

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA
DISCIPLINA: FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM
2017**

Roteiro

Unidade: Promoção e manutenção das necessidades básicas de saúde e avaliação da capacidade de autocuidado.

Procedimentos: Verificação da temperatura axilar.

Objetivos: Avaliar a temperatura corporal do paciente, auxiliar no diagnóstico de diferentes problemas de saúde, avaliar efeitos da terapia medicamentosa adotada. Os parâmetros de normalidade são: 36^oC a 38^oC (POTTER; PERRY, 2009).

Materiais: Bandeja, termômetro clínico digital, bolas de algodão, álcool a 70%, toalha de papel.

Descrição do procedimento:

1. Realizar higienização das mãos.
2. Preparar o material em uma bandeja e transportá-lo até o paciente.
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento.
4. Orientar o paciente a permanecer sentado ou deitado confortavelmente, auxiliando-o ou posicionando-o se necessário.
5. Proceder à secagem das axilas com papel toalha quando necessário.
6. Realizar desinfecção do termômetro com bolas de algodão embebidas em álcool a 70%, realizando movimentos unidirecionais no sentido da haste para o bulbo por três vezes consecutivas, desprezando posteriormente o algodão no lixo infectante.
7. Ligar o termômetro. Solicitar que o paciente levante o braço e colocar o bulbo do termômetro no centro da axila.
8. Solicitar que o paciente abaixe o braço, flexione o antebraço e o apoie sobre o tórax.

9. Aguardar o tempo necessário conforme recomendação do fabricante.
10. Segurar o termômetro pela haste, levantar o braço do paciente e retirar o termômetro.
11. Solicitar que o paciente abaixe o braço, mantendo-o em posição de conforto.
12. Realizar a leitura da temperatura registrada no termômetro, segurando-o pela haste.
13. Realizar desinfecção do termômetro conforme mencionado anteriormente.
14. Recompor a unidade.
15. Realizar higienização das mãos.
16. Registrar o procedimento realizado no prontuário de saúde.

Anotação de enfermagem

Data/hora. Verificado T axilar = 37,2°C, paciente sentado, em membro superior direito. Nome do profissional, EERP-USP, nº COREN-SP.

Bibliografia consultada:

1. TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LeMONE, P. Fundamentos de Enfermagem. A arte e a ciência do cuidado de enfermagem. Artmed, 5º ed, 2007.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 7º. Ed, 2009.

Elaboração/revisão: Docentes da Área de Fundamentos de Enfermagem e Enfermeiras/ Especialistas em Laboratório do DEGE.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA
DISCIPLINA: FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM
2017

Roteiro

Unidade: Promoção e manutenção das necessidades básicas de saúde e avaliação da capacidade de autocuidado.

Procedimentos: Verificação da frequência respiratória (FR).

Objetivos: Avaliar o padrão respiratório do paciente, auxiliar no diagnóstico de diferentes problemas de saúde. Os parâmetros de normalidade são: 12 a 20 mov/min (POTTER; PERRY, 2009).

Material: Relógio com ponteiro de segundos.

Descrição do procedimento:

1. Realizar higienização das mãos.
2. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento (ver observação no final).
3. Posicionar o paciente confortavelmente, sentado ou deitado com a cabeceira do leito elevada de 45 a 60°.
4. Iniciar a verificação da frequência respiratória por 60 segundos, considerando para cada inspiração e expiração um movimento respiratório.
5. Observar a frequência da respiração (nº de movimentos respiratórios/ 60 segundos), o ritmo (regular ou irregular), a profundidade (superficial, normal ou profunda), o tipo (torácica, tóraco-abdominal ou abdominal) e a simetria torácica (simétrica ou assimétrica) durante os movimentos respiratórios.
6. Realizar higienização das mãos.
7. Registrar o valor da frequência respiratória e suas características no prontuário de saúde.

Observação: Para evitar que o paciente altere voluntariamente o seu padrão respiratório, pode-se avaliar a frequência respiratória após a verificação do pulso, mantendo-se a palpação arterial e sem explicitar que a verificação do padrão respiratório está sendo realizada.

Anotação de enfermagem

Data/hora. Verificado FR = 18 mov/min, regular, profunda, abdominal e simétrica, paciente sentado. Nome do profissional, EERP-USP, nº COREN-SP.

Bibliografia consultada:

1. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 7ª. Ed, 2009.
2. PORTO, C. C. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Elaboração/revisão: Docentes da Área de Fundamentos de Enfermagem e Enfermeiras/ Especialistas em Laboratório do DEGE.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA
DISCIPLINA: FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM
2017

Roteiro

Unidade: Promoção e manutenção das necessidades básicas de saúde e avaliação da capacidade de autocuidado.

Procedimentos: Verificação do pulso radial.

Objetivos: Avaliar as características do pulso periférico, auxiliar no diagnóstico de diferentes problemas de saúde. Os parâmetros de normalidade são: 60 a 100 bat/min (POTTER; PERRY, 2009).

Material: Relógio com ponteiro de segundos

Descrição do procedimento:

1. Realizar higienização das mãos.
2. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento.
3. Posicionar o paciente deitado ou sentado confortavelmente com o membro superior apoiado e a palma da mão voltada para baixo.
4. Palpar a artéria radial com a polpa digital dos dedos indicador e médio realizando uma leve compressão.
5. Iniciar a contagem da frequência do pulso, mantendo a compressão sobre a artéria por 60 segundos, olhando para o relógio.
6. Avaliar as características do pulso: frequência (nº de batimentos em 60 segundos), ritmo (rítmico ou arritmico) e amplitude/força (forte ou fraco).
7. Realizar higienização das mãos.
8. Registrar as características do pulso periférico no prontuário de saúde.

Anotação de enfermagem

Data/hora. Verificado P radial direito = 82bat/min, rítmico, forte, paciente sentado.

Nome do profissional, EERP-USP, nº COREN-SP.

Bibliografia consultada:

1. POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 7ª. Ed, 2009.

Elaboração/revisão: Docentes da Área de Fundamentos de Enfermagem e Enfermeiras/ Especialistas em Laboratório do DEGE.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA
DISCIPLINA: FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM
2017

Roteiro

Unidade: Promoção e manutenção das necessidades básicas de saúde e avaliação da capacidade de autocuidado.

Procedimentos: Verificação da pressão arterial.

Objetivos: Aferir a pressão arterial do paciente, auxiliar no diagnóstico de diferentes problemas de saúde, avaliar efeitos da terapia medicamentosa adotada. A classificação da pressão arterial segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) são:

Quadro – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.

Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Materiais: Bandeja, estetoscópio, esfigmomanômetro, fita métrica, bolas de algodão, álcool a 70%.

Descrição do procedimento:

1. Realizar higienização das mãos.
2. Preparar o material em uma bandeja e levá-lo até o paciente.
3. Apresentar-se ao paciente e explicar o procedimento. Deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o

procedimento.

4. Certificar-se de que o paciente não:

- Está com a bexiga cheia;
- Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- Ingeriu bebidas alcoólicas e café;
- Fumou nos 30 minutos anteriores;

5. Posicionar o paciente sentado, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

6. Realizar desinfecção das olivas, do diafragma e da campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%.

7. Realizar verificação da circunferência braquial (CB) do paciente: traçar uma linha entre o acrômio e o olécrano, identificar o ponto médio e medir a CB.

8. A largura do manguito deve corresponder 40% da CB e envolver pelo menos 80% do braço, certificando-se quanto ao tamanho ideal do manguito.

9. Dobrar o manguito ao meio, localizando sua porção central.

10. Envolver a braçadeira confortavelmente em torno do braço do paciente, colocando a porção central do manguito sobre a artéria braquial, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa anticubital.

11. Posicionar o manômetro de modo que os valores de medida sejam visualizados claramente.

12. Localizar e palpar a artéria radial do paciente.

13. Fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito até o desaparecimento do pulso radial, identificando assim o valor estimado da pressão sistólica do paciente.

14. Desinsuflar rapidamente o manguito e aguardar de 15 a 30 segundos para insuflá-lo novamente.

15. Posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial, aplicando leve pressão.

16. Insuflar o manguito 20 a 30 mmHg acima do valor estimado da pressão sistólica.

17. Desinsuflar o manguito lentamente, 2 mmHg por segundo, olhando para o manômetro.

18. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é, em geral, fraco seguido de batidas regulares, e, após, aumentar

ligeiramente a velocidade de deflação.

19. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.

20. Desinsuflar totalmente o manguito e retirar a braçadeira e o estetoscópio do membro do paciente.

21. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff). Anotar valores da sistólica/diastólica/zero.

22. Realizar a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%.

23. Recompor a unidade.

24. Realizar higienização das mãos.

25. Informar os valores da pressão arterial ao paciente.

26. Registrar o procedimento realizado no prontuário de saúde, os valores da pressão sistólica e diastólica, como também o membro (superior ou inferior direito e esquerdo), a posição do paciente (sentado, deitado ou em pé), valor da CB e o tamanho do manguito utilizado. Anotar os valores exatos sem “arredondamentos”.

Anotação de enfermagem

Data/hora. Verificado PA = 126 x 82 mmHg no membro superior direito, paciente sentado, CB=30cm e utilizado manguito de 12 cm de largura. Nome do profissional, EERP-USP, nº COREN-SP.

Bibliografia consultada:

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.

Elaboração/revisão: Docentes da Área de Fundamentos de Enfermagem e Enfermeiras/ Especialistas em Laboratório do DEGE.