

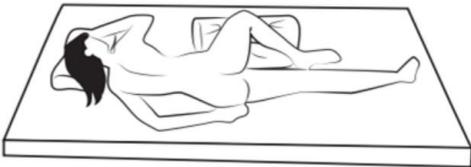
Mentoria Ebserh

Exame Físico e Higiene

1. (EBSERH/UFMA/2021) A posição PRONA determina descompressão e reexpansão alveolar dos segmentos dorsais, que são as áreas de maior atelectasia e edema durante o tratamento convencional da Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), sendo assim temos como as complicações decorrentes dessa posição:

- Lesão por pressão nos trocânteres, lesão nos nervos ciáticos e ulnar, broncoaspiração por compressão do tubo orotraqueal.
- Lesão por pressão nos olhos, pálpebras e língua, extubação acidental, hipoxemia por dobra acidental do tubo orotraqueal.
- Lesão por pressão nos lobos auriculares e região occipital, lesão em nervo tendíneo e ulnar, extubação acidental, hemorragia por desconexão acidental das linhas de infusão venosa.
- Lesão por pressão em maléolos, lesão do nervo pudendo e tendinoso, hipotensão por oclusão ou desconexão das linhas de infusão venosa.
- Lesão por pressão na língua e lobos auriculares, extubação acidental, lesão de nervo ulnar, pneumotórax por compressão de tubo orotraqueal.

2. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Certos exames e procedimentos terapêuticos requerem o posicionamento da pessoa de forma adequada.



Assinale a alternativa que corresponde à posição ilustrada e a uma das suas indicações.

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| a) Decúbito lateral/Exame físico. | d) Sims/Lavagem intestinal. |
| b) Dorsal/Esvaziamento gástrico. | e) Litotômica/Cirurgia pélvica. |
| c) Genupeitoral/Expansão pulmonar. | |

(EBSERH/CESPE/2018) Mariana, com setenta e seis anos de idade, apresenta, em atendimento hospitalar de emergência, forte dor precordial, em aperto, contínua, com irradiação para o pescoço, e leve tontura — segundo a paciente, há cerca de 30 min. Ela tem história de hipertensão arterial crônica e vem sendo acompanhada regularmente por seu cardiologista. No exame, Mariana encontra-se dispneica, agitada, com PA de 190 mmHg × 130 mmHg e oximetria de pulso em 92%.

Acerca desse caso clínico, julgue o item a seguir.

3. No serviço de emergência, Mariana deverá ser mantida em posição de Trendelenburg e ser tranquilizada.

() CERTO () ERRADO

4. **(EBSERH/AOCP/2015)** Paciente, 73 anos, sexo masculino, é levado ao serviço de emergência com queixa de dispneia/sufoco de início súbito enquanto assistia televisão, mas refere que já havia apresentado episódios de cansaço e falta de ar. Apresenta taquipneia (30/min), respiração acentuada, com discreta cianose perioral, ansiedade, pressão arterial = 180/120 mmHg, frequência cardíaca = 110/minuto. A ausculta pulmonar revela estertores crepitantes bilaterais. O paciente foi diagnosticado com edema agudo de pulmão (EAP), medicado e segue consciente, em observação. A prescrição de enfermagem para o adequado posicionamento desse paciente é

- a) trendelenburg, sempre que possível, com membros inferiores fletidos.
- b) decúbito ventral com membros inferiores estendidos.
- c) decúbito dorsal com cabeceira a, no máximo, 30° de elevação e sempre com membros inferiores elevados.
- d) decúbito dorsal, com cabeceira elevada, na posição sentada e, sempre que possível, membros inferiores pendentes.
- e) decúbito lateral esquerdo com membros inferiores fletidos.

5. **(TRT 23ª Região/FCC/2022)** Em uma consulta, o médico solicita ao Técnico de Enfermagem que prepare o paciente para a realização do exame de toque retal. Para a realização desse exame o paciente deve ser colocado na posição

- a) de trendelenburg invertida.
- b) genupeitoral.
- c) de fowler.
- d) de kraske.
- e) de kraske.

6. **(EBSERH/AOCP/2017)** O Exame Físico consiste no levantamento de condições globais do cliente para buscar informações para subsidiar a assistência. Sobre as técnicas utilizadas no exame físico e os possíveis achados, assinale a alternativa correta.

- a) Deve ser realizado sempre no sentido cefalo-podal, independente da situação ou paciente.
- b) No exame do pescoço, é necessário atentar-se para contraturas, glândula tireoide e linfonodos palpáveis.
- c) Na avaliação da cabeça e pescoço, utilizam-se as técnicas de inspeção e percussão.
- d) Durante a ausculta pulmonar, é possível auscultar sons normais como os ruídos adventícios e também sons anormais como os murmúrios vesiculares que se dividem basicamente em: sibilos, estertores creptantes, roncocal e atrito pleural.
- e) No exame físico do abdômen, é necessário realizar primeiramente a percussão, pois a realização da ausculta e a palpação podem interferir nos sons observados.

7. (EBSERH/AOCP/2015) Paciente que está internado na UTI em VM (ventilação mecânica), ao exame físico, foi diagnosticado com derrame pleural. O exame físico, para os principais achados relacionados à presença de derrame pleural, deve ser desenvolvido por meio da

- a) palpação e inspeção.
- b) inspeção, palpação e ausculta.
- c) palpação e ausculta.
- d) inspeção e ausculta.
- e) palpação, percussão e ausculta.

8. (Prefeitura de Guarulhos-SP/VUNESP/2019) M.A., 17 anos, sexo feminino, com diagnóstico de crise asmática, foi admitida para tratamento na sala de observação. Ao realizar a avaliação inicial da cliente, à ausculta pulmonar, o enfermeiro observou a ocorrência de sons musicais contínuos e de alta frequência semelhantes a assobios, auscultados durante a inspiração e expiração.

Os ruídos observados descrevem a presença de

- a) sibilos.
- b) crepitações.
- c) roncos.
- d) atrito pleural.
- e) broncofonia.

9. (TCE-TO/FGV/2022) Ao realizar a ausculta pulmonar de um paciente adulto, o enfermeiro percebeu sons de estalido descontínuos, ouvidos no final da inspiração e que não se modificavam com a tosse. Esses sons são denominados:

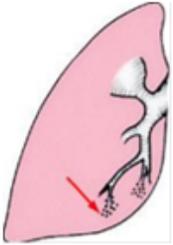
- a) roncos;
- b) sibilos;
- c) atritos pleurais;
- d) estertores finos ou crepitantes;
- e) estertores grossos ou subcrepitantes.

10. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Durante a ausculta pulmonar de um paciente adulto, o enfermeiro ouviu um som traqueal audível na zona de projeção de brônquios de maior calibre, na face anterior do tórax, nas proximidades do esterno. Esse som, considerado NORMAL, é denominado

- a) estertores.
- b) murmúrio vesicular.
- c) respiração broncovesicular.
- d) respiração traqueal.
- e) estridor.

11. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Em relação à avaliação do tórax e dos pulmões, observe os ruídos adventícios ilustrados nas figuras 1 e 2 e suas respectivas características e assinale a alternativa correta.

1. Qual o som?

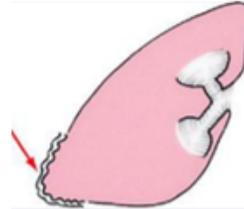


CARACTERÍSTICAS

Local da ausculta: mais comum em lobos dependentes: direito e bases do pulmão esquerdo.

Causa: reinfamação súbita de grupo de alvéolos, também relacionada ao aumento de fluido em pequenas vias aéreas.

2. Qual o som?



CARACTERÍSTICAS

Local da ausculta: Sobre o campo pulmonar anterolateral (se o paciente está sentado verticalmente).

Causa: Pleura inflamada, pleura parietal esfregando contra pleura visceral.

- a) As figuras 1 e 2 ilustram chiados e roncos, respectivamente.
- b) As figuras 1 e 2 ilustram roncos e sibilos, respectivamente.
- c) As figuras 1 e 2 ilustram crepitações e roncos, respectivamente.
- d) As figuras 1 e 2 ilustram roncos e atrito pleural, respectivamente.
- e) As figuras 1 e 2 ilustram crepitações e atrito pleural, respectivamente.

(EBSERH/CESPE/2018) Uma paciente, que foi submetida a tireoidectomia, dissecação e esvaziamento cervical com a remoção de linfonodos e platisma por neoplasia maligna de tireoide, encontra-se no primeiro dia de pós-operatório. Julgue o item que se segue, acerca desse caso clínico.

12. A observação de estridor à ausculta traqueal deve ser comunicada imediatamente à equipe médica, por indicar obstrução das vias aéreas.

() CERTO () ERRADO

(EBSERH/CESPE/2018) Julgue o item seguinte, relativo ao quadro de insuficiência respiratória aguda (IRA) em crianças.

13. A ausculta de murmúrio vesicular diminuído com estertores crepitantes sugere pneumonia ou edema pulmonar. O aumento do murmúrio vesicular ocorre no derrame pleural e no pneumotórax, na atelectasia e na obstrução de vias aéreas.

() CERTO () ERRADO

14. (Prefeitura de Taquari-RS/FUNDATEC/2022) A ausculta pulmonar é uma técnica do exame físico, utilizada pelos profissionais da saúde para identificar os ruídos pulmonares. Contribui para suspeitas diagnósticas, para a monitorização da condição clínica e para a avaliação da resposta terapêutica. Sendo assim, assinale a alternativa que compreenda uma ausculta pulmonar dentro da normalidade.

- a) Ruídos adventícios.
- b) Sons em cornagem.
- c) Estertores úmidos.
- d) Murmúrio vesicular positivo.
- e) Sons crepitantes.

15. (Prefeitura de Moreilândia-PE/ASCONPREV/2020) Os princípios básicos da semiologia e semiotécnica de enfermagem são de fundamental importância no processo do cuidado para com o paciente. É preciso de competência técnica para uma efetiva realização do exame clínico e avaliação dos sistemas corporais. Uma das fases da avaliação física é a percussão, que tem a finalidade de identificar algum som ou sensibilidade diferente. Determina também o tamanho, a consistência e o limite de alguns órgãos. Nessa perspectiva, associe corretamente os achados obtidos que são gerados a partir da percussão

- (1) Som maciço. (2) Som submaciço. (3) Som timpânico. (4) Som claro pulmonar.
- () Som de tórax normal, sem alterações.
- () Se obtém em áreas que contêm ar e que são recobertas por membrana flexível.
- () É uma variação do som maciço em que a presença de ar em quantidade restrita lhe dá característica peculiar.
- () Em regiões que não exista ar.

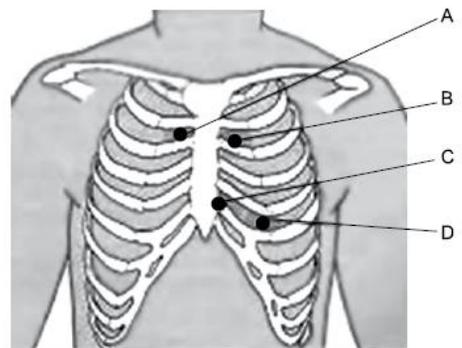
Marque a sequência correta:

- a) 4, 3, 1, 2. b) 1, 2, 3, 4. c) 4, 2, 1, 3. d) 3, 4, 2, 1. e) 4, 3, 2, 1.

16. (EBSERH/VUNESP/2020) Considere a figura a seguir, na qual estão apresentados os focos de ausculta cardíaca.

Ao realizar a ausculta cardíaca em um adulto, o enfermeiro ouvirá com maior nitidez os sons que compõem a primeira bulha cardíaca (B1), posicionando o diafragma do estetoscópio sobre os pontos

- a) A e C.
- b) B e C.
- c) B e D.
- d) C e D.
- e) A e B.



17. (TJ-RO/FGV/2021) Na ausculta cardíaca, o foco aórtico acessório localiza-se no(a):

- a) 2º espaço intercostal direito, junto ao esterno;
- b) 2º espaço intercostal esquerdo, junto ao esterno;
- c) base do apêndice xifoide, ligeiramente para a esquerda;
- d) 3º espaço intercostal, linha paraesternal esquerda;
- e) 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular..

18. (Prefeitura de Balneário Camboriú-SC/FEPESSE/2023) Acerca da realização do exame físico cardíaco, é correto afirmar:

- a) O local para ausculta do foco mitral, é no quinto espaço intercostal direito.
- b) O local para ausculta do foco aórtico, é no segundo espaço intercostal esquerdo.
- c) O local para ausculta do foco pulmonar, é no segundo espaço intercostal direito.
- d) O local para ausculta do foco aórtico, é no segundo espaço intercostal direito.
- e) O local para ausculta do foco tricuspide, é no quintal espaço intercostal, na linha hemiclavicular esquerda.

19. (EBSERH/IBFC/2016) A ausculta é o método da semiologia que oferece informações importantes sobre os sons cardíacos (bulhas cardíacas), do enchimento do ventrículo, do fluxo sanguíneo pelas valvas cardíacas e do ritmo. Considerando que a ausculta cardíaca deve ser realizada em pontos do tórax para capturar o ruído das valvas, é correto afirmar que o foco mitral:

- a) Está localizado na base do apêndice xifoide.
- b) Está localizado no cruzamento do quinto espaço intercostal esquerdo com a linha hemiclavicular.
- c) Está localizado no segundo espaço intercostal à direita junto ao esterno.
- d) Está localizado no segundo espaço intercostal à esquerda junto ao esterno.
- e) Está localizado no primeiro espaço intercostal direito junto à clavícula.

20. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Sobre a ausculta cardíaca, é correto afirmar que

- a) a B1 corresponde à bulha com som mais claro e distinto, sendo mais alta nos focos aórtico e pulmonar.
- b) a B2 pode apresentar o som mais suave durante a inspiração.
- c) a pausa diastólica é ouvida entre B1 e B2. Trata-se de uma pausa silenciosa entre o final de B1 e o início de B2, sem ruídos durante esse intervalo.
- d) a pausa sistólica é escutada entre B2 e a próxima B1. Trata-se de uma pausa silenciosa entre o final de B2 e o início de B1 seguinte.
- e) a B3 caracteriza-se por som baixo, fraco, que acontece no início da pausa diastólica e desaparece com o paciente em pé ou sentado. Pode ser ouvida em pessoas com o débito cardíaco elevado ou em mulheres no terceiro trimestre de gravidez.

21. (EBSERH/AOCP/2017) Homem, 32 anos, deu entrada no PS apresentando febre de 38°C. Na inspeção, paciente em posição fetal, queixando-se de dor abdominal. Apresentou, ainda, sinal de Blumberg positivo, o qual é caracterizado por

- a) suspensão da inspiração devido à dor à compressão do rebordo costal direito.
- b) dor durante a rotação interna da coxa fletida.
- c) dor na fossa ilíaca direita após compressão profunda do quadrante inferior esquerdo.
- d) dor à descompressão mais intensa do que à compressão na fossa ilíaca direita.
- e) dor a punho-percussão na região lombar.

22. (Senado Federal/FGV/2022) Durante a percussão da região hepática de um paciente adulto, foram produzidos sons timpânicos ao invés de maciços, indicando ar livre na cavidade abdominal por perfuração de víscera oca.

Esse achado é denominado sinal de

- a) Kehr.
- b) Jobert.
- c) Murphy.
- d) Laffont.
- e) Dunphy.

23. (UFPA/CEPS/2018) A vesícula biliar, quando aumentada de tamanho, é palpável e, na ausência de icterícia, pode significar colecistite aguda, empiema vesicular ou até abscesso nessa região. Logo, a busca por dor ou sensibilidade no quadrante superior direito deve ocorrer ao se comprimir o ponto cístico, solicitando que o paciente inspire profundamente. Em seguida, pode ocorrer resposta de dor intensa no ponto pressionado e a interrupção súbita da inspiração. Um indicativo clínico de colecistite é o sinal de

- a) McBurney.
- b) Rosving.
- c) Murphy.
- d) Jobert.
- e) Giordano.

24. (Prefeitura de Paulínia-SP/FGV/2021) Durante o exame físico abdominal, o paciente referiu dor em fossa ilíaca direita (FID) ao ser realizada a palpação profunda no ponto de MacBurney com o membro inferior direito estendido e elevado.

Essa manifestação é denominada sinal de

- a) Murphy.
- b) Lapinsky.
- c) Roving.
- d) Lenander.
- e) Blumberg.

25. (EBSERH/IADES/2014) Para a realização do exame físico locomotor, é necessária a realização de provas específicas. A prova em que o paciente é orientado a andar e (ou) permanecer na vertical com os olhos fechados, para indicar a presença ou a falta de equilíbrio, é a prova de

- a) Kerning.
- b) Lasegue.
- c) Lewinson.
- d) Romberg.
- e) Brudzinski.

26. (EBSERH/ENARE/AOCP/2021) Durante o exame físico das pupilas de um paciente adulto, o enfermeiro observou que as pupilas estavam ISOCÓRICAS. Esse achado significa que

- a) ambas as pupilas estão contraídas, sugerindo abuso no uso de drogas.
- b) uma pupila está dilatada e a outra contraída (assimétricas).
- c) ambas as pupilas estão dilatadas, sugerindo ambiente com pouca luz.
- d) as pupilas são simétricas e reagem à luz.
- e) ambas as pupilas estão com coloração distintas, sugerindo estado de choque.

27. (PMMG/2023) A avaliação dos nervos cranianos é uma área importante da avaliação neurológica, devendo ser incluída ao examinar cada um dos sistemas do corpo humano. Considerando que para a criança pequena, os testes podem ser apresentados de forma lúdica para obter sua confiança e segurança, marque a alternativa CORRETA:

- a) Para avaliação do nervo glossofaríngeo, observe a rouquidão da voz, a capacidade de engolir e se a úvula encontra-se na linha central.
- b) Para avaliação do nervo vago estimule a faringe posterior com uma espátula e verifique se a criança sente ânsia.
- c) Para avaliação do nervo hipoglosso, peça a criança para mover a língua em todas as direções, e colocá-la para fora o mais longe possível.
- d) Para avaliação do nervo trigêmeo, faça a criança sorrir, fazer uma careta ou mostrar os dentes para avaliar a simetria da expressão.

28. (TJ-SP/VUNESP/2019) M.T., 63 anos, sexo masculino, assistente jurídico, hipertenso, portador de diabetes tipo 2 há cinco anos, tabagista, compareceu ao ambulatório para consulta de enfermagem de acompanhamento. Informou que vinha fazendo uso regular da medicação para hipertensão e diabetes, seguindo corretamente as orientações sobre a alimentação e conseguindo fazer cerca de 20 minutos de caminhada, aos domingos. Queixou-se que, nas últimas semanas, apresentou episódios de tonturas ao se levantar bruscamente, que cessavam rapidamente. Ao exame físico, o enfermeiro obteve temperatura axilar = 36,7 °C, pulso = 72 batimentos por minuto, pressão arterial = 138 x 88 mm Hg, peso = 84200 g, altura = 175 cm, circunferência abdominal = 93 cm. Ao analisar os resultados de exames recentes apresentados pelo funcionário, contactou glicemia de jejum = 105 mg/dL, hemoglobina glicada = 5,8%.

O índice de massa corporal (IMC) de M.T. e sua interpretação (I) são, respectivamente,

- a) IMC = 27,5; I = obesidade.
- b) IMC = 27,5; I = normal.
- c) IMC = 24,7; I = normal.
- d) IMC = 27,5; I = sobrepeso.
- e) IMC = 24,7; I = sobrepeso.

29. (Prefeitura de Suzano-SP/VUNESP/2019) C.S., 58 anos, sexo feminino, é portadora de diabetes tipo 2, há 6 anos, e faz uso dos hipoglicemiantes orais metformina e glibenclamida para o controle da glicemia. Durante consulta de enfermagem, informou que vinha tomando regularmente os medicamentos prescritos e esforçando-se para cumprir as recomendações alimentares. Informou que se sentia bem, embora um pouco cansada.

Ao analisar os resultados de exames laboratoriais recentes anexados ao prontuário, observou outros itens, glicemia de jejum = 102 mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c) = 6,5%. Ao realizar o exame físico, o enfermeiro obteve: T = 36,5 °C ; P = 72 bpm; respiração = 17 lrpm; PA = 132 X 86 mmHg; peso = 72.500 Kg; altura = 1.60 cm e circunferência abdominal = 86 cm, não constatando alterações de interesse clínico. Após o exame dos pés, o enfermeiro calculou o índice de massa corporal (IMC), fez as orientações pertinentes e esclareceu as dúvidas apresentadas por C.S.

O índice de massa corporal (IMC) de C.S. e sua interpretação (I) são, respectivamente:

- a) IMC = 45,3 kg/m²; I = obesidade grau II.
- b) IMC = 30,8 kg/m²; I = sobrepeso.
- c) IMC = 30,8 kg/m²; I = obesidade.
- d) IMC = 28,3 kg/m²; I = sobrepeso.
- e) IMC = 28,3 kg/m²; I = obesidade.

30. (Prefeitura de Boa Vista-RR/SELECON/2019) Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a circunferência abdominal é a medida da região do abdômen, no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, onde pode se concentrar a gordura visceral, diretamente relacionada a diversos riscos, como aumento da pressão arterial, diabetes e colesterol alto, fatores que elevam o risco de doenças cardiovasculares. Em mulheres, o valor da circunferência que indica risco de doenças ligadas ao coração é igual ou superior a:

- a) 80 cm
- b) 85 cm
- c) 90 cm
- d) 94 cm

31. (CLDF/FCC/2018) Dos dados antropométricos registrados na Caderneta de Saúde de Pessoa Idosa, aquele que é considerado um indicador sensível de alterações musculares no idoso é

- a) a altura do perímetro cefálico.
- b) a medida da circunferência tóraco-abdominal.
- c) o índice de glicemia capilar.
- d) a medida do perímetro da panturrilha esquerda.
- e) o percentual de gordura ideal.

32. (Prefeitura de Renascença-PR/FAU/2022) Dentre as ações de enfermagem na avaliação do paciente, assinale a alternativa que corresponde ao sinal clínico identificado por meio da pressão digital sobre a pele (por pelo menos 5 segundos), a fim de se evidenciar edema; é considerado positivo se a “depressão” formada não se desfizer imediatamente após a descompressão:

- a) Sinal de Giordano.
- b) Teste de Bowie Dick.
- c) Posição de Trendelenburg.
- d) Sinal de Cacifo.
- e) Manobra de Heimlich.

33. (Prefeitura de Pontes e Lacerda-MT/SELECON/2022) As úlceras vasculogênicas podem decorrer do comprometimento circulatório arterial, venoso ou misto, quando a lesão apresenta uma mistura de sinais de obstrução arterial e venosa. Um método que pode contribuir para determinação da etiologia das úlceras vasculogênicas é o Índice Tornozelo-Braquial (ITB), que consiste nas seguintes variáveis:

- a) pressão arterial sistólica do tornozelo e pressão arterial sistólica do braço.
- b) pressão arterial diastólica do tornozelo e pressão arterial sistólica do braço.
- c) pressão arterial sistólica do tornozelo e pressão arterial diastólica do braço.
- d) pressão arterial média do tornozelo e pressão arterial média do braço.

34. (Prefeitura de Desterro-PB/CONTEMAX/2021) Nos casos de pé diabético, o Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é uma ferramenta de triagem fundamental e primária, devendo ser realizado após o diagnóstico clínico e antes de qualquer modalidade diagnóstica invasiva. A classificação de Fontaine para a doença arterial e local de acompanhamento, indica, normalidade, quando o ITB apresenta-se entre:

- a) 0,20 – 0,40.
- b) 0,15 – 0,55.
- c) 0,60 – 1,00.
- d) 0,80 – 1,10.
- e) 0,90 – 1,30.

35. (Hospital Sírio Libanês/FCC/2021) Ao realizar o exame físico de um paciente o enfermeiro observou a presença de lesões de pele do tipo elevação superficial e circunscrita da pele, de aproximadamente 1 cm, preenchida por líquido seroso e pequenos vasos dilatados com aspecto avermelhado. Essas descrições correspondem, respectivamente, a lesões do tipo

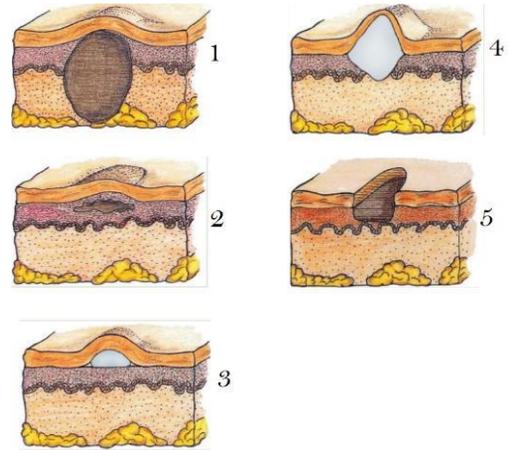
- a) pústula e telangiectasia.
- b) vesícula e pápulas.
- c) bolha e telangiectasia.
- d) vesícula e liquenificação.
- e) bolha e pápulas.

35. (Hospital Sírio Libanês/FCC/2021) Ao realizar o exame físico de um paciente o enfermeiro observou a presença de lesões de pele do tipo elevação superficial e circunscrita da pele, de aproximadamente 1 cm, preenchida por líquido seroso e pequenos vasos dilatados com aspecto avermelhado. Essas descrições correspondem, respectivamente, a lesões do tipo

- a) pústula e telangiectasia.
- b) vesícula e pápulas.
- c) bolha e telangiectasia.
- d) vesícula e liquenificação.
- e) bolha e pápulas.

36. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Observe os seguintes tipos de lesões de pele e assinale a alternativa correta.

- a) A figura 1 refere-se à lesão do tipo pápula.
- b) A figura 2 refere-se à lesão tipo tumor.
- c) A figura 3 refere-se à lesão do tipo vesícula.
- d) A figura 4 refere-se à lesão do tipo úlcera.
- e) A figura 5 refere-se à lesão do tipo pústula.



37. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Um paciente que apresente uma quantidade reduzida de oxihemoglobina, resultante da diminuição do fluxo sanguíneo, proveniente de uma anemia ou choque, estará com qual aspecto de pele?

- a) Castanho-marrom.
- b) Eritema.
- c) Cianose.
- d) Palidez.
- e) Perda de pigmentação.

(SES-DF/IADES/2017) O exame físico geral é a primeira etapa do exame clínico de enfermagem e, além de complementar a anamnese (entrevista compreensiva), fornece uma visão do paciente como um todo.

Com relação ao exame físico de enfermagem, julgue os itens a seguir.

38. O excesso de betacaroteno pode se assemelhar à cianose. Para diferenciar as duas condições, deve-se observar se o tom arroxeado/alaranjado está presente apenas na pele (caroteno) ou também na esclera e no freio lingual (cianose).

() CERTO () ERRADO

39. (EBSERH/AOCP/2015) O banho, mais que uma técnica, é um momento importante para a enfermagem interagir com o cliente. Sendo assim o banho no leito engloba que tipo de higiene?

- a) Apenas íntima e oral.
- b) Higiene ocular, oral, do couro cabeludo e dos cabelos, do corpo e íntima.
- c) Apenas ocular e couro cabeludo.
- d) Apenas dos cabelos e íntima.
- e) Apenas oral e ocular.

40. (EBSERH/VUNESP/2020) Limpeza e desinfecção que são realizadas diariamente no ambiente hospitalar ocupado, incluindo mobiliário, piso e superfícies, reduzindo riscos de contaminação e eliminando sujidades. Essa informação refere-se ao conceito de

- a) descontaminação padrão.
- b) higienização preventiva.
- c) higienização terminal completa.
- d) higienização concorrente.
- e) desinfecção padrão.

41. (EBSERH/VUNESP/2020) Para realização de limpeza concorrente e terminal, há princípios básicos a serem observados. Faz-se necessário que o movimento seja:

- a) unidirecional, do mais limpo para o mais sujo, de baixo para cima, do mais distante para o mais próximo, de dentro para fora, de frente para trás.
- b) bidirecional, do mais sujo para o mais limpo, de cima para baixo, do mais distante para o mais próximo, de dentro para fora, de trás para frente.
- c) multidirecional, do mais limpo para o mais sujo, de cima para baixo, do próximo para o mais distante, de dentro para fora, de trás para frente.
- d) pluridirecional, do mais limpo para o mais sujo, de cima para baixo, do mais distante para o mais próximo, de dentro para fora, de trás para frente.
- e) unidirecional, do mais limpo para o mais sujo, de cima para baixo, do mais distante para o mais próximo, de dentro para fora, de trás para frente.

42. (EBSERH/IBFC/2017) A higiene hospitalar envolve diferentes processos. Entre eles, o processo de limpeza hospitalar é o processo de remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. Abaixo apresentamos dois processos distintos de limpeza:

I. Processo de limpeza realizado diariamente em diferentes dependências: unidade do paciente, piso de quartos e enfermarias, corredores, saguões, instalações sanitárias, áreas administrativas etc. Esta limpeza é úmida e menos completa quando comparada à outros tipos de limpeza, não envolvendo a utilização de máquinas para limpeza do piso.

II. Processo de limpeza que ocorre em todas as superfícies horizontais e verticais de diferentes dependências, incluindo parede, vidros, portas, pisos etc. No piso, a limpeza é mais completa quando comparada à outros tipos de limpeza, sendo realizada através de máquina. A periodicidade depende da área onde a limpeza é realizada, sendo que em quartos e enfermarias, ocorre após a alta, óbito ou transferência do paciente. Já em centro cirúrgico, por exemplo, a frequência da limpeza é sempre diária, tanto para um ou outro tipo de limpeza. A unidade do paciente é representada por todo o mobiliário, materiais e equipamentos que estejam próximos ao paciente e sejam passíveis de toques frequentes pelas mãos dos profissionais de saúde e paciente. Sua frequência deve ser diária e quando necessária, antecede outros tipos de limpeza de piso.

Portanto, podemos afirmar que os tipos de limpeza citados em I e II são, respectivamente:

- a) Limpeza terminal e Limpeza concorrente.
- b) Limpeza concorrente e Limpeza sistemática.
- c) Limpeza sistemática e Limpeza concorrente.
- d) Limpeza concorrente e Limpeza terminal.
- e) Limpeza sistemática e Limpeza terminal.

Exame Físico e Higiene

Anamnese e exame físico

O exame físico é realizado usando-se instrumentos e técnicas propedêuticas para fazer o levantamento das condições globais do paciente, através de informações significativas para a Enfermagem, capazes de subsidiar a assistência a ser prestada ao paciente (SOUZA *et al.*, 2016).

O exame físico completo inclui: **peso, altura, sinais vitais** e um **exame cefalocaudal** de todos os sistemas do corpo de um paciente.

Faz parte da avaliação realizada pelo enfermeiro na primeira etapa do processo de enfermagem ou da consulta de enfermagem.

O exame físico

compreende a **inspeção**, a **palpação**, a **percussão** e a **ausculta**, além do uso de instrumentos e dos sentidos **visão**, **tato**, **audição** e **olfato** (BARROS, 2016; JARVIS; ECKHARDT, 2020; POTTER *et al.*, 2018)

As finalidades do exame físico são (POTTER *et al.*, 2018):

- coletar dados básicos sobre o estado de saúde + validar dados subjetivos obtidos por meio da anamnese
- identificar e confirmar o diagnóstico de enfermagem + tomar decisões clínicas relacionadas ao quadro
- avaliar os resultados dos cuidados implementados

Para um exame físico abrangente, devem-se fazer estes procedimentos:

Inspeção

Visão - escrutínio atento, cuidadoso, primeiramente do indivíduo como um todo e, em seguida, de cada sistema do corpo

Palpação

Tato - avaliar a textura, a temperatura, a umidade, o local, a vibração, a pulsação, a rigidez, a elasticidade, a presença de nódulos ou massas e a crepitação

Percussão

golpear a pele do indivíduo com toques curtos e firmes para avaliar estruturas subjacentes. Os golpes geram uma vibração palpável e um som característico que mostra a localização, o tamanho e a densidade do órgão subjacente

Ausculta

Audição - ouvir sons produzidos pelo corpo. Isso pode ser feito com o auxílio ou não de instrumental (estetoscópio)

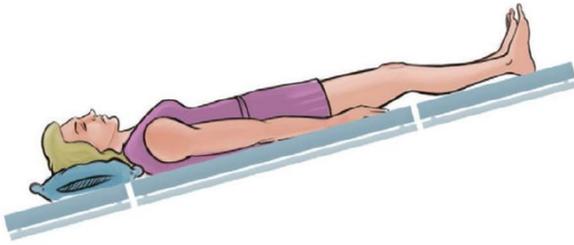
Posições do paciente



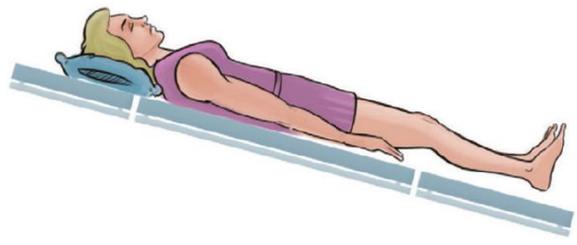
POSIÇÃO SIMS



DECÚBITO DORSAL OU POSIÇÃO SUPINA



POSIÇÃO TRENDELENBURG



POSIÇÃO TRENDELENBURG
REVERSA



POSIÇÃO JACKKNIFE,
KRASKE,
CANIVETE OU DEPAGE



DECÚBITO VENTRAL
OU POSIÇÃO PRONA



POSIÇÃO DE LITOTOMIA
OU POSIÇÃO
GINECOLÓGICA



POSIÇÃO SEMI-FOWLER

Algumas áreas avaliadas em determinadas posições (POTTER et al., 2018)

Posição	Área avaliada
Sentada	cabeça, pescoço, coluna, tórax, pulmões (anteriores e posteriores), mamas, axilas, coração, sinais vitais e extremidades superiores
Decúbito dorsal	cabeça, pescoço, tórax, pulmões anteriores, mamas, axilas, coração, abdome, extremidades e pulsos
Litotômica	genitália feminina e trato genital
Sims	reto e vagina
Decúbito ventral	sistema musculoesquelético
Decúbito lateral	coração
Genupeitoral	região genital e retal

Decúbito ventral (posição prona)

IMPORTANTE! Dentre os cuidados relativos ao tratamento da SARA, tem-se a utilização do posicionamento em **decúbito ventral (posição prona)** por algumas horas com o intuito de melhorar a oxigenação. As **complicações** dessa posição estão relacionadas à diminuição transitória da saturação, hipotensão transitória, **extubação acidental** e deslocamento do cateter, **hipoxemia por dobra acidental do tubo orotraquel, lesões por pressão nos olhos, pálpebras e língua**, vômitos, e necessidade de aumento da sedação (HINKLE; CHEEVER, 2020; VIANA; WHITAKER, ZANEI, 2020).

1. (EBSERH/UFMA/2021) A posição PRONA determina descompressão e reexpansão alveolar dos segmentos dorsais, que são as áreas de maior atelectasia e edema durante o tratamento convencional da Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA), sendo assim temos como as complicações decorrentes dessa posição:

- Lesão por pressão nos trocânteres, lesão nos nervos ciáticos e ulnar, broncoaspiração por compressão do tubo orotraquel.
- Lesão por pressão nos olhos, pálpebras e língua, extubação acidental, hipoxemia por dobra acidental do tubo orotraquel.
- Lesão por pressão nos lobos auriculares e região occipital, lesão em nervo tendíneo e ulnar, extubação acidental, hemorragia por desconexão acidental das linhas de infusão venosa.
- Lesão por pressão em maléolos, lesão do nervo pudendo e tendinoso, hipotensão por oclusão ou desconexão das linhas de infusão venosa.
- Lesão por pressão na língua e lobos auriculares, extubação acidental, lesão de nervo ulnar, pneumotórax por compressão de tubo orotraquel.

2. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Certos exames e procedimentos terapêuticos requerem o posicionamento da pessoa de forma adequada.



Assinale a alternativa que corresponde à posição ilustrada e a uma das suas indicações.

- a) Decúbito lateral/Exame físico. d) Sims/Lavagem intestinal.
b) Dorsal/Esvaziamento gástrico. e) Litotômica/Cirurgia pélvica.
c) Genupeitoral/Expansão pulmonar.

(EBSERH/CESPE/2018) Mariana, com setenta e seis anos de idade, apresenta, em atendimento hospitalar de emergência, forte dor precordial, em aperto, contínua, com irradiação para o pescoço, e leve tontura — segundo a paciente, há cerca de 30 min. Ela tem história de hipertensão arterial crônica e vem sendo acompanhada regularmente por seu cardiologista. No exame, Mariana encontra-se dispneica, agitada, com PA de 190 mmHg × 130 mmHg e oximetria de pulso em 92%.

Acerca desse caso clínico, julgue o item a seguir.

3. No serviço de emergência, Mariana deverá ser mantida em posição de Trendelenburg e ser tranquilizada.

- () CERTO () ERRADO

4. (EBSERH/AOCP/2015) Paciente, 73 anos, sexo masculino, é levado ao serviço de emergência com queixa de dispneia/sufoco de início súbito enquanto assistia televisão, mas refere que já havia apresentado episódios de cansaço e falta de ar. Apresenta taquipneia (30/min), respiração acentuada, com discreta cianose perioral, ansiedade, pressão arterial = 180/120 mmHg, frequência cardíaca = 110/minuto. A ausculta pulmonar revela estertores crepitantes bilaterais. O paciente foi diagnosticado com edema agudo de pulmão (EAP), medicado e segue consciente, em observação. A prescrição de enfermagem para o adequado posicionamento desse paciente é

- a) trendelemburg, sempre que possível, com membros inferiores fletidos.
b) decúbito ventral com membros inferiores estendidos.
c) decúbito dorsal com cabeceira a, no máximo, 30° de elevação e sempre com membros inferiores elevados.
d) decúbito dorsal, com cabeceira elevada, na posição sentada e, sempre que possível, membros inferiores pendentes.
e) decúbito lateral esquerdo com membros inferiores fletidos.

Principais ruídos adventícios e sintomas - disfunções respiratórias (BRASIL, 2019; HINKLE; CHEEVER, 2020):

Sibilo	é um som musical estridente auscultado na expiração (asma brônquica) ou inspiração (bronquite crônica). Muitas vezes, é o principal achado em um paciente com broncospasmo ou estreitamento das vias respiratórias
Estertores	são ruídos pulmonares anormais observados em virtude do efeito da gravidade sobre o acúmulo de líquido e da diminuição da ventilação do tecido basilar, mas podem progredir até todas as partes dos campos pulmonares. Estertores crepitantes indicam congestão pulmonar
Roncos	são sons contínuos de baixa frequência auscultados ao longo dos pulmões na obstrução parcial das vias respiratórias. A depender de sua localização e gravidade, esses sons podem ser auscultados com ou sem um estetoscópio
Tosse	é um reflexo que protege os pulmões do acúmulo de secreções ou da inalação de corpos estranhos. Sua presença ou ausência pode ser uma pista diagnóstica. As causas mais comuns são: asma brônquica, doença do refluxo gastroesofágico, infecção e efeitos colaterais de medicamentos
Tosse paroxística	é um tipo de tosse súbita incontrolável, com tossidas rápidas e curtas (5 a 10), em uma única expiração. Muito característica em doenças respiratórias, como a coqueluche

7. (EBSERH/AOCP/2015) Paciente que está internado na UTI em VM (ventilação mecânica), ao exame físico, foi diagnosticado com derrame pleural. O exame físico, para os principais achados relacionados à presença de derrame pleural, deve ser desenvolvido por meio da

- a) palpação e inspeção.
- b) inspeção, palpação e ausculta.
- c) palpação e ausculta.
- d) inspeção e ausculta.
- e) palpação, percussão e ausculta.

8. (Prefeitura de Guarulhos-SP/VUNESP/2019) M.A., 17 anos, sexo feminino, com diagnóstico de crise asmática, foi admitida para tratamento na sala de observação. Ao realizar a avaliação inicial da cliente, à ausculta pulmonar, o enfermeiro observou a ocorrência de sons musicais contínuos e de alta frequência semelhantes a assobios, auscultados durante a inspiração e expiração.

Os ruídos observados descrevem a presença de

- a) sibilos.
- b) crepitações.
- c) roncos.
- d) atrito pleural.
- e) broncofonia.

9. (TCE-TO/FGV/2022) Ao realizar a ausculta pulmonar de um paciente adulto, o enfermeiro percebeu sons de estalido descontínuos, ouvidos no final da inspiração e que não se modificavam com a tosse. Esses sons são denominados:

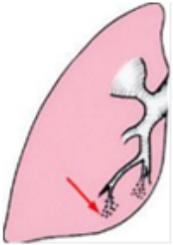
- a) roncos;
- b) sibilos;
- c) atritos pleurais;
- d) estertores finos ou crepitantes;
- e) estertores grossos ou subcrepitantes.

10. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Durante a ausculta pulmonar de um paciente adulto, o enfermeiro ouviu um som traqueal audível na zona de projeção de brônquios de maior calibre, na face anterior do tórax, nas proximidades do esterno. Esse som, considerado NORMAL, é denominado

- a) estertores.
- b) murmúrio vesicular.
- c) respiração broncovesicular.
- d) respiração traqueal.
- e) estridor.

11. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Em relação à avaliação do tórax e dos pulmões, observe os ruídos adventícios ilustrados nas figuras 1 e 2 e suas respectivas características e assinale a alternativa correta.

1. Qual o som?

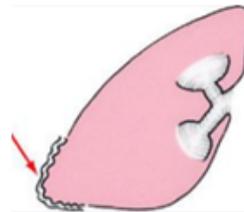


CARACTERÍSTICAS

Local da ausculta: mais comum em lobos dependentes: direito e bases do pulmão esquerdo.

Causa: reinfamação súbita de grupo de alvéolos, também relacionada ao aumento de fluido em pequenas vias aéreas.

2. Qual o som?



CARACTERÍSTICAS

Local da ausculta: Sobre o campo pulmonar anterolateral (se o paciente está sentado verticalmente).

Causa: Pleura inflamada, pleura parietal esfregando contra pleura visceral.

- a) As figuras 1 e 2 ilustram chiados e roncos, respectivamente.
- b) As figuras 1 e 2 ilustram roncos e sibilos, respectivamente.
- c) As figuras 1 e 2 ilustram crepitações e roncos, respectivamente.
- d) As figuras 1 e 2 ilustram roncos e atrito pleural, respectivamente.
- e) As figuras 1 e 2 ilustram crepitações e atrito pleural, respectivamente.

(EBSERH/CESPE/2018) Uma paciente, que foi submetida a tireoidectomia, dissecação e esvaziamento cervical com a remoção de linfonodos e platisma por neoplasia maligna de tireoide, encontra-se no primeiro dia de pós-operatório. Julgue o item que se segue, acerca desse caso clínico.

12. A observação de estridor à ausculta traqueal deve ser comunicada imediatamente à equipe médica, por indicar obstrução das vias aéreas.

- () CERTO () ERRADO

(EBSERH/CESPE/2018) Julgue o item seguinte, relativo ao quadro de insuficiência respiratória aguda (IRA) em crianças.

13. A ausculta de murmúrio vesicular diminuído com estertores crepitantes sugere pneumonia ou edema pulmonar. O aumento do murmúrio vesicular ocorre no derrame pleural e no pneumotórax, na atelectasia e na obstrução de vias aéreas.

() CERTO () ERRADO

14. (Prefeitura de Taquari-RS/FUNDATEC/2022) A ausculta pulmonar é uma técnica do exame físico, utilizada pelos profissionais da saúde para identificar os ruídos pulmonares. Contribui para suspeitas diagnósticas, para a monitorização da condição clínica e para a avaliação da resposta terapêutica. Sendo assim, assinale a alternativa que compreenda uma ausculta pulmonar dentro da normalidade.

- a) Ruídos adventícios.
- b) Sons em cornagem.
- c) Estertores úmidos.
- d) Murmúrio vesicular positivo.
- e) Sons crepitantes.

Percussão

A percussão é **uma** técnica de avaliação da **produção de sons** pelo contato da mão com a parede torácica, nos espaços intercostais. **Os sons** encontrados **podem ser claro pulmonar, hipersonoro, timpânico, maciço e submaciço.**

Observações

O tecido pulmonar apresenta som ressonante ou claro pulmonar, com timbre grave e oco.

Os sons hipersonoros indicam aumento do ar nos pulmões ou no espaço pleural, sendo mais intensos e de timbre mais grave do que o claro pulmonar.

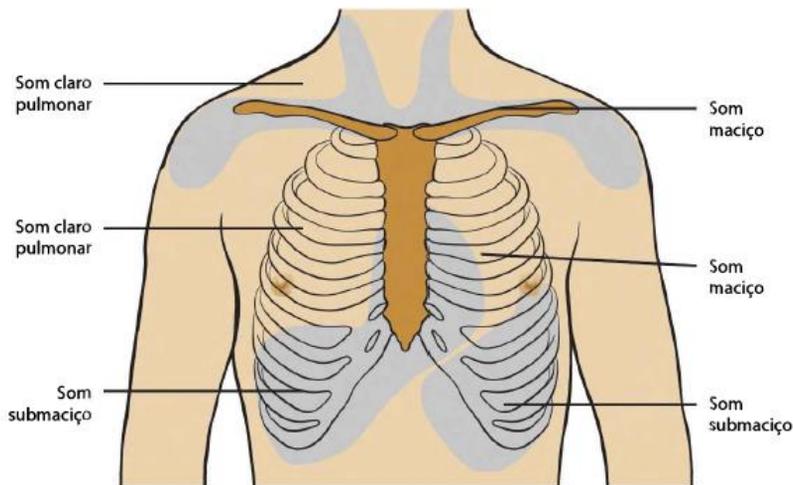
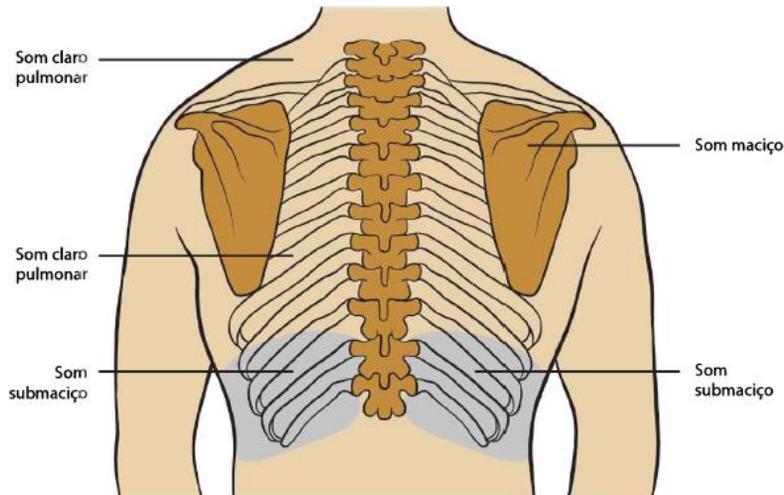
A percussão sobre regiões que apresentam condensação pulmonar resulta em sons maciços, como ocorrer na pneumonia, no derrame pleural e no tumor.

Tanto os sons maciços como os submaciços indicam diminuição ou inexistência de ar no interior dos avéolos.

Os sons maciços são ruídos surdos e secos identificados normalmente sobre a coxa ou as estruturas ósseas. Os sons submaciços são sons suaves, de alta frequência, como, por exemplo, na percussão sobre o fígado.

O som timpânico é oco, semelhante ao rufar de um tambor, e é ouvido durante a percussão do fundo do estômago (espaço de Traube) em casos de amplo pneumotórax ou se houver alguma câmara repleta de ar.

Fonte: BARROS, 2016.



15. (Prefeitura de Moreilândia-PE/ASCONPREV/2020) Os princípios básicos da semiologia e semiotécnica de enfermagem são de fundamental importância no processo do cuidado para com o paciente. É preciso de competência técnica para uma efetiva realização do exame clínico e avaliação dos sistemas corporais. Uma das fases da avaliação física é a percussão, que tem a finalidade de identificar algum som ou sensibilidade diferente. Determina também o tamanho, a consistência e o limite de alguns órgãos. Nessa perspectiva, associe corretamente os achados obtidos que são gerados a partir da percussão

(1) Som maciço. (2) Som submaciço. (3) Som timpânico. (4) Som claro pulmonar.

() Som de tórax normal, sem alterações.

() Se obtém em áreas que contêm ar e que são recobertas por membrana flexível.

() É uma variação do som maciço em que a presença de ar em quantidade restrita lhe dá característica peculiar.

() Em regiões que não exista ar.

Marque a sequência correta:

a) 4, 3, 1, 2. b) 1, 2, 3, 4. c) 4, 2, 1, 3. d) 3, 4, 2, 1. e) 4, 3, 2, 1.

inspecionar e palpar simultaneamente; + forma do tórax e o ponto de impulso máximo (*ictus cordis*)

seguir uma sequência ordenada; + iniciando na base do coração em direção ao ápice

Inspecionar pulsações visíveis e exageradamente elevadas

Inspecionar e palpar

2º EID = área aórtica	+	2º EIE = área pulmonar
3º EI = segunda área pulmonar	+	5º EIE = área mitral ou apical

EI = espaço intercostal; EID = espaço intercostal direito; EIE = espaço intercostal esquerdo.

A ausculta do coração detecta — murmúrios cardíacos — ouvidos no começo, no meio e no final

sons cardíacos normais, sons extracardíacos e murmúrios sibilos contínuos ou sons de sopro fase sistólica ou diastólica

auscultar o ritmo e a frequência (comparando a apical com a radial)

observar a presença de arritmias

avaliar os sons extracardíacos em cada campo de ausculta

Avaliação do sistema cardiovascular

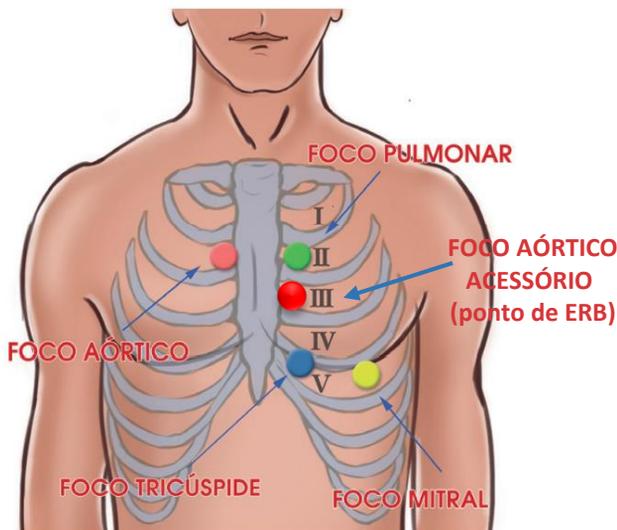


Figura: Focos de ausculta cardíaca*.

ÁREA AÓRTICA

2º espaço intercostal à direita do esterno;

ÁREA PULMONAR

2º espaço intercostal à esquerda do esterno;

ÁREA TRICÚSPIDE

4º e 5º espaços intercostais à esquerda do esterno;

ÁREA MITRAL OU APICAL

5º espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda;

ÁREA AÓRTICA ACESSÓRIA

3º espaço intercostal à esquerda do esterno;

*Os quatro focos de ausculta cardíaca tradicionais não correspondem às localizações anatômicas reais das valvas, mas são os locais na parede do tórax em que os sons produzidos pelas valvas são mais bem percebidos (JARVIS; ECKHARDT, 2020). Portanto, existem algumas variações dos pontos de referência das áreas de ausculta na literatura.

Ruídos cardíacos normais

os ruídos cardíacos normais, as bulhas conhecidas como B1 e B2, são produzidos pelo fechamento das valvas AV e das valvas semilunares, respectivamente;

o período entre B1 e B2 corresponde à sístole ventricular;

quando a FC está dentro da variação normal, a sístole é muito mais breve do que o período entre B2 e B1 (diástole). Entretanto, quando a FC aumenta, a diástole é encurtada;

normalmente, B1 e B2 são os únicos ruídos auscultados durante o ciclo cardíaco.

B1 - Primeira bulha cardíaca

o fechamento das valvas tricúspide e mitral cria a primeira bulha cardíaca (B1);

a palavra "tum" é utilizada para reproduzir o ruído;

B1 normalmente é auscultada melhor na área apical;

B1 é facilmente identificável e atua como ponto de referência para o restante do ciclo cardíaco;

a intensidade da B1 aumenta durante as taquicardias ou com a estenose da valva mitral.

Obs.: B1 - pode apresentar o som mais suave durante a inspiração (CURADO, 2017).

B2 - Segunda bulha cardíaca

o fechamento das valvas pulmonar e aórtica produz a segunda bulha cardíaca (B2);

comumente denominada "tá";

o componente aórtico de B2 é mais intenso nos focos aórtico e pulmonar;

por outro lado, o componente pulmonar de B2 é um ruído mais suave e mais bem auscultado no foco pulmonar.

Obs.: B2: Bulha com som mais claro e distinto, mais alta nos focos aórtico e pulmonar (CURADO, 2017).

Pausa sistólica e Pausa diastólica

Pausa sistólica: ouvida entre B1 e B2. Trata-se de uma pausa silenciosa entre o final de B1 e o início de B2, sem ruídos durante esse intervalo.

Pausa diastólica: escutada entre B2 e a próxima B1. Trata-se de uma pausa silenciosa entre o final de B2 e o início de B1 seguinte.

Fonte: CURADO, 2017.

B3 - Terceira bulha cardíaca

ocorre na protodiástole (fase virtual que separa a sístole da diástole), quando o ventrículo estiver dilatado e não complacente;

ocorre durante o enchimento ventricular diastólico passivo e normalmente indica disfunção ventricular grave em adultos; em crianças, ela pode ser normal, às vezes persistindo até os 40 anos;

B3 também pode ser normal durante a gestação;

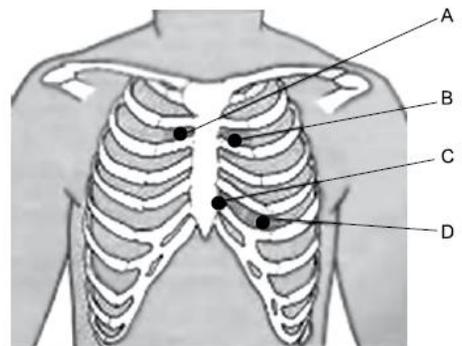
Obs.: B3: som baixo, fraco, que acontece no início da pausa diastólica, e desaparece com o paciente em pé ou sentado. Pode ser ouvida em pessoas com o débito cardíaco elevado ou em mulheres no terceiro trimestre de gravidez (CURADO, 2017).

Fonte: CURADO, 2017.

16. (EBSERH/VUNESP/2020) Considere a figura a seguir, na qual estão apresentados os focos de ausculta cardíaca.

Ao realizar a ausculta cardíaca em um adulto, o enfermeiro ouvirá com maior nitidez os sons que compõem a primeira bulha cardíaca (B1), posicionando o diafragma do estetoscópio sobre os pontos

- a) A e C. c) B e D. e) A e B.
b) B e C. d) C e D.



17. (TJ-RO/FGV/2021) Na ausculta cardíaca, o foco aórtico acessório localiza-se no(a):

- a) 2º espaço intercostal direito, junto ao esterno;
- b) 2º espaço intercostal esquerdo, junto ao esterno;
- c) base do apêndice xifoide, ligeiramente para a esquerda;
- d) 3º espaço intercostal, linha paraesternal esquerda;
- e) 5º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular..

18. (Prefeitura de Balneário Camboriú-SC/FEPESE/2023) Acerca da realização do exame físico cardíaco, é correto afirmar:

- a) O local para ausculta do foco mitral, é no quinto espaço intercostal direito.
- b) O local para ausculta do foco aórtico, é no segundo espaço intercostal esquerdo.
- c) O local para ausculta do foco pulmonar, é no segundo espaço intercostal direito.
- d) O local para ausculta do foco aórtico, é no segundo espaço intercostal direito.
- e) O local para ausculta do foco tricuspídeo, é no quinto espaço intercostal, na linha hemiclavicular esquerda.

19. (EBSERH/IBFC/2016) A ausculta é o método da semiologia que oferece informações importantes sobre os sons cardíacos (bulhas cardíacas), do enchimento do ventrículo, do fluxo sanguíneo pelas valvas cardíacas e do ritmo. Considerando que a ausculta cardíaca deve ser realizada em pontos do tórax para capturar o ruído das valvas, é correto afirmar que o foco mitral:

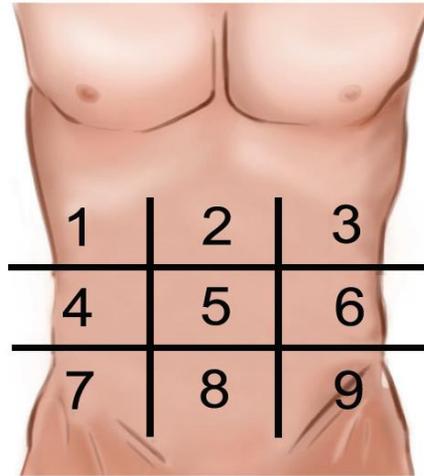
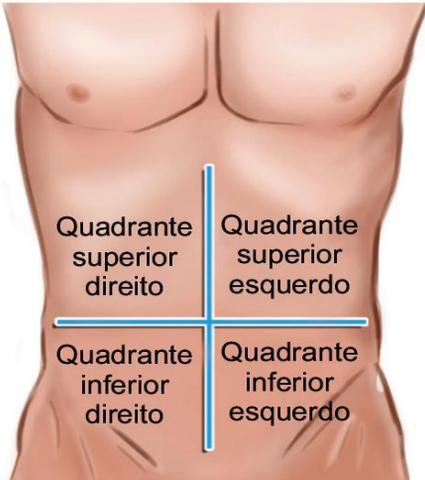
- a) Está localizado na base do apêndice xifoide.
- b) Está localizado no cruzamento do quinto espaço intercostal esquerdo com a linha hemiclavicular.
- c) Está localizado no segundo espaço intercostal à direita junto ao esterno.
- d) Está localizado no segundo espaço intercostal à esquerda junto ao esterno.
- e) Está localizado no primeiro espaço intercostal direito junto à clavícula.

20. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Sobre a ausculta cardíaca, é correto afirmar que

- a) a B1 corresponde à bulha com som mais claro e distinto, sendo mais alta nos focos aórtico e pulmonar.
- b) a B2 pode apresentar o som mais suave durante a inspiração.
- c) a pausa diastólica é ouvida entre B1 e B2. Trata-se de uma pausa silenciosa entre o final de B1 e o início de B2, sem ruídos durante esse intervalo.
- d) a pausa sistólica é escutada entre B2 e a próxima B1. Trata-se de uma pausa silenciosa entre o final de B2 e o início de B1 seguinte.
- e) a B3 caracteriza-se por som baixo, fraco, que acontece no início da pausa diastólica e desaparece com o paciente em pé ou sentado. Pode ser ouvida em pessoas com o débito cardíaco elevado ou em mulheres no terceiro trimestre de gravidez.

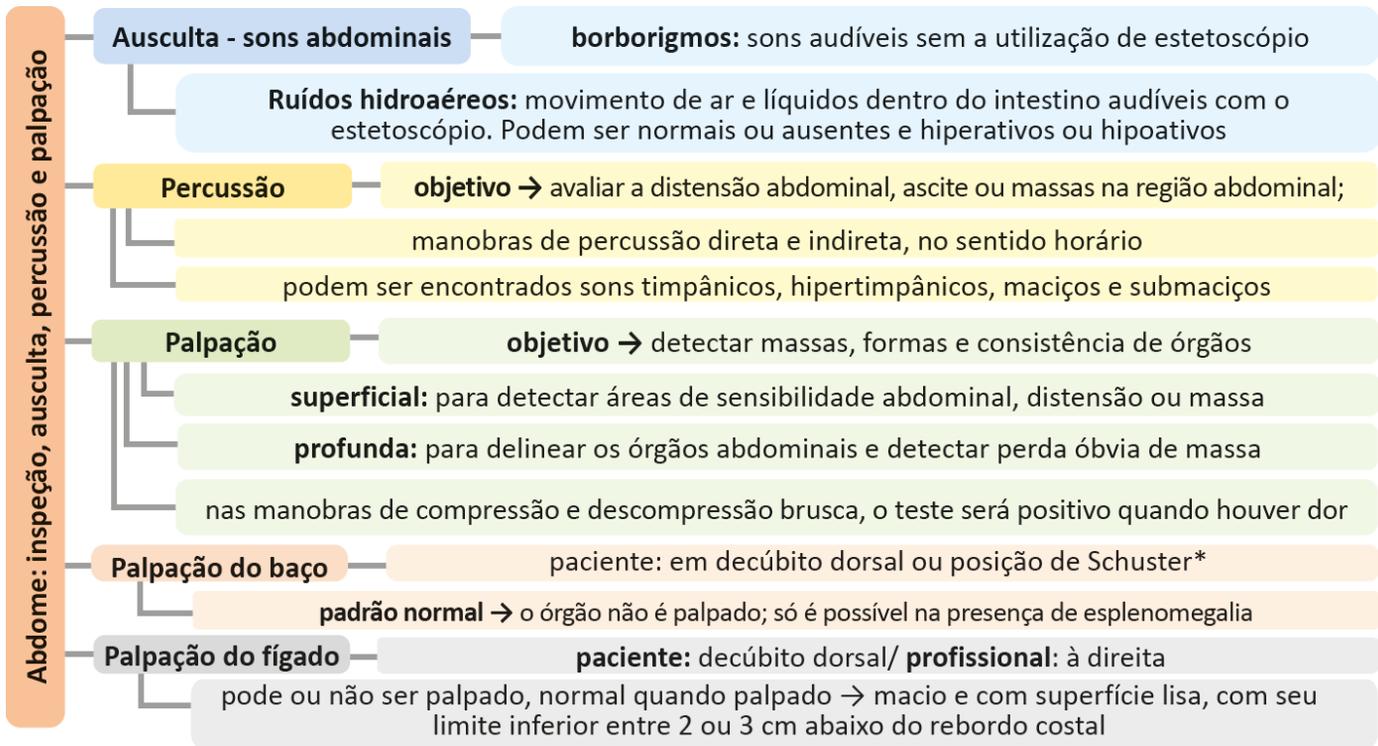
Abdome

A ordem do exame do abdome difere levemente dos demais (inspeção → ausculta → percussão → palpação). Inicia-se pela inspeção seguida da ausculta, pois a palpação pode alterar a frequência e as características dos sons intestinais (POTTER et al., 2018). O abdome deve ser dividido em 4 quadrantes ou 9 regiões:



Regiões do abdome:

- 1 - Hipocôndrio direito
- 2 - Epigástrico
- 3 - Hipocôndrio esquerdo
- 4 - Flanco direito
- 5 - Mesogástrico
- 6 - Flanco esquerdo
- 7 - Fossa ilíaca direita
- 8 - Hipogástrico
- 9 - Fossa ilíaca esquerda



* Posição de Schuster: decúbito lateral direito com a perna direita estendida e a coxa esquerda fletida a 90° sobre o abdome.

Sinal de Rovsing	uma manobra que pode indicar o acometimento do apêndice e consiste na palpação da fossa ilíaca esquerda, com dor referida na fossa ilíaca direita (TAKESAKI, 2018)
Sinal de Blumberg	a compressão lenta da parede abdominal no ponto apendicular, seguida de decompressão brusca, causa dor no momento da decompressão quando há inflamação do peritônio. Esse achado compõe o quadro de irritação peritoneal e é sugestivo de apendicite aguda (PORTO, 2019)
Sinal de Jobert	consiste no desaparecimento da maciez hepática, dando lugar ao timpanismo que tem como causa frequente a perfuração do tubo gastrointestinal. É um sinal sugestivo de pneumoperitônio (MATELJAN <i>et al.</i> , 2017; TAKESAKI, 2018)
Sinal de Murphy	é identificado quando se apalpa o hipocôndrio direito. Quando for positivo, a dor evidencia quadro de colecistite (POTTER <i>et al.</i> , 2018)
Sinal de Giordano	sensação dolorosa aguda ou em pontada, causada pela punho-percussão ou com a borda da mão na região lombar, mais especificamente na altura da loja renal. É sugestivo de pielonefrite ou litíase urinária, mas pode ter origem musculoesquelética (PORTO, 2019)

Sinal de Rovsing

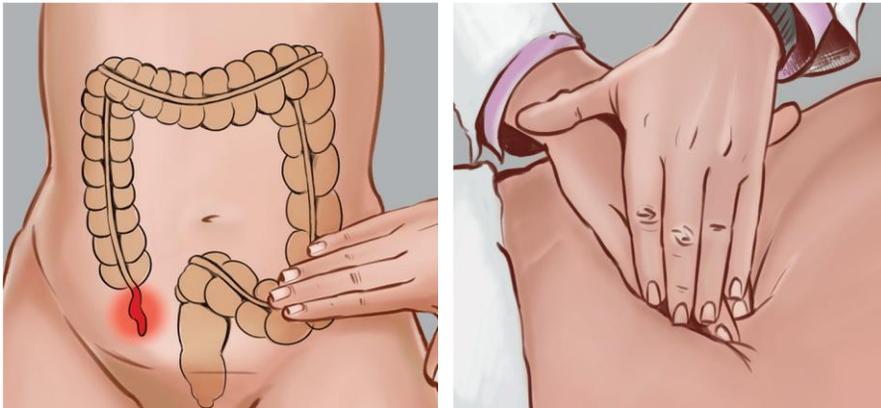


FIGURA: Sinal de Rovsing.

Sinal de Blumberg / Macburney



FIGURA: Sinal de Blumberg.

Atenção

Outro Sinal importante

Sinal de Lapinsky

Dor à compressão da FID enquanto se **eleva o membro inferior direito esticado**. Presente no apêndice retrocecal*. Pode ser indicativo de apendicite.

NOTA! Cuidado para não confundir com o Sinal de Blumberg (**dor à descompressão** súbita no ponto de McBurney).

Fonte: BARROS, 2016.

24. (Prefeitura de Paulínia-SP/FGV/2021) Durante o exame físico abdominal, o paciente referiu dor em fossa ilíaca direita (FID) ao ser realizada a palpação profunda no ponto de MacBurney com o membro inferior direito estendido e elevado.

Essa manifestação é denominada sinal de

- a) Murphy.
- b) Lapinsky.
- c) Rovsing.
- d) Lenander.
- e) Blumberg.

Genitálias feminina e masculina

Genitália feminina

inspeção e palpação;

características dos pelos, presença de ectoparasitas e alterações no períneo e na região anal;

simetria dos lábios maior e menor, observando o clitóris (tamanho, formato, meato uretral), glândulas de Bartholin e secreções.

Genitália masculina

inspeção e palpação;

na inspeção, observar: condições de higiene, lesões de pele e secreções;

avaliar pelos, observando espessura, distribuição e presença de ectoparasitas; em seguida, o pênis, o prepúcio, a glândula, o óstio externo da uretra e, por fim, o escroto.

Sistema Neurológico

Integração entre o sistema neurológico e todos os outros sistemas corpóreos devem ser avaliados

Estado mental e emocional

nível de consciência, linguagem, comportamento e aparência

Função intelectual

memória, conhecimento, pensamento abstrato, associação e julgamento

Função sensorial

Função motora: coordenação e equilíbrio

Reflexos

Outros Sinais importantes

Sinal de Romberg

Teste do equilíbrio.

O examinador deve pedir para o paciente permanecer em pé com os pés juntos, mãos ao lado do corpo e olhos fechados por um minuto. **O teste é considerado positivo quando se observa o paciente balançar, balançar irregularmente ou mesmo cair. A característica principal a ser observada é que o paciente se torna mais instável com os olhos fechados.**



FIGURA 1: Equilíbrio (teste de Romberg).

Sinal de Lewinson

Este é um sinal meningorradicular. Avalia se o paciente toca o tórax com o mento sem abrir a boca. Se não conseguir tocar o tórax por dor e precisar abrir a boca para isto, a prova é considerada positiva.

Fonte: BARROS, 2016.

Outros Sinais importantes

Sinal de Lasègue

utilizado para avaliar dor lombar associada a cialgia (dor no nervo ciático/isquiático), seja compressiva ou inflamatória.

paciente em decúbito dorsal, com a perna em completa extensão, eleva-se o membro com o joelho em extensão até o momento em que o paciente apresentar dor, usualmente por volta de 70° por tensão do ciático, quando então se flete o quadril e o joelho lentamente para se afastar dor por patologia do quadril. Realiza-se então a mesma manobra no membro contra-lateral.

É positivo quando o paciente queixa dor lombar e no membro inferior a partir dos 30° de elevação. A manobra contra-lateral com presença de dor no membro afetado ajuda confirmar a suspeita de compressão radicular.



Fonte: BARROS, 2016.

Sinal de Kerning

Paciente em decúbito dorsal, o examinador flexionar a coxa do paciente sobre o quadril (bacia) em 90° (ângulo reto) e, em seguida, procura estender a perna sobre a coxa. Há intensa contratura dos músculos posteriores da coxa. Se houver meningismo, impedindo a conclusão da manobra. Obs.: Na presença de irritação meníngea, a extensão passiva da perna produz dor.

Sinal de Brudzinski

O sinal de Brudzinski é positivo quando há flexão involuntária dos quadris e dos joelhos quando o examinador tenta elevar a cabeça do paciente, flexionando-a sobre o peito.

Fonte: BARROS, 2016.

25. (EBSERH/IADES/2014) Para a realização do exame físico locomotor, é necessária a realização de provas específicas. A prova em que o paciente é orientado a andar e (ou) permanecer na vertical com os olhos fechados, para indicar a presença ou a falta de equilíbrio, é a prova de

- a) Kerning.
- b) Lasegue.
- c) Lewinson.
- d) Romberg.
- e) Brudzinski.

Avaliação pupilar

AVALIAÇÃO DO DIÂMETRO DAS PUPILAS

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

Fonte: Adaptado de UFPE, 2016.

26. (EBSERH/ENARE/AOCP/2021) Durante o exame físico das pupilas de um paciente adulto, o enfermeiro observou que as pupilas estavam ISOCÓRICAS. Esse achado significa que

- a) ambas as pupilas estão contraídas, sugerindo abuso no uso de drogas.
- b) uma pupila está dilatada e a outra contraída (assimétricas).
- c) ambas as pupilas estão dilatadas, sugerindo ambiente com pouca luz.
- d) as pupilas são simétricas e reagem à luz.
- e) ambas as pupilas estão com coloração distintas, sugerindo estado de choque.

Avaliação dos nervos cranianos

Lista de nervos cranianos			Testes
(NC I) Nervo olfatório	Sensorial	transmite impulsos relacionados ao olfato (mucosa olfativa e cavidade nasal)	Com os olhos fechados, faça a criança identificar odores como café, um chumaço de algodão com álcool ou outros odores; teste cada narina separadamente.
(NC II) Nervo óptico	Sensorial	impulsos visuais (acuidade visual e campos visuais, bastonetes e cones)	Verifique a percepção à luz, acuidade visual, visão periférica, visão de cor e disco óptico anormal.
(NC III) Nervo oculomotor	Motor	músculos que movem o olho e a pálpebra, constrição pupilar	Faça a criança acompanhar um objeto (brinquedo) ou luz nas 6 posições cardinais do olhar.
(NC IV) Nervo troclear	Motor	músculos que movem o olho	Faça a criança olhar para baixo e para dentro.
(NC V) Nervo trigêmeo	Misto	sensação facial, reflexo córneo, mastigação	Faça a criança morder forte para baixo e abrir a mandíbula; teste simetria e força; Teste o reflexo corneal e de piscar tocando a córnea suavemente.
(NC VI) Nervo abducente	Motor	músculo que movem o olho	Faça a criança olhar em direção ao lado atemporal
(NC VII) Nervo facial	Misto	expressão facial e movimento dos músculos, salivação e lacrimejamento	Faça a criança sorrir, fazer cara de engraçada ou mostrar os dentes para ver simetria de expressão. Faça a criança identificar solução doce e salgada.
(NC VIII) Nervo vestibulococlear (auditivo, acústico)	Sensorial	audição e equilíbrio	Teste audição; observe qualquer perda de equilíbrio ou presença de vertigem.
(NC IX) Nervo glossofaríngeo	Misto	paladar, sensação na faringe e na língua, deglutição	Estimule a faringe posterior com o abaixador de língua; a criança deve ter ânsia. Teste o sentido do paladar azedo ou amargo.

Lista de nervos cranianos			Testes
(NC X) Nervos vago	Misto	músculo da faringe, laringe e do palato mole, sensação na orelha	Observe voz rouca, reflexo de vômito e capacidade de deglutir. Verifique se a úvula está na linha média; quando estimulada com o abaixador de língua, ela pode se desviar para cima e para o lado da língua.
(NC XI) Nervos (espinhal) acessório	Motor	músculos esternocleidomastóideo e trapézio	Faça a criança encolher os ombros enquanto aplica pressão suave; com as mãos do examinador colocadas sobre os ombros; Faça a criança virar a cabeça contra pressão oposta em ambos os lados.
(NC XII) Nervos hipoglosso	Motor	movimento da língua	Faça a criança mover a língua em todas as direções; faça-a fazer protusões o mais distante possível (colocar a língua para fora); Observe qualquer desvio da linha média. Teste força colocando o abaixador de língua em um lado da língua e fazendo a criança movê-la.

Fonte: WONG, 2021.

27. (PMMG/2023) A avaliação dos nervos cranianos é uma área importante da avaliação neurológica, devendo ser incluída ao examinar cada um dos sistemas do corpo humano. Considerando que para a criança pequena, os testes podem ser apresentados de forma lúdica para obter sua confiança e segurança, marque a alternativa CORRETA:

- a) Para avaliação do nervo glossofaríngeo, observe a rouquidão da voz, a capacidade de engolir e se a úvula encontra-se na linha central.
- b) Para avaliação do nervo vago estimule a faringe posterior com uma espátula e verifique se a criança sente ânsia.
- c) Para avaliação do nervo hipoglosso, peça a criança para mover a língua em todas as direções, e colocá-la para fora o mais longe possível.
- d) Para avaliação do nervo trigêmeo, faça a criança sorrir, fazer uma careta ou mostrar os dentes para avaliar a simetria da expressão.

Antropometria

A antropometria é a medida das dimensões físicas de uma pessoa. Dessa forma, inclui peso, circunferência abdominal, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), percentual de gordura e índice de padrão de crescimento.

Índices antropométricos do idoso

Índice antropométrico	IMC	Estado Nutricional
IMC Peso (kg) (altura) ²	< 22 (menor ou igual a 22)	Baixo peso
	22 e 27 (entre 22 e 27)	Peso adequado (normal)
	≥ 27 (maior ou igual a 27)	Sobrepeso

Fonte: BRASIL, 2011.

28. (TJ-SP/VUNESP/2019) M.T., 63 anos, sexo masculino, assistente jurídico, hipertenso, portador de diabetes tipo 2 há cinco anos, tabagista, compareceu ao ambulatório para consulta de enfermagem de acompanhamento. Informou que vinha fazendo uso regular da medicação para hipertensão e diabetes, seguindo corretamente as orientações sobre a alimentação e conseguindo fazer cerca de 20 minutos de caminhada, aos domingos. Queixou-se que, nas últimas semanas, apresentou episódios de tonturas ao se levantar bruscamente, que cessavam rapidamente. Ao exame físico, o enfermeiro obteve temperatura axilar = 36,7 °C, pulso = 72 batimentos por minuto, pressão arterial = 138 x 88 mm Hg, peso = 84200 g, altura = 175 cm, circunferência abdominal = 93 cm. Ao analisar os resultados de exames recentes apresentados pelo funcionário, constatou glicemia de jejum = 105 mg/dL, hemoglobina glicada = 5,8%.

O índice de massa corporal (IMC) de M.T. e sua interpretação (I) são, respectivamente,

- a) IMC = 27,5; I = obesidade.
- b) IMC = 27,5; I = normal.
- c) IMC = 24,7; I = normal.
- d) IMC = 27,5; I = sobrepeso.
- e) IMC = 24,7; I = sobrepeso.

Classificação do estado nutricional de adultos segundo o índice de massa corporal (IMC)

Classificação	IMC (kg/m ²)	Risco de comorbidades
Abaixo do Peso	<18,50	Baixo
Eutrófico*	18,50 – 24,99	Médio
Sobrepeso	25,00 – 29,99	Pouco elevado
Obesidade grau I	30,00 – 34,99	Elevado
Obesidade grau II	35,00 – 39,99	Muito elevado
Obesidade grau III	≥ 40,00	Muitíssimo elevado

Fonte: Adaptado de OMS, 200055, Abeso, 201656;

29. (Prefeitura de Suzano-SP/VUNESP/2019) C.S., 58 anos, sexo feminino, é portadora de diabetes tipo 2, há 6 anos, e faz uso dos hipoglicemiantes orais metformina e glibenclamida para o controle da glicemia. Durante consulta de enfermagem, informou que vinha tomando regularmente os medicamentos prescritos e esforçando-se para cumprir as recomendações alimentares. Informou que se sentia bem, embora um pouco cansada.

Ao analisar os resultados de exames laboratoriais recentes anexados ao prontuário, observou outros itens, glicemia de jejum = 102 mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c) = 6,5%. Ao realizar o exame físico, o enfermeiro obteve: T = 36,5 °C ; P = 72 bpm; respiração = 17 lrpm; PA = 132 X 86 mmHg; peso = 72.500 Kg; altura = 1.60 cm e circunferência abdominal = 86 cm, não constatando alterações de interesse clínico. Após o exame dos pés, o enfermeiro calculou o índice de massa corporal (IMC), fez as orientações pertinentes e esclareceu as dúvidas apresentadas por C.S.

O índice de massa corporal (IMC) de C.S. e sua interpretação (I) são, respectivamente:

- a) IMC = 45,3 kg/m²; I = obesidade grau II.
- b) IMC = 30,8 kg/m²; I = sobrepeso.
- c) IMC = 30,8 kg/m²; I = obesidade.
- d) IMC = 28,3 kg/m²; I = sobrepeso.
- e) IMC = 28,3 kg/m²; I = obesidade.

Circunferência abdominal

A **circunferência da cintura** é a medida da região do abdômen, no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, onde pode se concentrar a gordura visceral, diretamente relacionada a diversos riscos, como aumento da pressão arterial, diabetes e colesterol alto, fatores que elevam o risco de doenças cardiovasculares.

Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associadas à obesidade em caucasianos

Circunferência abdominal (cm)			
Risco de complicações metabólicas	Homem	Mulher	Nível de ação*
Aumentado	≥ 94	≥ 80	1
Aumentado substancialmente	≥ 102	≥ 88	2

*Significa a importância de se recomendar redução da medida quando 1 é menos importante que 2.

Fonte: SBEM, 2017.

30. (Prefeitura de Boa Vista-RR/SELECON/2019) Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a circunferência abdominal é a medida da região do abdômen, no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, onde pode se concentrar a gordura visceral, diretamente relacionada a diversos riscos, como aumento da pressão arterial, diabetes e colesterol alto, fatores que elevam o risco de doenças cardiovasculares. Em mulheres, o valor da circunferência que indica risco de doenças ligadas ao coração é igual ou superior a:

- a) 80 cm
- b) 85 cm
- c) 90 cm
- d) 94 cm

Avaliação Nutricional no idoso (≥ 60 anos)

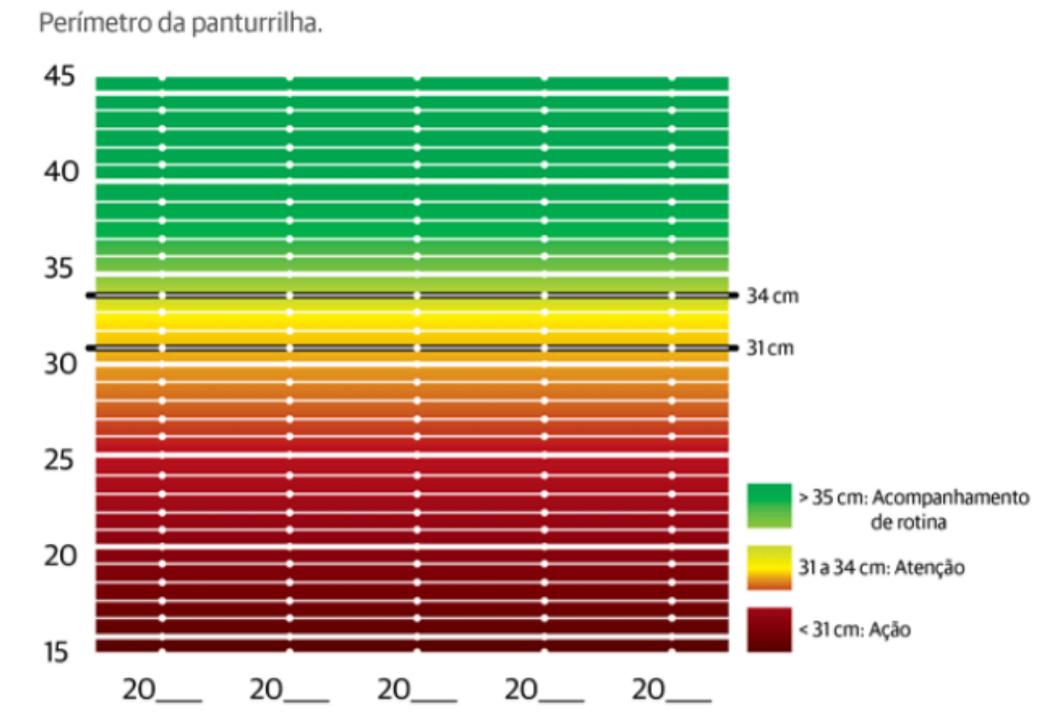
Perímetro da panturrilha (PP)

A medida do perímetro da panturrilha é um bom parâmetro de avaliação da massa muscular no idoso. Medidas menores que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional.

Medidas menores que 34 cm podem significar uma tendência à sarcopenia (BRASIL, 2014).

Obs.: A medida **deve ser realizada na perna esquerda**, em sua parte mais protuberante, utilizando-se uma fita métrica inelástica. A escolha pela perna esquerda é uma padronização da medida;

Fonte: BRASIL, 2014.



Fonte: BRASIL, 2014.

31. (CLDF/FCC/2018) Dos dados antropométricos registrados na Caderneta de Saúde de Pessoa Idosa, aquele que é considerado um indicador sensível de alterações musculares no idoso é

- a) a altura do perímetro cefálico.
- b) a medida da circunferência tóraco-abdominal.
- c) o índice de glicemia capilar.
- d) a medida do perímetro da panturrilha esquerda.
- e) o percentual de gordura ideal.

Sinal de Cacifo/Godet

O **sinal de Cacifo** ou sinal de Godet é um sinal clínico avaliado por meio da pressão digital sobre a pele, por **pelo menos 5 segundos**, a fim de se evidenciar edema.

Classificação			
GRAU	CRUZES	MAGNITUDE	EXTENSÃO
I	+ / + + + +	2 mm	Desaparecimento quase que imediato
II	+ + / + + + +	4 mm	Desaparecimento em 15 segundos
III	+ + + / + + + +	6 mm	Desaparecimento em 1 minuto
IV	+ + + + / + + + +	8 mm	Desaparecimento entre 2 a 5 minutos

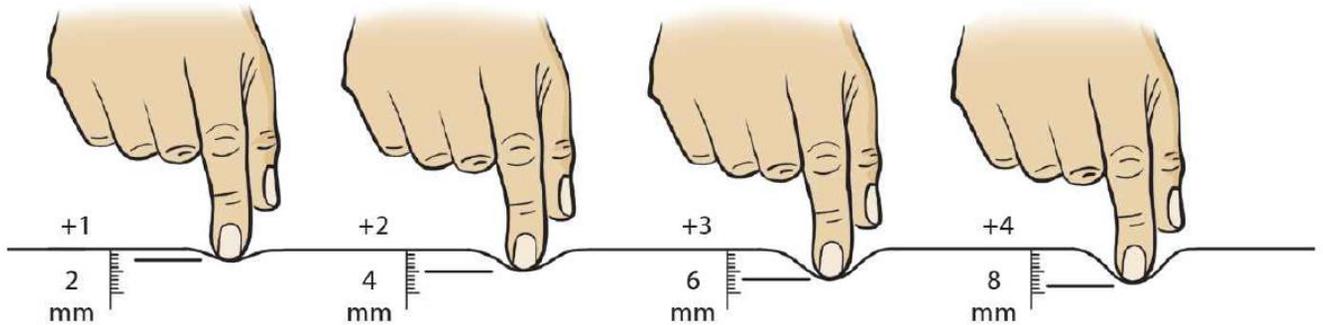


FIGURA: Avaliação de edema em membros inferiores.

Fonte: BARROS, 2016.

32. (Prefeitura de Renascença-PR/FAU/2022) Dentre as ações de enfermagem na avaliação do paciente, assinale a alternativa que corresponde ao sinal clínico identificado por meio da pressão digital sobre a pele (por pelo menos 5 segundos), a fim de se evidenciar edema; é considerado positivo se a “depressão” formada não se desfizer imediatamente após a descompressão:

- a) Sinal de Giordano.
- b) Teste de Bowie Dick.
- c) Posição de Trendelenburg.
- d) Sinal de Cacifo.
- e) Manobra de Heimlich.

ITB – Índice Tornozelo Braquial

O índice tornozelo-braquial é um exame complementar não invasivo auxiliar no diagnóstico da doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) dos membros inferiores. Foi descrito originalmente por Winsor em 1950.

Este índice é calculado pela razão da **pressão sistólica da artéria braquial** direita ou esquerda (o maior valor) [braço] com a **pressão sistólica** das artérias maleolares **tibial** anterior ou tibial posterior (o maior valor) [tornozelo].

- Um ITB < 0,9 indica DAP.
- Um ITB > 1,3 pode indicar vasos não compressíveis devido à calcificação (comum em diabéticos).
- Se o ITB for > 1,3 e a suspeita de DAP for elevada, considerar a medição da PA no hálux ou realizar um ecodoppler.

33. (Prefeitura de Pontes e Lacerda-MT/SELECON/2022) As úlceras vasculogênicas podem decorrer do comprometimento circulatório arterial, venoso ou misto, quando a lesão apresenta uma mistura de sinais de obstrução arterial e venosa. Um método que pode contribuir para determinação da etiologia das úlceras vasculogênicas é o Índice Tornozelo-Braquial (ITB), que consiste nas seguintes variáveis:

- a) pressão arterial sistólica do tornozelo e pressão arterial sistólica do braço.
- b) pressão arterial diastólica do tornozelo e pressão arterial sistólica do braço.
- c) pressão arterial sistólica do tornozelo e pressão arterial diastólica do braço.
- d) pressão arterial média do tornozelo e pressão arterial média do braço.

34. (Prefeitura de Desterro-PB/CONTEMAX/2021) Nos casos de pé diabético, o Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é uma ferramenta de triagem fundamental e primária, devendo ser realizado após o diagnóstico clínico e antes de qualquer modalidade diagnóstica invasiva. A classificação de Fontaine para a doença arterial e local de acompanhamento, indica, normalidade, quando o ITB apresenta-se entre:

- a) 0,20 – 0,40. b) 0,15 – 0,55. c) 0,60 – 1,00. d) 0,80 – 1,10. e) 0,90 – 1,30.

Lesões de pele

Tipo de lesão	Morfologia primária
Máculas	lesões planas e não palpáveis, geralmente com diâmetro < 10 mm. As máculas representam alteração da cor, não são elevadas ou deprimidas . Ex.: rubéola, sarampo (pode ter pápulas e placas) e algumas exantema medicamentoso.
Pápulas	lesões elevadas , geralmente com diâmetro < 10 mm e que podem ser sentidas ao tato ou à palpação. Os exemplos abrangem nevus, verrugas, líquen plano, picadas de inseto, queratoses seborreicas e actínicas, algumas lesões de acne e câncer de pele.

Tipo de lesão	Morfologia primária
Placas	lesões palpáveis, geralmente com diâmetro > 10 mm, que podem ser elevadas ou deprimidas , se comparadas à superfície cutânea. Podem ser arredondadas e com superfície plana. As lesões de psoríase e granuloma anular geralmente formam placas.
Nódulos	pápulas firmes ou lesões que se estendem na derme ou no tecido subcutâneo. São exemplos os cistos , lipomas e fibromas.
Vesículas	bolhas pequenas contendo líquido claro, com diâmetro < 10 mm. São características de infecções herpéticas, dermatite de contato alérgica aguda e algumas doenças bolhosas autoimunes (p. ex., dermatite herpetiforme).
Bolhas	lesões com diâmetro > 10 mm, contendo líquido claro. Podem ser causadas por queimaduras, picadas , dermatite de contato irritativa ou dermatite alérgica e reações medicamentosas.
Pústulas	vesículas que contêm pus. São comuns em infecções bacterianas e foliculites, podendo ser encontradas em doenças inflamatórias, como na psoríase pustulosa.
Urticária (urticas ou vergões)	lesões elevadas causadas por edema localizado. Pápulas são pruriginosas e vermelhas . Urticas são manifestações frequentes de hipersensibilidade a fármacos, picadas, autoimunidade. Em geral, as doenças bolhosas típicas duram < 24 horas.
Escamas	acúmulos sobrepostos do epitélio córneo, observados em doenças como psoríase, dermatite seborreica e infecções fúngicas. A pitíriase rósea e as dermatites crônicas de qualquer tipo podem ser descamativas.
Crostras (cascas)	formadas por soro, sangue ou pus dessecados. Podem ocorrer em doenças cutâneas inflamatórias ou infecciosas (p. ex., impetigo).
Telangiectasias	são pequenos vasos sanguíneos permanentemente dilatados que podem ocorrer em áreas de dano solar, rosácea, doenças sistêmicas (especialmente esclerodermia), doenças hereditárias (p. ex., ataxia-telangiectasia, telangiectasia hemorrágica hereditária) ou após tratamento de longo prazo com corticoides fluorados tópicos.
Erosões	áreas abertas da pele , consequentes à perda de parte ou de toda a epiderme. Podem ser por traumas ou ocorrer em várias doenças cutâneas inflamatórias ou infecciosas. Escoriação é uma erosão linear causada por coçadura, atrito ou escoriação.
Úlceras	causadas pela perda da epiderme e às vezes parte da derme. Ex.: dermatite por estase venosa, trauma físico com ou sem comprometimento vascular, LPP, doença arterial periférica (DAP), infecções e vasculites.
Púrpura	é uma área maior de hemorragia que pode ser palpável. A púrpura palpável é considerada como um sinal da vasculite leucocitoclástica.

Tipo de lesão	Morfologia primária
Atrofia	é o adelgaçamento da pele cujo aspecto pode ser xerótico e enrugado, lembrando papel de cigarro. A atrofia pode ser causada por exposição crônica ao sol, envelhecimento e algumas doenças cutâneas inflamatórias e/ou neoplásicas, incluindo linfoma de linfócitos T e lúpus eritematoso.
Cicatrizes	áreas de fibrose que substituem a pele normal após um ferimento. Algumas cicatrizes tornam-se hipertróficas ou espessadas e elevadas. Queloides são cicatrizes hipertróficas que se estendem além da margem original do ferimento.
Petéquias	são pontos focais não branqueados da hemorragia. Ex.: trombocitopenia, disfunção plaquetária, vasculites e infecções (p. ex., meningococemia, febre maculosa das Montanhas Rochosas e outras riquetsioses).

RESUMOS DAS LESÕES ELEMENTARES

1. Alterações de cor	Vásculo-sanguíneas:	eritema; telangiectasia; púrpura; petéquia.
	Pigmentares:	leucodermia; hipocromia; acromia; hiperchromia.
2. Elevações edematosas	Urtica	
	Angioedema.	
3. Formações sólidas	Pápula; Placa; Nódulo; Nodosidade ou tumor; Goma; Vegetação; Verrucosidade; Tubérculo.	
4. Coleções líquidas	Vesícula; Bolha ou flictena; Pústula; Abscesso; Hematoma.	
5. Alterações de espessura	Queratose; Liquenificação; Edema; Esclerose; Atrofia.	
6. Perdas e reparações	Escama; Exulceração/Erosão; Ulceração; Fissura; Crosta; Cicatriz.	

35. (Hospital Sírio Libanês/FCC/2021) Ao realizar o exame físico de um paciente o enfermeiro observou a presença de lesões de pele do tipo elevação superficial e circunscrita da pele, de aproximadamente 1 cm, preenchida por líquido seroso e pequenos vasos dilatados com aspecto avermelhado. Essas descrições correspondem, respectivamente, a lesões do tipo

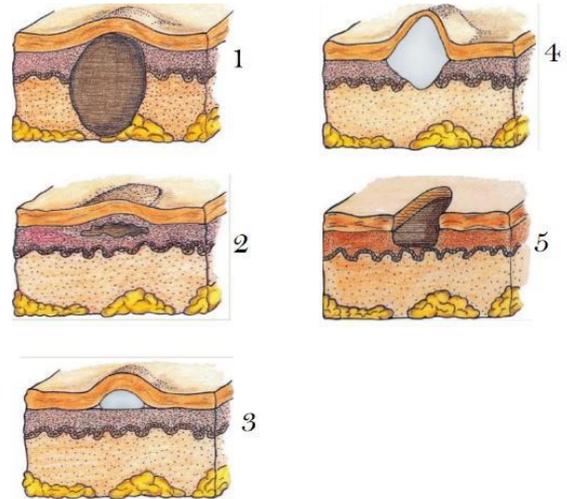
- pústula e telangiectasia.
- vesícula e pápulas.
- bolha e telangiectasia.
- vesícula e liquenificação.
- bolha e pápulas.

35. (Hospital Sírio Libanês/FCC/2021) Ao realizar o exame físico de um paciente o enfermeiro observou a presença de lesões de pele do tipo elevação superficial e circunscrita da pele, de aproximadamente 1 cm, preenchida por líquido seroso e pequenos vasos dilatados com aspecto avermelhado. Essas descrições correspondem, respectivamente, a lesões do tipo

- a) pústula e telangiectasia.
- b) vesícula e pápulas.
- c) bolha e telangiectasia.
- d) vesícula e liquenificação.
- e) bolha e pápulas.

36. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Observe os seguintes tipos de lesões de pele e assinale a alternativa correta.

- a) A figura 1 refere-se à lesão do tipo pápula.
- b) A figura 2 refere-se à lesão tipo tumor.
- c) A figura 3 refere-se à lesão do tipo vesícula.
- d) A figura 4 refere-se à lesão do tipo úlcera.
- e) A figura 5 refere-se à lesão do tipo pústula.



Mudanças Generalizadas da Cor

Observe qualquer sinal de:		
Palidez	(Branca)	Anemia, choque, quantidade reduzida de oxi-hemoglobina.
Eritema	(Avermelhada)	Aumento do fluxo sanguíneo, febre, trauma direto, rubor, ingestão de álcool.
Cianose	(Azulada)	Relacionado a hipóxia (sinal tardio de diminuição de oxigênio).
Icterícia	(Amarelada)	Aumento de bilirrubina nos tecidos, doença hepática, destruição de células vermelhas do sangue.
Vitiligo	(Perda da pigmentação)	Condição congênita autoimune causando falta de pigmento.

Fonte: SEIDEL, 2007; SOUZA, 1985.

37. (EBSERH/ENARE/AOCP/2022) Um paciente que apresente uma quantidade reduzida de oxihemoglobina, resultante da diminuição do fluxo sanguíneo, proveniente de uma anemia ou choque, estará com qual aspecto de pele?

- a) Castanho-marrom.
- b) Eritema.
- c) Cianose.
- d) Palidez.
- e) Perda de pigmentação.

(SES-DF/IADES/2017) O exame físico geral é a primeira etapa do exame clínico de enfermagem e, além de complementar a anamnese (entrevista compreensiva), fornece uma visão do paciente como um todo.

Com relação ao exame físico de enfermagem, julgue os itens a seguir.

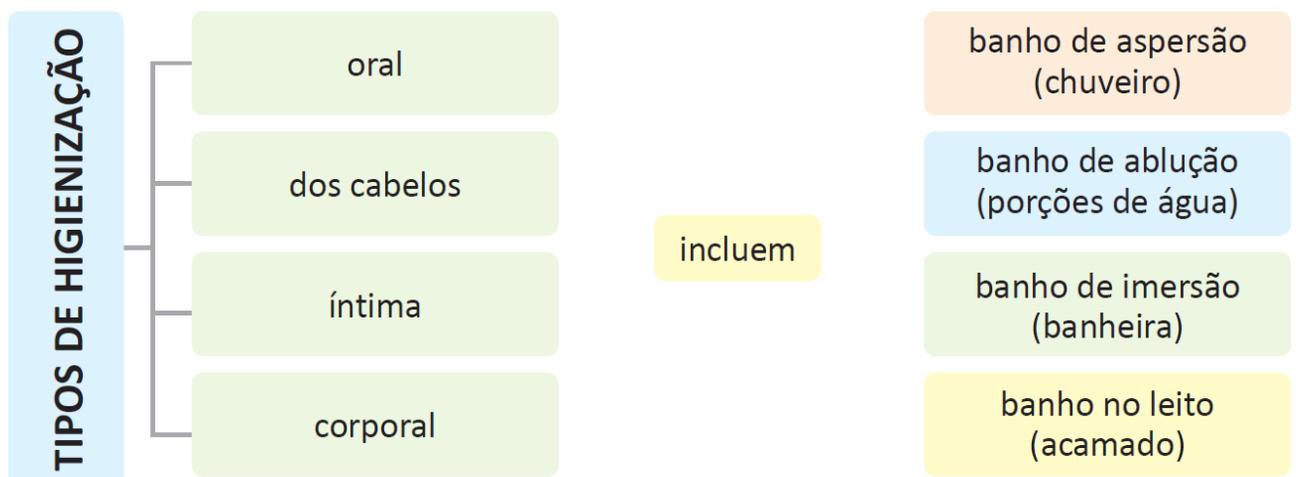
38. O excesso de betacaroteno pode se assemelhar à cianose. Para diferenciar as duas condições, deve-se observar se o tom arroxeado/alaranjado está presente apenas na pele (caroteno) ou também na esclera e no freio lingual (cianose).

() CERTO () ERRADO

Higiene pessoal e conforto do paciente

A higiene corporal afeta o conforto, a segurança e o bem-estar do paciente. Pessoas doentes ou fisicamente debilitadas frequentemente necessitam de níveis variados de assistência.

O enfermeiro deve lançar mão de habilidades de comunicação para prestar cuidados de higiene de maneira eficaz. Durante esses cuidados, outras atividades podem ser integradas, como exame físico, realização de exercícios de amplitude de movimento, aplicação de curativos e cuidados com os sítios intravenosos (POTTER et al., 2018).

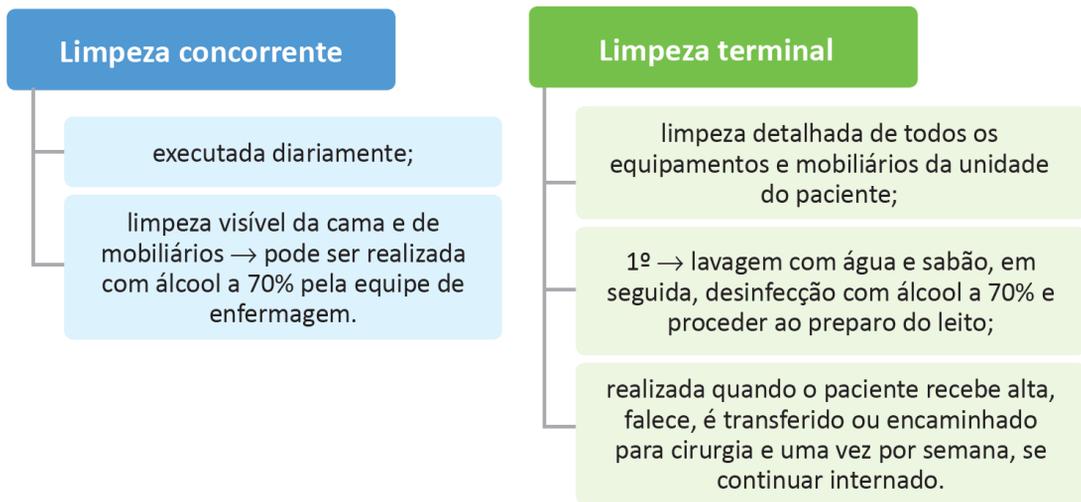


39. (EBSERH/AOCP/2015) O banho, mais que uma técnica, é um momento importante para a enfermagem interagir com o cliente. Sendo assim o banho no leito engloba que tipo de higiene?

- a) Apenas íntima e oral.
- b) Higiene ocular, oral, do couro cabeludo e dos cabelos, do corpo e íntima.
- c) Apenas ocular e couro cabeludo.
- d) Apenas dos cabelos e íntima.
- e) Apenas oral e ocular.

Ambiente e unidade do cliente

A limpeza da unidade pode ocorrer de duas formas: concorrente e terminal.



40. (EBSERH/VUNESP/2020) Limpeza e desinfecção que são realizadas diariamente no ambiente hospitalar ocupado, incluindo mobiliário, piso e superfícies, reduzindo riscos de contaminação e eliminando sujidades. Essa informação refere-se ao conceito de

- a) descontaminação padrão.
- b) higienização preventiva.
- c) higienização terminal completa.
- d) higienização concorrente.
- e) desinfecção padrão.

41. (EBSERH/VUNESP/2020) Para realização de limpeza concorrente e terminal, há princípios básicos a serem observados. Faz-se necessário que o movimento seja:

- a) unidirecional, do mais limpo para o mais sujo, de baixo para cima, do mais distante para o mais próximo, de dentro para fora, de frente para trás.
- b) bidirecional, do mais sujo para o mais limpo, de cima para baixo, do mais distante para o mais próximo, de dentro para fora, de trás para frente.
- c) multidirecional, do mais limpo para o mais sujo, de cima para baixo, do próximo para o mais distante, de dentro para fora, de trás para frente.
- d) pluridirecional, do mais limpo para o mais sujo, de cima para baixo, do mais distante para o mais próximo, de dentro para fora, de trás para frente.
- e) unidirecional, do mais limpo para o mais sujo, de cima para baixo, do mais distante para o mais próximo, de dentro para fora, de trás para frente.

42. (EBSERH/IBFC/2017) A higiene hospitalar envolve diferentes processos. Entre eles, o processo de limpeza hospitalar é o processo de remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. Abaixo apresentamos dois processos distintos de limpeza:

I. Processo de limpeza realizado diariamente em diferentes dependências: unidade do paciente, piso de quartos e enfermarias, corredores, saguões, instalações sanitárias, áreas administrativas etc. Esta limpeza é úmida e menos completa quando comparada à outros tipos de limpeza, não envolvendo a utilização de máquinas para limpeza do piso.

II. Processo de limpeza que ocorre em todas as superfícies horizontais e verticais de diferentes dependências, incluindo parede, vidros, portas, pisos etc. No piso, a limpeza é mais completa quando comparada à outros tipos de limpeza, sendo realizada através de máquina. A periodicidade depende da área onde a limpeza é realizada, sendo que em quartos e enfermarias, ocorre após a alta, óbito ou transferência do paciente. Já em centro cirúrgico, por exemplo, a frequência da limpeza é sempre diária, tanto para um ou outro tipo de limpeza. A unidade do paciente é representada por todo o mobiliário, materiais e equipamentos que estejam próximos ao paciente e sejam passíveis de toques frequentes pelas mãos dos profissionais de saúde e paciente. Sua frequência deve ser diária e quando necessária, antecede outros tipos de limpeza de piso.

Portanto, podemos afirmar que os tipos de limpeza citados em I e II são, respectivamente:

- a) Limpeza terminal e Limpeza concorrente.
- b) Limpeza concorrente e Limpeza sistemática.
- c) Limpeza sistemática e Limpeza concorrente.
- d) Limpeza concorrente e Limpeza terminal.
- e) Limpeza sistemática e Limpeza terminal.

A COLEÇÃO MAIS COMPLETA DO BRASIL

