

## **RESPOSTAS QUESTÕES TEÓRICO-PRÁTICA – Enfermeiro (MANHÃ)**

### **Bloco I**

**I – Elaborar um plano de cuidado e responder questões referentes a condutas necessárias para a realização do mesmo**

Utilizando os termos da Classificação Internacional para à Prática de Enfermagem (CIPE®), responda:

#### **CASO I**

Pré-escolar (3anos) encontra-se internado na clínica pediátrica com história de síndrome nefrótica, desde os seis meses de idade. Procedente do interior do Estado, esta acompanhado de sua genitora, que se encontra angustiada por ter deixado duas crianças em casa e o pai trabalhando durante o dia. Ao exame: está consciente, respondendo a estímulos verbais e sensitivos, eupneica, com creptos em hemitórax E, expansibilidade torácica bilateral, RCR em 2t, normocárdica, bulhas cardíacas hipofonéticas, perfusão periférica diminuída, edema de face escroto e MMII (+++), abdome distendido tenso à palpação superficial, diurese de coloração alaranjada e espumosa, volume do período noturno (100ml). Pele e mucosa hipocoradas (++/4+), MID (terço inferior da perna) hiperemizada, com presença de prurido, turgor e elasticidade alterada em decorrência do edema.

**a) Quais diagnósticos de enfermagem podem ser identificados nesse paciente?**

Volume de Líquido Comprometido (aumentado);

Dispneia ou Padrão respiratório comprometido;

Ferida em MID ou Integridade da pele comprometida;

Rotina familiar alterada (comprometida)

**b) Quais intervenções de enfermagem são necessárias para assistir esse paciente?**

1. Realizar controle da ingestão e excreta de líquidos;
2. Avaliar sinais vitais (P, T, FC, FR);
3. Monitorar sinais de choque (sudorese, palidez cutânea, diminuição da frequência cardíaca e consciência);
4. Pesar a criança diariamente (em jejum)
5. Medir circunferência abdominal diariamente;
6. Avaliar ausculta respiratória;
7. Manter decúbito elevado;
8. Estimular deambulação;
9. Avaliar ferida de MID diariamente;
10. Orientar acompanhante sobre cuidados com a pele
11. Administrar compressa morna 2x ao dia no MID, após redução do edema;
12. Avaliar estresse da cuidadora (mãe);
13. Estimular a cuidadora (mãe) a falar sobre suas angústias;
14. Verificar a possibilidade de troca do cuidador.

**c) Quais orientações podem ser recomendadas à equipe de enfermagem para melhor contribuir com a assistência ao paciente?** Reforçar a importância do balanço hídrico, da verificação dos sinais vitais, do peso e da circunferência abdominal, em decorrência do comprometimento da função renal e da perda de proteína urinária com risco para diminuição do volume circulante e consequentemente choque hipovolêmico;

1. Orientar quanto à necessidade da manutenção do decúbito elevado e avaliação da FR em decorrência do risco de extravasamento de líquido para os alvéolos e comprometimento respiratório;
2. Orientar quanto à importância da compressa morna para aumentar a velocidade e o fluxo sanguíneo no local da lesão, porém após a diminuição do edema, pois, se administrada na presença do edema pode aumentar ainda mais a quantidade de líquido no local;
3. Orientar sobre a necessidade de ouvir as angústias da acompanhante como forma de contribuir para redução do estresse da mesma e, consequentemente, melhorar a relação equipe/família e a qualidade da assistência.

## **II – Considerando as imagens, responda as questões:**

a) Quais cuidados de enfermagem são recomendados na administração dessas medicações?

**Adrenalina**

Monitorar sinais vitais do paciente (FC, P, PA, FR);

1. Avaliar perfusão periférica (retorno venoso e cianose);
2. Avaliar permeabilidade do acesso venoso;
3. Controlar rigorosamente o volume a ser infundido;
4. Manter monitorização cardíaca;
5. Cuidados com diluição (não recomendado diluir com SF 0,9%).

**Insulina regular**

1. Verificar glicemia capilar, informando ao paciente a necessidade da verificação da mesma;
2. Certificar-se qual tipo de insulina será administrado;
3. Verificar a dose a ser administrada;
4. Preparar a dose utilizando técnica asséptica;
5. Aspirar medicação antes da administração;
6. Administrar insulina considerando áreas de rodízio para administração;
7. Orientar o paciente e família quanto à administração da insulina;
8. Orientar o paciente a alimentar-se após administração da insulina.

b) Quais cuidados de enfermagem devem ser realizados em um paciente quando em uso de nutrição parenteral total?

1. Orientar acompanhante e família sobre a terapia;

2. Observar o acesso quanto à presença de sinais flogísticos;
3. Ao receber a NPT conferir rótulo com: prescrição médica, nome do paciente, temperatura, velocidade de infusão e o aspecto geral da solução;
4. Limpar e realizar desinfecção no local de manuseio da NPT;
5. Organizar o material necessário para instalar NPT;
6. Lavar as mãos e retirar material do invólucro, retirar o lacre, proceder a desinfecção da tampa, e conectar o equipo;
7. Efetuar a instalação do NPT, preferencialmente em bomba de infusão ou bureta graduada com equipe;
8. Realizar, uma vez por turno, a desinfecção do sistema com gaze estéril e embebida em álcool à 70%, efetuada no sentido da conexão para o frasco e da conexão para o equipo (área menos contaminada para mais contaminada);
9. Trocar a proteção de gaze das conexões uma vez por turno;
10. Trocar frasco e equipo no máximo a cada 24h;
11. Não perfurar frasco com agulha;
12. Controlar rigorosamente o gotejamento da infusão, caso esteja sendo infundido com bureta graduada; recomenda-se colocar na bureta apenas o volume a ser infundido a cada hora;
13. Anotar o volume infundido a cada turno, bem como o volume desprezado a cada 12h ou 24h;
14. Manter via exclusiva para administração da NPT, não utilizá-la para administração de medicação, coleta de sangue ou infusão de hemoderivados;
15. Verificar temperatura do paciente de 4/4h;
16. Verificar glicosúria para avaliar tolerância do organismo a glicose;
17. Verificar glicemia uma vez por turno, na primeira semana, nas subsequentes, a verificação poderá ser espaçada para 24h ou 48h;
18. Verificar densidade da urina uma vez por turno;
19. Quando houver prescrição de gluconato de cálcio, administrá-lo lentamente na proporção de 1mL/minuto, sob monitoramento cardíaco, em vaso permeável;
20. Umedecer o lábio do paciente a cada 2h para evitar ressecamento;
21. Realizar higiene oral ao menos uma vez a cada turno;
22. Realizar controle rigoroso da diurese;
23. Monitorar sinais vitais;
24. Observar as condições gerais do paciente no intuito de identificar sinais de: desidratação, septicemia, sangramento, irritabilidade.

c) Descreva com detalhes as características da lesão para evolução do paciente.

**Descrição mínima:** localização; tamanho; profundidade; bordas; quantidade e característica de exsudato.

Lesão em aproximadamente 2/3 do membro inferior, na região lateral externa e anterior da perna, com perda de tecido (derme), apresentando áreas com esfacelos em toda a sua extensão, bordas regulares e aderidas com tecido de cicatrização; região superior da lesão com descamação, hiperemia e presença de crosta; área perilesão com microlesões; região inferior próximo ao pé com presença de hiperemia e descamação e crostas;

d) Quais intervenções de enfermagem são realizadas no pós-operatório imediato?

1. Receber e posicionar o paciente para estimular conforto, segurança e expansão pulmonar;
2. Avaliar a respiração e administrar o oxigênio suplementar, quando prescrito;
3. Monitorar os sinais vitais e observar o calor, a umidade e coloração da pele;
4. Avaliar o sítio cirúrgico e os sistemas de drenagem de ferida, conectar todos os tubos de drenagem à gravidade ou succão, conforme indicado e monitorar os sistemas de drenagem fechado;
5. Avaliar o nível de consciência, orientação e capacidade de mover os membros;
6. Avaliar o nível de dor, características da dor (localização, qualidade) e adequação, tipo e via de administração da última dose de analgésico;
7. Administrar os analgésicos conforme a prescrição e avaliar sua eficácia no alívio da dor;
8. Colocar o interruptor de chamada, cuba rim, cubos de gelo - quando permitidos, e comadre, ou urinol, ao alcance do paciente;
9. Avaliar os acessos venosos quanto à permeabilidade, bem como as infusões quanto à velocidade e solução correta;
10. Avaliar o débito urinário no sistema de drenagem fechado ou a vontade para urinar do paciente e distensão vesical;
11. Reforçar a necessidade de começar os exercícios de respiração profunda e dos membros inferiores;
12. Fornecer informações ao paciente e à família.

### **III – Enquanto enfermeiro do serviço e considerando as situações, responda:**

Quais orientações, modificações e/ou cuidados de enfermagem devem ser realizados em cada uma das situações?

#### **Grupo A**

##### **Situação 01**

Paciente adulto com prescrição de sonda para drenagem

Trocá material necessário para a realização do procedimento (sonda nasoenteral por nasogástrica de grosso calibre);

Incluir estetoscópio na bandeja;

*Cuidados com a inserção da sonda:*

1. Lavar as mãos;
2. Avaliar o cliente para necessidade da sonda e explicar o procedimento;

3. Fechar narina alternadamente e pedir ao cliente que respire;
4. Avaliar o reflexo de vômito;
5. Inspecionar as narinas quanto à irritação ou à obstrução;
6. Rever a história clínica sobre problemas nasais e risco de aspiração;
7. Rever prescrição médica para o tipo de sonda;
8. Lavar as mãos e reunir o material;
9. Ajudar o cliente a ficar na posição de Fowler alta;
10. Colocar a toalha/lençol/ou cuba rim sobre o tórax;
11. Calçar as luvas de procedimento;
12. Determinar o comprimento da sonda a ser inserida e marcar com esparadrapo (medir a distância desde a extremidade do nariz até a orelha e do nariz até o processo xifoide do esterno);
13. Lubrificar a sonda;
14. Introduzir a sonda através da narina até a parte posterior da faringe (nasofaringe posterior), direcionando-a para trás e para baixo;
15. Flexionar a cabeça do cliente no sentido do tórax, depois que a sonda houver ultrapassado a nasofaringe;
16. Avançar a sonda cada vez que o cliente engolir, até que o comprimento desejado tenha sido introduzido. Não forçar a sonda. Quando se encontra resistência ou o cliente começa a tossir, sufocar-se, ou ficar cianótico, interromper a progressão da sonda e puxá-la para trás;
17. Realizar as medidas para verificar o posicionamento da sonda;
18. Injetar 20 mL de ar na sonda e auscultar com estetoscópio, aspirar o conteúdo GI com uma seringa, mergulhar a sonda em água para verificar a presença de bolhas.
19. Fixar a sonda;
20. Descartar material, retirar as luvas, e lavar as mãos;
21. Inspecionar o nariz e a orofaringe para verificar presença de irritação, depois da introdução, e perguntar se o cliente se sente confortável;
22. Observar o paciente para identificar dificuldade respiratória ou vômito e fazer o registro do procedimento.

## Situação 02

Paciente com sonda vesical de demora (2vias)

Realizar ou orientar a equipe quanto ao esvaziamento da bolsa coletora;

Orientar a equipe quanto ao tempo e à quantidade de líquido para o esvaziamento adequado da bolsa coletora;

Orientar quanto à troca do sistema fechado (bolsa em contato com o chão).

### *Cuidados com o esvaziamento*

1. Orientar a equipe que as bolsas de drenagem urinária podem comportar até 1000 a 1500 mL de urina;

2. Manter a bolsa coletora pendurada na estrutura do leito, sem tocar o chão;
3. Nunca pendurar a bolsa na grade, pois pode accidentalmente ser elevada acima do nível da bexiga, podendo ocorrer o risco da urina fluir de volta para dentro bexiga ocasionando infecção;
4. Manter o sistema de drenagem permeável, verificar presença de dobras ou curvaturas no circuito da bolsa;
5. Não posicionar o cliente sobre esse circuito;
6. Observar coágulos ou sedimentos que possam ocluir o tubo coletor;
7. Manter o dispositivo da bolsa coletora sempre clampeado, exceto durante o esvaziamento;
8. Clamppear a parte superior do tubo antes de abrir a inferior, caso não tenha válvula antirefluxo;
9. Sempre usar luva de procedimento antes de iniciar o esvaziamento;
10. Ao final desprezar material, lavar as mãos e registrar procedimento e características da urina.

### **Situação 03**

Paciente pediátrico (escolar) em uso de máscara de Venturi (prescrição de O<sub>2</sub> à 50%)

1. Descer grade antes da realização da avaliação;
2. Trocar copo do umidificador e colocar data;
3. Modificar fluxômetro para 15 L/min (valor recomendado para máscara a 50%);
4. Manter o volume de líquido do umidificador com quantidade adequada;
5. Instalar oxímetro de pulso com dispositivo adequado à idade da criança;
6. Trocar válvula da máscara para válvula de 50%;
7. Trocar máscara para uma adequada ao tamanho da criança;
8. Providenciar oxímetro de pulso.

## QUESTÕES TEÓRICO-PRÁTICA – Enfermeiro (TARDE)

### Bloco I

**I – Elaborar um plano de cuidado e responder questões referentes a condutas necessárias para a realização do mesmo**

Utilizando os termos da Classificação Internacional para à Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), responda:

### CASO II

Paciente com 75 anos, admitido no SPA , em cadeira de rodas, acompanhado de sua esposa. Diabético, hipertenso. Há dois meses, realizou amputação do hálux esquerdo. Faz uso de insulinoterapia. Sua esposa relata que “ele tem ficado muito tempo na cama e não come direito já faz uns 15 dias”. Hoje, ao acordar, percebeu que seu esposo estava muito sonolento e que tinha “suado” bastante à noite. Ao exame: paciente encontra-se torporoso, com tremores, apresentando pele fria, sudorese. Eupneico, murmurios vesiculares presentes, RCR em 2T, perfusão periférica diminuída; abdome flácido e indolor à palpação superficial, pele corporal ressecada com discreta hiperemia na região sacra. MID apresentando lesão no terço médio da perna de odor fétido com secreção purulenta. Eliminações vesicais e intestinais presentes sem alterações (SIC).

**a) Quais diagnósticos de enfermagem podem ser identificados nesse paciente?**

- Consciência comprometida/ Glicemias alteradas;
- Ferida infectada em MID;
- Risco para ferida em região sacra;
- Falta de adesão ao tratamento.

**b) Quais intervenções de enfermagem são necessárias para assistir esse paciente?**

- Avaliar sinais vitais (T, P, R, PA) de 4/4h ou de 6/6h;
- Verificar glicemias capilares;
- Monitorizar valores de glicemias capilares;
- Avaliar aceitação da dieta;
- Avaliar aspecto e coloração da pele;
- Orientar e/ou realizar mudança de decúbito;
- Orientar e /ou auxiliar a deambulação;
- Verificar locais de pressão óssea;
- Realizar massagens para ativar circulação na região sacra, nas costas e em áreas de pressão;
- Avaliar presença de pulso periférico;
- Avaliar ferida diariamente;
- Trocá-lo curativo utilizando técnica asséptica, registrando a troca;
- Avaliar e registrar aspecto da secreção;
- Colher material para cultura;
- Orientar a família quanto à importância da dieta;
- Verificar o uso da insulina (forma de aplicação; intervalos de administração e dose);

Orientar quanto aos cuidados com a pele e os pés.

**c) Quais orientações podem ser recomendadas à equipe de enfermagem para melhor contribuir com a assistência ao paciente?**

1. Orientar a equipe quanto à necessidade de avaliar rigorosamente os sinais vitais (T, P, R, PA) de 4/4h ou de 6/6h (no intuito de detectar precocemente alterações decorrentes do agravamento do processo infeccioso);
2. Verificar glicemia capilar; monitorizar valores de glicemia capilar e avaliar aceitação da dieta a fim de avaliar os parâmetros dos níveis de glicemia, no intuito de prevenir ou controlar coma diabético e os níveis glicêmicos, minimizando os riscos de lesão cerebral.
3. Orientar quanto à: avaliação do aspecto e coloração da pele, mudança de decúbito, verificação dos locais de pressão óssea e à realização de massagens a fim de prevenir formação de lesões em outras regiões do corpo, ativar a circulação permitindo melhor oxigenação da área hiperemizada.
4. Orientar a equipe quanto à necessidade de conversar com a família sobre à importância da dieta, do uso adequado da insulina e cuidados com a pele e os pés, para evitar o agravamento do quadro e prevenir complicações.

**II – Considerando as imagens, responda às questões:**

a) Quais cuidados de enfermagem são recomendados na administração dessas medicações?

Dopamina

1. Monitorar sinais vitais do paciente (FC, FR, P, PA);
2. Medir volume urinário;
3. Avaliar permeabilidade do acesso venoso, para evitar extravasamento da medicação;
4. Controlar rigorosamente o volume a ser infundido;
5. Não administrar em acesso por veia umbilical.

Insulina NPH

1. Verificar glicemia capilar, informando ao paciente a necessidade da verificação da mesma;
2. Certificar-se qual tipo de insulina será administrado;
3. Verificar a dose a ser administrada;
4. Preparar a dose utilizando técnica asséptica;
5. Aspirar medicação antes da administração;
6. Administrar insulina considerando áreas de rodízio para administração;
7. Orientar o paciente e família quanto à administração da insulina;
8. Orientar o paciente a comunicar qualquer sintoma (tontura, vertigem).

b) Quais cuidados de enfermagem devem ser realizados a um paciente quando em uso de dreno torácico?

1. Realizar a troca do líquido do frasco a cada 24h ou quando a quantidade de líquido no interior do frasco estiver interferindo na drenagem;
2. Manter sempre o frasco coletor em nível abaixo do paciente;
3. Pinçar o dreno quando: houver vazamento do sistema, na retirada do paciente do leito; esse pinçamento deve ser sempre por períodos curtos;
4. Trocar o curativo da inserção do dreno a cada 24h com SF à 0,9% e material necessário para curativo;
5. Avaliar constantemente a presença de oscilações de líquido no interior do frasco, caso não haja oscilação, observar se não há obstrução do dreno ou das conexões;
6. Observar as características da drenagem e registrar, a cada turno e nas trocas dos frascos, o volume drenado;
7. Proceder à massagem do dreno (tipo ordenha, no sentido da inserção do dreno para o frasco) no mínimo a cada 6h;
8. Observar o aparecimento de edema subcutâneo por meio da palpação e avaliar a expansão do hemitórax drenado;
9. Administrar analgésico quando necessário;
10. Manter dreno fixado na pele do paciente e no leito para evitar tração;
11. Realizar exercícios ativos e orientar os exercícios passivos com o ombro do lado do dreno e movimentar o paciente com frequência (mudar decúbito, estimular movimentos do braço e ombro no leito e movimentos respiratórios);
12. Manter o paciente com decúbito elevado, para facilitar a drenagem;
13. Avaliar sinais respiratórios, como cianose, freqüência respiratória, ritmo e tipo de respiração, características da secreção drenada;
14. Comunicar alterações.

**c) Descreva com detalhes as características da lesão para evolução do paciente.**

**Descrição mínima:** localização; tamanho; profundidade; bordas; quantidade e característica de exsudato.

Úlcera por pressão em região sacra, apresentando bordas regulares, aderida ao leito da ferida, exceto entre as 10 e 12 horas devido à presença de loca ou túnel, presença de tecido de granulação e tecido de granulação não viável em cerca de 60%, área perilesional íntegra em cerca de 90%, com presença de microlesões (entre 5 e 9 horas), presença de esfacelos em pequena quantidade.

**d) Quais os principais riscos de um paciente em transoperatório?**

1. Reações Alérgicas;
2. Arritmias cardíacas devido ao distúrbio eletrolítico ou efeitos adversos dos agentes anestésicos;
3. Depressão miocárdica, bradicardia e colapso circulatório;
4. Agitação do sistema nervoso central, convulsão e parada respiratória;
5. Sedação excessiva ou deficiência;

6. Agitação ou desorientação, principalmente nos pacientes idosos;
7. Hipoxemia devido à hipoventilação e suporte respiratório inadequado durante a anestesia;
8. Trauma laríngeo, oral e dentes quebrados com intubação difícil;
9. Hipotermia devido à temperatura fria na sala de cirurgia, exposição de cavidades corporais e termorregulação prejudicada secundária aos agentes anestésicos;
10. Hipotensão resultante da perda sanguínea ou efeito adverso da anestesia;
11. Infecção;
12. Trombose por compressão ou estase dos vasos sanguíneos;
13. Hipertermia maligna secundária ao efeito adverso da anestesia;
14. Lesão nervosa, ruptura cutânea decorrente do posicionamento prolongado ou inadequado;
15. Queimaduras ou choques elétricos;
16. Intoxicação medicamentosa.

**III – Enquanto enfermeiro do serviço e considerando as situações e o ambiente, responda:**

- a) Quais orientações, modificações e/ou cuidados de enfermagem devem ser realizados em cada uma das situações?

**Grupo B**

**Situação 01**

Paciente adulto com sonda nasoentérica

Identificar sonda fora da marcação;

Solicitar a realização de teste (raio-x) para verificar localização adequada da sonda antes de alimentar o paciente;

Suspender dieta do horário;

Manter paciente com decúbito elevado.

*Cuidados com a administração da dieta*

1. Auscultar a peristalse antes da dieta;
2. Verificar a prescrição médica para fórmula, velocidade e frequência;
3. Informar o procedimento ao cliente;
4. Lavar as mãos;
5. Verificar se a dieta está na temperatura ambiente;
6. Colocar o cliente na posição de semi Fowler ou Fowler;
7. Conferir posicionamento da sonda;
8. Homogeneizar a dieta;
9. Colocar frasco com a dieta no suporte;
10. Conectar a extremidade distal do equipo na extremidade distal da sonda de alimentação;
11. Lavar a sonda com água após término da dieta;

12. Permanecer o paciente na posição pelo menos por 30 minutos após término da alimentação;
13. Não esquecer de administrar água no intervalos da dieta;
14. Tampar ou pinçar a extremidade distal da sonda quando não estiver alimentando.

### **Situação 02 FEMININO**

Paciente adulto com prescrição de sonda de alívio

Retirar da bandeja material desnecessário a realização do procedimento (bolsa coletora e água

destilada);

Colocar um par de luva estéril;

Ver data do material.

*Cuidados com a inserção da sonda*

1. Avaliar o estado do cliente;
2. Rever a prescrição médica e as evoluções de enfermagem;
3. Avaliar o conhecimento da cliente sobre o propósito do cateterismo e explicar o procedimento;
4. Providenciar profissionais auxiliares se necessário;
5. Lavar as mãos;
6. Fechar cortina ou porta, ou usar um biombo;
7. Levantar a grade lateral no lado oposto do leito;
8. Posicionar a cliente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados;
9. Expor a cliente apenas o necessário;
10. Fazer higiene íntima da cliente, usando luvas de procedimento;
11. Descartar luvas de procedimento e lavar as mãos;
12. Abrir o pacote de cateterismo utilizando técnica asséptica (dispor material necessário no campo);
13. Calçar luvas esterilizadas;
14. Organizar os suprimentos sobre o campo estéril. Solicitar que abram a sonda de alívio sobre o campo, derramar a solução antisséptica no compartimento correto e abrir lubrificante;
15. Realizar antisepsia: limpar grandes lábios externamente e internamente e pequenos lábios externos e internos e depois desde o clitóris no sentido do ânus, usando gazes diferentes para cada área e em sentido único;
16. Colocar campo fenestrado estéril;
17. Lubrificar a sonda de 2,5 a 5 cm e introduzir;
18. Após drenar urina, retirar a sonda;
19. Descartar material, retirar as luvas, e lavar as mãos;
20. Observar a cliente, e fazer o registro do procedimento.

### **Situação 03**

Paciente pediátrico (escolar) com IV por bomba de infusão

1. Verificar o rótulo de soro e trocar substância;
2. Reprogramar tempo da bomba de infusão;
3. Trocar equipo da bomba de infusão;
4. Abrir regulador do equipo;
5. Realizar troca do acesso venoso;
6. Elevar grade do berço após avaliação.