso de medicações. As unhas também são avaliadas por meio da inspeção e geralmente devem ser róseas, lisas e convexas.

## **Considerações Finais**

Realizar com competência a coleta de dados e utilizar os dados obtidos na sua avaliação clínica, num trabalho multiprofissional, poupará ao paciente abordagens desnecessárias e cansativas, preservando o que há de mais nobre no cuidado: o respeito, a consideração e o amor pelo

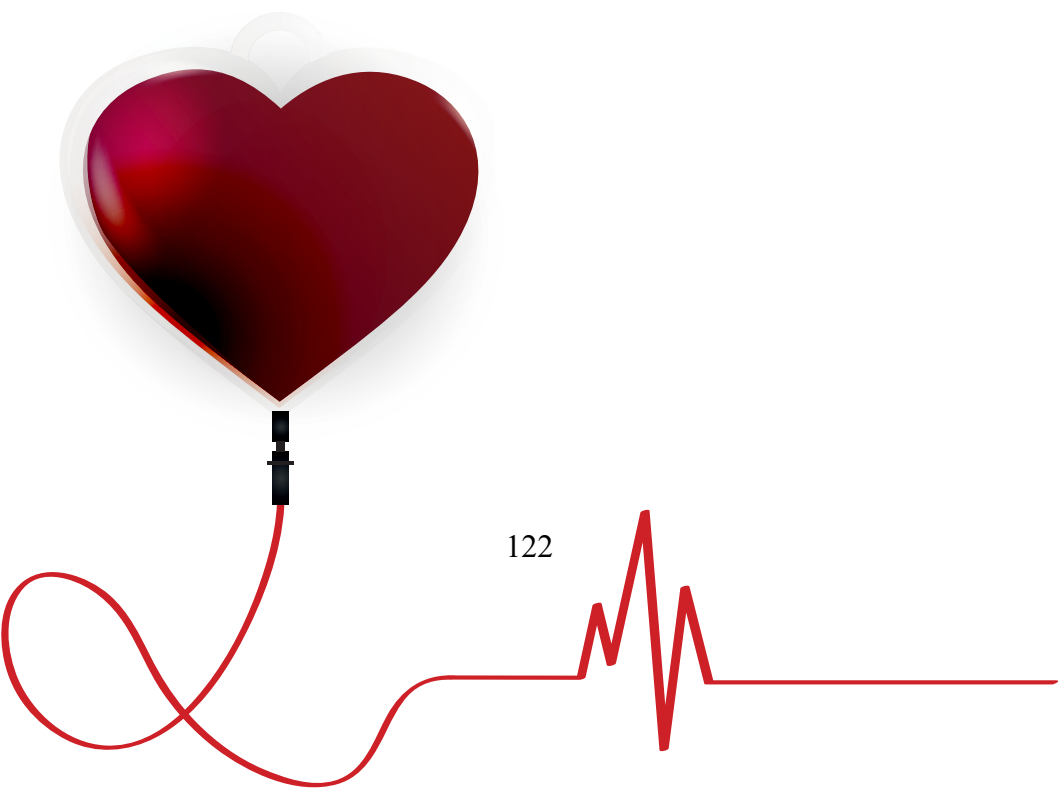


próximo. (BARROS, 2002, p.50)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

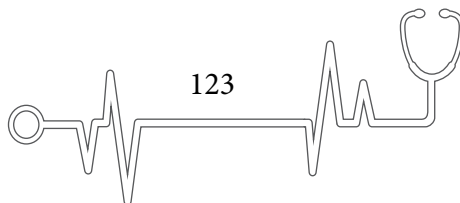


BARROS, A. L. B. L. de. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BICKLEY, L. S. Bates, propedêutica médica essencial: avaliação clínica, anamnese, exame físico. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

CELENO PORTO, C.; LEMOS PORTO, A. Exame clínico: Porto & Porto. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Guia de recomendações para registro de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enferma-

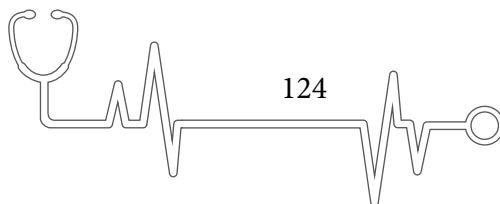




gem. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

JARVIS, C. Guia de exame físico para enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

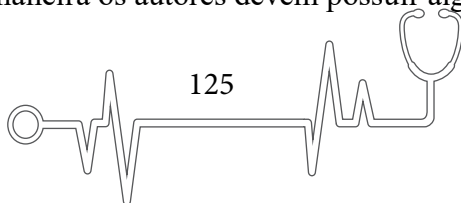
POTTER, P. A.; PERRY, A. G.; STOCKERT, P. A.; HALL, A. M. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.



## *Política e Escopo da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza*



A Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza (EASN) é uma coleção de livros publicados anualmente destinado a pesquisadores das áreas das ciências exatas, saúde e natureza. Nosso objetivo é servir de espaço para divulgação de produção acadêmica temática sobre essas áreas, permitindo o livre acesso e divulgação dos escritos dos autores. O nosso público-alvo para receber as produções são pós-doutores, doutores, mestres e estudantes de pós-graduação. Dessa maneira os autores devem possuir alguma titu-

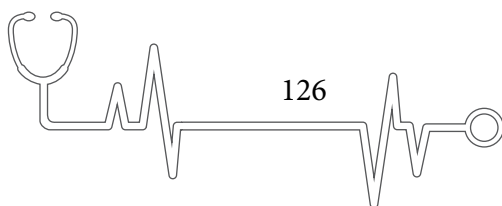


lação citada ou cursar algum curso de pós-graduação. Além disso, a Coleção aceitará a participação em coautoria.

A nossa política de submissão receberá artigos científicos com no mínimo de 5.000 e máximo de 8.000 palavras e resenhas críticas com no mínimo de 5 e máximo de 8 páginas. A EASN irá receber também resumos expandidos entre 2.500 a 3.000 caracteres, acompanhado de título em inglês, abstract e keywords.

O recebimento dos trabalhos se dará pelo fluxo contínuo, sendo publicado por ano 4 volumes dessa coleção. Os trabalhos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

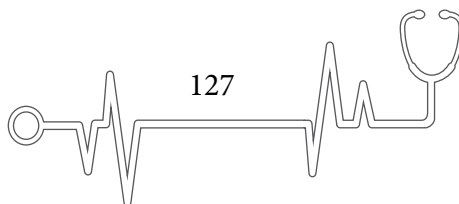
A nossa política de avaliação destina-se a seguir os



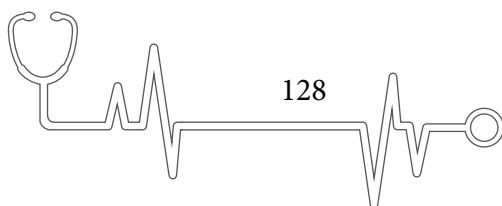
critérios da novidade, discussão fundamentada e revestida de relevante valor teórico - prático, sempre dando preferência ao recebimento de artigos com pesquisas empíricas, não rejeitando as outras abordagens metodológicas.

Dessa forma os artigos serão analisados através do mérito (em que se discutirá se o trabalho se adequa as propostas da coleção) e da formatação (que corresponde a uma avaliação do português e da língua estrangeira utilizada).

O tempo de análise de cada trabalho será em torno de dois meses após o depósito em nosso site. O processo de avaliação do artigo se dá inicialmente na submissão de artigos sem a menção do(s) autor(es) e/ou coautor(es) em nenhum momento durante a fase de submissão eletrônica.



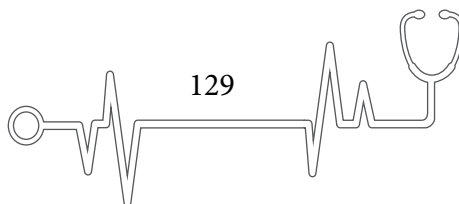
A menção dos dados é feita apenas ao sistema que deixa em oculto o (s) nome(s) do(s) autor(es) ou coautor(es) aos avaliadores, com o objetivo de viabilizar a imparcialidade da avaliação. A escolha do avaliador(a) é feita pelo editor de acordo com a área de formação na graduação e pós-graduação do(a) professor(a) avaliador(a) com a temática a ser abordada pelo(s) autor(es) e/ou coautor(es) do artigo avaliado. Terminada a avaliação sem menção do(s) nome(s) do(s) autor(es) e/ou coautor(es) é enviado pelo(a) avaliador(a) uma carta de aceite, aceite com alteração ou rejeição do artigo enviado a depender do parecer do(a) avaliador(a). A etapa posterior é a elaboração da carta pelo editor com o respectivo parecer do(a) avaliador(a) para o(s) autor(es) e/ou coau-



tor(es). Por fim, se o trabalho for aceito ou aceito com sugestões de modificações, o(s) autor(es) e/ou coautor(es) são comunicados dos respectivos prazos e acréscimo de seu(s) dados(s) bem como qualificação acadêmica.

A nossa coleção de livros também se dedica a publicação de uma obra completa referente a monografias, dissertações ou teses de doutorado.

O público terá terã acesso livre imediato ao conteúdo das obras, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento



# Índice Remissivo



## C

### Corpo

*página 23*

*página 24*

*página 112*

*página 113*

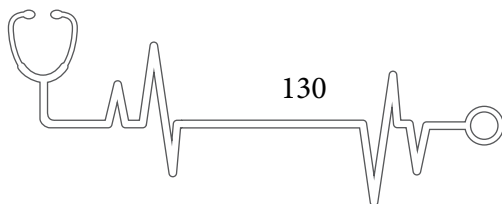
## E

### Enfermeiro

*página 11*

*página 12*

*página 14*



*página 15*

## Exame

*página 5*

*página 61*

*página 98*

*página 123*

## P

### Pacientes

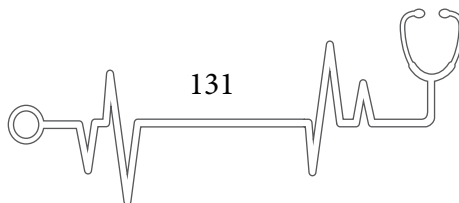
*página 17*

*página 29*

*página 30*

*página 45*

*página 72*





## S

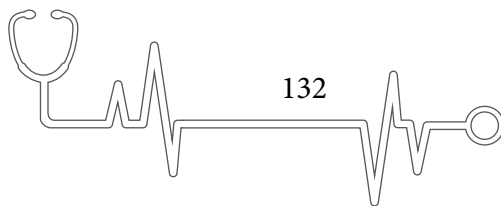
### Saúde

*página 16*

*página 18*

*página 21*

*página 50*



Esta obra apresenta-se como uma fonte de consulta rápida que visa contribuir com o ensino da Semiologia e Semiotécnica da Enfermagem bem como facilitar a aprendizagem dos alunos de enfermagem.



Periodicojs  
EDITORA ACADÊMICA



Gilvânia Smith da Nóbrega Morais

