

TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Teoria, dicas e questões de provas CONSULPAM

Samara Nere.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:

Admissão, transferência, alta, óbito.	42
Centro cirúrgico, central de material e esterilização.	44
Prevenção e controle de infecção hospitalar.	54
Assepsia da unidade e do paciente.	75
Medidas de conforto.	1
Assistência de enfermagem aos pacientes graves e agonizantes e preparo do corpo após a morte.	35
Assistência de enfermagem em urgência e emergências: poli traumatismo, procedimentos em parada cardiorrespiratória, estado de choque, acidente vascular encefálico, estado de coma, infarto agudo do miocárdio e angina no peito, edema agudo no pulmão, crise hipertensiva, queimaduras, hemorragia digestiva, intoxicação exógena.	9
Enfermagem médico-cirúrgica: sinais e sintomas.	84
Cuidados Gerais no Pré e Pós-Operatório.	110
Assistência Clínica e Obstétrica.	132
Fundamentos de enfermagem.	13
Lei do exercício profissional.	7
Ética profissional.	15
Noções de farmacologia.	80
Assistência de enfermagem ao exame físico.	60
Enfermagem nos exames complementares.	3
Prontuário médico, anotações e registros.	40
Sinais vitais.	64
Higiene corporal.	76
Medidas terapêuticas.	18
Tratamento por via respiratória.	35
Noções de primeiros socorros.	87
Tratamento e assistência em: clínica médica, doenças transmissíveis.	95
Humanização da Assistência.	178
Pressão Arterial.	6
IRA: Diagnóstico, Caracterização, Procedimento, Classificação.	109
Assistência Materno Infantil.	130
Esterilização.	127
Cuidados gerais de enfermagem.	133
Técnicas básicas de enfermagem: nebulização, peso - mensuração, aplicações de medicações (vias e técnicas), curativos, posição para exames, alimentações e coleta de material para exames.	24
Assistência de Enfermagem à mulher: prevenção e detecção precoce do câncer ginecológico (colo de útero e mama), acompanhamento à gestante, consulta de pré-natal - acompanhamento à mulher no puerpério (normal ou patológico) e no abortamento.	145
Atenção à mulher vítima de violência doméstica e sexista.	158
Assistência de enfermagem à saúde da mulher.	153
Assistência de enfermagem na atenção à saúde da criança e adolescente.	160
Assistência de enfermagem ao adulto: controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis (tuberculose, hanseníase, cólera, infecção pelo HIV, hepatite, meningite, dengue e leptospirose) paciente portador de: hipertensão arterial, diabetes, outras doenças crônicas, abordagem do paciente acamado (cuidados no acidente vascular cerebral).	164
Atenção à pessoa com deficiência.	170
Saúde mental: projeto terapêutico singular, acolhimento, clínica ampliada, matricialmente, visitas domiciliares e outras formas de busca do paciente e atenção à família.	176
Imunizações: esquema básico de vacinação.	180
Questões de provas banca CONSULPAM.	184

PREZADO(A) CANDIDATO(A)

Não se iluda, o conteúdo abordado no edital parece simples, mas não é. A disciplina ENFERMAGEM é muito ampla e abrange muitos assuntos. No mais, a banca não indicava alguma referência doutrinária que possa orientar você a estudar de forma direcionada. E hoje, com a internet, ela pega um texto disponível nas redes sociais e elabora a questão. O que dificulta e muita para os candidatos se prepararem com qualidade.

Pensado nisso, buscamos elaborar este material tendo como foco as questões mais cobradas pelas bancas de concursos, colocando não só a **teoria**, como **dicas**, **casos práticos** e **questões recente com gabarito** e outras acrescidas de comentários.

Portanto, você está adquirindo um material fruto de exatas pesquisas, produzindo com compromisso e responsabilidade.

Esperamos que nosso esforço seja recompensado com sua aprovação.

No mais, desejamos

BOA SORTE

Organizadora e
Editora DINCE

FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM

Os fundamentos de enfermagem constituem a base teórica e prática sobre a qual a profissão é construída. Eles englobam conhecimentos essenciais, habilidades e atitudes necessárias para fornecer cuidados de saúde seguros, eficazes e centrados no paciente.

1. DEFINIÇÃO E OBJETIVOS DA ENFERMAGEM

Definição

A enfermagem é uma profissão dedicada ao cuidado holístico dos indivíduos, famílias e comunidades, promovendo a saúde, prevenindo doenças e ajudando na recuperação e reabilitação dos pacientes.

Objetivos

- **Promover a saúde:** Encorajar hábitos saudáveis e fornecer educação em saúde.
- **Prevenir doenças:** Realizar imunizações, triagens e orientação preventiva.
- **Aliviar o sofrimento:** Proporcionar cuidados paliativos e manejo da dor.
- **Restaurar a saúde:** Realizar intervenções que ajudem na recuperação de doenças ou lesões.
- **Reabilitar pacientes:** Ajudar na adaptação a novas condições de saúde e na recuperação funcional.

2. PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS

Princípios Éticos

- **Autonomia:** Respeito ao direito dos pacientes de tomar suas próprias decisões.
- **Beneficência:** Atuar no melhor interesse dos pacientes.
- **Não-maleficência:** Evitar causar dano ao paciente.
- **Justiça:** Proporcionar cuidados de forma justa e equitativa.
- **Confidencialidade:** Proteger as informações dos pacientes.

Aspectos Legais

- **Responsabilidade Profissional:** Seguir as leis e regulamentos que regem a prática da enfermagem.
- **Consentimento Informado:** Garantir que os pacientes compreendam e concordem com os procedimentos.
- **Documentação:** Manter registros precisos e completos dos cuidados prestados.

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Etapas do Processo de Enfermagem

1. **Avaliação:** Coleta sistemática de dados sobre o paciente.
 - o **Subjetivos:** Informações fornecidas pelo paciente.
 - o **Objetivos:** Dados obtidos através de exame físico e testes diagnósticos.
2. **Diagnóstico de Enfermagem:** Identificação de problemas de saúde reais ou potenciais.
3. **Planejamento:** Desenvolvimento de estratégias para resolver ou minimizar os problemas de saúde identificados.
 - o **Metas e Objetivos:** Estabelecimento de resultados esperados.
 - o **Intervenções de Enfermagem:** Seleção das ações a serem realizadas.
4. **Implementação:** Execução das intervenções planejadas.
5. **Avaliação:** Verificação da eficácia das intervenções e ajustes necessários.

4. TEORIAS E MODELOS DE ENFERMAGEM

Principais Teorias

- **Florence Nightingale:** Enfatiza o ambiente como fator crucial na recuperação do paciente.
- **Virginia Henderson:** Foca nas necessidades básicas do paciente.
- **Dorothea Orem:** Destaca a importância do autocuidado.
- **Madeleine Leininger:** Enfatiza os cuidados culturais e transculturais.
- **Jean Watson:** Teoria do cuidado humano, destacando a importância da relação entre enfermeiro e paciente.

5. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES ESSENCIAIS

Habilidades Clínicas

- **Administração de Medicamentos:** Conhecimento sobre dosagem, vias de administração e efeitos colaterais.
- **Realização de Procedimentos:** Habilidades em técnicas como curativos, cateterizações, coletas de amostras e monitoramento de sinais vitais.
- **Assistência em Exames e Tratamentos:** Preparação e apoio durante procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Habilidades de Comunicação

- **Comunicação Terapêutica:** Uso de técnicas que promovem a expressão dos sentimentos e pensamentos dos pacientes.
- **Educação em Saúde:** Capacidade de explicar diagnósticos, tratamentos e cuidados preventivos de forma clara e compreensível.
- **Trabalho em Equipe:** Colaboração eficaz com outros profissionais de saúde.

6. Educação e Promoção da Saúde

Educação do Paciente

- **Informar sobre Condições de Saúde:** Explicação de diagnósticos, tratamentos e prognósticos.
- **Orientar sobre Cuidados Domiciliares:** Instruções sobre autocuidado, uso de medicamentos e prevenção de complicações.

Promoção da Saúde

- **Campanhas de Saúde:** Participação em programas de imunização, triagem e conscientização sobre doenças.
- **Aconselhamento Preventivo:** Orientação sobre dieta, exercício, cessação do tabagismo e outras práticas saudáveis.

7. GESTÃO E LIDERANÇA EM ENFERMAGEM

Gestão de Cuidados

- **Coordenação de Equipes:** Liderança na organização e supervisão dos cuidados de enfermagem.
- **Planejamento de Recursos:** Gestão eficaz de recursos humanos, materiais e financeiros.

Desenvolvimento Profissional

- **Educação Continuada:** Participação em cursos, workshops e outras atividades de atualização profissional.
- **Mentoria e Supervisão:** Orientação e apoio a novos enfermeiros e estudantes de enfermagem.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

1. Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos pacientes, sob supervisão do enfermeiro, assim como colaborar nas atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na Instituição;
2. Auxiliar o superior na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância epidemiológica e no controle sistemático da infecção hospitalar;
3. Preparar pacientes para consultas e exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos;
4. Colher e ou auxiliar o paciente na coleta de material para exames de laboratório, segundo orientação;
5. Realizar exames de eletrodiagnósticos e registrar os eletrocardiogramas efetuados, segundo instruções médicas ou de enfermagem;
6. Orientar e auxiliar pacientes, prestando informações relativas a higiene, alimentação, utilização de medicamentos e cuidados específicos em tratamento de saúde;
7. Verificar os sinais vitais e as condições gerais do paciente, segundo prescrição médica e de enfermagem;
8. Preparar e administrar medicações por via oral, tópica, intradérmica, subcutânea, intramuscular, endovenosa e retal, segundo prescrição médica, sob supervisão do Enfermeiro;
9. Cumprir prescrições de assistência médica e de enfermagem;
10. Realizar a movimentação e o transporte de pacientes de maneira segura;
11. Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;
12. Realizar controles e registros das atividades do setor e outros que se fizerem necessários para a realização de relatórios e controle estatístico;
13. Circular e instrumentar em salas cirúrgicas e obstétricas, preparando-as conforme o necessário;
14. Efetuar o controle diário do material utilizado, bem como requisitar, conforme as normas da instituição, o material necessário à prestação da assistência à saúde do paciente;
15. Controlar materiais, equipamentos e medicamentos sob sua responsabilidade;
16. Manter equipamentos e a unidade de trabalho organizada, zelando pela sua conservação e comunicando ao superior eventuais problemas;
17. Executar atividades de limpeza, desinfecção, esterilização de materiais e equipamentos, bem como seu armazenamento e distribuição;
18. Propor a aquisição de novos instrumentos para reposição daqueles que estão avariados ou desgastados;
19. Realizar atividades na promoção de campanha do aleitamento materno bem como a coleta no lactário ou no domicílio;
20. Auxiliar na preparação do corpo após o óbito;
21. Participar de programa de treinamento, quando convocado;
22. Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática;

23. Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Processo de enfermagem é o conjunto de ações que se executa mediante um determinado modo de fazer, e segundo um determinado modo de pensar, em face de necessidades da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, que demandam o **cuidado profissional de enfermagem**.

Os **fundamentos do processo de cuidar** em Enfermagem estão estruturados nos **princípios legais, éticos e científicos**.

O cuidar em enfermagem caracteriza-se em conhecer e atender as necessidades do ser a ser cuidado, em dar oportunidade a ele de cuidar-se e de desenvolver o seu potencial.

Pensar na enfermagem e no cuidar é uma tarefa instigante e de certa forma representa um desafio no contexto atual da conformação das práticas de saúde, no qual é necessário e fundamental se considerar a forma como a produção dessas práticas tem se efetivado, voltadas muito mais às doenças e não ao doente.

No que tange à enfermagem, não é uma discussão nova, se faz presente em sua história, visto que o cuidar é uma das razões e sentido da enfermagem, mesmo que não seja uma ação exclusiva e predominante desta profissão.

O cuidado não é apenas um privilégio ou característica da enfermagem. Contudo, a enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem, e a caracterizam por ser uma profissão de ajuda na qual o conceito de cuidado é genuíno.

A Enfermagem tem como premissa básica o cuidado com o ser humano na sua totalidade e, de acordo com a sua natureza, reconhecendo-o como um ser com potencialidades e capacidades para agir e decidir, observando sua individualidade, necessidades, expectativas e realidades.

Desta forma, ampliam-se as possibilidades para exercer sua autonomia e para transformar o contexto em que vive. Enfermagem - "**gente que cuida de gente**" -, seu trabalho se fundamenta num profundo respeito humano para lidar com as pessoas.

Esse é seu compromisso profissional e sua dimensão ética.

O cuidar exige conhecimento, dedicação, zelo e amor, é fruto de um trabalho sensível e humano, que fortalece sentimentos e conserva a relação entre quem cuida e quem é cuidado.

Cuidar do outro não é só cuidar do corpo; é cuidar também da mente e emoção, é um lidar permanente das subjetividades que estão colocadas na relação trabalhador de enfermagem-usuário.

Assim, esse profissional que cuida do outro na sua inteireza vai também buscar escutar os sentimentos, vai dialogar.

Portanto, deve-se vislumbrar um horizonte onde o cuidar deve associar o sonho e a ciência, o racional e a intuição, o emocional e os sentimentos, o real e o virtual, a imaginação e a criação, o cotidiano e a subjetividade, o individual e o coletivo e, também, considerar particularidades e singularidades.

O desafio para a enfermagem atravessar o terceiro milênio é insistir na prática do cuidado ao ser humano, como atividade fim e primordial e, ainda, um meio de valorização profissional.

A lei do Exercício Profissional de Enfermagem, de nº 7498 de 1986, em seu artigo 11, inciso I, que trata das competências privativas do enfermeiro, coloca em seus itens c, i, j e m, desde o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem, até a consulta de enfermagem que inclui a prescrição da assistência

e as intervenções de maior complexidade técnica e científica, embasadas em conhecimentos e tomada de decisões.

Do ponto de vista ético, o Código de Ética da Enfermagem (Resolução COFEN - 160) estabelece como conceitos chaves:

- o compromisso do enfermeiro como profissional, na promoção, proteção e recuperação da saúde e reabilitação, através da formação generalista ou especializada, com deveres e direitos reconhecidos; como indivíduo no exercício de sua cidadania e como ser humano, respeitando os direitos do objeto de seu cuidar enquanto ser humano, cidadão e cliente;
- as bases legais da profissão que determinam uma responsabilidade profissional direcionada para a qualidade de assistência prestada e
- envolvimento profissional e emocional com a clientela, pautado na relação de ajuda terapêutica mediada pela comunicação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, s/d).

Quanto aos princípios científicos que norteiam a fundamentação teórico-metodológica do cuidar em Enfermagem, relacionam-se à implementação de método científico de resolução de problemas, que envolve, por sua vez, estratégias como a informação, instrução, motivação e treinamento do cliente. Assim como explicitadas nos aspectos legais e éticos, enfatiza-se a competência técnico-científica do enfermeiro como fundamental para a implementação desse sistema de cuidados.

As **fases preconizadas** neste método consistem em:

- avaliação das demandas assistenciais, reais e potenciais, do cliente, com estabelecimento de diagnósticos que direcionam as intervenções;
- prescrição das intervenções "cuidativas" que englobam as dimensões do saber (conhecimentos), do fazer (auto e heterocuidado) e do sentir (atitudes para a preservação ou modificação comportamental). Esta fase prevê, ainda, medidas compartilhadas ou não com demais membros da equipe interdisciplinar;
- avaliação do processo de cuidar voltado para os resultados das intervenções preconizadas e surgimento de novas demandas, retornando-se às etapas iniciais do ciclo;
- estabelecimento de critérios de alta fundamentados nos indicadores de reabilitação e qualidade de vida alcançados.

Essas considerações iniciais relativas às bases legais, éticas e científicas que fundamentam, teórica e metodologicamente, o processo de cuidar em Enfermagem, no seu sentido mais amplo, certamente constituem os princípios do cuidar em áreas menos genéricas como a Saúde do Adulto.

A enfermagem precisa considerar o ser humano em sua totalidade no processo de cuidar e educar, respeitando suas características individuais, suas crenças, seus costumes valorizando o papel de cada profissional na realização deste processo.

A interação entre a equipe de saúde, o doente e a família são essenciais para a efetivação do cuidado. Portanto, o profissional de enfermagem não deve restringir o cuidado na execução de procedimentos técnicos, mas precisa inserir a promoção da saúde em sua assistência resgatando o princípio norteador da enfermagem que é a educação do doente para o autocuidado.

PLANEJAMENTO

O **planejamento** envolve o desenvolvimento de estratégias, criadas para reforçar reações saudáveis do cliente ou para prevenir, minimizar ou corrigir reações não-saudáveis

4 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

ao cliente, identificadas no diagnóstico de enfermagem". (YEAR, TAPTICH & BERNOCCHI-LOSEY, 1993).

Conceito

Para FIGUEIREDO (2002), o plano de cuidados de enfermagem é um plano de ação elaborado para ajudar a prestar cuidados de qualidade para o paciente.

Estrutura do planejamento

Os componentes do planejamento do processo de enfermagem consistem em quatro estágios:

1. Diagnóstico de enfermagem com o estabelecimento de prioridades.
2. Desenvolvimento de resultados.
3. Estabelecimento de intervenções de enfermagem.
4. Documentação do plano, uma vez que o plano de cuidados torna-se uma parte permanente do prontuário do paciente e é utilizado por todos os membros da equipe de enfermagem. Estrutura do planejamento.

1º - Estabelecer prioridades

- Etapa fundamental do processo de enfermagem;
- O objeto de trabalho do enfermeiro é a resposta do indivíduo ao problema;
- Classificar os problemas em ordem de prioridades;
- É resultante de um problema derivado do histórico; Diagnóstico -> Prescrição de enfermagem;
- Fugir a essa responsabilidade configura um crime ético;

2º - Metas (Resultados esperados)

São relatórios que descrevem o comportamento mensurável do cliente ou da família, apresentado um estado favorável (modificado ou mantido) após o fornecimento do atendimento de enfermagem (Alfaro, 1994).

- Diagnóstico de Enfermagem
- Problema Colaborativo

Os problemas colaborativos não devem ter resultados esperados (Carpenito,2002).

- Critérios de Avaliação: EM e EEnf
- Fisiológico.

3º - Intervenções de enfermagem

As intervenções de enfermagem são estratégias específicas, criadas para auxiliar o paciente a chegar aos resultados.

Fator relacionado

Atividades necessárias para a eliminação dos fatores que contribuem para a reação humana.

Estabelecer os diagnósticos e os resultados de enfermagem.

Formulação de hipóteses e "brainstorming" constituem maneiras úteis de identificação de alternativas possíveis.

Enfermeiro cria hipóteses quando prevê alternativas que são apropriadas para se obter os resultados esperados.

O "brainstorming" que é uma técnica de grupo, utilizada para gerar ideias a partir de mais de uma pessoa.

Características:

Coerência

As intervenções de enfermagem não devem entrar em conflito com os métodos terapêuticos de outros membros da equipe de saúde.

Bases científicas

Sustente as decisões da enfermeira e componha a fundamentação científica das ações de enfermagem.

Individualização

-Provisão de um ambiente terapêutico e seguro

- Oportunidades de ensino-aprendizagem
- Utilização de recursos apropriados

Plano de Cuidado de Enfermagem

-O formato do plano de cuidados auxilia o enfermeiro no processamento das informações.

-Os planos de cuidados devem ser escritos por uma enfermeira registrada; iniciados após o primeiro contato com o paciente.

-O plano de cuidados de enfermagem é um método de comunicação de informações importantes sobre o cliente.

Os componentes dos planos de cuidados de enfermagem, usualmente consistem em:

- Diagnóstico de enfermagem
- Resultados
- Intervenções de enfermagem

PROCESSO DE ENFERMAGEM

• É um conjunto de ações que levam a determinado resultado. O processo de enfermagem é uma sequência organizada de etapas, que visa à assistência ao ser humano.

• E distinguem-se por seis fases ou passos, aonde o indivíduo, a comunidade e a família é o centro das ações.

FASES DOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM

- Histórico de enfermagem (anamnese).
- Diagnóstico de enfermagem.
- Plano assistencial.
- Prescrição de enfermagem (plano de cuidados).
- Evolução de enfermagem.
- Prognósticos de enfermagem.

1)Anamnese

• É o roteiro sistematizado para levantamento de dados significativos para o (a) enfermeiro (a) do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas.

• Mais o quê, seriam problemas de enfermagem?

Problemas de enfermagem são sinais e sintomas ou até mesmo situações e condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e comunidade, e que exigem atuação do enfermeiro e de sua assistência profissional.

2)Diagnóstico de Enfermagem

• É a identificação das necessidades básicas do ser humano (NHB) que precisam de atendimento e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão.

- **Dependência:** total e parcial.

- **Total:** atender a NHB quando cliente não tem condições de fazer por si, seja qual for a causa.

- **Parcial:** a assistência de enfermagem pode situar-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento.

3)Plano Assistencial

• É a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido, examinando-se os problemas de enfermagem, as NHB afetadas e o grau de dependência.

3)Prescrição de Enfermagem

• É roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem nos cuidados adequados ao atendimento das NHB e específicas do ser humano.

• A prescrição de enfermagem deverá ter como base os cuidados prioritários, mesmo que estes não estejam escritos; poderá existir uma folha somente para a prescrição de enfermagem ou esta usará a própria folha de prescrição médica, desde que seja norma estabelecida pela instituição.

4)Evolução de Enfermagem

- É o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional.
- A evolução é em síntese, uma avaliação global do plano de cuidados (prescrição de enfermagem).

5)Prognóstico de Enfermagem

- É a estima da capacidade do ser humano em atender a suas NHB após a implementação do plano assistencial e à luz dos dados fornecida pela evolução de enfermagem.
- O prognóstico indicará as condições que o cliente atingiu na alta. Ele chegou à total independência? Está dependente no que e quando?
- Um bom prognóstico é aquele ao autocuidado, portanto, à independência de enfermagem; um prognóstico sombrio é aquele que se dirige para a dependência total.
- O prognóstico é também um meio de avaliação do processo em si, mede todas as fases e chega a uma conclusão.

Necessidades Humanas Básicas (NHB)



• O que são NHB? São estados de tesões, consciente ou inconsciente, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais.

• As necessidades são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.

Inúmeros fatores interferem na manifestação e atendimento; entre eles podem-se citar:

- Individualidade.
- Idade.
- Sexo.
- Cultura.
- Escolaridade.
- Fatores sócio-econômicos.
- Ciclo saúde-enfermidade.
- Ambiente físico.

MASLOW baseia sua teoria sobre a motivação humana nas NHB. Estas foram por ele hierarquizadas em cinco níveis:

- Necessidades fisiológicas.
- De segurança.
- De amor.
- De estima.
- De auto-realização.

MASLOW, também diz que um indivíduo só passa a procurar satisfazer as do nível seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores.

Um conceito de MASLOW é de que nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois

se houvesse, conforme a teoria estabelece, não haveria mais motivação individual.

Na enfermagem prefere-se utilizar a denominação de João Mohana, que são as NHB:

- Psicobiológico.
- Psicossocial.
- Psicoespiritual.

As duas primeiras são comuns a todos os seres vivos nos diversos aspectos de sua complexidade orgânica, mas a terceira é característica única do homem.

Necessidades Psicobiológicas:

- Oxigenação.
- Hidratação.
- Nutrição.
- Eliminação.
- Sono e repouso.
- Exercício e atividade física.
- Sexualidade.
- Abrigo.
- Mecânica corporal.
- Motilidade.
- Cuidado corporal.
- Integridade cutâneo-mucosa.
- Integridade física.
- Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.

hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.

- Locomoção.
- Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa.
- Ambiente.
- Terapêutica.

Necessidades Psicossociais:

- Segurança.
- Amor.
- Liberdade.
- Comunicação.
- Criatividade.
- Aprendizagem (educação à saúde).
- Gregária.
- Recreação.
- Lazer.
- Espaço.
- Orientação no tempo e espaço.
- Aceitação.
- Auto-realização.
- Auto-estima.
- Participação.
- Auto-imagem.
- Atenção.

Necessidades Psicoespirituais:

- Religiosa ou teológica.
- Ética ou de filosofia de vida.

NBH

Todas as necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. É fundamental que se integre o conceito holístico do homem, ele é um todo indivisível, não é soma de suas partes.

Paras saber mais:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad3.pdf

ADMINISTRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM¹

Continua.../

Continua...

LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL.

LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Continua...

QUESTÕES DE PROVAS

01. (PC-MG/Enfermagem) De acordo com a Lei 7.498/86, que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências, o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente:

- I - Organização e direção de serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços.
 - II - Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.
 - III - Cuidados indiretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida.
 - IV - Consulta de enfermagem.
- Estão CORRETOS os itens:
- a) I, II e IV, apenas.
 - b) II, III e IV, apenas.
 - c) I e IV, apenas.
 - d) I, II, III e IV.

02. "O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente" (Art. 13 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986):

- a) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- b) educação, visando à melhoria de saúde da população;
- c) participar da programação da assistência de Enfermagem;
- d) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- e) prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral.

03. (UFG/Enfermagem) De acordo com a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem, o auxiliar de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro, está autorizado a executar atividades de nível médio como por exemplo:

- a) procedimentos invasivos, como sondagem vesical.
- b) cuidados de higiene e conforto ao paciente.
- c) administração de quimioterápicos e drogas similares.
- d) cuidados com pacientes graves, com risco de morte.

Gabarito: 01/A; 02/D; 03/B

CÓDIGO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) é um documento que reúne os princípios fundamentais para a conduta profissional de Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrias e Parteiras e Atendentes de Enfermagem.

Aprovada e editada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a resolução com a versão mais recente do CEPE foi publicada no Diário Oficial da União no dia 6 de novembro de 2017, entrando em vigor 120 dias após sua publicação.

A nova revisão reúne os direitos, os deveres, as proibições, as infrações, as proibições e as infrações e penalidades a serem observados e cumpridos durante o exercício da profissão. Este breve artigo visa apresentar, de forma prática, os principais pontos dispostos no novo CEPE. É importante destacar que o profissional da área não estará isento da leitura completa do documento original.

O que é a Enfermagem?

É "uma ciência, arte e uma prática social" essencial para a área da saúde e comprometida com o cuidado ao ser humano. O profissional desta área é responsável por prestar cuidados conforme a necessidade da pessoa, família e coletividade.

Direitos

O Art. 1º do COFEN garante o direito de exercer a profissão com liberdade, segurança, autonomia, livre de discriminação e em consonância com os princípios legais, de direitos humanos e da ética. Aos profissionais da Enfermagem também deve ser dado o direito de trabalhar em um local que respeite sua dignidade humana, proteja seus direitos e permita que o exercício de sua função seja desenvolvido sem riscos à sua integridade física e psicológica.

Receber todas as informações necessárias para o desempenho de suas funções também lhe é garantido, assim como o poder de recusar-se a revelar informações confidenciais que tenham chegado a ele nesta mesma circunstância. Conforme disposto no documento, o profissional de Enfermagem pode recusar-se a ser filmado, fotografado ou exposto em mídias sociais enquanto desempenha seu trabalho.

Outro direito importante garantido no CEPE é o de negar-se a desempenhar atividades que estejam em desacordo com sua competência, que ofereçam risco à sua própria segurança, ou à segurança de terceiros.

Deveres

O exercício da profissão de Enfermagem deve ser feito com "justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade". As relações devem ser baseadas no direito, na solidariedade e no respeito às diversidades.

Caso seja observada alguma ação que fira os dispositivos ético-legais da profissão, ele deve informar imediatamente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes.

Outro dever a ser destacado é o de disponibilizar ao paciente todas as informações necessárias à boa continuidade de sua assistência, esclarecendo seus direitos, riscos e benefícios em todas as etapas de sua assistência.

O exercício da função deve ser livre de discriminações de qualquer natureza. O pudor, a intimidade e a privacidade da pessoa devem ser respeitados tanto em vida, quanto em morte e pós morte. Também cabe ao profissional respeitar as diretivas antecipadas tomadas pelo paciente de forma livre e esclarecida sobre sua saúde. As responsabilidades aceitas pelo profissional devem estar sempre em acordo com sua capacidade técnica, científica e legal.

Sua inscrição profissional precisa ser mantida no Conselho Regional de Enfermagem, bem como os dados cadastrais e as obrigações financeiras devem estar regularizados.

Proibições

¹ FONTE: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm

O primeiro artigo do Capítulo III do CEPE informa que o profissional não deve executar ações que sejam contrárias ao estabelecido pelo próprio Código de Ética e à legislação vigente referente à Enfermagem.

Assim como disposto nos deveres, reafirma-se que o profissional está proibido de assumir a execução de atividades que estejam fora de sua competência ou que não ofereçam segurança a si mesmo ou a terceiros.

Também é proibido pleitear ou aceitar empregos dos quais profissionais da área tenham se desligado pela necessidade do cumprimento do código de ética ou da legislação que rege a profissão.

É vedada a utilização de seu cargo para obter qualquer tipo de vantagem em troca de assistência profissional, bem como é proibido utilizar-se de seus conhecimentos profissionais para praticar atos criminosos ou contravenções.

Desde que não haja risco à sua própria integridade física, o profissional não deve negar assistência em situações de “urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe”.

De acordo com o disposto no Art. 74, é proibida a participação ou prática que tem fim a antecipação da morte de outro indivíduo.

Penalidades

Ao desobedecer ou deixar de observar as disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais códigos regionais, o profissional poderá receber as seguintes penalidades: Advertência Verbal, Multa, Censura, Suspensão do Exercício Profissional e Cassação do direito ao Exercício Profissional.

Para definir a penalidade a ser aplicada, será considerada a gravidade da infração, os agravantes e atenuantes, os danos e resultados, e os antecedentes do infrator.

Benefícios do código

Embora definir um conjunto de princípios a serem seguidos não seja fácil, é preciso assumir tal responsabilidade em benefício da conduta profissional de qualquer categoria.

Por se tratar de uma área que lida essencialmente com o cuidado ao ser humano, o exercício da Enfermagem apresenta sempre desafios que levam à necessidade constante de tomada de decisões importantes por parte de seus profissionais.

Promover uma assistência de saúde adequada, de qualidade e acessível exige ele siga princípios éticos em sua conduta. Ao se deparar com situações que gerem dúvidas durante o exercício de sua função, o profissional de Enfermagem poderá se amparar e encontrar os subsídios necessários nas disposições do CEPE. (redação: Lorena de Sousa).

RESOLUÇÃO COFEN Nº 0564/2017

APROVA O NOVO CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

CONSIDERANDO que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

(...)

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem em sua 491ª Reunião Ordinária,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta

Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen (www.cofen.gov.br).

Art. 2º Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrizes e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem.

Art. 3º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 4º Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por proposta de 2/3 dos Conselheiros Efetivos do Conselho Federal ou mediante proposta de 2/3 dos Conselhos Regionais.

Parágrafo Único. A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais, sob a coordenação geral do Conselho Federal de Enfermagem, em formato de Conferência Nacional, precedida de Conferências Regionais.

Art. 5º A presente Resolução entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.

Brasília, 6 de novembro de 2017.

MANOEL CARLOS N. DA SILVA

COREN-RO Nº 63592

Presidente

MARIA R. F. B. SAMPAIO

COREN-PI Nº 19084

Primeira-Secretária

ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 0564/2017

PREÂMBULO

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos. Sobretudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas,

8 TÉCNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

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

CAPÍTULO I – DOS DIREITOS

Continua...

QUESTÕES DE CONCURSOS

01. (CONSULPAM - CISCOPAR - Técnico em Enfermagem - 2023) De acordo com o Código de Ética de Enfermagem, Resolução COFEN n.º 546/2017, na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem, e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior:

- A Ministério da Saúde.
- B Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.
- C Conselho Nacional de Enfermagem.
- D Sindicato dos Trabalhadores de Saúde

02. (CONSULPAM - Prefeitura de Ocara - Técnico em Enfermagem - 2023) Conforme o artigo 110, da resolução CONFEN n.º 564/2017, para graduação da penalidade e respectiva imposição, considera(m)-se:

- A O processo de reabilitação do infrator.
- B O estado mental do infrator.
- C As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração.
- D Realizar a infração sob emprego real de força física.

03. (CONSULPAM - CISCOPAR - Técnico em Enfermagem - 2023) De acordo com a Seção III, da Resolução COFEN n.º 564/2017, que trata das relações com as organizações da categoria e estabelece proibições, do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, é considerada uma proibição, EXCETO:

- A Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.
- B Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.
- C Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, em ambientes onde exerça a profissão, exceto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.
- D Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

04. (Instituto UniFil - 2020 - Prefeitura de São Carlos do Ivaí - PR - Enfermeiro) Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão corresponde a

- A um direito do profissional de enfermagem.
- B uma proibição do profissional de enfermagem
- C uma infração do profissional de enfermagem.
- D um dever do profissional de enfermagem.

Gabarito: 01/B; 02/C; 03/C; 04/D

ÉTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM²

O termo **Ética** refere-se aos padrões de conduta moral, isto é, padrões de comportamento relativos ao paciente, ao patrão e aos colegas de trabalho. Ter boa capacidade de discernimento significa saber o que é certo e o que é errado, e como agir para chegar ao equilíbrio.

Os pontos de ética enumerados foram compilados por diferentes autores. A lista pode não ser completa, mas contém os pontos mais **importantes** e mais tarde, quando você se familiarizar com o programa de enfermagem poderá acrescentar algo na lista.

Respeite todas as confidências que seus pacientes lhe fizerem durante o serviço.

Continua.../

ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES BÁSICAS DO PACIENTE - MEDIDAS DE CONFORTO (Segundo Maslow)

A **hierarquia de necessidades de Maslow** é um modelo psicológico que organiza as necessidades humanas em níveis, do mais básico ao mais complexo. Na prática de enfermagem, este modelo pode ser aplicado para garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas, promovendo o conforto e o bem-estar. Abaixo estão os níveis da pirâmide de Maslow com exemplos de medidas de conforto associadas a cada nível.

1. Necessidades Fisiológicas

Estas são as necessidades mais básicas para a sobrevivência humana, incluindo respiração, alimentação, hidratação, sono e eliminação.

Medidas de Conforto:

- **Alimentação e Hidratação:** Fornecer uma dieta adequada e garantir a ingestão suficiente de líquidos. Auxiliar na alimentação quando necessário.
- **Respiração:** Garantir que as vias aéreas estejam desobstruídas, fornecer oxigênio suplementar conforme prescrição e posicionar o paciente para facilitar a respiração.
- **Sono:** Promover um ambiente tranquilo e confortável para o sono, respeitando os horários de descanso do paciente.
- **Eliminação:** Auxiliar nas eliminações urinárias e intestinais, oferecendo suporte para mobilidade, higiene e uso de dispositivos como comadres e papagaios.
- **Temperatura Corporal:** Manter a temperatura ambiente confortável, usar cobertores ou ventiladores conforme necessário.

2. Necessidades de Segurança

Estas incluem a necessidade de segurança física, estabilidade, proteção e ausência de medo.

Medidas de Conforto:

- **Ambiente Seguro:** Garantir que o ambiente do paciente seja seguro, sem riscos de quedas ou outros acidentes.
- **Proteção Contra Infecções:** Manter a higiene adequada, usar técnicas assépticas e administrar vacinas e antibióticos conforme prescrição.
- **Controle da Dor:** Monitorar e administrar a dor, usando analgésicos conforme prescrição e técnicas de conforto não farmacológicas.
- **Orientação e Informação:** Informar o paciente sobre os procedimentos e tratamentos, reduzindo a ansiedade e proporcionando um sentimento de segurança.

² <http://www.arquivomédico.hpg.ig.com.br/eticaprofissional.htm>

3. Necessidades Sociais (Amor e Pertencimento)

Estas incluem a necessidade de relacionamentos interpessoais, afeto, amor e aceitação social.

Medidas de Conforto:

- Apoio Familiar: Facilitar a presença e o envolvimento da família e amigos no cuidado ao paciente.
- Comunicação: Estabelecer uma comunicação clara e empática com o paciente, mostrando interesse e preocupação genuína.
- Suporte Emocional: Oferecer apoio emocional e psicológico, permitindo que o paciente expresse seus sentimentos e preocupações.

4. Necessidades de Estima

Estas envolvem a necessidade de autoestima, reconhecimento, respeito e realização pessoal.

Medidas de Conforto:

- Respeito e Dignidade: Tratar o paciente com respeito e dignidade, valorizando sua autonomia e decisões.
- Encorajamento e Elogios: Oferecer encorajamento e reconhecer as conquistas e progressos do paciente.
- Participação no Cuidado: Envolver o paciente no planejamento e execução de seu próprio cuidado, promovendo um sentimento de controle e competência.

5. Necessidades de Autorrealização

Estas são as necessidades mais elevadas e envolvem o desenvolvimento pessoal e a realização do potencial máximo do indivíduo.

Medidas de Conforto:

- Incentivo à Autonomia: Promover a independência do paciente, incentivando a realização de atividades que ele seja capaz de fazer por conta própria.
- Oportunidades de Crescimento: Proporcionar oportunidades para que o paciente se envolva em atividades que promovam crescimento pessoal e satisfação.
- Estímulo à Criatividade: Incentivar o paciente a se engajar em atividades que estimulem a criatividade e a expressão pessoal.
- Apoio para Metas Pessoais: Apoiar o paciente na definição e alcance de metas pessoais e profissionais, proporcionando recursos e encorajamento necessários.

Segundo **Horta**, nenhuma ciência pode sobreviver sem filosofia própria. É assim que tem de ser a Enfermagem, pois esta não deve prescindir de uma filosofia unificada que lhe dê bases seguras para o seu desenvolvimento.

Na enfermagem, prossegue Horta, existem **três seres**:

- **O ser enfermeiro** (gente que cuida de gente);
- **O ser cliente/paciente** (indivíduo, família, comunidade);
- **O ser enfermagem** (comprometimento, compromisso).

A partir desse raciocínio, temos a enfermagem, segundo Horta, sempre acumulando conhecimentos e técnicas empíricas, relacionadas entre si, que procuram explicar os fatos à luz do universo natural. O objeto da enfermagem é o ser humano, assistindo-o no atendimento de suas necessidades básicas. Esses são os entes da enfermagem. Ao descrevê-los, explicá-los, relacioná-los entre si e predizer sobre eles, caracteriza-se a enfermagem como ciência.

Assim, Horta procurou iniciar o desenvolvimento de uma teoria, a **Teoria das Necessidades Humanas Básicas**, na qual procura mostrar a enfermagem como ciência aplicada, **transitando da fase empírica para a fase científica**, desenvolvendo suas teorias, sistematizando seus conhecimentos, pesquisando e tornando-se dia a dia uma ciência independente.

Horta inspirou o desenvolvimento de seus estudos na Teoria da Motivação Humana de Maslow, fundamentada nas

necessidades humanas básicas. Elaborou, então, sua teoria sobre a motivação humana, fundamentada nas necessidades humanas básicas assim descritas:

- Necessidades fisiológicas;
- Segurança;
- Amor;
- Estima; e
- Autorrealização.

Segundo Maslow, o indivíduo passa a buscar sempre satisfazer um nível superior ao que se encontra, em que se situa o permanente estado de motivação por essa busca, nunca existindo satisfação completa; pois, se fosse assim, não existiria mais motivação. Na enfermagem, segundo Horta, busca-se utilizar a denominação de João Mohana:

- Necessidades de nível psicobiológico;
- Necessidades de nível psicossocial;
- Necessidades de nível psicoespiritual.

Horta considera a enfermagem como: *um serviço prestado ao ser humano, parte integrante da equipe de saúde.*

Desse modo, define os seguintes princípios:

- **O ser humano é parte integrante do universo dinâmico:** está sujeito às leis que o regem no tempo e no espaço;
- O ser humano está em **constante interação com o universo**, dando e recebendo energia;
- A dinâmica do universo provoca **mudanças que o levam ao desequilíbrio no tempo e no espaço.**

Como integrante da equipe de saúde, a enfermagem apresenta:

- Manutenção do equilíbrio dinâmico, prevenindo desequilíbrios e revertendo desequilíbrios em equilíbrio no ser humano, no tempo e no espaço;
- O ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para o seu bem-estar;
- O conhecimento do ser humano em relação às suas necessidades é limitado pelo próprio saber, o que exige um profissional para auxiliá-lo;
- Quando em desequilíbrio, essa necessidade torna-se mais necessária;
- Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas pela enfermagem dizem respeito ao atendimento das necessidades básicas afetadas;
- A enfermagem assiste essas necessidades do ser humano, com a aplicação do conhecimento e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais.

Horta, assim, define o primeiro conceito, que vem a ser o que é a **enfermagem**: é a **ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas**, de torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.

Segundo Horta, cabe à enfermagem **fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo**; ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientá-lo ou ensiná-lo; supervisioná-lo e encaminhá-lo a outros profissionais.

Esse conceito de Horta impõe as seguintes proposições sobre as funções do enfermeiro:

- **Área específica:** assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado;
- **Área de interdependência:** atua na manutenção, promoção e recuperação da saúde;
- **Área social:** atua no ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e participação na associação de classe.

Horta define alguns **princípios para a enfermagem**:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano;

- A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio;
- Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação;
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

MEDIDAS TERAPÊUTICAS

1. Definição e Objetivo

Definição: Medidas terapêuticas em enfermagem são intervenções e práticas realizadas pelos enfermeiros para aliviar sintomas, tratar condições clínicas, e promover a recuperação e o bem-estar dos pacientes.

Objetivo:

- **Promover a Saúde:** Melhorar o estado geral de saúde e prevenir doenças.
- **Tratar Doenças:** Implementar estratégias para controlar e tratar condições clínicas.
- **Aliviar Sintomas:** Reduzir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida.
- **Educar o Paciente:** Fornecer informações e orientações para o autocuidado e a gestão da saúde.

2. Tipos de Medidas Terapêuticas

2.1. Medidas Terapêuticas Farmacológicas

• **Administração de Medicamentos:**

- **Via Oral:** Comprimidos, cápsulas, líquidos.
- **Via Intravenosa:** Soluções intravenosas, medicamentos diluídos.
- **Via Intramuscular e Subcutânea:** Vacinas, hormônios, insulina.
- **Via Tópica:** Cremes, pomadas, géis.
- **Monitoramento de Efeitos Colaterais e Reações Adversas:**

- **Avaliação:** Observação de sinais e sintomas de reações adversas.
- **Ajuste de Doses:** Modificação das doses conforme necessário.

2.2. Medidas Terapêuticas Não Farmacológicas

- **Cuidados com a Pele e Higiene:**
 - **Higiene Pessoal:** Banho, cuidados com a higiene oral.
 - **Cuidados com Úlceras por Pressão:** Prevenção e tratamento de lesões por pressão.
- **Controle de Sintomas:**
 - **Controle da Dor:** Uso de técnicas como massagens, compressas, técnicas de relaxamento.
 - **Controle da Náusea e Vômito:** Técnicas como alimentação leve, hidratação adequada.
- **Terapias Complementares:**
 - **Terapias Físicas:** Exercícios de reabilitação, fisioterapia.
 - **Terapias Complementares:** Aromaterapia, acupuntura, musicoterapia.

2.3. Medidas Terapêuticas em Situações de Emergência

- **Suporte Básico de Vida (SBV):**
 - **Manobras de Reanimação:** Compressões torácicas, ventilação artificial.
 - **Uso de Desfibriladores:** Aplicação de choques elétricos para arritmias cardíacas.
- **Cuidados em Situações Críticas:**
 - **Monitoramento Intensivo:** Uso de equipamentos para monitorar sinais vitais e parâmetros clínicos.
 - **Gerenciamento de Via Aérea:** Intubação endotraqueal, ventilação mecânica.

2.4. Medidas Terapêuticas para a Saúde Mental e Emocional

• **Apoio Psicológico:**

- **Aconselhamento:** Escuta ativa, suporte emocional.
- **Técnicas de Relaxamento:** Meditação, respiração profunda.

• **Educação e Envolvimento:**

- **Educação sobre Doenças:** Informações sobre a condição do paciente e estratégias de autocuidado.
- **Envolvimento da Família:** Orientação para apoio familiar e cuidados em casa.

3. Processo de Implementação

3.1. Avaliação

- **Coleta de Dados:** Histórico médico, exame físico, sinais e sintomas.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** Identificação de problemas de saúde e necessidades do paciente.

3.2. Planejamento

- **Estabelecimento de Metas:** Definição de objetivos terapêuticos claros e mensuráveis.
- **Elaboração de Plano de Cuidados:** Desenvolvimento de um plano detalhado com intervenções e estratégias.

3.3. Implementação

- **Execução das Intervenções:** Realização das medidas terapêuticas conforme o plano de cuidados.
- **Documentação:** Registro detalhado das ações realizadas e observações feitas.

3.4. Avaliação

- **Monitoramento dos Resultados:** Avaliação da eficácia das intervenções e ajustes conforme necessário.
- **Revisão do Plano de Cuidados:** Modificação do plano com base na evolução do estado do paciente.

4. Caso Prático

Situação: Um paciente com diabetes tipo 2 está apresentando níveis elevados de glicose no sangue e queixas de fadiga.

Medidas Terapêuticas:

1. **Administração de Medicamentos:**

- **Insulina:** Aplicação conforme a prescrição médica e monitoramento dos níveis de glicose.

2. **Educação ao Paciente:**

- **Orientação sobre Dieta:** Sugestões de alimentos e estratégias para controle da glicemia.
- **Instruções sobre Monitoramento:** Ensinar o paciente a medir a glicose em casa.

3. **Controle de Sintomas:**

- **Alívio da Fadiga:** Recomendar exercícios leves e técnicas de manejo do estresse.

4. **Acompanhamento:**

- **Consulta de Seguimento:** Agendar consultas regulares para monitorar a eficácia do tratamento e ajustar as intervenções.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

A administração de medicamentos é um dos procedimentos mais cruciais para a enfermagem. Tão importante como ter conhecimento sobre os efeitos e reações que o medicamento pode causar, é necessário ter competência e habilidade para administrar tais medicações, passando assim para o paciente confiança e segurança,

minimizando a ansiedade e aumentando assim a eficácia da medicação.

RESPONSÁVEIS

Tão importante como ter conhecimento sobre os efeitos e reações que o medicamento pode causar, e necessário ter competência e habilidade para administrar tais medicações, passando assim para o paciente confiança e segurança, minimizando a ansiedade e aumentando assim a eficácia da medicação.

Para administrar medicamentos é necessária formação e capacitação específica; e é importante lembrar que nem todos os profissionais da área da saúde estão habilitados para fazê-lo.

O artigo 18 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem destaca que o profissional deve:

“Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

O artigo 30 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem, proíbe ao profissional de enfermagem:

“Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade dos riscos”.

PRESCRIÇÕES MÉDICAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Quanto à execução das prescrições médicas pela equipe de enfermagem, especialmente a medicamentosa, o artigo 38 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem atribui ao profissional o direito de:

“...Recusar-se a executar prescrição em caso de identificação de erro ou ilegibilidade, ou quando não constar a assinatura e o número de registro do prescritor, exceto em situações de urgência e emergência”.

INTERAÇÃO E INCOMPATIBILIDADE FÍSICO-QUÍMICA MEDICAMENTOSA

As interações medicamentosas têm importância considerável, uma vez que estas exercem influência direta sobre o efeito farmacológico desejado. Essas interações em uma conduta terapêutica podem ser benéficas, quando a somatória dos efeitos favorecem a cura ou a supressão dos sintomas indesejados; ou maléficas quando a somatória exacerba ou anula por mecanismos competitivos entre os medicamentos, causando reações indesejadas ou imprevistas.

Existem três tipos de interações: fármaco cinéticas, fármaco dinâmicas e físico-químicas.

Interações fármacos cinéticas e quando uma substância interfere na absorção, distribuição, biotransformação ou eliminação da outra quando administradas conjuntamente.

Interações fármaco dinâmicas ou farmacológicas e quando a interação esta relacionada ao mecanismo de ação dos fármacos, que podem ser aditivos ou antagonicos e interferem diretamente no efeito farmacológico desejado.

Por último, interações físico-químicas e quando duas ou mais substâncias reagem de forma direta, inativando-se ou formando uma substância toxica ao organismo. Comum as substâncias reagirem dentro de uma seringa ou mesmo em um frasco de solução parenteral e essas reações nem sempre são visíveis. Isto pode ser chamado também de incompatibilidade físico-química.

CUIDADOS BÁSICOS ANTES DA APLICAÇÃO DE INJEÇÕES

A sala para preparo de medicações deve ser um ambiente arejado, com boa iluminação e com tela para proteção contra insetos nas janelas. Deve conter armários e bancadas com gavetas, pias e coletores de material perfuro

cortantes. De preferência não utilizar pias para preparo de medicamentos para evitar respingos e contaminação das medicações em preparo.

A sala e a bancada utilizadas devem ser limpas sempre que necessário e ao término de cada plantão.

As bolas de algodão devem ser guardadas secas e o álcool em uma almotolia. Nunca manter as bolas de algodão embebidas em álcool, pois isso favorece a contaminação. Também as bolas de algodão devem ser mantidas em recipiente com tampa.

Deve-se observar na prescrição médica o nome do paciente, data da prescrição, nome do medicamento, dosagem a ser administrada e horário.

Em relação ao medicamento, observar aspecto da substância (se não existe alteração de coloração, presença de depósitos ou turvação) e validade das drogas.

Por fim cita-se a importância da lavagem das mãos a fim de evitar infecções cruzadas. Lava-las sempre que for preparar medicação após a administração e entre a manipulação de pacientes.

TÉCNICAS BÁSICAS DE ENFERMAGEM - ATENDIMENTO AO PACIENTE

Materiais necessários

- Para melhor atender ao paciente, tenha sempre à mão:
- ✓ formulários de identificação para a enfermagem, do plano de assistência ao paciente pela enfermagem e relatório da enfermagem;
 - ✓ estetoscópio, esfigmomanômetro e martelo de percussão, para examinar os sinais vitais do paciente.

Preparação

- Para iniciar o atendimento, siga as instruções abaixo:
- ✓ reúna os materiais;
 - ✓ vista o paciente com pijama ou camisola;
 - ✓ posicione o paciente confortavelmente;
 - ✓ cubra-o com um lençol ou colcha;
 - ✓ feche a porta e/ou as cortinas em volta da cama.

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos são introduzidos no corpo por diversas vias. Eles podem ser

- Tomados pela boca (via oral)
- Administrados por injeção em uma veia (via intravenosa, IV), em um músculo (via intramuscular, IM), no espaço ao redor da medula espinal (via intratecal) ou sob a pele (via subcutânea, SC)
- Aplicados sob a língua (via sublingual) ou entre a gengiva e a bochecha (via bucal)
- Inseridos no reto (via retal) ou na vagina (via vaginal)
- Aplicados nos olhos (por via ocular) ou ouvido (por via otológica)
- Inalados pelo nariz e absorvidos através das membranas nasais (via nasal)
- Aspirados até os pulmões, geralmente através da boca (por inalação) ou boca e nariz (por nebulização)
- Aplicados sob a pele (via cutânea) para um efeito local (tópico) ou em todo o corpo (sistêmico)
- Aplicados na pele através de um adesivo (via transdérmica) para um efeito sistêmico

Cada via de administração tem vantagens, desvantagens e objetivos específicos.

1. Via Oral

- Absorção intestinal
- Absorção sublingual

2. Via Retal

3. Via Injetável

- Via intradérmica

12 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

- Via subcutânea
- Via intramuscular
- Via endovenosa

4. Outras vias:

- Inalatória (ex: gases utilizados em anestesia e medicamentos contra asma)
- Ocular
- Intranasal
- Dérmica
- Vaginal (ex: droga para induzir o trabalho de parto)

1. VIA ORAL (VO)

A administração de medicamentos por via oral é segura e não requer técnica estéril na sua preparação, nessa via os medicamentos podem ser na apresentação de comprimidos, drágeas, cápsulas ou líquidos; são absorvidos principalmente, no estômago e intestino.

Observação: a medicação via oral não é indicada em clientes apresentando náuseas, vômitos, dificuldade de deglutição, ou estejam em jejum para cirurgia.

Pacientes em uso de Sonda Nasogástrica (SNG) ou Sonda Nasoentérica (SNE) as medicações VO devem ser administradas através das mesmas. Este medicamento deverá ser diluído em água e antes e após a administração deve-se realizar a lavagem das sondas. Evitando assim a obstrução das mesmas.

Após a administração do medicamento por VO verificar se o paciente deglutiu realmente a medicação.

Via sublingual (SL):

Os medicamentos sublinguais seguem o mesmo procedimento empregado para aqueles de via oral, exceto que a medicação deve ser colocada sob a língua.

Nesse procedimento, solicita-se que o cliente abra a boca e repouse a língua no palato; a seguir, coloca-se o medicamento sob a língua (em comprimidos ou gotas); o cliente deve permanecer com o medicamento sob a língua até a sua absorção total.

Nesse período, o cliente não deve conversar nem ingerir líquido ou alimentos. As medicações administradas por via sublingual promovem uma rápida absorção da droga em curto espaço de tempo, além de se dissolverem rapidamente, deixando pouco resíduo na boca.

Essa via é utilizada para aplicar medicações em algumas urgências, como, por exemplo: medicações para precordialgia e para hipertensão.



Material Necessário:

- 01 bandeja;
- Medicamento a ser administrado;
- 01 copo descartável pequeno;
- 01 copo descartável grande ou 01 seringa descartável compatível com o volume da medicação.

Procedimento

- ✓ verificar a ficha do medicamento com a prescrição médica;
- ✓ preparar o medicamento para administração;
- ✓ colocar o paciente em posição semi-Fowler ou deitado de lado;
- ✓ colocar o medicamento na bandeja ou no carrinho ao lado da cama;
- ✓ checar a prescrição dada ao paciente e comparar com a do medicamento;
- ✓ administrar o medicamento ao paciente em copo com marcação das medidas;

- ✓ anotar o nome do medicamento, a dose e o horário da administração na papeleta do paciente.

Pré- Execução:

- Conferir prescrição médica (dose, hora, cliente, via administração e leito);
- Lavar as mãos;
- Reunir o material necessário e colocar em bandeja.

Execução:

- Identificar-se para o cliente e/ou acompanhante;
- Confirmar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Elevar o decúbito do cliente;
- Oferecer a medicação a ser ingerida ou administrar com seringa na lateral da boca;
- Oferecer copo com água;
- Observar deglutição do medicamento;
- Manter o cliente confortável, com a campainha ao seu alcance e o ambiente organizado.

Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado em local pré-determinado;
- Realizar higienização da bandeja com álcool à 70%;
- Lavar as mãos;
- Checar prescrição médica;
- Realizar anotação de enfermagem, caso intercorrências.

Avaliação:

Administração correta da medicação, atingindo seus efeitos terapêuticos.

Riscos / Tomada de Decisão:

Reação alérgica: comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

Efeitos colaterais: observar presença de efeitos colaterais; comunicar ao médico presença de sinais e sintomas.

2. VIA RETAL

É uma via de administração onde o fármaco é aplicado na região retal. Sua indicação é impopular e desconfortável. O fármaco é formulado em um supositório ou enema retal, aplicados acima do esfíncter anal interno e do anel anorretal.

Muitos medicamentos que são administrados por via oral podem também ser administrados por via retal, em forma de supositório.

São receitados quando a pessoa não pode tomar o medicamento por VO:

- náuseas e vômitos;
- impossibilidade de engolir;
- algumas restrições à ingestão, como ocorre em seguida a uma cirurgia.

Pela via retal são aplicados também os enemas.

Prescrição: supositórios ou na forma líquida (clister) na realização deste procedimento providenciar um ambiente de privacidade e conforto ao paciente. Posição usada: SIMS esquerdo com membro inferior direito (MID) fletida.

Material:

- Bandeja de inox.
- Medicação a ser administrada.
- Luvas de procedimento.
- Pacote de gazes.
- Biombo s/n.

Descrição da Técnica:

- Lavar as mãos.
- Reunir o material e levar ao leito do cliente.

- Orientar o cliente e/ou o acompanhante sobre o que será feito.
- Preparar o ambiente solicitando a saída de acompanhantes e/ou posicionando o biombo de maneira que favoreça privacidade ao cliente.
- Calçar luvas de procedimento.
- Posicionar o cliente em decúbito lateral com a perna superior em abdução.
- Remover o supositório do invólucro com uma gaze.
- Se a ponta estiver afiada, esfregar levemente com uma gaze para que esta fique arredondada.
- Afastar as nádegas com a mão não-dominante.
- Orientar o cliente a respirar lenta e profundamente pela boca para facilitar relaxamento da musculatura.
- Inserir o supositório no reto, segurando com uma gaze, até se perceber o fechamento do anel anal.
- Retirar as luvas de procedimento e descartá-las.
- Orientar o cliente a comprimir as nádegas por 3-4 minutos e permanecer na mesma posição por 15-20 minutos para diminuir estímulo de soltar o supositório.
- Recompôr a unidade e recolher o material.
- Lavar as mãos.
- Anotar procedimento realizado em impresso próprio, no prontuário do cliente.

3. VIA PARENTERAL: VIA INJETÁVEL

Os medicamentos administrados por via injetável têm a vantagem de fornecer uma via mais rápida; quando a VO é contra-indicada, favorecendo, assim a absorção mais rápida.

A administração por injeção (administração parenteral) inclui as seguintes vias:

- Subcutânea (sob a pele)
- Intramuscular (no músculo)
- Intravenosa (na veia)
- Intratecal (ao redor da medula espinhal)

Um produto farmacêutico pode ser preparado ou fabricado de forma que sua absorção a partir do local da injeção seja prolongada por horas, dias ou mais tempo. Tais produtos não precisam ser administrados tão frequentemente quanto aqueles com absorção mais rápida.

Na administração por **VIA SUBCUTÂNEA**, insere-se uma agulha no tecido adiposo logo abaixo da pele. Após um medicamento ser injetado, ele se move para os pequenos vasos sanguíneos (capilares) e é transportado pela corrente sanguínea. Alternativamente, um medicamento pode alcançar a corrente sanguínea através dos vasos linfáticos (consulte a figura **Sistema linfático: ajudando a proteger contra infecções**). Medicamentos que são proteínas grandes, como a insulina, costumam alcançar a corrente sanguínea pelos vasos linfáticos, pois esses medicamentos movem-se lentamente dos tecidos para o interior dos vasos capilares. A via subcutânea é a utilizada para muitos medicamentos proteicos, visto que eles seriam destruídos no trato digestivo caso fossem tomados por via oral.

Alguns medicamentos (como a progesterona, utilizada no **controle hormonal da natalidade**) podem ser administrados através da inserção de cápsulas de plástico sob a pele (implante). No entanto, essa via é muito pouco utilizada. Sua principal vantagem é a de fornecer um efeito terapêutico de longo prazo (por exemplo, o etonogestrel implantado para contracepção pode durar até três anos).

Locais para aplicação: deltóide face externa do braço, face externa e interna da coxa, região abdominal próxima ao umbigo e região escapular, flanco direito e esquerdo.

A via **INTRAMUSCULAR** é preferível à via subcutânea quando são necessárias maiores quantidades de um produto farmacêutico. Como os músculos estão abaixo da pele e dos tecidos adiposos, utiliza-se uma agulha mais longa. Os medicamentos geralmente são injetados em um músculo

do braço, coxa ou nádega. A rapidez com que o medicamento é absorvido na corrente sanguínea depende, em parte, do suprimento de sangue para o músculo: Quanto menor for o suprimento de sangue, mais tempo o medicamento demora para ser absorvido.

Aplicação da substância no músculo. É de absorção rápida.

Áreas de aplicação:

- ✓ Músculo glúteo (quadrante superior externo), livrar o nervo ciático;
- ✓ Músculo deltóide (no braço), suporta até 4ml.
- ✓ Músculo vasto lateral no terço médio da coxa.

ATENÇÃO !!! Evitar penetrar num vaso sanguíneo, para não lesar nervos, perfurar veias e artérias, formando nódulos e abscessos. Faz-se necessário antes de introduzir a substância, retraindo o êmbolo.

É vantagem esta via para o uso de substância irritante a pele (epiderme) e suporta quantidade maior que no tecido subcutâneo.

Materiais necessários

- ✓ medicamento;
- ✓ seringa descartável (variando de 2 a 5 ml);
- ✓ chumaço de algodão umedecido em álcool a 70°;
- ✓ ficha do medicamento e do paciente.
- ✓ Preparação
- ✓ registrar os dados do medicamento na ficha, da mesma forma feita com os medicamentos de administração oral.

Para dose unitária

- ✓ puxar a quantidade indicada do medicamento para a seringa.

Para ampola

- ✓ abri-la na linha pontilhada marcada no gargalo, retirar a capa protetora da agulha, colocar a agulha dentro do frasco e puxar o medicamento para dentro da seringa.

Para frascos com várias doses

- ✓ limpar o frasco com uma esponja umedecida em álcool a 70°, retirar o invólucro da agulha e puxar a mesma quantidade de ar que a dose a ser administrada;
- ✓ colocar a agulha no frasco;
- ✓ injetar ar no frasco, retirando a dose desejada para a seringa;
- ✓ retirar a agulha e recolocar o invólucro na mesma;
- ✓ colocar os utensílios no carrinho e na bandeja de medicamentos.

Quanto ao paciente

- ✓ deixar livre a região onde será administrado o medicamento.
- ✓ Os locais mais comuns para a administração são:
- ✓ as nádegas, em seus quadrantes superior e lateral externos;
- ✓ a área de Hockstetter;
- ✓ a região superior externa dos braços (músculos deltóides);
- ✓ a parte superior e anterior das coxas (músculos quadríceps).

Procedimento

- ✓ colocar o medicamento ao lado da cama do paciente;
- ✓ conferir a identidade do paciente;
- ✓ limpar a área onde será aplicada a injeção com um chumaço de algodão embebido em álcool a 70°;
- ✓ retirar o invólucro da agulha;
- ✓ remover o ar da seringa;
- ✓ segurar a pele no local de administração, em ambos os lados, e fazer pressão ou esticar a pele;

14 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

- ✓ em um ângulo de aproximadamente 90°, fazer um movimento rápido de espetar. Inserir a agulha sob a pele do paciente, puxá-la levemente e, em seguida, injetar o medicamento. A agulha deve ser introduzida na área desejada de forma que atinja o músculo;
- ✓ retirar a agulha e fazer pressão com o chumaço de algodão embebido em álcool a 70°, para evitar qualquer perda de sangue;
- ✓ cobrir o local e posicionar o paciente confortavelmente;
- ✓ anotar o nome do medicamento, a dose, o horário e a via de administração na papeleta do paciente.

Considerações especiais

- ✓ A fim de superar os efeitos da pressão negativa, deve-se puxar para dentro da seringa a mesma quantidade de ar que a do medicamento a ser administrado;
- ✓ Após retirar o ar da seringa, posicioná-la na vertical, com a agulha para cima, pressionando o êmbolo até que o medicamento apareça na ponta.
- ✓ Lavar as mãos para assepsia médica.

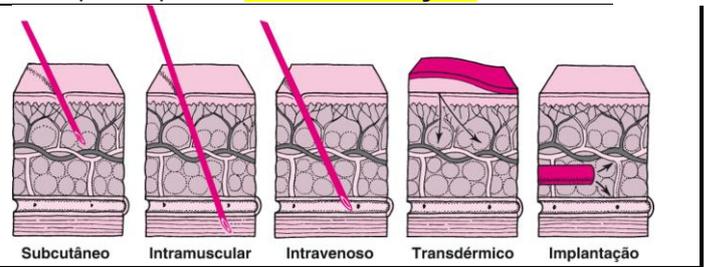
Na administração por **VIA INTRAVENOSA**, insere-se uma agulha diretamente na veia. Assim, a solução que contém o medicamento pode ser administrada em doses únicas ou por infusão contínua. Em caso de infusão, a solução é movida por gravidade (a partir de uma bolsa de plástico colabável) ou por uma bomba infusora através de um tubo fino flexível (cateter) introduzido em uma veia, geralmente no antebraço. A via intravenosa é a melhor maneira de disponibilizar uma dose precisa por todo o corpo de forma rápida e bem controlada. Ela também é utilizada na administração de soluções irritantes, que causariam dor ou danificariam os tecidos se fossem administradas por injeção subcutânea ou intramuscular. Uma injeção intravenosa pode ser mais difícil de administrar do que uma injeção subcutânea ou intramuscular, já que inserir uma agulha ou cateter em uma veia pode ser difícil, especialmente se a pessoa for obesa.

Quando um medicamento é administrado por via intravenosa, ele chega imediatamente à corrente sanguínea e tende a apresentar efeito mais rapidamente do que quando administrado por qualquer outra via. Por isso, os médicos monitoram cuidadosamente as pessoas que recebem uma injeção intravenosa quanto a sinais de que o medicamento está fazendo efeito ou está provocando efeitos colaterais indesejáveis. Porém, o efeito de um medicamento administrado por essa via costuma durar menos tempo. Portanto, alguns medicamentos devem ser administrados por infusão contínua para manter seu efeito constante.

Para a **VIA INTRATECAL**, insere-se uma agulha entre duas vértebras na parte inferior da coluna vertebral dentro do espaço ao redor da medula espinhal. Neste caso, o medicamento é injetado no canal medular. Frequentemente é utilizada uma pequena quantidade de anestésico local para tornar a zona da injeção insensível. Essa via é utilizada quando é necessário que um medicamento produza um efeito rápido ou local no cérebro, medula espinhal ou tecido que os envolvem (meninges) — por exemplo, para tratar infecções nessas estruturas. Algumas vezes, anestésicos e analgésicos (como morfina) são administrados dessa maneira.

Através da pele

Algumas vezes, administra-se um medicamento através da pele utilizando-se uma agulha (vias subcutânea, intramuscular ou intravenosa), adesivo (via transdérmica) ou implante.



Locais de punção:

Dobra do cotovelo, a veia cefálica, a basilíca, mediana, as do antebraço e do plexo venoso do dorso das mãos. Usando a agulha 25x7 ou 25x8.

ATENÇÃO!! Caso a punção apresente hematomas ou edemas, retire a agulha e faça nova punção em outro local indicado.

Venoclise:

É a introdução de substância (soros, alimentos, medicamentos) em grande quantidade (500ml ou mais) de líquido na veia. É realizado na soroterapia, para o equilíbrio eletrolítico e para manter um acesso venoso, importante nas emergências.

Veias Usadas:

Dorso da mão, basilíca ou cefálica por permitirem movimentação do membro. Evitar punção nos membros inferiores, devido às flebites e problemas circulatórios.

ATENÇÃO!!!

Observar sinais como: febre, tremores, calafrios, dor, calor, edema, hiperemia, choque anafilático, caso ocorram interromper a venoclise e comunicar a enfermeira.

A troca da venoclise deve ser realizada a cada 72 horas.

Para fazer aplicações medicamentosas nas vias cutâneas, ocular, nasal, otológica, pede-se utilizar frasco, conta-gota ou bisnaga individual e nunca encostar na pele ou mucosa do paciente e antes de aplicar a substância limpar a região afetada.

OS 13 CERTOS DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ENFERMAGEM

TEORIA DO QUEIJO SUIÇO

Em 1990 James Reason, especialista em fatores humanos desenvolveu a teoria do “Queijo Suíço”, utilizada para analisar erros e incidentes relacionados à segurança do paciente.

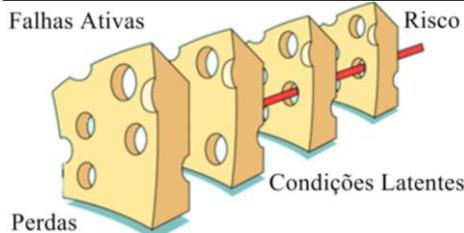
Ele criou uma comparação com o “Queijo Suíço” para explicar a ocorrência de falhas que ocorrem durante a prestação de cuidado ao paciente.

Com esse modelo é possível perceber a grande necessidade de criar ferramentas que nos auxiliem na formação de barreiras efetivas no sistema de saúde, evitando assim ocorrências e possíveis danos ao paciente.

Essa teoria está relacionada as fraquezas durante o processo, ou seja, estão representadas pelos buracos abertos, em cada fatia de queijo.

Quando por acaso todos os buracos estão alinhados, o perigo acaba atingindo o paciente causando danos.

Algumas falhas nos sistemas, processos e algumas condições que levam as pessoas a cometerem acidentes ao invés de os prevenirem.



Distrações e interrupções afetam a segurança do paciente:

Segundo o relatório desenvolvido pelo Instituto de Medicina (IOM) dos EUA, “**Errar é Humano: Construindo um Sistema de Saúde Mais Seguro**”, as interrupções contribuem para a ocorrência de erros e são a principal causa de falhas relacionadas ao ambiente de trabalho em ambiente hospitalar.

No ambiente de saúde, muitas são as distrações que os profissionais estão expostos, como por exemplo:

- Campanhas
- Solicitações de familiares e pacientes
- Telefones
- Alarmes
- Monitores

Essas distorções podem fragilizar o cuidado ao paciente. Deve-se ser utilizadas algumas estratégias para reduzir níveis de distrações durante a administração de medicamentos, assim é possível contribuir de forma global os erros de medicação.

Alguns exemplos de barreiras no ambiente hospitalar:

- Dupla checagem para a administração de insulinas;
- Dupla checagem para a administração de cloreto de potássio;
- Uso de ferramentas de comunicação, como por exemplo, o SBAR, formulário usado para transferência de pacientes;
- Uso de código de barras na dispensação de medicamentos;
- Check-list de Segurança Cirúrgica.

O **processo de administração de medicamentos** é uma prática que exige conhecimento e muita atenção do profissional que está realizando a assistência.

É de extrema importância que o procedimento seja realizado da forma mais adequada possível, para que seja alcançado o melhor resultado, que é a recuperação do paciente.

Para que esse processo seja feito de maneira correta, foi criado um instrumento que nos auxilia nessa questão.

São abordados alguns aspectos, considerados de extrema importância para que o processo de administração de medicamentos seja realizado com maior segurança.

Os 13 certos na administração de medicamentos são:

• Prescrição correta

- Nome completo do paciente;
- Data de nascimento;
- Número do atendimento;
- Número da prescrição;
- Data atualizada;

• Paciente certo

– Conferir a pulseira de identificação do paciente, com nome completo e data de nascimento.

• Medicamento certo

– Verificar atentamente qual o medicamento está prescrito e se o paciente não possui algum tipo de alergia ao composto.

• Validade certa

– Observar a data de validade antes de administrar o medicamento.

• **Forma / apresentação certa**
– Verificar se o medicamento está na sua forma de apresentação correta, como por exemplo, cloreto de sódio 0,9% ou cloreto de sódio 20%.

• **Dose certa**

– Observar com atenção a dose prescrita, como por exemplo, paracetamol 750 mg 1 comprimido via oral de 8/8 horas.

• **Compatibilidade certa**

– Verificar se a medicação administrada é compatível com outra que o paciente já recebe, pois existem algumas drogas que não podem ser administradas juntas.

• **Orientação ao paciente**

– Comunicar o paciente quando você for medicá-lo, avisando qual é o medicamento e a via, pois é um direito do mesmo saber o que está recebendo.

• **Via de administração certa**

– Observar atentamente qual a via de administração do medicamento conforme prescrição médica, pois alguns medicamentos possuem diversas vias de administração.

• **Horário certo**

– Deve-se administrar o medicamento no horário correto, para que o tratamento seja mais eficaz.

• **Tempo de administração certo**

– É de extrema importância que o medicamento seja infundido no tempo certo, pois existem alguns medicamentos que precisam de um tempo X para fazer o efeito esperado, como por exemplo, os antibióticos.

• **Ação certa**

– Devemos observar se o paciente não irá apresentar uma reação adversa ao medicamento durante sua administração, para que seja atendido o mais rápido possível.

• **Registro certo**

– É importante que seja registrado no prontuário do paciente o medicamento administrado, com a hora, a dose e a via e se o paciente apresentou alguma reação durante o tratamento.

PREPARO E POSIÇÃO DO PACIENTE PARA EXAME E CIRURGIA

O Tipo de exame e/ou cirurgia a ser realizada determina a posição na qual o paciente ficará.

POSIÇÃO	EXAME	CIRURGIA REALIZADA	OBSERVAÇÕES
Horizontal (decúbito dorsal)	Exame Físico	Abdominais Laparotomia	Despir, fazer antisepsia e tricotomia da área afetada.
Fowler (cabeceira do leito elevada a 45°).	-	Pós-operatórios de craniotomia, cabeça virada para o lado	Usada para descanso, conforto. Melhora a respiração.
Ventral	Na coluna vertebral e cervical-posterior	Na coluna vertebral (Cervical até sagra)	Idem da horizontal
SIMS (decúbito lateral)	Retais e lavagens intestinais, lado esquerdo	Renais, drenagens tórax-abdome.	Lado direito ou esquerdo
Genu peitoral	Vaginais, retais e exame da próstata		Usada no pós-parto para contração uterina.
Ginecológica	Vaginais e Retais	Vaginais e Retais	Tricotomia da área exposta e antisepsia
Litotomia	Vaginal, retal e da bexiga	Retais. Vaginais e perineais.	Enteroclise na véspera, tricotomia e antisepsia.
Trendele	-	Pélvicas	Usada em casos

mburg			de choque hipovolêmico.
Ereta / Ortostática	Ortopédicas e neurológicas	-	-

NEBULIZAÇÃO

Nebulização é a administração de medicamentos nas vias respiratórias superiores (VRS) por meio de um dispositivo que libera medicações aerossóis.

A nebulização consiste numa forma de tratar afecções pulmonares por meio de substâncias especiais associadas ao O₂ ou ar comprimido com a finalidade de:

- Aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos;
- Umedecer para tratar ou evitar desidratação das mucosas;
- Fluidificar para facilitar a remoção de secreções;
- Administrar mucolíticos para obter atenuação ou resolução de espasmos;
- Administrar corticoesteróides com ação anti-inflamatória e anti-exsudativa;
- Administrar agentes anti-espumantes nos casos de edema agudo de pulmão.

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Bandeja;
- Fonte de O₂ ou ar comprimido;
- Intermediário de O₂;
- Solução nebulizadora conforme prescrição médica;
- Seringa para medir dose se necessário;
- Nebulizador com máscara;
- Recipiente para expectoração (escarradeira);
- Toalhas ou lenços de papel;
- Monômetros de O₂ ou ar comprimido.

ETAPAS DO PROCEDIMENTO

Normas Gerais:

- Realizar nebulização em ar comprimido apenas em casos específicos ou quando o paciente já esteja utilizando o oxigênio;
- Não ligar a nebulização acima de 5 ou 6l/min no fluxômetro;
- Utilizar o nebulizador com macronebulização com conexão apropriada, sendo neste caso aconselhável não deixar o nebulizador em linha reta com o paciente;
- Trocar o nebulizador a cada uso;
- Trocar os intermediários conforme rotina da unidade, quando o paciente estiver de alta hospitalar ou quando suspenso a terapêutica com nebulização;
- Seguir os passos de desinfecção conforme o POP/DE/HU: "Cuidados com produtos da Assistência Ventilatória e Inaloterapia". Disponível em: www.hu.ufsc.br;

Procedimento:

- Lavar as mãos;
- Conferir solução preparada com prescrição médica;
- Dispor todo o material sobre a bandeja;
- Colocar a solução no copinho com o auxílio da seringa e conectar este à máscara;
- Conferir as "certezas" antes de administrar;
- Orientar o paciente;
- Posicionar o paciente em fowler ou semi-fowler;
- Conectar o fluxômetro na fonte de O₂ ou ar comprimido;
- Conectar o intermediário ao copinho inalador e junto à fonte de O₂ ou ar comprimido;
- Oferecer o nebulizador ao paciente e observar o ajuste na face;
- Acionar a válvula de O₂ ou ar comprimido entre 3 e 6l/min;

Orientar para que o paciente permaneça com a boca aberta e inspire profundamente;

- Observar término de todo o líquido nebulizador;
- Recolher e dar o destino correto ao material;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias em prontuário.

CASO PRÁTICO: NEBULIZAÇÃO

1. Contexto e Situação

Paciente:

- **Nome:** João da Silva
- **Idade:** 45 anos
- **Diagnóstico:** Asma brônquica com exacerbation aguda
- **Sintomas Atuais:** Dispneia, tosse seca, sibilância

Objetivo da Nebulização:

- **Alívio dos Sintomas:** Reduzir a obstrução das vias aéreas e aliviar a dificuldade respiratória.
- **Administração de Medicamentos:** Facilitar a administração de broncodilatadores e corticosteroides para o tratamento da asma.

2. Preparação para a Nebulização

Equipamento Necessário:

- **Nebulizador:** Equipamento portátil ou de mesa.
- **Câmara de Nebulização:** Recipiente onde o medicamento será transformado em névoa.
- **Máscara ou Boca:** Para a administração do medicamento.
- **Medicamento Prescrito:** Bronco-dilatadores (por exemplo, salbutamol) e/ou corticosteroides (por exemplo, budesonida).

Passos de Preparação:

1. Verificar o Prescrição Médica:

- Confirmar a dose e o tipo de medicamento a ser administrado.

- Checar a frequência e a duração do tratamento.

2. Preparar o Equipamento:

- **Lavar e Desinfetar:** Certificar-se de que o nebulizador e os acessórios estão limpos.
- **Montar o Nebulizador:** Colocar a câmara de nebulização no lugar e conectar a mangueira ao compressor.

3. Preparar o Medicamento:

- **Diluição:** Se necessário, diluir o medicamento conforme as instruções do fabricante.
- **Colocar na Câmara:** Adicionar o medicamento na câmara de nebulização.

3. Execução da Nebulização

Procedimento:

1. Posicionar o Paciente:

- **Posição Confortável:** Sentar o paciente em uma posição confortável, preferencialmente em uma cadeira ou na cama com a cabeça ligeiramente inclinada para frente.

2. Aplicar o Equipamento:

- **Máscara ou Boca:** Colocar a máscara sobre o nariz e a boca do paciente, ou pedir ao paciente que use o bocal, se for o caso.

3. Iniciar a Nebulização:

- **Ligar o Equipamento:** Ligar o nebulizador e ajustar o fluxo de ar conforme as especificações.
- **Orientar o Paciente:** Instruir o paciente a respirar lenta e profundamente durante a nebulização, mantendo a respiração regular e completa.

4. Monitoramento:

- **Observação:** Monitorar o paciente quanto a sinais de alívio dos sintomas ou possíveis efeitos adversos.

- **Verificação:** Checar o tempo de nebulização e assegurar que o medicamento está sendo totalmente administrado.

4. Pós-Nebulização

Cuidados Imediatos:

1. Remover o Equipamento:

- **Desconectar:** Desconectar o nebulizador e remover a máscara ou o bocal do paciente.
- **Limpar:** Lavar a câmara de nebulização e os acessórios com água morna e sabão. Deixar secar ao ar livre.

2. Avaliação do Paciente:

- **Monitorar Sintomas:** Verificar se há melhora na respiração, redução da tosse e alívio da dispneia.
- **Registrar:** Documentar a administração do medicamento, tempo de nebulização e resposta do paciente.

3. Orientação ao Paciente:

- **Efeitos Colaterais:** Informar o paciente sobre possíveis efeitos colaterais e quando buscar ajuda médica.
- **Seguir as Instruções:** Reforçar a importância de seguir o plano de tratamento e de retornar para novas nebulizações se necessário.

5. Considerações e Ajustes

Aspectos a Considerar:

- **Reação Adversa:** Esteja atento a sinais de reações adversas, como tremores, taquicardia ou sensação de falta de ar, e ajuste o tratamento conforme necessário.

- **Adaptação do Plano de Tratamento:** Ajuste a frequência e a dosagem da nebulização conforme as necessidades clínicas e as orientações do médico.

Documentação e Comunicação:

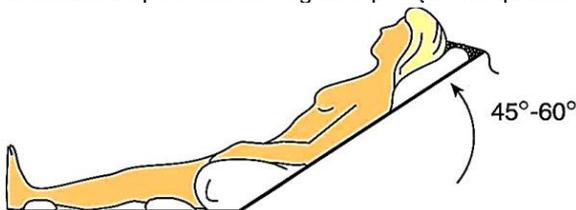
- **Registro:** Documentar todos os detalhes da nebulização, incluindo data, hora, tipo e dose do medicamento, e a resposta do paciente.

- **Comunicação com a Equipe:** Informar a equipe de saúde sobre a resposta do paciente ao tratamento e quaisquer observações relevantes.

Este caso prático aborda a nebulização desde a preparação até a execução e o pós-procedimento, garantindo que todas as etapas sejam seguidas corretamente para a eficácia do tratamento e segurança do paciente.

QUESTÕES DE CONCURSOS

01. (Consulplan - Prefeitura de Pitangueiras - Técnico em Enfermagem ESF - 2024) O procedimento de mover e posicionar pacientes no leito pode ser delegado aos profissionais de enfermagem de nível médio. Considere determinado paciente na seguinte posição no quarto:



Qual o nome da posição em que o paciente se encontra?

- A Sims.
- B Fowler.
- C Proclive.
- D Trendelenburg.

02. (CONSULPAM - Prefeitura de Salto de Pirapora - Técnico de Enfermagem - 2019) Sobre a técnica de nebulização, marque a opção CORRETA:

- A O paciente deve ficar em decúbito dorsal, quando possível, para melhor entrada da nebulização nas vias aéreas.
- B Deve-se monitorar a frequência cardíaca antes e após o tratamento dos pacientes que utilizem substâncias broncodilatadoras.
- C Deve-se abrir o fluxômetro até que ocorra a formação da névoa. O volume de oxigênio segue não precisa seguir prescrição médica.
- D A máscara deve seguir tamanho padrão sem necessidade de ajuste ao rosto do paciente.

03. CESGRANRIO - 2024 - UNEMAT - Técnico em Enfermagem) A nebulização é um procedimento de administração de medicamentos ou de umidade nas vias aéreas, por meio de um dispositivo facial, facilitando a respiração.

Na implementação desse processo, o técnico de enfermagem deve explicar o procedimento ao paciente, alertando-o sobre problemas comuns, tais como

- A ativação incorreta da válvula do dispositivo antes de fazer a inspiração.
- B risco de administração de dose incorreta por não ter agitado o dispositivo.
- C obstrução da válvula do bocal por partículas, devido à falta de limpeza do dispositivo.
- D fornecimento inadequado da medicação, devido à fixação incorreta do dispositivo.
- E não penetração do medicamento nos pulmões, por não ter sido aguardado tempo suficiente entre os jatos.

04. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - Área: SAMU – 2019) A administração de medicamentos é uma das atividades desenvolvida com bastante frequências nas situações de urgência e emergência. Requer bastante atenção e sólida fundamentação técnica e científica para subsidiar o profissional, pois envolve uma sequência de ações que objetivam obtenção de melhores resultados no atendimento do paciente, sua segurança e da instituição promotora do cuidado. Desse modo, é de suma importância que o profissional conheça os procedimentos envolvidos e as respostas orgânicas decorrentes do medicamento. Diante desse fato, assinale a alternativa CORRETA:

- A Os cuidados para o preparo de medicamentos administrados por via oral dependem de sua apresentação. Para evitar interações medicamentosas, os medicamentos devem ser administrados simultaneamente e a prática mais segura é a utilização de recipientes separados, possibilitando a correta identificação dos medicamentos que efetivamente o paciente recebeu.
- B Quando for necessário administrar medicação por via sublingual, deve ser observada a correta colocação do medicamento sobre a língua do paciente, orientando-o para que o mantenha sem mastiga-lo ou engoli-lo até ser totalmente dissolvido. Não se deve oferecer líquidos com a medicação sublingual.
- C Pela via intramuscular devem ser administrados medicamentos que não sejam irritantes, por ser mais doloroso. No tecido muscular profundo existe um maior número de terminações nervosas e a absorção se dá de modo mais lento, devido a uma menor vascularização do tecido muscular.
- D As soluções administradas pela via endovenosa devem ser cristalinas, não oleosas e sem flocos em suspensão. Para pequenas quantidades são satisfatórias as veias periféricas da dobra do cotovelo, do antebraço e do dorso da mão. A medicação endovenosa pode também ser aplicada através de cateteres intravenosos de curta/longa permanência e nas veias superficiais de grande calibre.

MÉTODOS DE COLHEITA DE MATERIAIS PARA EXAMES - ENFERMAGEM NOS EXAMES COMPLEMENTARES

EXAMES LABORATORIAIS

São meios indispensáveis para definir o diagnóstico e auxiliar na avaliação do estado do paciente.

A coleta comum nos serviços de enfermagem e auxilia na complementação dos diagnósticos médicos e de enfermagem.

Durante a coleta é fundamental atentar-se as seguintes **normais gerais:**

- ✓ Orientar o paciente sobre o exame que será realizado, sua finalidade, método de coleta, tempo aproximado para emissão dos resultados. Isso ajuda a minimizar preocupações e ansiedade;
- ✓ Higienizar corretamente as mãos antes e após a coleta e usar luvas;
- ✓ Rotular o frasco com etiqueta, onde deve constar:
 - a. Nome do paciente e número de registro geral;
 - b. Número da enfermaria, quarto e leito do paciente;
 - c. Exame solicitado;
 - d. Médico requisitante; e. Pessoa responsável pela coleta;
 - f. Caso sejam necessárias mais de uma amostra, numerar os frascos especificando a finalidade, p. ex. hemocultura;
- ✓ Atentar-se a técnica e o método indicado para as diferentes coletas;
- ✓ O material coletado deve seguir imediatamente para o laboratório, acompanhado da requisição. Nos casos que seja impossível o envio imediato, seguir as rotinas estabelecidas pelo bioquímico responsável pelo setor de análises;
- ✓ Realizar registros no prontuário do paciente, constando: horário da coleta, material, colhido, exame solicitado e assinatura do responsável pela coleta.

OBTENÇÃO DE AMOSTRAS

A enfermagem é responsável em preparar o cliente para colher amostras de:

- 1) Urina;
- 2) Fezes;
- 3) Escarro e
- 4) Sangue

1) COLETA DE URINA

Materiais necessários:

- Sabão ou solução de limpeza;
- Esponja ou toalha;
- *Kit* comercial para amostra limpa de urina ou suprimentos, conforme itens abaixo:
 - a. Bolas de algodão estéreis ou compressas de gaze estéreis de 5 x 5 cm ou 10 x 10 cm ou lenços umedecidos em pacotes individuais;
 - b. Solução antisséptica (p. ex., clorexidina degermante 2,0% "verificar se o paciente tem alergia aos produtos utilizados");
 - c. Água esterilizada ou soro fisiológico;
 - d. Frasco para coleta de material estéril;
- Luva estéril;
- Luvas de procedimento;
- Frasco para coleta de material limpo;
- Frasco com capacidade para 2.000 mL;
- Biombo;
- Comadre, cadeira sanitária de beira de leito ou

cuba rim para coleta de amostras;

- Etiqueta para amostra (deve ser preenchida com as identificações corretas do paciente);
- Formulário de requisição laboratorial preenchido;
- Saco de resíduos de risco biológico.

URINA TIPO I

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
2. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
3. Oferecer o material ao paciente e orientá-lo sobre a limpeza correta da região perineal e genital (auxiliar os pacientes dependentes de cuidados);
4. Solicitar o que paciente urine em um recipiente limpo, orientando-o para que despreze o primeiro jato. Coletar no mínimo 10 mL de urina;
5. Anexar etiqueta na lateral do frasco na frente do paciente (colocar o frasco em um saco plástico de risco biológico, se exigido pela instituição);
6. Se necessário, calçar as luvas de procedimento e transferir a urina para um recipiente previamente rotulado;
7. Anexar requisição de exame ao saco com o frasco da amostra;
8. Remover a luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
9. Deixar o ambiente em ordem;
10. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição dentro de um prazo de 15 a 30 minutos ou refrigerar imediatamente;
11. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

URINA TIPO II (UROCULTURA)

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
 2. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;
 3. Fornecer privacidade ao paciente (fechar portas e janelas ou utilizar o biombo);
 4. Fornecer ao paciente ou familiar um lenço umedecido ou sabonete, pano e toalha para limpar a área perineal ou auxiliar o paciente dependente;
 5. Auxiliar o paciente a posicionar a comadre, caso ele não consiga;
 6. Levantar a cabeceira do leito;
 7. Usando assepsia cirúrgica, abrir o *Kit* estéril ou preparar os materiais estéreis;
 8. Colocar luvas estéreis (no caso de pacientes dependentes) após a abertura do frasco de material estéril, colocando a tampa com a superfície estéril voltada para cima, não tocar no interior do frasco ou da tampa;
 9. Colocar a solução antisséptica nas bolas de algodão ou compressas de gaze, a menos que o *kit* contenha compressas preparadas com solução antisséptica;
 10. Oferecer o material ao paciente e orientá-lo sobre a limpeza correta da região perineal e genital (auxiliar os pacientes dependentes de cuidados);
- Sexo feminino:**
- a. Afastar os lábios com o polegar e o indicador da mão não dominante;
 - b. Limpar a área com algodão ou gaze, com movimento unidirecional (do orifício da uretra em direção ao ânus). Utilizar um algodão ou gaze a cada movimento, começar pelo lado esquerdo, na sequência lado direito e por fim no centro da vulva;

- c. Manter os lábios genitais separados e pedir para que a paciente comece a urinar;
- d. Orientar para que a paciente urine e depois que começar a urinar, passar o frasco pelo jato da urina e coletar de 30 a 60 mL;
- e. Se a paciente estiver no período menstrual, registrar na guia de requisição de exame.

Sexo masculino

- a. Segurar o pênis com uma mão e, por meio de movimentos circulares e com o uso da gaze estéril com solução antisséptica, limpar a extremidade do pênis movendo-se do centro para fora. Em homens não circuncidados, retraindo o prepúcio antes de limpar;
- b. Orientar para que o paciente urine e depois que começar a urinar, passar o frasco pelo jato da urina e coletar de 30 a 60 mL;

11. Remover o frasco de amostra antes do término do fluxo da urina e antes de liberar os lábios ou o pênis. O paciente deve terminar de urinar na comadre ou no vaso sanitário;

12. Recolocar a tampa bem apertada no frasco da amostra (tocar somente na parte de fora);

13. Limpar toda a urina da superfície externa do frasco;

14. Anexar etiqueta na lateral do frasco na frente do paciente (colocar o frasco em um saco plástico de risco biológico, se exigido pela instituição);

15. Remover e esvaziar a comadre (se necessário) e manter o paciente em posição confortável;

16. Anexar requisição de exame ao saco com o frasco da amostra;

17. Remover as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

18. Deixar o ambiente em ordem;

19. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição dentro de um prazo de 15 a 30 minutos ou refrigerar imediatamente;

20. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

URINA DE 24 HORAS

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

2. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele e/ou familiares presentes podem colaborar;

3. Preparar um recipiente adequado, com capacidade para 2.000 mL;

4. Desprezar a 1ª micção da manhã, anotando a hora;

5. Colocar identificação no leito, indicando: COLETA DE URINA DE 24 HORAS;

6. Colher todas as outras micções, inclusive a primeira da manhã seguinte, até completar 24 horas;

7. Anexar etiqueta na lateral do frasco na frente do paciente (colocar o frasco em um saco plástico de risco biológico, se exigido pela instituição);

8. Enviar toda a urina, ou uma amostra ao laboratório. *Para amostra de 24 horas deve-se misturar toda a urina e pegar uma amostra de 10-20 mL, anotando na etiqueta o volume total de 24 horas;*

9. Em se tratando de *Clearence de Creatinina*, colher a urina de 24 horas ou de três períodos. Ao completar 24 horas, colher 5 mL de sangue em tubo seco, a altura do paciente e anotar na requisição de exame;

10. Remover as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

11. Deixar o ambiente em ordem;

12. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição dentro ou refrigerar

imediatamente;

13. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

Observações:

❖ Se o paciente não estiver com vontade de urinar, oferecer líquidos para ser ingerido meia hora antes da coleta, exceto se contraindicado (ou seja, nos casos de restrição de líquidos);

❖ Registrar na evolução de enfermagem, data e hora em que a amostra da urina foi coletada;

❖ Notificar a equipe médica imediatamente sobre quaisquer alterações significativas identificadas nos resultados ou durante a coleta da urina.

2) COLETA DE FEZES

Materiais necessários:

- Frasco para coleta de material limpo;
- Comadre;
- Luvas de procedimento;
- Etiqueta para amostra (deve ser preenchida com as identificações corretas do paciente);
- Formulário de requisição laboratorial preenchido.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

2. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado e as formas que ele pode colaborar;

3. Solicitar ao paciente que ele evacue na comadre, que deve estar limpa e seca;

4. Calçar as luvas;

5. Colher uma amostra significativa com auxílio de uma espátula (colher preferencialmente no centro da amostra);

6. Colocar a amostra no frasco coletor;

7. Anexar etiqueta na lateral do frasco na frente do paciente (colocar o frasco em um saco plástico de risco biológico, se exigido pela instituição);

8. 13. Remover as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

9. Deixar o ambiente em ordem;

10. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição de exames (a entrega da amostra fecal no laboratório deve ser imediata; sua impossibilidade implica refrigeração após 12 horas em temperatura ambiente por até 24 horas após dejeção).

11. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

2) GLICOTESTE

Materiais necessários:

- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Lanceta;
- Monitor;
- Tiras teste;
- Tiras código (específica para cada embalagem de tiras teste);
- Requisição de exame;
- Saco plástico para resíduos;
- Descartex.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;

2. Reunir o material necessário para o glicoteste;

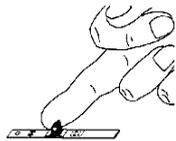
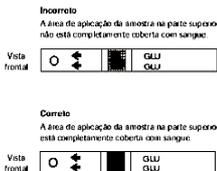
3. Codificar o monitor com a "tira código" específica para a tira teste que será utilizada;

4. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;

5. Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;

6. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
 7. Calçar as luvas;
 8. Retirar uma tira teste do frasco e fecha-lo imediatamente para evitar o contato com a umidade;
 9. Introduzir a fita teste no local indicado no monitor e posicioná-la corretamente, conforme indicação da seta;
 10. Realizar assepsia do dedo do paciente e puncionar na lateral da ponta do dedo com a lanceta (utilizar uma lanceta nova a cada punção);
 11. Quando for indicado pelo monitor, aplicar uma gota de sangue sobre a área indicada na fita teste (evitar contato do dedo com a tira) e aguardar o resultado;
- **Aplicação da gota de sangue com a tira fora do equipamento:**
- a. Introduzir a fita teste do monitor;
 - b. Quando indicado o pedido de sangue, retirar a fita e aplicar uma gota suspensa de sangue sobre a área indicada na fita teste (evitar o contato do dedo com a área de coleta);
 - c. Reintroduzir a fita teste no monitor e aguardar o resultado;
12. Deixar o ambiente em ordem;
 13. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
 14. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.

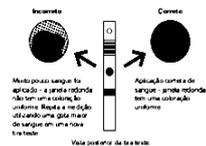
Accutrend: Volume de Amostra



Volume Ideal: **GOTA DE SANGUE SUSPensa**

30 – 50 µL de sangue capilar (ponta de dedo) ou sangue venoso imediatamente após a coleta ou heparinizado.

Heparinizado: tubo com heparina para não coagular o sangue, deixar ele fluído para fazer o teste



Nota: Imagem meramente ilustrativa e sem conflitos de interesse.

OBSERVAÇÕES:

- ❖ A realização do glicoteste deve ser conduzida de acordo com as normas do fabricante do monitor em uso. Além disso, a interpretação dos resultados também deve ser norteada pelas normas do fabricante do monitor utilizado e por fundamentações teóricas da literatura, uma sugestão é consultar as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.
- ❖ O tempo médio para indicação do resultado no monitor e os intervalos de medição, variam conforme o fabricante do aparelho.

3) COLETA DE SANGUE

Materiais necessários:

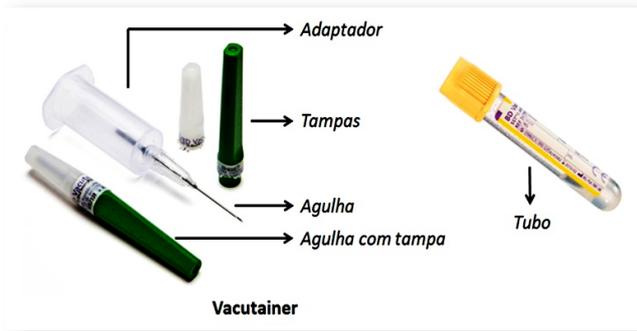
- Seringa de 5 ou 10 mL ou tubo “vacutainer”;
- Álcool 70%;
- Agulha 25x8 ou 25x9 ou scalp 21 ou 23;
- Luvas de procedimento;
- Frascos ou tubos rotulados (adequados conforme a finalidade do exame);
- Garrote;
- Algodão;
- Requisição de exame;
- Saco plástico para resíduos;
- Descartex.

Etapas para execução:

1. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
 2. Orientar o paciente sobre a assistência que será prestada;
 3. Reunir o material necessário para a coleta de sangue;
 4. Preparar o ambiente, providenciando boa iluminação;
 5. Dispor o material em local próximo e de fácil acesso;
 6. Posicionar o paciente, se possível sentado ou deitado em decúbito dorsal, com o braço apoiado, de modo a mantê-lo confortável e facilitar a visualização das veias;
 7. Calçar as luvas;
 8. Visualizar, palpar e selecionar a veia a ser puncionada (preferencialmente no antebraço ou na mão);
 9. Prender o garrote aproximadamente 5 cm acima do local da punção e pedir que o paciente feche a mão;
 10. Fazer antisepsia da área com solução alcóolica a 70% ou clorexidina alcóolica 0,5%, no sentido do retorno venoso, para estimular o aparecimento das veias;
 11. Deixar o algodão na bandeja ou segurá-lo com o dedo mínimo;
 12. Com o polegar da mão não dominante fixar a veia, esticando a pele abaixo do ponto da punção;
 13. Segurar a seringa horizontalmente, com a mão dominante, mantendo o indicador sobre o canhão da agulha;
 14. Introduzir a agulha com o bisel e a graduação da seringa voltados para cima (a agulha deve ser introduzida na veia aproximadamente 1 cm e ser mantida em um ângulo de 15°);
 15. Aspirar à seringa com a mão que fixava a veia. Isto evita movimentos desnecessários e deslocamento da agulha. Se usar vacutainer aguardar o enchimento do tubo;
 16. Após a coleta do sangue necessário, pedir para o paciente abrir a mão, desprender o garrote e remover a agulha, com movimento único e suave, apoiando o local com algodão;
 17. Para facilitar a hemostasia, fazer leve pressão no local da punção com o algodão;
 18. Fazer com que a mostra de sangue esorra vagarosamente pela parede do tubo, evitando hemólise (se o frasco tiver anticoagulante, agitá-lo levemente, para misturar o conteúdo);
 19. Observar o estado geral do paciente;
 20. Deixar o ambiente em ordem;
 21. Tirar as luvas e higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS.
 22. Encaminhar o material coletado para o laboratório juntamente com a requisição;
 23. Anotar a assistência oferecida nos registros de enfermagem.
- Observações:**
- ❖ Durante a escolha da veia para coleta de sangue, optar por locais isentos de feridas, queimaduras, traumatismos e hematomas;
 - ❖ **Nunca bater com os dedos para que a veia apareça.** Solicitar o que paciente abaixe o braço e/ou abra e feche a mão;
 - ❖ Optar pela punção de veias dos membros superiores. Evitar puncionar nos membros inferiores para não causar flebite;
 - ❖ Para evitar movimentos da veia, preferir puncionar em locais de bifurcação;
 - ❖ Se o bisel da agulha não penetrar na veia, introduzi-lo mais, e se não refluir sangue, optar por outra veia;
 - ❖ Se a agulha transfixar a veia, retrocedê-la para que penetre na luz do vaso;
 - ❖ A punção por meio do vacutainer oferece maior

segurança para o profissional e para o paciente. Ela é menos traumática e dolorosa.

Dispositivo para Coleta de Sangue



Amostras obtidas a partir do sangue

➤ Plasma

Obtido após centrifugação do sangue não coagulado. Para análise do plasma um aditivo anticoagulante é utilizado no tubo de coleta para que o sangue não coagule.

➤ Soro

Obtido após centrifugação do sangue coagulado. Após a coleta do sangue as plaquetas e os fatores de coagulação completam o processo de coagulação sanguínea.

Tubos utilizado frequentemente na rotina laboratorial		
Tubo / Cor	Composição / Ação	Finalidade
Roxo	EDTA (Ácido Etilenodiaminotetracético) - Inibe o processo de coagulação (anticoagulante).	Exames hematológicos que requerem a preservação da morfologia celular (p. ex. hemograma)
Azul claro	Citrato de sódio - Atua como anticoagulante	Provas de coagulação sanguínea; imunofenotipagem; cultura celular e testes que necessitam de células vermelhas.
Cinza	Flureto de sódio - Inibidor glicolítico *Geralmente são associados com EDTA	Indicado para dosagem de glicose, hemoglobina glicada e lactato
Verde claro	Heparina - Ação anticoagulante por meio da inibição da trombina e do fator X ativado	Determinações bioquímicas a partir do plasma. Também utilizado em seringas para análise de gasometria e eletrólitos
Vermelho	Sem anticoagulante (com ativador de coágulo jateado) - Acelera o processo de coagulação	Utilizado para exames sorológicos
Amarelo	Gel separador - Obtenção de soro de alta qualidade	Utilizado para exames sorológicos, marcadores cardíacos e bioquímicos (uréia, creatinina, sódio, potássio etc.)

➤ Sequência correta para uso dos tubos durante a coleta de sangue

De acordo com as recomendações do *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI), durante a coleta de sangue é necessário respeitar a sequência correta no uso dos tubos. A ausência deste procedimento expõe ao risco de contaminação por aditivos entre os tubos (contaminação cruzada) (LOPES; SILVA, 2015). Sequência correta segundo o CLSI:

1. Frasco para hemocultura
2. Tubo de citrato de sódio (tampa azul-claro)
3. Tubo com ativador de coágulo, com ou sem gel para obtenção de plasma (tampa vermelha ou amarela)
4. Tubo de heparina (tampa verde)
5. Tubo de EDTA (tampa roxa)
6. Tubo de flureto/EDTA (tampa cinza)

➤ Volume para aspiração

As etiquetas das embalagens individuais ou das caixas dos tubos contêm informações sobre a quantidade do aditivo específico e o volume aproximado de aspiração. Tubos com volume insuficiente ou em excesso de sangue, alteram a proporção correta de sangue/aditivo e podem gerar resultados incorretos ou desempenho precário do produto.

➤ Homogeneização da amostra

Após a coleta de sangue, as amostras obtidas devem ser homogeneizadas suavemente por inversão de 5 a 10 vezes. Este procedimento visa garantir o contato da amostra com toda superfície interna do tubo coletor. O tubo de tampa vermelha (tubo seco) dispensa a necessidade de homogeneização.

4) GASOMETRIA ARTERIAL

A gasometria é maneira mais efetiva para avaliar o equilíbrio ácido-base e a oxigenação. A medição da gasometria arterial envolve a análise de seis componentes: **pH sanguíneo** (mede a concentração de íons hidrogênio (H⁺) no sangue), **PaCO₂** (pressão parcial de dióxido de carbono), **PaO₂** (pressão parcial de oxigênio), **saturação de oxigênio** (ponto no qual a hemoglobina é saturada pelo oxigênio), **excesso de bases** (representa a quantidade de tampões que existe no sangue "hemoglobina e bicarbonato) e o **bicarbonato sérico** (HCO₃⁻).

Materiais necessários:

- EPI (óculos de proteção, avental, máscara cirúrgica e luvas de procedimento);
- Bandeja ou cuba-rim;
- Seringa de 3 mL (para adultos) ou de 1 mL (para crianças);
- Fita de identificação com os dados do paciente (nome completo, registro geral, número de leito, horário da coleta e nome do responsável pela coleta);
- Agulha 1,2 x 40 mm;
- Agulha 0,7 x 25 mm ou menor;
- Invólucro de plástico;
- Frasco de heparina 5.000 UI;
- Algodão embebido com álcool 70%;
- Fita adesiva hipoalérgica;
- Gaze;
- Tampa de borracha para ocluir a agulha;
- Coxim.

Etapas para execução:

1. Orientar o paciente sobre o procedimento que será realizado;
2. Higienizar as mãos conforme recomendações da ANVISA/OMS;
3. Reunir os materiais necessários para coleta e dispor em local de fácil acesso;
4. Heparinizar a seringa (quando essa não for o dispositivo específico para coleta de sangue arterial):
 - Conectar a seringa a agulha 1,2 x 40 mm e aspirar de 0,2 – 0,3 mL de heparina do frasco; tracionar o êmbolo da seringa até aproximadamente a marca de 1 mL, e depois, ejetar o excesso de heparina em local apropriado, deixando, somente, 0,1 mL. Trocar a agulha pela de numeração 0,7 x 25 mm;
5. Posicionar o braço do paciente de acordo com o

22 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

local a ser punccionado. Posicionamento do braço do paciente: estender o braço, com a palma da mão para cima e hiperestender o punho apoiando-o sobre o coxim (para deixar a artéria radial o mais superficial possível);

6. Identificar a artéria radial por meio de palpação próximo ao processo estilóide do rádio e o tendão dos flexores do carpo (sente-se o pulso radial entre essas duas estruturas anatômicas);

7. Paramentar-se com os EPI;

8. Realizar antisepsia do local da punção com o algodão embebido em álcool 70%, em movimentos em sentido único, com a mão dominante;

9. Palpar o pulso radial usando a mão não dominante (palpar com auxílio da digital dos dedos indicador e médio);

10. Com a mão dominante, inserir a agulha em ângulo de 30° a 90° em direção cefálica logo abaixo do local onde está palpando o pulso;

11. Avançar a agulha lentamente até que o sangue arterial flua espontaneamente para a seringa. Caso o sangue não retorne espontaneamente, puxar o êmbolo da seringa com a mão dominante e coletar de 1,2 a 2 mL de sangue (média de 1,6 mL) em adultos, e de 0,5 a 0,6 mL, em crianças;

12. Retirar a agulha e comprimir imediatamente o local com a gaze, fazendo pressão por 5 minutos até obter a hemostasia. Na sequência realizar curativo oclusivo e compressivo, utilizando gaze e fita adesiva hipoalérgica;

13. Segurar a seringa na posição vertical, retirar as bolhas (se houver) e tampar a agulha ("espetar" na tampinha de plástico ou silicone);

Homogeneizar a amostra por meio de movimentos de inversão da seringa, no mínimo, cinco vezes e girar a seringa em torno dela mesma, suavemente entre as palmas das mãos, por cinco segundos (não exceder o tempo de um minuto após a coleta para realizar a homogeneização);

14. Fixar no corpo da seringa a fita com os dados de identificação da amostra;

15. Colocar a seringa no invólucro de plástico;

16. Recolher os materiais utilizados, manter o ambiente organizado e retirar os EPI;

17. Deixar o paciente confortavelmente no leito;

18. Encaminhar a amostra para o laboratório, junto com o formulário de solicitação de exames, em até 15 minutos após a coleta;

19. Realizar registros de enfermagem, constando: número de tentativas de punções, local punccionado, tipo e frequência respiratória, temperatura corporal, uso de ventilador mecânico (modo de ventilação e FiO₂) ou outro supor de oxigênio (concentração de O₂), ocorrências adversas e medidas implementadas.

Continua.../.

QUESTÕES DE PROVAS

01. (Instituto UniFil - 2020 - Prefeitura de Cunha Porã - SC - Técnico em Enfermagem) Para exames laboratoriais a fase pré-analítica se refere a

A todas as etapas que ocorrem quando uma amostra biológica é obtida, até o momento no qual a amostra ou alíquota entra no setor analítico.

B fase de preparo e orientações do usuário para a coleta e o tempo de jejum.

C linha de automação das amostras biológica.

D escolha dos testes e dos critérios aos quais as amostras biológicas serão submetidas.

02. (Instituto UniFil - 2020 - Prefeitura de Cunha Porã - SC - Técnico em Enfermagem) As pessoas transgêneros são as quais não se identificam com seu sexo biológico designado no nascimento, alguns buscam assistência à saúde para auxiliar e intervenções que visam afirmar fenotipicamente o gênero de identificação. A Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (Medicina Laboratorial) publicou um

Posicionamento Conjunto da Medicina Diagnóstica inclusiva, com recomendações para realização de exames nessa população. Analise as assertivas e assinale a alternativa correta.

I. O profissional que fizer o atendimento para a coleta de exames de um paciente transgênero, tem o dever de utilizar o nome social, se o paciente assim preferir.

II. A inserção do nome social no protocolo de atendimento de um paciente transgênero, não deve impedir de se registrar o nome de registro civil, nos casos onde ainda não se a pose de uma nova identidade.

III. O monitoramento o tratamento hormonal através dos exames laboratoriais, é recomendado o período de 3 ou 4 meses para acompanhamento das dosagens hormonais, tanto de homens quanto mulheres trans adultos

A Apenas I está correta.

B Apenas II está correta.

C Apenas III está correta.

D Todas estão corretas.

03. (Instituto UniFil - 2020 - Prefeitura de Cunha Porã - SC - Técnico em Enfermagem) Segundo a Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), é recomendado que, para a coleta de exames do perfil lipídico, o jejum seja de

A 6 horas.

B 8 horas.

C 12 horas.

D sem jejum, somente quando a solicitação médica indicar claramente esta condição.

04. (FUNDEP - 2020 - Prefeitura de Barão de Cocais - MG - Técnico em Enfermagem) Considere que há a necessidade de realizar coleta de urina para exame de urocultura. Para tanto, deve-se orientar o usuário e desenvolver a técnica indicada para a coleta.

Com relação à técnica para realização desse exame, assinale a alternativa incorreta.

A Orientar o paciente quanto à higiene íntima rigorosa com água e sabão, pedir que informe quando sentir necessidade de urinar e coletar o jato médio, desprezando o primeiro jato.

B Orientar o paciente que evite utilizar produtos de limpeza na região íntima, e comunicar quando sentir necessidade de urinar, coletar o primeiro jato.

C Encaminhar o paciente ao banheiro no momento da coleta, fornecer o frasco estéril, enfatizando a importância de não contaminar o frasco.

D Lavar as mãos, rotular o material com nome completo do paciente, data e hora da coleta e encaminhar ao laboratório.

05. (FUNDEP - 2020 - Prefeitura de Barão de Cocais - MG - Técnico em Enfermagem) Considerando a técnica e o material utilizados na coleta de material biológico para exame, assinale a alternativa que apresenta a técnica de coleta com swab.

A A coleta ocorre por hastes com algodão e o material é acondicionado em recipiente próprio.

B Realiza-se punção venosa com cateter agulhado e coleta-se o sangue em frascos ou tubos.

C Realiza-se a coleta com lancetas e deposita-se uma gota de sangue na tira reagente.

D A coleta é realizada por meio de sondas e o material depositado em frasco estéril.

Gabarito: 01/A; 02/D; 03/D; 04/B; 05/A

TRATAMENTOS DIVERSOS: CURATIVOS, TRICOTOMIA ETC.

1. CURATIVO

Um dos pontos principais na manutenção da saúde é a manutenção das barreiras naturais do corpo aos ataques de organismos estranhos capazes de causar reações diversas e indesejadas à recuperação de qualquer tratamento de saúde. O **Curativo** oclui parcialmente a ferida, minimizando a falta da barreira natural, a pele.

A **cicatrização de feridas** é uma etapa importante da recomposição de uma das barreiras imunológicas do corpo, a pele. Uma abertura no tecido que dê passagem à corrente sanguínea pode trazer severas conseqüências ao tratamento, e causar sofrimento além do necessário para a recuperação da saúde.

Manter **Curativo** e ferida **limpa e asséptica** é uma necessidade latente quando falamos em pessoas convalescentes, tendo em vista que por regra essas pessoas têm suas defesas naturais contra ataques de microorganismos diminuídos pela baixa imunidade (imunodepressão), ou mesmo prejudicadas pela atuação de drogas e fármacos que auxiliam a combater a doença mas também influem na síntese natural do organismo.

Continua.../

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A CURATIVOS

1) CURATIVO EM FERIDA ABERTA

INDICAÇÃO:

proporcionar o ambiente ideal com vistas à reparação tecidual.

MATERIAIS:

- adesivo (tipo Micropore® ou hipoalergênico ou fita crepe para as ataduras);
- agulha de 40 x 1,2 mm;
- álcool gel;
- apósito (se necessário);
- atadura de crepe (se necessário);
- bandeja com pacote de curativo;
- carrinho de curativo ou mesa auxiliar;
- cobertura primária prescrita;
- compressa (se necessário);
- cuba rim;
- gaze estéril;
- luvas de procedimento ou estéreis (se necessário);
- solução fisiológica 0,9% aquecida a 37 °C;
- seringa de 20 ml;
- saco branco para material infectante.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
- reunir o material na bandeja e levá-lo ao quarto do paciente;
- perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
- apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível;
- promover a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto;
- posicionar o paciente, assegurando a visualização e o manuseio da ferida;
- realizar novamente a higienização das mãos com álcool gel;
- abrir o pacote de curativo na mesa auxiliar ou no carro de curativo;

- abrir o pacote de gazes, cuba rim, seringa, agulha, entre outros materiais necessários, e colocá-los no campo de curativo;

- retirar o curativo anterior, descolando parte do adesivo com uma pinça do tipo dente de rato ou com auxílio da mão enluvada, podendo umedecer o curativo em solução fisiológica 0,9%;

- limpar a pele ao redor da ferida com solução fisiológica 0,9% a 37 °C;

- proceder à limpeza de acordo com a avaliação da ferida:

- etiologia; - dimensões;
- existência de locas, fístulas e/ou trajetos fistulosos;
- exsudato;
- odor;
- dor;
- tipo de tecido/leito da ferida;
- bordas da ferida e pele perilesional e sinais de colonização crítica/infecção;

- efetuar reavaliação frequentemente e, se detectadas alterações na mudança de apósito, reavaliar e alterar, se necessário, o plano terapêutico;

- se a ferida for crônica, pode ser utilizada água corrente; o método de limpeza mais eficaz é a irrigação com pressão entre 4 e 15 psi (seringa de 20 ml conectada a uma agulha de 18 G = 9,5 psi);

- realizar desbridamento (cirúrgico, cortante, enzimático ou autolítico) de tecidos não viáveis, caso necessário, conforme avaliação do enfermeiro ou médico;

- colocar a cobertura primária (preencher a cavidade se a lesão for profunda);

- ocluir com gazes, utilizando apósitos (carbometilcelulose, espumas e alginatos) ou compressas sobre a cobertura primária

- se necessário, controlar o exsudato;

- retirar as luvas de procedimento, se utilizadas;

- fixar o curativo com adesivo (evitar locais com lesões de pele) ou enfaixar com a atadura de crepe (de acordo com a região do corpo);

- deixar o paciente em posição confortável;

- retirar o material utilizado juntamente com o campo, levá-lo para o expurgo e descartar o material descartável em saco apropriado;

- descartar o material perfurocortante em recipiente próprio;

- fazer a desinfecção da mesa auxiliar ou do carro de curativo com álcool 70% ou solução desinfetante preconizada pelo hospital;

- lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70% ou solução desinfetante preconizada pelo hospital;

- higienizar as mãos;

- registrar o curativo na prescrição de enfermagem e registrar na folha de evolução ou de registro de enfermagem no prontuário do paciente, conforme a avaliação realizada (etiologia; dimensões; existência de locas, fístulas e/ou trajetos fistulosos; exsudato; odor; dor; tipo de tecido/leito da ferida; bordas da ferida e pele perilesional e sinais de colonização crítica/infecção), bem como eventuais intercorrências, caso ocorram.

2) CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA

INDICAÇÃO:

prevenir infecção no local da ferida operatória de pacientes internados e ambulatoriais.

MATERIAIS:

- adesivo (tipo Micropore® ou hipoalergênico);
- bandeja;
- luva estéril ou de procedimento;

24 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

- mesa auxiliar;
- pacote de curativo;
- pacotes de gaze estéril;
- saco de lixo branco;
- solução fisiológica 0,9% aquecida a 37 °C.

PROCEDIMENTO:

- higienizar as mãos;
 - reunir o material na bandeja e levá-lo até o paciente;
 - perguntar o nome completo do paciente a fim de garantir que se trata do paciente certo;
 - apresentar-se, explicar o procedimento e aguardar o consentimento do paciente, quando cabível
 - promover a privacidade do paciente, colocando biombo e/ou fechando a porta do quarto;
 - posicionar o paciente de acordo com o local da ferida operatória;
 - abrir o pacote de curativo na mesa auxiliar ou no carro de curativo;
 - abrir o pacote de gazes estéreis e colocá-lo no campo do curativo;
 - retirar o curativo anterior com uma pinça do tipo dente de rato ou com uma luva de procedimento e descartá-lo no saco de lixo branco;
 - limpar a ferida com gaze estéril embebida em solução fisiológica 0,9% aquecida a 37 °C;
 - após, limpar ao redor da ferida operatória com solução fisiológica 0,9% aquecida a 37 °C e com o auxílio da pinça Kelly/Crile ou luva estéril;
 - ocluir a ferida operatória com a cobertura primária prescrita;
 - fixar o curativo com adesivo, caso necessário;
 - deixar o paciente em posição confortável;
 - retirar o material utilizado com o campo, levá-lo para o expurgo e descartar o material descartável em saco apropriado;
 - lavar a bandeja com água e sabão, secá-la com papel toalha e passar álcool 70% ou antisséptico recomendado pela instituição;
 - higienizar as mãos;
- registrar o curativo na prescrição de enfermagem, anotar o procedimento realizado, descrevendo o local da ferida, tipo de cicatrização, aspecto, profundidade e diâmetro, sinais flogísticos (calor, hiperemia, dor, edema, isquemia e presença de exsudato), bem como eventuais intercorrências, e registrar na folha de evolução ou de registro de enfermagem no prontuário do paciente.

ATENÇÃO DA DICA:

O transudato é uma substância altamente fluida que passa através dos vasos e com baixíssimo conteúdo de proteínas, células e derivados celulares.

O exsudato sanguinolento é decorrente de lesões com ruptura de vasos ou de hemácias. Não é uma forma distinta de exsudação, é quase sempre, um exsudato fibrinoso ou supurativo, acompanhado pelo extravasamento de grande quantidade de hemácias. O exsud

OBSERVAÇÕES:

- é recomendado que o primeiro curativo permaneça por até 48 horas, se não houver contraindicação, como presença de dreno, exsudato excessivo e saída acidental do curativo;
- durante o banho, o curativo deve ser protegido com película transparente ou plástico impermeável;
- um curativo com filme transparente diretamente sobre a ferida operatória pode permanecer por até 7 dias (avaliação diária), considerando-se as recomendações do fabricante, condições clínicas do paciente, localização da ferida, tipo do material do curativo, taxas de infecções, etc;

- o curativo nos drenos deve ser isolado do curativo da ferida operatória, sempre que possível, e trocado todas as vezes que apresentar umidade
- se necessário, colocar bolsa coletora e medir a drenagem em cada turno;
- a frequência da realização do curativo deve ser individualizada e determinada de acordo com a quantidade de exsudato e/ou conforme orientação do enfermeiro estomaterapeuta ou médico.

QUESTÕES DE CONCURSOS

- 01.** (Prefeitura de Caraguatatuba - Auxiliar de Enfermagem - 2024) Acerca dos conceitos e cuidados na realização de curativos, assinale a afirmativa correta.
- A A deiscência é a protrusão dos órgãos viscerais, através da abertura da ferida.
- B A cicatrização por segunda intenção ocorre quando as bordas da ferida são apostas ou aproximadas.
- C A limpeza de uma ferida contaminada deve ser iniciada pelo leito da ferida.
- D A cobertura de hidrogel mantém a ferida seca e estimula o debridamento enzimático.
- E O exsudato sanguinolento é decorrente de lesões com ruptura de vasos ou de hemácias.
- 02.** (Prefeitura do Município de Araçariquama - Técnico de Enfermagem - 2024) Quanto ao curativo oclusivo responda a alternativa CORRETA:
- A Esse tipo de curativo atua como uma barreira mecânica, impedindo a entrada de ar e fluídos, promovendo o isolamento térmico e vedando a ferida para evitar a formação de crosta ou enfisema.
- B Quando o ferimento não precisa ser ocluído os curativos abertos são ideais, como nas seguintes situações: cortes pequenos, suturas e escoriações.
- C Comumente utilizado em feridas cirúrgicas, exsudativas e drenos, esse curativo é absorvente e isola o exsudato da pele adjacente saudável.
- D É o curativo ideal para reduzir e normalizar o fluxo sanguíneo e ajudar na aproximação das extremidades da lesão.
- E Nenhuma das alternativas está correta.
- 03.** (Prefeitura de Caraguatatuba - Técnico de Enfermagem - 2024) Durante a realização de um curativo, o profissional de enfermagem observou que o leito da ferida apresentava aspecto vermelho-vivo, brilhante, úmido, com a presença de pequenos novos vasos sanguíneos.
- Essas características dos tecidos viáveis correspondem à
- A fibrinação.
- B epitelização.
- C granulação.
- D desvitalização.
- E esfacelação.
- 04.** (Prefeitura de Tucuruí - Técnico em Enfermagem - 2024) Qual é a importância da avaliação precisa das feridas no processo de curativos:
- A Minimizar o uso de curativos.
- B Determinar o tratamento mais adequado.
- C Aumentar o risco de infecções.
- D Ignorar as características das feridas.
- eacb
- 05.** (Prefeitura de Inajá - Técnico em Enfermagem - 2023) O tratamento das feridas cutâneas é dinâmico e depende a cada momento da evolução das fases de cicatrização. O curativo é o tratamento clínico mais frequentemente utilizado para o tratamento de feridas. São competências dos técnicos de enfermagem:
- A Orientar o paciente quanto aos procedimentos realizados e aos cuidados com a ferida.

- B Realizar o curativo nas feridas III e IV.
C Realizar desbridamento enzimático.
D Solicitar parecer a outros profissionais quando necessário.

Gabarito: 01/E; 02/A; 03/C; 04/B; 05/?

2. TRICOTOMIA

CONCEITO

A tricotomia é um procedimento pré-cirúrgico que tem como objetivo remover os pelos da área em que será realizada a cirurgia.

Tem como **objetivo**, tornar a região mais visível para o médico e diminuir o risco de infecção pós-operatória, já que alguns microrganismos podem estar aderidos ao pelo do paciente.

DICA: A remoção de pelos tem por objetivo facilitar a manipulação e a visualização da área a ser trabalhada, reduzindo o risco de infecção.

Esse procedimento é simples, mas alguns cuidados importantíssimos precisam ser tomados.

Ele deve ser feito até 2 horas antes da cirurgia por um profissional capacitado, geralmente um enfermeiro.

A tricotomia é feita antes de qualquer procedimento cirúrgico que será realizado em área com pelo e tem como o objetivo, diminuir as chances de infecção pós-operatória, já que os microrganismos também podem ser encontrados aderidos ao pelo. Além disso, deixa a região mais visível para que o médico realize o corte cirúrgico.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- 1 Luvas de procedimentos;
- 2 Aparelho de barbear;
- 3 Biombo;
- 4 Tesoura;
- 5 Gazes;
- 6 Papel toalha;
- 7 Recipiente com água;
- 8 Sabão líquido.

PROCEDIMENTO

- 1 Reunir o material;
- 2 Verificar a indicação e a área a ser tricotomizada;
- 3 Higienize as mãos;
- 4 Leve o material para junto do paciente;
- 5 Oriente o paciente sobre o procedimento, coloque-se em posição confortável e adequada à execução da técnica;
- 6 Coloque as luvas;
- 7 Exponha a área a ser tricotomizada e inspecione a pele;
- 8 Corte os pelos maiores com tesoura, se necessário;
- 9 Retire os pelos soltos com papel higiênico;
- 10 Ensaboe a pele;
- 11 Estique a pele e raspe no sentido do crescimento dos pêlos;
- 12 Atenção para não cortar a pele do paciente;
- 13 Mantenha a pele ensaboada, lave o aparelho com frequência e substitua-o quando necessário;
- 14 Remova os pêlos soltos com as gazes;
- 15 Lave e enxague a pele com água morna;
- 16 Revise a área tricotomizada e refaça a raspagem nos pontos necessários;
- 17 Enxugue a pele e proteja a região;
- 18 Se a condição do paciente permitir, encaminhe para o banho de chuveiro;
- 19 Deixe o paciente confortável;
- 20 Organize o ambiente;
- 21 Despreze a lâmina no recipiente de material perfurocortante;
- 22 Higienize as mãos;

23 Proceda a anotação de enfermagem, relatando o procedimento realizado e a área.

QUESTÕES DE PROVAS

- 01.** (CONSULPLAN - 2023 - SESPA-PA - Técnico em Enfermagem) Tricotomia é um procedimento de enfermagem que deve ser realizado em alguns momentos específicos, como na região de cirurgia. É possível afirmar que o procedimento de tricotomia se refere à remoção de
- A pelos.
 - B curativo.
 - C adesivos.
 - D tecido granulado.
 - E tecido necrosado.
- 02.** (IBFC - 2013 - EBSEERH - Técnico em Enfermagem) A tricotomia é um procedimento que consiste na remoção dos pelos ou do cabelo. Em relação ao procedimento de tricotomia, assinale a alternativa correta
- A Para o cateterismo cardíaco, deve ser feita a tricotomia na região torácica até a cicatriz umbilical
 - B Esticar a pele com a mão protegida com gaze e proceder à tricotomia em movimentos amplos e suaves. O sentido da raspagem deve ser contrário ao crescimento dos pelos
 - C O uso do tricotomizador é obrigatório para o procedimento de tricotomia, independente do tipo de cirurgia.
 - D Nas operações programadas, a tricotomia é realizada até 2 horas antes da cirurgia; e nas emergências, é feita momentos antes de encaminhar o paciente para a sala cirúrgica.
- 03.** (CESGRANRIO - SEAD AM - Auxiliar de Enfermagem - 2005) A tricotomia é um ritual pré-operatório que pode aumentar as taxas de supuração das cirurgias limpas, ao invés de diminuí-las. Este procedimento deve restringir-se aos casos em que os pelos impeçam a visualização do campo cirúrgico e, por segurança e prevenção, deve ser realizado num intervalo temporal, em relação à cirurgia:
- A inferior a 2 horas.
 - B entre 2 e 3 horas.
 - C entre 3 e 4 horas.
 - D entre 4 e 5 horas.
 - E superior a 5 horas.

Gabarito: 01/A; 02/D; 03/A

3. OXIGENOTERAPIA - TRATAMENTO POR VIA RESPIRATÓRIA

As doenças do trato respiratório prejudicam a oxigenação do sangue, sendo necessário o acréscimo de oxigênio ao ar inspirado. A oxigenação pode ser ofertada através de: Cateter ou cânula nasal, nebulização contínua ou respiradores.

Por ser o oxigênio um gás inflamável requer muito cuidado no seu transporte, armazenamento, manuseio e uso da válvula do manômetro.

ATENÇÃO!!!

- ◇ Cuidado dobrado ao administrar O₂ (oxigênio), em alta dose pode inibir o estímulo da respiração.
- ◇ A cânula nasal é o dispositivo mais simples e melhor tolerado pelos pacientes.
- ◇ O ideal é que ao sair da fonte seja umidificado com água estéril e só então seja liberado na mucosa do paciente, isso evita o ressecamento da mesma.
- ◇ A **nebulização e a inalação** são semelhantes, usa-se o fluxômetro com oxigênio ou ar comprimido conectados ao tubo corrugado, este a máscara facial e está bem ajustada ao rosto do paciente.

◇ Para fluidificar as secreções das vias respiratórias realiza-se a nebulização (com formação de névoas).

◇ O uso de SF 0,9% (soro fisiológico) nas inalações acarreta acúmulo de cristais de sódio na mucosa respiratória, o que irrita e aumenta as secreções. MELHOR USAR ÁGUA DESTILADA.

◇ A inalação deve ser realizada com o paciente sentado, tem melhor proveito na fluidificação das secreções do trato respiratório.

TRATAMENTO POR VIA RESPIRATÓRIA

Por inalação é introduzido vapor nas vias aéreas a partir de inspirações regulares, para tratamento de patologias agudas e crônicas no sistema respiratório. É importante orientar o paciente sobre:

- ✓ A inalação pode ser com vapor quente ou frio,
- ✓ Durante a inalação é necessário inspirações profundas, tosse e expectoração.
- ✓ O procedimento tem tempo determinado em vezes/dia e minutos.
- ✓ Para evitar acidentes mostre como funciona o aparelho usado na inalação.

Por nebulização é introduzido medicamento nas vias aéreas sob a forma de vapor. Conforme prescrição médica.

Nesse tratamento é utilizado um nebulizador, broncodilatadores, água destilada, fonte de oxigênio ou ar comprimido.

Oriente ao paciente sobre:

- ✓ Inspirações regulares e profundas
- ✓ A melhor posição é fowler (sentado)
- ✓ O procedimento é de acordo com a prescrição médica, em quantidade e duração.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES GRAVES E AGONIZANTES E PREPARO DO CORPO APÓS A MORTE

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE GRAVE E AO MORTO

Um paciente com infecção grave apresenta condições físicas comprometidas, o que pode dificultar uma resposta terapêutica desejável e o paciente evolui a óbito.

Quando a morte é prevista e o paciente está consciente durante toda a sua fase terminal, reconhecendo sua gravidade e o fracasso do tratamento, ele desenvolve reações emocionais distintas. Faz-se necessário nesse momento à equipe de enfermagem providenciar o conforto espiritual do paciente.

Sinais e sintomas que antecedem a morte:

É comum agitação psicomotora, inconsciência, diminuição ou ausência de reflexos, relaxamento muscular, incapacidade de deglutir, secreção orofaríngea abundante, relaxamento esfinteriano e midríase. Ocorre também falência respiratória e cardiocirculatória, cianose, equimose, pele pálida, fria e viscosa.

Cabe a equipe de enfermagem nesse momento providenciar privacidade e conforto nos últimos momentos do paciente, com cuidados de higiene corporal, mudanças de decúbito, oclusão dos olhos para evitar ulceração das córneas, aspirações freqüentes nas vias respiratórias superiores para manter sua permeabilidade, oferecer umedecimento de ar inspirado e retirar as próteses.

ASSISTÊNCIA AO MORTO

O cuidado de enfermagem no momento do óbito é um conjunto de ações que visa proporcionar um fim de vida digno e respeitoso para o paciente e sua família. O **momento do óbito** começa quando a equipe de saúde tem a suspeita de

óbito, enquanto que, **o preparo do óbito começa depois do momento da morte declarada do paciente.**

É importante ressaltar que o cuidado de enfermagem no **preparo do óbito** deve ser realizado de forma humanizada, respeitando as crenças, valores e desejos do paciente e de sua família. O objetivo é proporcionar um momento de despedida tranquilo e acolhedor, contribuindo para o processo de luto e para a preservação da memória do paciente.

Os pacientes ficam sob a supervisão ininterruptamente da equipe de enfermagem. **Técnicos de enfermagem, enfermeiros** e auxiliares de enfermagem, estão sempre à postos para atender aos pacientes que estão sob os seus cuidados.

Os cuidados de enfermagem no momento do óbito

Os profissionais da enfermagem, são os primeiros a constatar que algo não vai bem com determinado paciente. No momento de suspeita de óbito, os cuidados de enfermagem incluem:

1. **Notificar a equipe médica:** o primeiro passo que a equipe de enfermagem deve tomar na suspeita do óbito é, notificar a equipe médica responsável pelo paciente para constatar o óbito.
2. **Verificar a ausência de sinais vitais:** o enfermeiro ou técnico de enfermagem, deve verificar se não há sinais de respiração, pulso e pressão arterial.
3. **Confortar o paciente:** é importante garantir que o paciente esteja o mais confortável possível. O enfermeiro ou técnico de enfermagem pode mudar a posição do paciente, remover quaisquer tubos ou dispositivos médicos, e cobrir o corpo com um lençol ou cobertor para garantir sua privacidade.
4. **Informar a família:** após a constatação do óbito pelo médico, o enfermeiro pode informar a família sobre o falecimento do paciente e fornecer suporte emocional.
5. **Documentar:** é importante documentar no prontuário do paciente a hora do morte, os cuidados prestados e as reações da família. O motivo da morte, é declarado pelo médico na declaração de óbito. **A equipe de enfermagem não tem a competência de declarar o óbito.**
6. **Preparar o corpo:** após a morte, o enfermeiro deve preparar o corpo para o transporte, seguindo os procedimentos estabelecidos pela instituição de saúde.
7. **Realizar o processo de doação de órgãos (se aplicável):** se o paciente tiver expressado o desejo de doar órgãos, ou se a família expressar essa vontade, a equipe de enfermagem deve seguir os protocolos estabelecidos para a doação.
8. **Oferecer suporte emocional:** a equipe de enfermagem deve oferecer suporte emocional aos membros da família e amigos do paciente, e encaminhá-los para profissionais de saúde especializados em lidar com o luto.

Esses são alguns cuidados de enfermagem que se deve tomar no momento do óbito, outros cuidados poderão ser aplicados de acordo com a instituição.

Declaração de óbito e certidão de óbito

A **declaração de óbito** é um documento preenchido pelo médico ou autoridade competente que atesta a morte de uma pessoa, indicando a causa do falecimento, data e local do óbito, além de outras informações relevantes. **A declaração de óbito** é um documento legal e é usado para fins de registro e estatística, mas não é uma prova formal da morte.

Já a **certidão de óbito** é um documento emitido pelo cartório de registro civil, que comprova legalmente a morte de

uma pessoa e é utilizada para fins de inventário, pensão, seguros, entre outros. A certidão de óbito contém informações semelhantes à declaração de óbito, mas tem um formato mais formal e é emitida após o registro do falecimento no cartório.

Resumindo, a declaração de óbito é um documento preenchido pelo médico ou autoridade competente para atestar a morte de uma pessoa, enquanto a certidão de óbito é um documento emitido pelo cartório de registro civil que comprova legalmente a morte de uma pessoa e é usada para fins legais.

Preparo do corpo após o óbito

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem, também devem verificar as normas e política da instituição quanto ao óbito do paciente. Dependendo da instituição, outros profissionais também participam do processo dos cuidados durante e após a morte, como assistente social e psicólogo.

Abaixo estão listados 32 cuidados que os enfermeiros devem ter no preparo do óbito:

1. Informar a família sobre a morte;
2. Providenciar a higiene do corpo;
3. Realizar a limpeza do ambiente;
4. Remover pertences pessoais, identificar e entregar para um familiar ou responsável;
5. Colocar o paciente em posição confortável;
6. Realizar o fechamento das pálpebras;
7. Realizar a limpeza do nariz e boca;
8. Realizar a higiene bucal;
9. Remover sondas, cateteres e outros dispositivos médicos.
10. Colocar fralda geriátrica;
11. Realizar a mudança de decúbito a cada duas horas;
12. Providenciar a documentação necessária para o óbito;
13. Comunicar a morte do paciente à equipe médica;
14. Providenciar o laudo de necropsia, se necessário;
15. Providenciar a remoção do corpo, se necessário;
16. Colocar o corpo em saco mortuário;
17. Identificar o corpo com etiquetas apropriadas;
18. Providenciar a liberação do corpo para o velório ou sepultamento;
19. Fornecer apoio emocional aos familiares;
20. Oferecer a possibilidade de acompanhamento do velório pelo enfermeiro;
21. Preparar o ambiente do velório, se necessário;
22. Providenciar a ornamentação do corpo, se necessário;
23. Providenciar a colocação do caixão;
24. Proporcionar conforto e segurança aos familiares durante o velório;
25. Identificar e acolher possíveis sintomas de luto patológico;
26. Providenciar informações sobre os ritos funerários;
27. Orientar sobre os procedimentos legais;
28. Identificar e encaminhar a família para serviços de apoio psicológico, se necessário;
29. Providenciar informações sobre o processo de luto;
30. Oferecer o apoio necessário à família durante o período de luto;
31. Realizar o registro da assistência prestada;
32. Manter a privacidade e respeitar os costumes e crenças da família.

IDENTIFICAÇÃO DA FALÊNCIA DO SISTEMA URINÁRIO: SINAIS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

A falência do sistema urinário, ou insuficiência renal, pode ser uma indicação de que o paciente está entrando em um estado grave ou terminal. A identificação precoce e o

manejo adequado são cruciais para proporcionar conforto e prevenir complicações adicionais.

Sinais de Falência do Sistema Urinário

1. Redução na Produção de Urina

- **Oligúria:** Produção de urina inferior a 400 mL em 24 horas.

- **Anúria:** Produção de urina inferior a 100 mL em 24 horas ou ausência de produção de urina.

2. Alterações na Composição da Urina

- **Urina Espumosa:** Indicativo de presença de proteínas.

- **Urina com Cor Alterada:** Urina escura, marrom ou avermelhada.

3. Sinais e Sintomas Sistêmicos

- **Edema:** Inchaço nas extremidades, face e abdome devido à retenção de líquidos.

- **Hipertensão:** Aumento da pressão arterial devido ao acúmulo de líquidos e resíduos.

- **Fadiga e Fraqueza:** Sensação de cansaço extremo e falta de energia.

- **Confusão Mental:** Alterações no estado de alerta e confusão devido ao acúmulo de toxinas.

- **Náusea e Vômito:** Desconforto gastrointestinal comum em casos de insuficiência renal grave.

4. Alterações Laboratoriais

- **Aumento da Creatinina e Ureia:** Indicativo de função renal comprometida.

- **Alterações nos Eletrólitos:** Desbalanços como hiperpotassemia (potássio elevado) e hiponatremia (sódio baixo).

- **Acidose Metabólica:** Diminuição do pH sanguíneo devido ao acúmulo de ácidos.

Procedimentos de Enfermagem para Pacientes com Falência do Sistema Urinário

1. Monitoramento Contínuo

- **Monitoramento da Diurese:** Medição rigorosa da produção urinária.

- **Avaliação dos Sinais Vitais:** Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória regularmente.

- **Avaliação dos Edemas:** Inspeccionar e palpar as extremidades e outras áreas suscetíveis a edemas.

2. Controle de Líquidos e Dieta

- **Restrição Hídrica:** Limitar a ingestão de líquidos conforme orientação médica.

- **Dietas Específicas:** Dieta com baixo teor de sódio, potássio e proteínas conforme a condição do paciente.

- **Suporte Nutricional:** Colaborar com nutricionistas para garantir a adequação nutricional da dieta do paciente.

3. Manejo dos Sintomas

- **Medicação:** Administração de medicamentos prescritos para controlar sintomas como hipertensão, náusea e dor.

- **Controle de Edemas:** Elevação das extremidades, uso de meias de compressão e administração de diuréticos conforme prescrição.

- **Cuidados de Pele:** Prevenir úlceras de pressão e lesões cutâneas através de mudanças frequentes de posição e cuidados com a pele.

4. Apoio ao Paciente e à Família

- **Educação:** Informar o paciente e a família sobre a condição e o manejo da insuficiência renal.

- **Suporte Emocional:** Oferecer apoio emocional e psicológico para o paciente e os familiares.

- **Planejamento de Cuidados Futuros:** Discutir e planejar cuidados paliativos se apropriado, respeitando as vontades do paciente.

5. Intervenções Específicas

- **Díálise:** Preparar e assistir o paciente durante sessões de diálise se indicado.

• **Avaliação Pré-Diálise:** Monitorar sinais e sintomas que indiquem a necessidade de iniciar ou ajustar a terapia de diálise.

Procedimentos Após Identificação da Falência Renal Terminal

1. Confirmação e Comunicação:

- **Confirmação Médica:** Confirmar o diagnóstico de falência renal terminal com a equipe médica.
- **Comunicação Sensível:** Informar o paciente e a família sobre o estado terminal de forma compassiva e clara.

2. Cuidados Paliativos:

- **Controle da Dor:** Garantir que o paciente receba analgesia adequada para alívio da dor.
- **Conforto Geral:** Manter o paciente confortável com cuidados de higiene, posicionamento e controle de sintomas.

3. Suporte Espiritual e Emocional:

- **Presença de Apoiadores:** Facilitar a presença de familiares, amigos e líderes espirituais conforme o desejo do paciente.
- **Apoio Psicológico:** Oferecer suporte psicológico ao paciente e à família durante este período.

Paciente Grave ou Agonizante: Identificação pela Falência do Sistema Urinário

A falência do sistema urinário, ou insuficiência renal, pode ser um sinal de que o paciente está em estado grave ou terminal. Reconhecer esses sinais e fornecer cuidados adequados é essencial para o conforto e a dignidade do paciente, assim como para o apoio emocional aos familiares.

Sinais de Falência do Sistema Urinário

1. Redução na Produção de Urina

- **Oligúria:** Produção de urina inferior a 400 mL em 24 horas.
- **Anúria:** Produção de urina inferior a 100 mL em 24 horas ou ausência de produção de urina.

2. Alterações na Composição da Urina

- **Urina Espumosa:** Indicativo de presença de proteínas.
- **Urina com Cor Alterada:** Urina escura, marrom ou avermelhada.

3. Sinais e Sintomas Sistêmicos

- **Edema:** Inchaço nas extremidades, face e abdome devido à retenção de líquidos.
- **Hipertensão:** Aumento da pressão arterial devido ao acúmulo de líquidos e resíduos.
- **Fadiga e Fraqueza:** Sensação de cansaço extremo e falta de energia.
- **Confusão Mental:** Alterações no estado de alerta e confusão devido ao acúmulo de toxinas.
- **Náusea e Vômito:** Desconforto gastrointestinal comum em casos de insuficiência renal grave.

4. Alterações Laboratoriais

- **Aumento da Creatinina e Ureia:** Indicativo de função renal comprometida.
- **Alterações nos Eletrólitos:** Desbalanços como hiperpotassemia (potássio elevado) e hiponatremia (sódio baixo).
- **Acidose Metabólica:** Diminuição do pH sanguíneo devido ao acúmulo de ácidos.

QUESTÕES DE CONCURSOS

Continua...

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

DEFINIÇÃO DE PRONTUÁRIO:

Conjunto de impressos contendo informações biopsicossociais de uma pessoa, de forma precisa e concisa.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As anotações de enfermagem são todos os registros das informações do paciente, das observações feitas sobre o seu estado de saúde, das prescrições de enfermagem e sua implantação, da evolução de enfermagem e de outros **cuidados**, entre eles a execução das prescrições médicas.

Continua...

ROTEIRO PARA ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Comportamento e observações relativas ao paciente:

- Nível de consciência;
- Estado emocional;
- Integridade da pele e mucosa;
- Hidratação;
- Aceitação de dieta;
- Manutenção venoclise;
- Movimentação;
- Eliminação;
- Presença de cateteres e drenos.

Cuidados prestados aos pacientes, prescritos ou não pelo enfermeiro:

- Mudança de decúbito;
- Posicionamento no leito ou na poltrona;
- Banho;
- Curativos;
- Retirada de drenos, sondas, cateteres etc.

Medidas prescritas pelo médico e prestadas pela enfermagem:

- Repouso;
- Uso de colete/faixas;
- Recusa de medicação ou tratamento.

Respostas específicas do paciente à terapia e assistência:

- Alterações do quadro clínico;
- Sinais e sintomas;
- Alterações de sinais vitais;
- Intercorrências com o paciente;
- Providências tomadas;
- Resultados.

Medidas terapêuticas executadas pelos membros da equipe:

- Passagem de dispositivo intravenoso (intracath, duplo ou triplo lúmen etc.);
- Visita médica especializada (avaliações);
- Atendimento do fisioterapeuta, da nutricionista ou psicólogo.

Orientações educativas:

- Nutrição;
- Atividade física;
- Uso de medicações.

Outros fatos relevantes (de qualquer natureza) referidos pelo paciente ou percebidos pelo profissional:

- Acidentes e intercorrências;
- Recebimento de visitas.

Exemplo de prontuário:

9:00hs- apresenta-se consciente, comunicativo, icterico, aceitou o jejum oferecido, tomou banho de aspersão, deambulando, afebril, dispneico, normotenso, taquicardico, mantendo venoclise por scalp em MSE, com bom refluxo, sem sinais flogísticos, abdômen ascítico

doloroso à palpação, SVD com débito de 200ml de coloração alaranjada, eliminação intestinal ausente há 1 dia. Refere algia generalizada. Marcela

1. ADMISSÃO

É a entrada e permanência do paciente no hospital, por determinado período. Tem por objetivos facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.

Na unidade de internação o paciente é recebido por um profissional da unidade e encaminhado ao quarto ou enfermaria. Deve ser recebido com gentileza e cordialidade para aliviar suas apreensões e ansiedades. Geralmente, o paciente está preocupado com a sua saúde.

A primeira impressão recebida é fundamental ao paciente e seus familiares, inspirando-lhes confiança no hospital e na equipe que o atenderá. Se recebido atenciosamente, proporcionará sensação de segurança e bem-estar, e deste primeiro contato depende em grande parte a colaboração do paciente ao tratamento.

Procedimentos:

1. Receber o paciente cordialmente, verificando se as fichas estão completas;
2. Acompanhar o paciente ao leito, auxiliando-o a deitar e dando-lhe todo o conforto possível;
3. Apresentá-lo aos demais pacientes do seu quarto;
4. Orientar o paciente em relação à: localização das instalações sanitárias; horários das refeições; modo de usar a campainha; nome do médico e da enfermeira chefe;
5. Explicar o regulamento do hospital quanto à: fumo; horário de repouso; horário de visita;
6. Os pertences do paciente devem ser entregues à família no ato da admissão, se não for possível, colocá-los em um saco e grampear, identificando com um impresso próprio e encaminhar para a sala de pertences;
7. Preparar o paciente em relação aos exames a que será submetido, a fim de obter sua cooperação;
8. Fornecer roupa do hospital, se a rotina da enfermeira não permitir o uso da própria roupa;
9. Fazer o prontuário do paciente;
10. Verificar temperatura, pressão arterial, pulso e respiração, proceder ao exame físico;
11. Anotar no relatório de enfermagem a admissão;
12. Anotar no Relatório Geral a admissão e o censo diário.

Exemplo de Admissão:

10:00 hs- Admitida nesta unidade vinda de casa acompanhada pela prima para tratamento cirúrgico...
(o resto é como no prontuário)

2. ALTA

Alta Hospitalar é o encerramento da assistência prestada ao paciente no hospital. O paciente recebe alta quando seu estado de saúde permitir ou quando está em condições de recuperar-se e continuar o tratamento em casa.

A alta do paciente deve ser assinada pelo médico.

Procedimentos:

1. Certificar-se da alta no prontuário do paciente, que deve estar assinada pelo médico;
2. Verificar no prontuário as medicações ou outros tratamentos a serem feitos antes da saída do paciente;
3. Informar ao paciente sobre a alta, hora e de como será transportado;
4. Entregar ao paciente a receita médica e orientá-lo devidamente;
5. Auxiliar o paciente a vestir-se;
6. Reunir as roupas e objetos pessoais e colocá-los na mala ou sacola;
7. Devolver objetos e medicamentos ao paciente, que foram guardados no hospital;

8. Providenciar cadeira de rodas ou maca para transportar o paciente até o veículo;
9. Transportar o paciente;
10. Preparar a unidade para receber outro paciente.

3. TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

É a transferência do paciente de um setor para o outro, dentro do próprio hospital. Poderá ser transferido quando necessitar de cuidados intensivos, mudança de setor e troca do tipo de acomodação.

Procedimentos:

1. Após confirmação da vaga pela chefia, orientar o paciente;
2. Checar na prescrição toda a medicação que foi administrada e cuidados prestados;
3. Separar medicamentos para encaminhá-los junto com o paciente;
4. Proceder as anotações de enfermagem no plano assistencial;
5. Fazer rol de roupas e pertences do paciente, entregando-os à família ou encaminhando junto ao paciente;
6. Proceder o transporte do paciente, com auxílio;
7. Levar o prontuário completo, medicamentos e pertences;
8. Auxiliar na acomodação do paciente;
9. Retornar ao setor levando a maca ou cadeira de rodas;
10. Preparar a unidade para receber outro paciente.

PRONTUÁRIO MÉDICO, ANOTAÇÕES E REGISTROS

Uma das tarefas do profissional de enfermagem é o registro, no prontuário do paciente, de todas as observações e assistência prestada ao mesmo - ato conhecido como anotação de enfermagem. A importância do registro reside no fato de que a equipe de enfermagem é a única que permanece continuamente e sem interrupções ao lado do paciente, podendo informar com detalhes todas as ocorrências clínicas. Para maior clareza, recomenda-se que o registro das informações seja organizado de modo a reproduzir a ordem cronológica dos fatos isto permitirá que, na passagem de plantão, a equipe possa acompanhar a evolução do paciente. Um registro completo de enfermagem contempla as seguintes informações:

- Observação do estado geral do paciente, indicando manifestações emocionais como angústia, calma, interesse, depressão, euforia, apatia ou agressividade; condições físicas, indicando alterações relacionadas ao estado nutricional, hidratação, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, postura, sono e repouso, eliminações, padrão da fala, movimentação; existência e condições de sondas, drenos, curativos, imobilizações, cateteres, equipamentos em uso;
- A ação de medicamentos e tratamentos específicos, para verificação da resposta orgânica manifesta após a aplicação de determinado medicamento ou tratamento, tais como, por exemplo: alergia após a administração de medicamentos, diminuição da temperatura corporal após banho morno, melhora da dispnéia após a instalação de cateter de oxigênio;
- A realização das prescrições médicas e de enfermagem, o que permite avaliar a atuação da equipe e o efeito, na evolução do paciente, da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa.

Continua...

ANOTAÇÃO NO PRONTUARIO E RELATORIO DE ENFERMAGEM

As anotações no prontuario sao baseadas em observação de enfermagem.

Observação é o ato, hábito ou poder de ver, notar e perceber; e examinar, contemplar e notar algo através da atenção dirigida.

Finalidades:

- Contribuir com informacoes para o diagnostico e tratamento médico e de enfermagem;
- Conhecer o paciente, familia e comunidade;
- Construir fator decisivo entre a vida e a morte através dos dados colhidos;
- Auxiliar a equipe multiprofissional na tomada de decisoes específicas;
- Verificar os problemas aparentes e inaparentes;
- Planejar cuidados de enfermagem;
- Analisar os servicos hospitalares prestados;
- Analisar os cuidados de enfermagem prestados;
- Servir de base para qualquer documentação e anotação.

O Que Observar:

Sintomas: É uma manifestação perceptível no organismo que indica alteração na saúde física ou mental.

Sintoma Subjetivo: É aquele descrito pelo paciente, nao podendo ser visto ou sentido por outros. Ex. cefaleia.

Sintoma Objetivo: É aquele notado ou sentido pelo observador, e sinonimo de sinal. Ex. vomito, Edema etc.

Síndrome

É um complexo de conjunto de sinais e sintomas.

A observação serve nao so para descobrir anormalidades, mas também para identificar a potencialidade do individuo. A observação global associada a outras observacoes gerais, leva a descoberta de aspectos favoraveis, podendo indicar ausencia de problemas, recuperação, ou mesmo os recursos físicos e mentais, dos quais o individuo dispoe para auxiliar na sua propria recuperação.

OBSERVAÇÃO E ANOTAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE SOB PONTO DE VISTA ANATOMICO, FISIOLÓGICO E PSICOLÓGICO

Aspecto Geral

Quando ao estado geral do paciente, vamos observar se esta magro, gordo, cianotico, avermelhado, icterico (amarelado), palido, fraco, apatico (indiferente), nervoso, cansado, grave, agitado.

Observamos todos esses aspectos. Na observação do aspecto geral deve-se anotar qualquer anormalidade que ocorra com o paciente, como peles, olhos, nariz, ouvidos e etc.

Estado Mental - Observaremos o seguinte: O paciente esta consciente, delirante, inconsciente, lucido, acuidade auditiva diminuida, deprimido, exaltado, ansioso, alegre, excitado etc.

Tipo de Tosse - Um dos sinais importantes para a observação de enfermagem. Observa-se o seguinte: É frequente, mais comum a noite, ocasional, constante, estertorosa, rouca, seca, com ou sem expectoração.

Excreção e Eliminação – Fezes: Observaremos nas fezes: Cor, odor, qualidade, consistencia. Quanto a consistencia: Liquidas, semilíquidas, pastosas. Se ha detritos de alimentos, presença de muco, pus, calculos, sangue escuro (melena) etc.

Expectoração: Observa-se qualidade, cor, odor. A expectoração com raios de sangue vermelho sanguineo vivo, chama-se hemoptise.

Urina Cor, odor, quantidade. Observa-se também se há incontinencia, dor ao urinar, se ha retenção, ou presença de pus, sangue (hematuria) etc.

Vômitos Cor: odor quantidade. Observa-se se há presença de restos alimentares. Quando ha presença de sangue, cor "borra de cafe", denomina-se de hematemase.

Extremidades: Devemos dar grande importancia a observação das extremidades cor e temperatura. Observa-se se estao frias, cianoticas, avermelhadas, edema, presença de pulso pedial etc.

Dor: Devemos observar atentamente o tipo de dor referida pelo paciente: Intensa, latejante, agudas, espasmodicas, subitas, perfurante, continua, irregular, curta ou longa duração. Nao esquecer o lado ou orgao em que o paciente sente a dor e se e intensificada pelo movimento, pela respiração, pela tosse, pela ingestação de alimentos etc.

Pulso: Ao verificarmos o pulso do paciente, observamos: Forte, fraco, lento, palpavel, impalpavel. No que se refere ao ritmo, sentimos:

Ritmo: Intermitente, regular, irregular, alternante, agitado, normal, lento, rapido, dicrotico. (que apresenta 2 vibracoes na pulsação). Se apresentar digeminado (com 2 batimentos seguidos de uma pausa), trigeminado (3 batimentos seguidos e uma pausa), em martelo d'agua ou pulso de Corrigan (batimento violento, seguido de colapso subito). A tensao, se esta elevada, baixa, moderada, arterias duras ou espessas, elasticas. A velocidade esta normal, diminuidas (bradisfigmia), acelerada (taquisfigmia).

Respiração:- Nesta, se os movimentos sao normais (eupneia), se sao abdominais ou profundos, se há parada respiratoria (apaneia), lentos, rapidos, do tipo Cheyne-stokes (ciclo de movimentos cada vez mais profundos e mais dificeis, seguidos de um periodo de apneia).

NOTA: A observação de enfermagem nao se resume somente nos itens citados acima, mas estes sao os principais sinais e sintomas verificados pela equipe de enfermagem na rotina hospitalar.

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

Finalidades:

- ✓Relatar por escrito as observacoes do paciente;
- ✓Contribuir com informacoes para o diagnostico médico e de enfermagem;
- ✓Contribuir com informacoes para fazer o planejamento do plano de cuidados de enfermagem;
- ✓Servir de elementos para pesquisa;
- ✓Fornecer elementos para auditoria de enfermagem;
- ✓Servir para avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (quanto a qualidade e continuidade);
- ✓Servir como fonte para a aprendizagem.

Tomando como base as observacoes os elementos principais a serem anotados sao o seguinte:

01 - A aparencia;

02 - Estado fisico:

Queixas, observacoes em geral, alimentação, exames, testes, encaminhamento, eliminacoes, tratamentos dados, resultados dos cuidados prestados, medicamentos, contencoes e demais observacoes colhidas pelo exame fisico;

03 - A conservação ou a comunicação;

04 - O comportamento:

Equilibrio do pensamento (senso crítico, confusao, expressao de ideias, delirios, localização no tempo e espaço etc.);

Equilibrio do estado perceptivo (alucinacoes, delirios);
Equilibrio de estado afetivo (emocoes, sentimentos, capacidade para resolver situacoes etc.);

Equilibrio no ajustamento social (dependencia, isolamento, reação ao ambiente e pessoa);

Capacidade de aprendizagem - inteligencia;

05 - Atividades;

06 - Recomendacoes.

NORMAS

01 - Usar termos descritos: Ex. o paciente está ansioso, o paciente deambula constantemente no corredor, torcendo as mãos, apresentando expressão facial de preocupação;

02 - Usar termos objetivos: aquilo que foi visto ou sentido e não de interpretação pessoal;

03 - Usar termos concisos;

04 - Considerar o aspecto legal das anotações: não permitindo rasuras, linha em branco entre uma e outra anotação, colocar nomes de pessoas;

05 - Considerar o segredo profissional;

06 - Observar a redação, ortografia, letra: Usar 3ª pessoa gramatical: Ex. o enfermeiro atendeu imediatamente ao chamado da campainha;

07 - Colocar horário;

08 - Colocar vias de administração e locais de aplicação de medicamentos;

09 - Fazer assinatura legível;

10 - Nunca anotar medicamentos ou tratamentos feitos por outras pessoas.

ADMISSÃO, TRANSFERÊNCIA, ALTA, ÓBITO**ADMISSÃO:**

É o momento da entrada do paciente no hospital para receber assistência médica (ambulatório, clínica, emergência e UTI).

A proveniência dos doentes, faz-se através do serviço de Urgência ou por transferência de outras unidades da instituição hospitalar, assim como do exterior à instituição.

Os critérios de admissão no SMI são genericamente os seguintes:

- Falência respiratória
- Falência hemodinâmica
- Pós-operatórios e politraumatizados não neurocirúrgicos quando complicados por uma das situações atrás descritas
- Intoxicações graves
- Doença coronária aguda

A admissão do doente é sempre da exclusiva responsabilidade do médico de serviço, devendo transmitir sempre essa informação à equipa de enfermagem. Cabe ao enfermeiro que irá ficar responsável pelo doente a admitir, a verificação e preparação da unidade, de acordo com a condição clínica do doente.

A recepção do doente e a sua transição para a cama do SMI, é feita no corredor do serviço, perto da porta de acesso directo às unidades.

Se o doente estiver consciente, deverá ser apresentado à equipa e informado do funcionamento básico da unidade. Quando da admissão do doente, deverão ser efectuados obrigatoriamente, entre outros, os seguintes procedimentos:

- Tomar conhecimento adequado do motivo de internamento e seu grau de estabilidade/instabilidade
- Monitorizar o doente
- Avaliar funcionalidade dos acessos venosos
- Iniciar terapêutica instituída
- Iniciar a folha de registos
- Identificar o nível ou mudar as perfusões em curso e todas as drenagens, a fim de melhor contabilização do balanço hídrico
- Efectuar a mudança de todos os sistemas de soros e do sistema de diurese horária (*Urimeter*)
- Efectuar cuidada observação física do doente

- Colaborar com o médico na execução de procedimentos técnicos

Sempre que o doente é admitido, o processo deverá ser organizado pela secretária de unidade ou pelo enfermeiro responsável pelo doente em caso de ausência da mesma.

Aquando da entrada do doente, não serão permitidos objectos ou valores pessoais, devendo os mesmos permanecer no serviço de origem do doente.

Deverão ser efectuadas zaragatoas das fossas nasais e perineo para pesquisa de MRSA (ver protocolo para despiste de MRSA), da seguinte forma: no dia da entrada do doente até às 15 horas, caso contrário no dia seguinte (excepto 6ª feira, sábado e domingo). Poderão ocasionalmente ser efectuadas excepções a esta regra, sempre que as condições do doente o exijam. Semanalmente será efectuado o seu controle através da execução de novas zaragatoas, existindo no computador da sala principal, um plano de colheitas a efectuar aos doentes.

TRANSFERÊNCIA:**QUESTÕES DE PROVAS**

01. (Prefeitura de Laranjal - Técnico em Enfermagem - 2023) Sobre o prontuário do paciente, analisar os itens abaixo:

- A gestão em informação na saúde é essencial para integrar os dados do paciente, a evolução no tratamento, as ações assistenciais realizadas, bem como as ações clínicas, administrativas, o delineamento das decisões e condutas da equipe multiprofissional.
- O prontuário eletrônico, apesar de ser mais prático, limita a qualidade de informação, uma vez que dificulta a tomada de decisão nas condutas de maneira mais embasada. Porém, mantém menor risco ao paciente e menor custo para o serviço de saúde.
- O avanço da tecnologia de informação e comunicação possibilitou a implantação de sistemas de arquivos computadorizados, com o desenvolvimento de padrões de informação em saúde.

Está(ão) CORRETO(S):

- Somente o item I.
- Somente o item III.
- Somente os itens I e III.
- Somente os itens II e III.

02. (Prefeitura de Braga - Técnico em Enfermagem - 2023) O prontuário do paciente é o conjunto de documentos que identificam o paciente, pois nele são registrados: a evolução da doença, o tratamento e cuidados multidisciplinares. Referente ao prontuário do paciente, assinale a alternativa correta.

- É um documento jurídico de defesa legal para uso somente do paciente.
- Possibilita o controle e a comunicação multiprofissional.
- O médico pode negar o acesso ao seu prontuário caso o paciente apresente uma patologia muito grave e/ou sem diagnóstico definido.
- O prontuário é um documento de propriedade da instituição de saúde.
- Qualquer membro da família pode solicitar uma cópia do prontuário impresso ou digitalizado, sem autorização prévia do paciente.

03. (Prefeitura de Iomerê - Técnico em Enfermagem - 2023) O prontuário do paciente é um documento essencial no contexto de assistência médica e contém informações detalhadas sobre a história médica do paciente, avaliações clínicas, diagnósticos, tratamentos, resultados de exames e outros registros relacionados à sua saúde. Nesse prontuário, são utilizadas terminologias técnicas para a comunicação efetiva entre todos os profissionais. Em

32 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

relação a essa terminologia, relacione a Coluna 1 à Coluna 2.

Coluna 1

1. Cetonúria.
2. Cloasma.
3. Deglutir.
4. Disquesia.
5. Astenia.

Coluna 2

- () Engolir.
- () Presença de corpos cetônicos na urina.
- () Fraqueza, cansaço.
- () Manchas escuras na pele, principalmente no rosto da gestante.
- () Evacuação difícil e dolorosa.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A 3 – 5 – 2 – 4 – 1.
- B 3 – 1 – 5 – 2 – 4.
- C 2 – 5 – 1 – 3 – 4.
- D 1 – 5 – 3 – 4 – 2.
- E 3 – 4 – 1 – 5 – 2.

Para responder à questão sobre a associação das terminologias médicas entre a Coluna 1 e a Coluna 2, é necessário identificar corretamente os significados de cada termo listado.

Coluna 1:

1. **Cetonúria:** Presença de corpos cetônicos na urina.
2. **Cloasma:** Manchas escuras na pele, principalmente no rosto da gestante.
3. **Deglutir:** Engolir.
4. **Disquesia:** Evacuação difícil e dolorosa.
5. **Astenia:** Fraqueza, cansaço.

Coluna 2:

() Engolir. () Presença de corpos cetônicos na urina. () Fraqueza, cansaço. () Manchas escuras na pele, principalmente no rosto da gestante. () Evacuação difícil e dolorosa.

Correspondências:

1. **Cetonúria:** () Presença de corpos cetônicos na urina.
2. **Cloasma:** () Manchas escuras na pele, principalmente no rosto da gestante.
3. **Deglutir:** () Engolir.
4. **Disquesia:** () Evacuação difícil e dolorosa.
5. **Astenia:** () Fraqueza, cansaço.

Ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo:

3. Deglutir = Engolir.
4. Cetonúria = Presença de corpos cetônicos na urina.
5. Astenia = Fraqueza, cansaço.
2. Cloasma = Manchas escuras na pele, principalmente no rosto da gestante.
4. Disquesia = Evacuação difícil e dolorosa.

CENTRO CIRÚRGICO, CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS BÁSICOS QUE COMPÕEM AS SALAS DE CIRURGIA E RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA.

O CENTRO CIRÚRGICO é o conjunto de áreas e instalações que permitem efetuar a cirurgia nas melhores condições de segurança para o paciente, e de conforto para a equipe de saúde.

No contexto hospitalar é o setor mais importante pela decisiva ação curativa da cirurgia, exigindo, assim detalhes minuciosos em sua construção para assegurar a execução de

técnicas assépticas, instalação de equipamentos específicos que facilitem o ato cirúrgico.

Em sua construção devemos observar: localização, área, estrutura, composição física, salas de cirurgias, equipamentos e materiais, sua administração e regulamentos. Sua localização deve oferecer segurança quanto as técnicas assépticas, sendo distanciada de locais de grande circulação, ruídos e poeiras.

A **Resolução CFM Nº 1.886/2008**, que dispõe sobre Normas Mínimas para Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência, determina que:

5.3 O Complexo Cirúrgico deverá ser organizado com as dependências descritas a seguir, observando-se as exigências mínimas de materiais e equipamentos para cada uma.

5.3.1 As salas cirúrgicas deverão conter os seguintes equipamentos:

- a. mesas/macac cirúrgicas;
- b. mesa para instrumental;
- c. aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;
- d. conjunto de emergência, com desfibrilador;
- e. aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
- f. dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
- g. banqueta ajustável, inox;
- h. balde a chute;
- i. tensiômetro ou similar;
- j. equipamento para ausculta cardíaca;
- k. fontes de gases e vácuo;
- l. monitor cardíaco;
- m. oxímetro de pulso;
- n. laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
- o. instrumental cirúrgico;
- p. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
- q. medicamentos (anestésicos, analgésicos e medicações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiopulmonar.);
- r. equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

5.3.2 A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada com:

- a. cama/maca de recuperação com grade;
- b. tensiômetro ou similar;
- c. laringoscópio adulto ou infantil;
- d. capnógrafo;
- e. ventilador pulmonar adulto e infantil;
- f. aspirador contínuo elétrico;
- g. estetoscópio;
- h. fonte de oxigênio e vácuo;
- i. monitor cardíaco;
- j. oxímetro de pulso;
- k. eletrocardiógrafo;
- l. maca hospitalar com grade;
- m. material de consumo;
- n. medicamentos.

MATERIAIS USADOS NO CENTRO CIRÚRGICO

O planejamento de materiais para uso na sala de cirurgia deve incluir aqueles considerados básicos ao atendimento de uma cirurgia geral, e os específicos, de acordo com o tipo de cirurgia. Para efeito didático, estes materiais serão grupados em: esterilizados, soluções antissépticas, impressos mais comuns e medicamentos.

A - Material esterilizado

- pacote de aventais;
- pacote de "opa" (avental de abertura para frente);

- pacotes de campos duplos e/ou simples;
- pacotes de compressas grandes e pequenas;
- pacotes de gazes comuns e especiais;
- pacote de impermeável (para a mesa de instrumentador);
- caixa de instrumentos;
- pacote de material para anti-sepsia;
- pacotes de cúpulas grandes e pequenas;
- pacotes de cuba rim;
- pacote de bacia;
- pacotes de sondas e drenos diversos;
- pacotes de luvas de diferentes números;
- pacote de cabo com borracha para aspirador;
- caixas de fios de sutura de diferentes tipos e números;
- caixa ou pacote de cabo do bisturi elétrico;
- equipos de soro, seringas, agulhas e cateteres para punção venosa, cateter para oxigênio, sondas e aspiração, nasogástrica e vesical;
- estojo de material cortante contendo tesouras retas, curvas, cabo de bisturi e agulhas de sutura. Em algumas instituições, este material é esterilizado dentro da caixa de instrumentais;
- bandejas de material para anestesia, contendo cânulas endotraqueais com guia, de Guedel, laringoscópio e pinça de Magil.

B - Soluções anti-sépticas

- iodines (álcool iodado com 1% a 2% de iodine e iodine potássio em 70% de álcool); iodóforos (iodine mais polivinilpirrolidona);
- clorohexidina;
- álcoois (etanol, n-propil e isopropil);

C - Impressos

- sistematização de enfermagem;
- gráfico de anestesia;
- relação de gastos;
- receituário para medicamentos controlados;
- requisição de laboratório e banco de sangue.

D - Medicamentos

- soluções glicosadas, fisiológicas, Ringer, Manitol, bicarbonato de sódio e Haemavel;
- medicamentos anestésicos, relaxantes musculares, neurolépticos, tranquilizantes, analgésicos, colinérgicos e anticolinérgicos, eletrólitos, anticoagulantes, antibióticos e outros necessários à assistência do paciente no período intraoperatório;
- pomadas: xilocaína geleia;
- adesivos para fixação de curativos e ataduras.

1 Instrumental cirúrgico

Iremos classificar os instrumentos cirúrgicos em seis grupos básicos, sendo cada grupo representativo de uma determinada etapa da cirurgia.

1.1 Grupo 1 - Diérese Cirúrgica



Neste grupo temos os **bisturis e as tesouras**. Os bisturis são os principais instrumentos de corte. O bisturi compõe-se por duas peças: o cabo e a lâmina.

Tantos os cabos quanto as lâminas variam de formato e de tamanho, de acordo com o tipo de cirurgia ou ato cirúrgico a ser realizado. Cada peça tendo a sua respectiva aplicação. Os cabos mais curtos são próprios para os atos

cirúrgicos de superfície, ou seja, o seccionamento do tecido epitelial. Os cabos mais longos destinam-se aos atos cirúrgicos em cavidades, ou seja, em profundidade. Os bisturis elétricos facilitam muito o processo de coagulação, diminuindo bastante os sangramentos em cirurgias.

As tesouras também variam de tamanho e de formato (curvas ou retas, finas ou grossas) de acordo com a sua aplicação. As mais utilizadas, são a tesoura do tipo "Metzenbaum" que por ser uma tesoura do tipo curva, é a mais empregada pelo médico-cirurgião chefe e a tesoura do tipo "Mayo" que por ser uma tesoura do tipo reta, é a mais utilizada pela instrumentadora cirúrgica e pelos médicos cirurgiões assistentes. Muito útil no corte dos fios cirúrgicos.

1.2 Grupo 2 - Procedimentos de Hemostasia

Neste grupo temos as **pinças** onde existe uma grande variedade delas, variando de tamanho (pequenas, médias e grandes) e de formato (retas ou curvas, traumáticas ou não traumáticas).

Dentre as pinças hemostáticas mais empregadas, podemos destacar as pinças do tipo "Kocher" que por ser uma pinça traumática, dotada de dentes de rato, vem sendo empregada com sucesso para apreensão da aponeurose dos músculos. Temos também as pinças do tipo "Kelly" que podem ser observadas na foto.

As pinças do tipo "Haslthead" por serem pinças finas, são empregadas com sucesso em cirurgias infantis. São conhecidas pelos apelidos de "mosquitinho" ou "mosquito", por serem pequenas. São bem mais delicadas do que as pinças do tipo Kelly e aplicam-se a vasos de menor calibre.

Temos também as pinças do tipo "Pean", as pinças do tipo "Mixer" que são amplamente utilizadas em cirurgias pulmonar, hepática e renal e as pinças do tipo "Satinsky" e que são muito utilizadas em cirurgias vasculares.

As pinças do tipo "Faure" podem ser observadas na foto, assim como as pinças do tipo "Rochester"- "Pean" são pinças de maior resistência, próprias ao pinçamento de tecidos não delicados ou sensíveis.

1.3 Grupo 3 - Exérese cirúrgica

Neste grupo temos os instrumentos para apreensão e os de separação.

Instrumentos para Apreensão

A finalidade destes instrumentos cirúrgicos, como o próprio nome já diz, é a de segurar, erguer momentaneamente inclinar e/ou tracionar determinados tecidos durante certo ato cirúrgico.

Podemos destacar como instrumentos para apreensão as pinças do tipo "Museum", pinças do tipo "Allis" e pinças do tipo "Babcock" que é um tipo de pinça preferida para tracionar as alças intestinais.

As **pinças do tipo "Duval"** também conhecidas como "triangular de Duval", possuem grande aplicabilidade em cirurgias pulmonares, no pinçamento dos lobos pulmonares.

As **pinças do tipo "Collin"** são também conhecidas como "Collin" oval. As pinças do tipo "Foerster" que são um tipo de pinça longa, são também empregadas em curativos profundos, segurando compressas de gaze.

As **pinças anatômicas** são instrumentos cirúrgicos empregados de forma acessória em procedimentos de apreensão. Dentre as mais usadas, destacam-se as pinças do tipo "Adson" as do tipo "Potts Smith" e as pinças do tipo "Nelson".

Instrumentos para Separação

São também conhecidos como afastadores. Os instrumentos para separação ou afastadores, são classificados em três diferentes tipos. Os primeiros são os dinâmicos que são instrumentos que deverão ser empunhados pelo médico-cirurgião, com a finalidade de expor

34 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

a observação o campo operatório desejado. Neste grupo, podemos destacar os do tipo "Farabeuf", o do tipo "Volkman" e os do tipo "Doyen".

O outro tipo são os autostáticos que são os instrumentos que após serem posicionados pelo médico-cirurgião, manterão o campo aberto, sem que haja a necessidade de impunhadura permanente.

Os classificados como diversos são os de mais instrumentos de separação ou afastadores que não se enquadram nas duas classes acima descritas.

São espátulas, algumas rígidas e outras maleáveis, de acordo com o propósito desejado.

1.4 Grupo 4 - Exaurimento Cirúrgico

Neste grupo incluímos as **agulhas cirúrgicas**, os porta-agulhas e os fios cirúrgicos. As agulhas são instrumentos perfurantes que tem como objetivo, associadamente aos fios cirúrgicos, a recomposição de tecidos lesionados, sejam internos ou externos, por meio do procedimento denominado de sutura.

Existem um grande número de agulhas, variando de tamanho, calibre e formato.

As agulhas cirúrgicas podem ser classificadas quanto ao formato em 4 tipos que são as retas, as curvas as do tipo lanceoladas e as cilíndricas.

1 - Agulhas do Tipo Reta

São destinadas a realização de procedimentos de sutura do tecido epitelial, sem o emprego do porta-agulhas.

2 - Agulhas do Tipo Curva

As agulhas do tipo curva podem ser semirretas que ao contrário das agulhas retas, possuem uma leve curvatura.

As agulhas meio-círculo possuem uma curvatura bem maior do que as agulhas semirretas, e são eficazes na sutura de tecidos profundos.

Continua.../

DEFINIÇÕES:

1 LIMPEZA:

• É o processo de remoção de sujidade e/ou matéria orgânica presente nos artigos e superfícies.

Preconiza-se a limpeza com água e sabão, promovendo a remoção da sujeira e do mau odor, reduzindo assim a carga microbiana. A limpeza deve sempre preceder os processos de desinfecção ou esterilização, pois a maioria dos germicidas sofre inativação na presença de matéria orgânica.

Métodos de limpeza:

. **Limpeza Manual:** Executada através de fricção, com escovas e uso de detergente e água.

. **Limpeza Mecânica:** É realizada através de lavadoras por meio de uma ação física e química (lavadoras ultrassônicas e termo desinfetadoras).

2 SECAGEM:

• Parte importante do processamento de artigos hospitalares. Recomenda-se comumente a secagem com ar comprimido, pois elimina o ambiente úmido que favorece a proliferação bacteriana.

3 ESTOCAGEM:

• Deve-se evitar a estocagem de artigos já processados em áreas próximas a pias, água ou tubo de drenagem.

. 4 Descontaminação:

• É o processo de eliminação parcial da carga microbiana de artigos e superfícies, tornando-os aptos para o manuseio. Após a descontaminação, deve-se seguir o processamento adequado.

IMPORTANTE:

. Detergente Enzimático: São produtos que contêm em sua fórmula enzimas que facilitam a remoção de sujidades, desde gorduras até sujeiras impregnadas.

. Desinfetantes: São agentes químicos capazes de destruir bactérias, fungos e algumas espécies de vírus.

ATENÇÃO:

Só serão considerados desinfetantes os agentes que possuem ação tuberculicida.

5 DESINFECÇÃO:

• É processo de destruição dos microrganismos em forma vegetativa, mediante aplicação de agentes físicos ou químicos.

- Agente físico: radiação ultra-violeta

- Agente físico líquido: água em ebulição e sistemas de lavagem automáticas que associam calor, ação mecânica e detergentência

- Agente químico líquido: aldeídos (p/ artigos termo-sensíveis), álcoois (p/ artigos e superfícies), fenol sintético (p/ artigos e superfícies) e hipoclorito de sódio (p/ artigos e superfícies)

Níveis de Desinfecção:

. **Alto Nível:** Destroi todas as bactérias vegetativas (porem não todos os esporos bacterianos), as microbactérias, os fungos e os vírus. É indicada para artigos como lâminas de larigoscópio, equipamento de terapia respiratória, anestesia e endoscópio.

. **Médio Nível:** destruição de todas as formas bacterianas **não esporuladas** e vírus, inclusive o bacilo da tuberculose. Ex: Cloro, álcoois, fenólicos

. **Baixo Nível:** Destruição de bactérias na forma vegetativa mais não são capazes de destruir esporos e nem micro-bactérias e vírus. Ex: Quaternário de Amônia

Métodos de Desinfecção

• Desinfecção por meio físico líquido:

• Água em ebulição: indicada na desinfecção de baixo nível ou descontaminação de artigos termo resistentes. Tempo de exposição 30 minutos

• Lavadoras automáticas térmicas: indicada para desinfecção de alto nível de artigos termo resistentes ou para limpeza de artigos críticos antes de sofrerem o processo de esterilização. Podem ser associadas ao uso de detergentes enzimáticos ou desinfetantes. Ex. artigos de inaloterapia, acessórios de respiradores, material de entubação etc.

• Desinfecção por meio químico líquido:

1) Glutaraldeído:

• Desinfecção de alto nível de artigos na concentração de 2%, por 20 a 30 minutos;

Esterilização de artigos na concentração de 2%, de 8 a 10 horas;

Usar em artigos termo sensíveis (instrumental, látex e etc.);

Recomendações:

• Ativar o produto e verificar o prazo de validade;

• Usar recipiente de vidro ou plástico fosco - produto fotossensível;

• Manter em recipientes tampados;

• Necessita de enxague copioso;

• necessita do uso de EPI - luva de borracha de cano longo, máscara de carvão e óculos de proteção.

2) Alcoois:

• Desinfecção de nível intermediário de artigos não críticos, alguns artigos semi-críticos e superfícies, na concentração a 70%. Tempo de exposição de 10 minutos com três aplicações, aguardando a secagem espontânea.

Recomendações:

- Assegurar-se da qualidade do produto;
- Friccionar a superfície ou o artigo, deixar secar em ar ambiente, repetir três vezes até completar o tempo de ação;
- Pode ser usado na desinfecção concorrente de superfícies entre cirurgias, exames, após uso do colchão etc.;
- Contra-indicado em acrílico, borracha, tubos plásticos. Danifica o cimento das lentes dos equipamentos;
- Não necessita de enxague;
- Não necessita usar EPI.

3) Fenol sintético:

• Desinfecção de nível intermediário e baixo. Usado para descontaminação ambiental incluindo bancadas de laboratórios e artigos não críticos. Tempo de exposição para superfícies e artigos é de 10 minutos.

Recomendações:

- Contra-indicado para artigos que entram em contato com o trato respiratório, alimentos, objetos de látex, acrílico e borrachas
- Friccionar a superfície ou o objeto imerso, com escova, esponja etc., antes de iniciar o tempo de exposição;
- Enxague copioso com água potável;
- Necessita do uso de EPI – luva de borracha de cano longo, máscara de carvão, avental impermeável e óculos de proteção.

4) Hipoclorito de sódio:

• Desinfetante dos três níveis – alto, intermediário e baixo -, conforme a concentração e tempo de exposição.

Recomendações:

- Usar em recipientes opacos – o produto é fotossensível. Devem ser mantidos em vasilhames tampados devido a volatilização do cloro.
- Assegurar-se da qualidade do produto;
- Descontaminação de superfícies na concentração de 0,1% (10.000 ppm) por 10 minutos;
- Desinfecção de artigos:
- **Alto nível:** na concentração de 0,1% (1000 ppm) de 20 a 60 minutos
- **Médio nível:** na concentração de 0,1% (1000 ppm) por 10 minutos
- **Baixo nível:** na concentração de 0,01% (100 ppm) por 10 minutos
- Necessita enxague no caso de desinfecção de alto nível. Quando não for possível o enxague com água estéril, deve-se utilizar água corrente e rinsagem com álcool a 70% após secagem;
- Necessita do uso de EPI – avental, luvas de borracha e máscara.

6 ESTERILIZAÇÃO

É o processo de destruição de todas as formas de vida microbiana (bactérias nas formas vegetativas e esporuladas, fungos e vírus), mediante aplicação de agentes físicos e/ou químicos.

Testes de Validação

Todo processo de esterilização precisa ser validado, empregando-se testes físicos, químicos e biológicos, além de monitorização regular durante as operações de rotina. Estes testes são realizados para certificar o desempenho ideal do ciclo de esterilização, e para determinar se as condições pré-estabelecidas foram atingidas dentro da câmara, e nos pontos mais críticos da carga.

Indicadores Químicos:

Utilizados para detecção imediata de potenciais falhas no processo de esterilização.

• **Externos:** Têm objetivo único de distinguir os pacotes que passaram pelo ciclo de esterilização, daqueles que não passaram. Apresentação na forma de tiras de papel ou fitas adesivas com listras em diagonal, para uso em autoclaves a vapor ou a gás.

• **Internos:** são colocados dentro dos pacotes que são posicionados em pontos críticos da câmara, onde o acesso do vapor é mais difícil. Devem ser usados em conjunto com termostatos e indicadores biológicos:

• **Integradores:** indicadores multiparamétricos – provêm uma reação integrada de temperatura, tempo de exposição e a presença do vapor. Disponíveis para processos a vapor ou a óxido de etileno.

Indicadores Biológicos:

Utilizados para monitorar as condições de esterilidade dentro dos pacotes-teste.

MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO

Agentes Físicos:

• **Vapor saturado sob pressão:** para artigos que não sejam sensíveis ao calor e ao vapor. É o processo de maior segurança (autoclave).

- Artigos que não sejam sensíveis ao calor e vapor;
- Acomodação dos artigos em cestos aramados; - Usar só 80% da capacidade;
- Embalagens: Grau cirúrgico (de forma vertical, filme com filme, papel com papel), papel não tecido(SMS) e campos de algodão;
- Validade de acordo com a embalagem e acondicionamento;
- Manipular o artigo após o resfriamento.

Tipos:

- **Gravitacional:** O ar é removido por gravidade;
- Processo lento e favorece a permanência de ar residual;
- Pouco utilizada.
- **Pré- Vácuo:**
- O ar é removido pela bomba de vácuo;
- O vácuo pode ser obtido por meio de vácuo único e pulsátil, o mais eficiente, devido a dificuldade de se obter vários níveis de vácuo em um só pulso.

Monitorização:

- **Controle Biológico:** Bacillus Stearothermophilus;
- Bowie Dick: Avaliação da bomba de vácuo;
- Indicador Químico: classe 1, classe 3, classe 4
- Integrador Químico: classe 5 e 6

Continua.../

RECOMENDAÇÕES SOBRE LIMPEZA, DESINFECÇÃO, ACONDICIONAMENTO, ESTERILIZAÇÃO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO HOSPITALARES E MATERIAIS CIRÚRGICOS

Atividades básicas desenvolvidas nesta unidade:

- ✓ Receber os materiais reprocessáveis e separar os materiais;
- ✓ Lavar os materiais e proceder a secagem;
- ✓ Receber as roupas limpas vindas da lavanderia;
- ✓ Preparar embalando e esterilizar os materiais cirúrgicos e os pacotes de roupas, através de métodos físicos e/ou físico-químicos, proporcionando condições de aeração dos produtos, conforme necessidade;
- ✓ Armazenar os materiais e as roupas esterilizadas;

- ✓ Distribuir os materiais e as roupas esterilizadas;
- ✓ Zelar pela proteção e segurança dos operadores.

RDC nº50 – ANVISA, 21/02/2002.

ÁREA FÍSICA

Seguir a recomendação da RDC nº50 no que se refere à separação das áreas de acordo com a especificação do trabalho desenvolvido:

- ✓ Área de recepção, descontaminação e separação de materiais, área de lavagem de materiais;
- ✓ Área para recepção e preparo de materiais e roupas limpas;
- ✓ Área para esterilização física;
- ✓ Área para desinfecção química.
 - > Deverá ser provida de exaustão com pressão suficiente para atender a suspensão de gases emitidos pelo produto químico utilizado.
- ✓ Sala de armazenagem e distribuição de materiais, roupas esterilizadas e materiais esterilizados;
 - > Respeitar a armazenagem dos materiais à distância de 20 a 25 cm do piso, 45 cm do teto e 5 cm, das paredes;
 - > Deverá ter temperatura e umidade dentro do recomendado pela SOBECC e AORN – temperatura em torno de 25° e umidade relativa do ar entre 30 e 60%;
 - > **Não utilizar artigos que apresentem as seguintes alterações:** papel grau cirúrgico amassado, invólucros que apresentem umidade ou com manchas, invólucros em não tecido com desprendimento de partículas, suspeita de abertura do invólucro e presença de sujidade.
- ✓ Áreas de apoio (vestiários de barreira, depósito de material de limpeza, área administrativa e área de manutenção).
- ✓ Estabelecer protocolo de transporte de materiais estéreis em carrinhos fechados que devem ser submetidos à limpeza e desinfecção frequentes.

AVALIAÇÃO DOS PRODUTOS:

Os materiais enviados para processamento na Central de Materiais e Esterilização (CME) da instituição devem ser passíveis de limpeza e desinfecção ou esterilização. É imprescindível que seja feita uma avaliação dessas condições para proceder ao processamento do artigo. Artigos que possuam em suas características componentes que não possam ser submetidos às etapas do reprocessamento devem ser recusados pelo setor. Exemplos desses artigos:

- Artigos com componentes em madeira (ex. instrumentais cirúrgicos, espátulas, palitos entre outros);
- Artigos que não possuam registro no Ministério da Saúde na classe de artigo médico hospitalar (ex. luvas cortadas, pedaços de plástico, tampas diversas).

LIMPEZA DE ARTIGOS

- ✓ Elaboração de rotinas técnicas escritas para os procedimentos de limpeza de artigos – contemplar a técnica de desmonte dos materiais, escolha da técnica de limpeza (manual, mecânica em ultrassônica ou mecânica em termodesinfetadora) segundo o tipo de artigo;
- **Limpeza manual:** deve ser aplicado a instrumentais delicados (ex: bisturis com ponta de rubi, ótica etc); utilizar escovas apropriadas (não abrasivas - para evitar a corrosão do instrumental) no corpo do instrumental, nas articulações e nas cremalheiras da pinça, seguindo a direção das ranhuras.
- **Lavadora ultrassônica:** indicado para instrumentais que possuem conformações complexas e lumes (usar obrigatoriamente na limpeza de materiais endoscópicos com exceção das óticas).

- Não superlotar o cesto para que todos os materiais sejam expostos à ação de cavitação das ondas ultra-sônicas;
- Utilizar apenas instrumentos com o mesmo tipo de liga metálica (pode haver transferência de íons e produção de pontos de corrosão);
- Trocar a água da lavadora sempre que esta apresentar sujidade visível em seu interior ou modificação na coloração da solução enzimática,
- Estabelecer um tempo médio de permanência do material na lavadora (ex: 10 minutos) procedendo à repetição do processo caso necessário após avaliação da limpeza,
- Realizar testes para avaliação do processo de limpeza da lavadora (disponíveis no mercado – ex. Teste de Resíduo Soil Test®, teste de Resíduo de Proteína Biotrace Pro-tec® e teste Kit Proteína Miele Merck®).

• **Lavadora termodesinfetadora:** indicada na limpeza de instrumentais cirúrgicos cuja formatação seja menos complexa e, em artigos de assistência respiratória realizando até mesmo pasteurização;

- Respeitar a organização dos materiais nas cestas segundo o peso e corte (estes últimos devem ser colocados por cima); não superlotar os cestos para que todos os materiais sejam expostos à ação dos jatos; realizar testes para avaliação do processo de limpeza da lavadora (ex: sangue artificial).

• **Secadoras verticais:** complementa a lavadora termodesinfetadora, garante e agiliza a secagem das traqueias, principalmente dos circuitos de aparelhos de anestesia por estas serem mais longas.

✓ **Padronização do uso de EPI** no desenvolvimento da limpeza dos materiais médico-hospitalares.

- Uso luvas de borracha antiderrapante e de cano médio ou longo que não comprometa o tato do profissional com o material,
- Avental impermeável,
- Gorro,
- Protetor facial,
- Óculos de proteção,
- Protetor auditivo (na utilização de lavadoras ultrassônicas e termodesinfetadoras);

✓ **Seleção do produto de limpeza** devidamente registrado no Ministério da Saúde.

• **Detergente enzimático:** seguir a recomendação do fabricante quanto à diluição, prazo de validade, tempo de imersão e método de utilização; remover completamente o detergente após o processo; usar obrigatoriamente na limpeza de materiais endoscópicos.

• **Detergentes neutros:** indicados na limpeza de artigos semicríticos como materiais de banho, comadres, patinhos e etc., devido à relação custo-benefício.

✓ **Processo de Trabalho:**

- Agrupar os materiais por tipo de artigo,
- Imergir ou embeber em solução pelo tempo determinado, segundo o produto de limpeza utilizado (ex. detergente enzimático: em torno de 5 minutos),
 - Atentar para o preenchimento de todos os lumes e orifícios do material.
- Limpar com escovas apropriadas,
- Enxaguar em água potável,
- Repetir o enxágue em água deionizada ou desmineralizada (pode ser utilizado um filtro de

osmose reversa neste processo na lavadora termodesinfetadora e outra no enxágue manual),

- Observar o preenchimento dos lumes dos artigos com a solução de limpeza bem como no momento do enxágue.
- Inspeccionar rigorosamente a qualidade da limpeza com o auxílio de lentes e boa iluminação (lupas com iluminação indireta, com aumento de até 10 vezes, preferencialmente com braço articulável). Ao utilizar mesas na execução dessa tarefa, recomendamos que a mesma seja previamente limpa e desinfetada com álcool 70% em três fricções em sentido único e que a mesa seja forrada com um campo de cor clara para observar melhor a presença de qualquer sujidade.

IMPORTANTE:

- ✓ Estabelecer protocolo de manutenção do instrumental cirúrgico com rotina de limpeza com soluções específicas para recuperação do brilho e lubrificação com lubrificantes minerais e permeáveis ao vapor.
- ✓ O processo de secagem do material deve ser realizado com compressa limpa e seca na parte externa e com jato de ar comprimido em lumes e pontos de difícil acesso
- ✓ Durante o processo de inspeção do instrumental cirúrgico deve ser realizada a inspeção quanto à integridade das fitas de identificação, quando utilizadas, para possível substituição daquelas que se encontram descoladas ou que apresentem acúmulo de sujidade que persista mesmo após o processo de limpeza. Registrar a troca das fitas de identificação, mesmo que esta ocorra fora do prazo determinado pela rotina do setor.

DESINFECÇÃO DE ARTIGOS

A desinfecção pode ser feita por método químico ou físico (termodesinfecção). Segundo a Classificação de Spalding apenas artigos semi-críticos e não críticos devem ser submetidos à desinfecção (desinfecção de alto nível, nível intermediário ou de baixo nível). A limpeza e pré-requisito para uma desinfecção eficaz, principalmente para a desinfecção química.

DESINFECÇÃO QUÍMICA:

- ✓ Utilizar produtos com registro no Ministério da Saúde;
- ✓ Manter no local as especificações dos produtos químicos e o método de socorro imediato em caso de acidente (ex: lavar sim ou não, com água ou solução salina etc)
- ✓ A desinfecção química também tem como pré-requisito à limpeza adequada do material bem como a secagem minuciosa do mesmo, o preenchimento de todos os lumes e reentrâncias e o respeito ao tempo de exposição;
- ✓ Registrar o processo de desinfecção (data de realização da desinfecção, hora ou turno, tipo de solução utilizada, laudo de avaliação da solução utilizada, validade e assinatura do responsável).

DESINFECÇÃO FÍSICA (Termodesinfecção):

- ✓ Utilizar técnica asséptica para retirada do material da termodesinfetadora (luvas, touca e máscara);
- ✓ Avaliar a limpeza de forma visual com auxílio de lupa;
- ✓ Secar o material e acondicionar em saco plástico, proceder a selagem térmica em seguida;
- ✓ Registrar o processo de termodesinfecção (data de realização da desinfecção, hora ou turno, tipo de processo, validade e assinatura do responsável).

ESTERILIZAÇÃO**AUTOCLAVES COM BOMBA DE VÁCUO E BARREIRA FÍSICA:**

- ✓ Deverá ter todos os lotes com registro dos ciclos (ex: fitas da impressora que registra cada etapa de cada ciclo) armazenados juntamente a outros controles (ex: envelopes impressos);
- ✓ O teste da bomba de vácuo (Bowie Dick) deverá ser realizado diariamente com registro do resultado bem como posterior a cada processo de manutenção do equipamento – deve ser colocado em um envelope identificado com a data e horário de realização do teste e o número da autoclave.
- ✓ Realização de teste biológico, com leitura em três horas, diariamente em cada autoclave e em cada ciclo de esterilização de materiais de implante, com registro do resultado, colocar o registro no mesmo envelope do Bowie Dick ou em livro de registro específico com identificação da autoclave.
- ✓ O teste biológico poderá ser substituído pelo pacote teste desafio (manual ou industrializado) diariamente e em cada ciclo de esterilização de materiais de implante.
- ✓ Utilização de Indicadores multiparamétricos em pacotes e Integradores nos pacotes considerados críticos – estes devem ser fixados a folha de sala do paciente submetido ao procedimento cirúrgico junto à identificação do pacote onde o mesmo se encontrava.
- ✓ Realizar a validação dos equipamentos de autoclave;
- ✓ Cada pacote submetido ao processo de esterilização deverá ser etiquetado segundo a numeração da autoclave, a numeração do lote e a data da esterilização.
- ✓ Confeccionar uma listagem onde sejam colocados os pacotes que foram submetidos à esterilização especificando: AUTOCLAVE, LOTE E DATA (dia, mês e ano) - controle de esterilização por LOTE.
- ✓ Colocar no envelope onde já se encontra armazenado o Bowie Dick, com a especificação da autoclave e a data de sua realização, os envelopes contendo cada LOTE de esterilização realizado naquele dia.
- ✓ Caso sejam realizados testes com o pacote teste desafio, o mesmo deverá ser armazenado no mesmo envelope identificando-se o (s) lote (s) em que foi utilizado.

AUTOCLAVES DE MESA COM CICLO FLASH:

- ✓ Utilização do ciclo flash dos equipamentos apenas para pinças que sofreram contaminação durante o ato cirúrgico e que sejam essenciais ao procedimento.
- ✓ Realização de teste biológico específico para autoclaves de ciclo flash com leitura de uma hora;
- ✓ Utilização de integradores nos ciclos de esterilização flash – estes devem ser fixados a folha de sala do paciente submetido ao procedimento cirúrgico junto à identificação do material e o registro de "ciclo flash". Se houver mais de uma autoclave de ciclo flash, identificar a autoclave utilizada.
- ✓ Não armazenar materiais esterilizados em ciclo flash – o ciclo flash aborta a secagem do material e o material permanece úmido o que pode ocasionar a contaminação do material ao ser armazenado.

INSUMOS NECESSÁRIOS AO FUNCIONAMENTO DO SETOR:**1) DE CONSUMO:**

- ✓ Compressas cirúrgicas;
- ✓ Detergente enzimático;
- ✓ Desinfetante padronizado para uso na instituição (no HFB Ácido Peracético)
- ✓ Recuperador de brilho para instrumentais cirúrgicos;
- ✓ Lubrificante para instrumentais cirúrgicos,
- ✓ Escovas de cerdas macias e escovas específicas para canulados;

- ✓ Indicador biológico – para autoclaves convencionais e para ciclos flash.
- ✓ Incubadora com leitura por lâmpada ultra-violeta (leitura de reação de imuno- fluorescência - leitura em três horas)
- ✓ Indicador Classe I (fita adesiva);
- ✓ Indicador Classe II (Bowie-Dick – utilizado em autoclaves à vácuo);
- ✓ Indicador Classe IV (Indicador multiparamétrico);
- ✓ Indicador Classe V (Indicador integrador) ou outro que o substitua (ex Integrador Classe IV)
- ✓ Teste para lavadora termodesinfetadora;
- ✓ Teste para Lavadora Ultrassônica;
- ✓ Papel grau cirúrgico;
- ✓ Etiquetas termorresistentes;
- ✓ Saco plástico em rolo;
- ✓ Fitas para identificação de instrumental cirúrgico;
- ✓ EPI: óculos de proteção, protetor facial, avental impermeável, luvas de borracha antiderrapante e de cano médio ou longo que não comprometa o tato do profissional com o material, protetor auditivo, sapato impermeável, gorro e máscara (estes últimos manter disponíveis no vestiário de barreira).

2) PERMANENTES:

- ✓ Autoclaves a vapor, com bomba de vácuo e impressoras integradas para acompanhamento do ciclo,
- ✓ Autoclaves de mesa que possibilitem a realização de ciclos flash;
- ✓ Lavadora termodesinfetadora com raques para instrumentais e dispositivos inalatórios;
- ✓ Secadoras Verticais;
- ✓ Lupas articuladas de mesa com iluminação indireta e aumento de 10 vezes;
- ✓ Seladoras para embalagens de papel grau cirúrgico;
- ✓ Seladora de pedal para plástico (sacos plásticos para embalagem de artigos de suporte ventilatório);
- ✓ Etiquetadora;
- ✓ Incubadora com leitura rápida para testes biológicos;
- ✓ Termohigrômetro (colocar no setor de armazenamento);
- ✓ Pistolas jateadoras para ar comprimido;
- ✓ Circuito com entrada de ar comprimido estéril e água deionizada ou desmineralizada (pode ser utilizado um filtro de osmose reversa neste processo na lavadora termodesinfetadora e outra no enxágue manual) para limpeza e secagem dos cateteres de hemodinâmica;
- ✓ Cubas com tampa e cestos na parte interna para soluções desinfetantes e detergente enzimático (para uso em limpeza manual);
- ✓ Carrinhos fechados para realizar o transporte dos materiais reprocessado na Central de Materiais e Esterilização (CME) até o local destinado ao uso;
- ✓ Estantes ou cestos passíveis de limpeza e desinfecção para armazenagem dos materiais submetidos à limpeza e desinfecção na CME.

Observação:

1. Os instrumentais cirúrgicos bem como as bandejas, caixas e containers devem ser dimensionados pela equipe da CME para atender a demanda da instituição;
2. A manutenção desses materiais quanto a sua funcionalidade devem estar incluídos nos padrões de trabalho do setor. Ex. manutenção dos containers, manutenção das pinças, afastadores e etc.
3. A rotina de reposição dos materiais fica a cargo da CME juntamente com o serviço de almoxarifado e o setor de compras.

COVID-19 E OS CUIDADOS COM OS PACIENTES ONCOLÓGICOS

> cuidado do paciente durante o período de isolamento

As medidas são basicamente as de confinamento que devem ser seguidas por toda a população, envolvendo distanciamento social, lavagem de mãos e etiqueta respiratória.

> uso de máscara durante o tratamento

Em casa não tem necessidade. Durante o deslocamento para as unidades de saúde, temos recomendado uso de máscara, em especial se for usar transporte público e nas áreas de espera dos ambulatórios e consultórios. O objetivo dessas máscaras é diminuir a exposição a eventuais partículas.

> contato com pessoas doentes

É recomendado evitar sempre o contato com pessoas que potencialmente estejam gripadas ou resfriadas.

> vacinação contra gripe

Por ser uma vacina de vírus mortos, não temos objeção ao uso nos pacientes, embora saibamos que por terem resposta imunológica mais débil, teoricamente vão se beneficiar menos da vacina. Isso deve ser discutido entre o paciente e o seu médico, especialmente os que usam imunoterapia, em que existe estimulação do sistema imune.

IMPORTANTE! Os pacientes devem seguir medidas de prevenção, mas mantendo ao máximo possível o tratamento oncológico, porque é um tratamento que não pode aguardar.

QUESTÕES DE CONCURSOS

- 01.** (IBADE - 2020 - Prefeitura de São Felipe D'Oeste - RO - Técnico de Enfermagem) Dentro de uma CME há enorme variedade de artigos e áreas hospitalares destinados a diferentes finalidades, e está associada a um potencial específico de transmissão de infecção. A equipe de enfermagem deve realizar todos os procedimentos adequados e padronizados para evitar qualquer risco de infecção ao paciente. Para facilitar a operacionalização de antimicrobianos, classificam-se artigos cirúrgicos em três categorias. Uma delas é a chamada de artigos semicríticos, que são aqueles que:
- A entram em contato apenas com a mucosa íntegra, capaz de impedir a invasão dos tecidos subepiteliais.
 - B entram em contato com a pele íntegra e ainda os que não entram em contato com o paciente.
 - C penetram nos tecidos subepiteliais, no sistema vascular e em outros órgãos isentos de flora microbiana própria, bem como todos os que estejam diretamente conectados a eles.
 - D não entram em contato direto com o paciente, mas sim com objetos por ele usado.
 - E entram na mucosa não íntegra mas sem a presença de sangramentos ativos ou foco de infecção
- 02.** (IBADE - 2020 - Prefeitura de São Felipe D'Oeste - RO - Técnico de Enfermagem) Os artigos hospitalares são manejados dentro do hospital como ferramentas para realização de diagnósticos e tratamentos, ou apoio para esses procedimentos. São instrumentos que necessitam de controle apurado a fim de não comprometer a vida do paciente, disseminando a infecção hospitalar. Os artigos destinados à penetração através da pele e mucosas adjacentes, nos tecidos subepiteliais e no sistema vascular, bem como todos os que estejam diretamente conectados com este sistema são chamados de artigos:
- A especiais.

- B críticos.
- C não-críticos.
- D sensíveis.
- E semicríticos.

03. (ALE-RN/FCC) De acordo com as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, uma das medidas de precaução padrão inclui

- a) lavar as mãos com água e sabonete, colocar máscara cirúrgica no paciente, independente da suspeita ou não de infecções, durante o seu transporte para o centro cirúrgico.
- b) desconectar a agulha da seringa, descartá-las em recipientes apropriados e lavar as mãos com água e sabonete.
- c) reencapar a agulha, utilizada em paciente sem suspeita de infecções, antes de desprezá-la na caixa de descarte de material perfurocortante e lavar as mãos com água e sabonete.
- d) lavar as mãos com água e sabonete ou friccioná-las com álcool a 70% (se as mãos não estiverem visivelmente sujas) antes e após o contato com qualquer paciente, após a remoção das luvas e após o contato com sangue ou secreções.
- e) dispor os leitos de internação de forma a manter uma distância, mínima, de dois metros, entre dois leitos.

04. (IBADE - 2020 - IAPEN - AC - Enfermeiro) Controlar a infecção é garantir a qualidade dos serviços e atendimentos prestados dentro da instituição. Sobre Controle de Infecção Hospitalar, podemos afirmar que:

- A precauções de contato são, isoladamente, as ações mais importantes para a prevenção e controle das infecções hospitalares.
- B a Infecção Hospitalar é um dos maiores problemas enfrentados nos hospitais e por profissionais da saúde e a principal medida para controle das infecções é a higienização das mãos.
- C todos os casos de acidente com material biológico devem ser comunicados ao Ministério da Saúde por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e ao INSS por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).
- D infecção Hospitalar é a infecção adquirida antes da internação do paciente, que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta.
- E o uso de luvas dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções.

05. (AOCP - 2020 - Prefeitura de Recife - PE - Assistente Social 20H) No que se refere à prevenção e ao controle de infecções hospitalares, são medidas essenciais diante de doenças transmitidas por aerossóis, como no caso da Tuberculose, as seguintes, EXCETO

- A quarto privativo com pressão negativa.
- B uso de máscara cirúrgica no paciente em caso de necessidade de transporte.
- C uso de máscara específica (PFF2 ou N95) pelo profissional de saúde ao entrar no quarto.
- D restringir e orientar visitas.
- E a utilização de luvas e aventais (estéreis) pelos profissionais para realizar procedimentos no paciente.

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CIH

INTRODUÇÃO

Sem dúvida alguma, as infecções hospitalares constituem um grave problema de saúde pública, tanto pela sua abrangência como pelos elevados custos sociais e

econômicos. O conhecimento e a conscientização dos vários riscos de transmissão de infecções, das limitações dos processos de desinfecção e de esterilização e das dificuldades de processamento inerentes à natureza de cada artigo são imprescindíveis para que se possa tomar as devidas precauções.

O conhecimento e a divulgação dos métodos de proteção anti-infecciosa são relevantes uma vez que, a atuação do profissional de saúde está na interdependência do material que está sendo usado, como veículo de transmissão de infecção tanto para o paciente como na manipulação dos artigos sem os devidos cuidados.

DEFINIÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR:

É qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

O assunto “**Infecção Hospitalar**”, torna-se objeto de ações governamentais com a publicação das Portarias de Nº 196/83, 930/92 e 2.616/98 do Ministério da Saúde (MS) que normatizam e regulamentam medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar. A Portaria do M.S nº 196, de 24 de junho de 1983, instituiu a implantação de Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais do país, independentemente de sua natureza jurídica. Com a morte do então Presidente Tancredo Neves em 1985 por infecção hospitalar, o tema adquire maior visibilidade.

A **Lei Federal 9.431**, de 06 de janeiro de 1997, torna obrigatória a manutenção de um programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País e a **Portaria 2616/98** expediu em forma de anexos, diretrizes e normas para a prevenção e o controle de Infecções Hospitalares.

O **diagnóstico de infecção hospitalar** envolve o uso de alguns critérios técnicos, previamente estabelecidos:

- ✓ Observação direta do paciente ou análise de seu prontuário.
- ✓ Resultados de exames de laboratório.
- ✓ Quando não houver evidência clínica ou laboratorial de infecção no momento da internação no hospital, conveniona-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar após 72 horas da admissão no hospital.
- ✓ Também são convenionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 horas da internação, quando associadas a procedimentos médicos realizados durante esse período.
- ✓ Os pacientes transferidos de outro hospital são considerados portadores de infecção hospitalar do seu hospital de origem.
- ✓ As infecções de recém-nascidos são hospitalares, com exceção das transmitidas pela placenta ou das associadas a bolsa rota superior a 24 horas.

Como se adquire?

Qualquer pessoa que é obrigada a internar-se em ambiente hospitalar para tratamento médico está sujeita a contrair uma infecção hospitalar, que está diretamente relacionada ao tempo de internação e procedimento a ser realizado.

Em procedimentos cirúrgicos sempre existem mais riscos de contrair infecção do que em uma internação sem procedimentos já que Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) ou Centros Cirúrgicos são locais onde há muito mais chances de contrair infecção.

O que se sente?

Os sintomas são relacionados ao local do procedimento ou envolvem algum sistema, como respiratório ou urinário. Pacientes graves podem ter comprometimento de todo o organismo.

QUESTÕES DE PROVAS

01. (MPU/Enfermagem/CESPE) Acerca do **controle de infecção hospitalar**, julgue os itens que se seguem.

- 1] Barreira técnica é o conjunto de medidas comportamentais dos profissionais de saúde que visa à prevenção da contaminação cruzada entre ambiente sujo e ambiente limpo, em caso de ausência de barreiras físicas.
- 2] Limpeza é a remoção de sujidade exclusivamente inorgânica, com redução da carga microbiana presente nos produtos para saúde, mediante o uso de água, desinfetantes, produtos e acessórios de limpeza.
- 3] A desinfecção de alto nível é o processo físico ou químico que destrói microbactérias e fungos presentes em artigos semicríticos. No entanto, esse tipo de desinfecção não destrói um número elevado de esporos bacterianos.

02. (Pred. Mun.Poá) De acordo com a Portaria MS n.º 2.616/98, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país,

- a) um dos membros executores da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) deve ser, preferencialmente, um enfermeiro com carga horária diária de 6 (seis) horas, no mínimo.
- b) a CCIH deve ser composta por profissionais da área de saúde, de níveis superior e médio, formalmente designados pelo responsável da instituição.
- c) o presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos seus membros, eleito em escrutínio secreto pelos profissionais que compõem a comissão.
- d) a CCIH dos hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) deve ser composta por membros consultores representantes do serviço de enfermagem e da administração, no mínimo.
- e) a classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica deve ser feita ao final do ato cirúrgico, pelo enfermeiro responsável pela sala cirúrgica.

03. (SESA-ES/Enfermagem) Em relação ao controle de infecção hospitalar, assinale a opção correta.

- a) É correto afirmar que o desenvolvimento e a erradicação de uma infecção dependem mais características relacionadas ao parasita do que as relacionadas ao hospedeiro.
- b) Infecção comunitária pode ser definida como a infecção consumada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não apresente relação com internações anteriores em qualquer hospital.
- c) Infecção hospitalar é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que surja durante a internação ou mesmo após a alta, quando relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.
- d) As infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas à bolsa rota superior a 72 horas.
- e) Apesar de a pele íntegra ter boa resistência a infecção, os artigos não-críticos que entram em contato necessitam, além da limpeza prévia, de desinfecção.

04. (TRET 9ª R/FCC) Ao atuar no processo de prevenção e controle de infecção, o técnico de enfermagem deve

- a) utilizar técnica séptica na realização de curativos.
- b) reaproveitar seringas e agulhas descartáveis.
- c) utilizar luvas de procedimento para substituir a lavagem das mãos.
- d) limpar os equipamentos com álcool iodado.
- e) usar material descartável, quando possível.

05. (SES-DF/Enfermagem/cespe) Acerca do controle de infecção, julgue os itens que se seguem.

- 1] As mãos que mostram sujidade visível ou que estejam visivelmente contaminadas por sangue, fluidos ou

excreções corporais devem ser friccionadas com solução alcoólica e dispensadas da lavagem com água e sabão.

- 2] Substâncias anti-sépticas, usadas em pele e mucosa, devem ter ação letal ou inibitória da reprodução microbiana, ter baixa causticidade e ser hipoalergênicas.
- 3] A polivinilpirrolidona iodo (PVPI) é um composto utilizado no ambiente hospitalar cujas formulações disponíveis (degermante, aquoso ou alcoólico) são tamponadas para o pH da pele.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

O exame físico na enfermagem é uma avaliação médica que envolve observação, palpação, ausculta e outras técnicas para examinar o corpo do paciente.

Consiste na avaliação do corpo todo e chamamos de exame físico céfalo caudal, ou céfalo podálico, que significa exame da cabeça aos pés. Este exame geralmente é realizado quando um paciente dá entrada em alguma unidade de saúde, como hospitais e postos de saúde, relatando algum tipo de queixa.

O **diagnóstico do paciente** traça as diretrizes para o tratamento e cuidado de enfermagem. Para que o diagnóstico seguro seja estabelecido há a necessidade de um exame completo, que consta de exame físico e psicológico. Os instrumentos básicos dos exames físicos são os sentidos humanos da visão, tato, audição e olfato. Certos instrumentos podem facilitar e oferecer maior precisão quanto a fenômenos acústicos e visuais como estetoscópio e oftalmoscópio.

Durante um exame físico, o profissional de saúde pode avaliar diferentes aspectos do paciente, como os **sinais vitais** (como temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória), o **estado geral**.

DIVISÃO DO EXAME FÍSICO

O exame físico pode ser dividido em duas etapas:

• A **primeira** constitui o que se costuma designar **exame físico geral**, somatoscopia ou ectoscopia. Ele é obtido os dados gerais, independentemente dos vários sistemas orgânicos ou segmentos corporais, o que possibilita uma visão do paciente como um todo;

- Impressão geral
- Dados vitais (frequência respiratória e cardiovascular, pressão arterial, temperatura)
- Medidas antropométricas (peso, estatura, IMC, circunferência abdominal/quadril, relação circunferência/quadril, envergadura)
- Pele
- Fâneros
- Mucosas
- Linfonodos
- Cianoses
- Eupneico ou taquipneico.

• A **segunda etapa** corresponde ao **exame dos diferentes sistemas ou segmentos corporais**, com metodologia própria. Chamado de SEGMENTAR.

O **exame físico geral inclui** a avaliação:

- Do estado geral;
- Do estado de hidratação;
- Antropometria;
- Do estado nutricional;
- Desenvolvimento físico/biotipo ou tipo morfológico;
- Fácies;
- Atitude e decúbito preferido no leito;
- Mucosas;
- Marcha.

PREPARAÇÃO PARA O EXAME FÍSICO

O exame físico geralmente começa após as queixas e a história do paciente terem sido documentadas na anamnese.

ORIENTAÇÕES INICIAIS DO AMBIENTE

Para iniciar o exame físico, coloque os equipamentos na mesa de cabeceira ou no suporte da maca do paciente.

Quando for possível, ajuste a luz do ambiente. É preferível usar a luz do dia como iluminação, porque alterações na cor da pele podem ser mascaradas pela luz artificial.

As cortinas do paciente devem estar fechadas, garantindo sua privacidade desde o começo da entrevista. Finalmente, ajuste a maca para uma altura conveniente.

ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE

Caso seja possível, o paciente deve estar vestindo um avental que se abre na frente ou atrás. Pijamas também são aceitáveis. Embora seja necessário que o paciente fique totalmente desnudo, o exame deve ser realizado expondo somente as áreas que estão sendo examinadas naquele momento, com as demais áreas cobertas.

MÉTODOS DE EXAME

São quatro os métodos universalmente usados para exame físico:

- **Inspeção** - Que é a observação do estado geral do paciente, coloração da pele, presença de deformação como edema, estado nutricional, padrão de fala, temperatura corporal, postura, movimento do corpo.
- **Palpação** - Consiste em sentir as estruturas (tecidos, órgãos), do corpo, através da manipulação.
- **Percussão** - É efetuada com leves pancadas das pontas dos dedos sobre uma área do corpo. O som produzido revela o estado dos órgãos internos.
- **Ausculta** - Consiste em escutar ruídos no corpo, especialmente para verificar o funcionamento do coração, pulmão, pleura e outros órgãos. Para isto utiliza-se o estetoscópio.

NO EXAME FÍSICO VERIFICAR

Condições Gerais

Estado de consciência, aspecto, aspecto de nutrição e hidratação, expressão facial, condições de locomoção, vícios, peso, altura, idade aparente, alergia a drogas.

Sinais Vitais

Ao realizar um exame físico, a avaliação dos sinais vitais é uma parte fundamental para obter informações sobre a saúde geral do paciente. Os principais sinais vitais que são verificados durante o exame físico incluem:

1. **Temperatura corporal:** Pode ser medida utilizando um termômetro, geralmente colocado na boca, sob a axila ou no reto. A temperatura normal do corpo humano é de aproximadamente 36,5°C a 37,5°C.
2. **Pressão arterial:** É medida com um esfigmomanômetro, que consiste em um manguito inflável colocado ao redor do braço do paciente e um estetoscópio para ouvir os sons do fluxo sanguíneo. A pressão arterial é expressa em duas medidas: pressão sistólica (valor mais alto) e pressão diastólica (valor mais baixo), como por exemplo, 120/80 mmHg.
3. **Frequência cardíaca:** Pode ser avaliada colocando-se os dedos sobre uma artéria, como a artéria radial no pulso, ou usando um estetoscópio para escutar os batimentos cardíacos. A frequência

cardíaca normal em repouso varia de 60 a 100 batimentos por minuto.

4. **Frequência respiratória:** É contada observando os movimentos do tórax ou do abdômen do paciente enquanto respira. A frequência respiratória normal em repouso varia de 12 a 20 respirações por minuto.

5. **Oximetria de pulso:** É um método não invasivo que utiliza um oxímetro de pulso para medir a saturação de oxigênio no sangue. O oxímetro é colocado no dedo do paciente e fornece uma leitura em porcentagem (%), sendo que uma saturação de oxigênio normal é geralmente acima de 95%.

CUIDADO: Durante o exame físico, deve-se seguir os protocolos adequados e usar os equipamentos corretos para obter medições precisas dos sinais vitais.

ATRIBUIÇÕES DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM NO EXAME FÍSICO

Preparar o material que consiste em:

- Termômetro Oftalmoscópio
- Esfigmomanômetro Otoscópio
- Estetoscópio Cuba-rim
- Martelo de percussão Vidro com álcool
- Abaixador de língua Bolas de algodão
- Fita métrica Toalha

Para exames especiais, o material varia conforme o exame: (espelho vaginal, luvas, lubrificantes, lâminas, tubos para cultura etc.)

- Preparar o Paciente e o Ambiente
- Explicar ao paciente o que vai ser feito, a fim de obter a sua colaboração;
- Verificar sua higiene corporal;
- Oferecer-lhe a comadre (se necessário);
- Leva-lo para a sala de exame ou cercar a cama com biombo;
- Dispor o material para o exame sobre a mesa auxiliar;
- Cobrir o paciente de acordo com o tipo do exame, e da rotina do serviço.

OBS: Evitar descobrir o paciente mais do que necessário, procurando também não atrapalhar o médico;

- Usar roupas folgadas ou lençóis para permitir mudanças de posição com maior rapidez;
 - Não permitir que o paciente sinta frio descobrindo so a região a examinar;
 - Deixa-lo o mais seguro e confortável possível.
 - Prestar Assistência Durante o Exame Físico
 - Certificar-se da temperatura e iluminação da sala.
- Fechar janelas se estiver frio e providenciar um foco se a iluminação for deficiente.

- Verificar T.P.R.P.A, peso, altura e anotar no prontuário;
- Despir a camisola do paciente, cobrindo-o com lençol;
- Avisar o médico que o paciente está pronto para o exame;
- Colocar-se junto à cama do lado oposto aquele que estiver o médico;
- Entregar-lhe os objetos a medida que necessitar.

OBS: Se for o enfermeiro ou auxiliar que for realizar o exame físico do paciente ou, colher algum material para exame todos os cuidados acima deverão também serem seguidos.

POSICÕES PARA EXAME FÍSICO

Posição Ginecológica Indicações (exame vaginal, exame vulvo vaginal, lavagem vaginal, sondagem vesical, tricotomia).

Continua...

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO EXAME FÍSICO CASO PRÁTICO

A assistência de enfermagem ao exame físico é fundamental para a coleta de dados que auxiliam no diagnóstico e no planejamento de cuidados para o paciente. A seguir, apresento um caso prático que ilustra como a enfermagem pode apoiar e conduzir o exame físico de maneira eficaz, detalhando cada etapa e considerando os aspectos éticos e de comunicação.

Caso Prático: Paciente Idoso com Dificuldade Respiratória

Histórico Clínico: O Sr. José, de 78 anos, foi admitido na unidade de saúde apresentando dificuldade respiratória, tosse produtiva e cansaço aos mínimos esforços. Ele tem histórico de hipertensão e tabagismo por mais de 40 anos, atualmente controlado. Não há registro de doenças pulmonares diagnosticadas anteriormente.

1. Avaliação Inicial e Planejamento do Exame Físico

Objetivo do Exame Físico:

- Avaliar o estado geral de saúde do paciente, com foco nos sistemas respiratório e cardiovascular.

- Identificar sinais e sintomas que possam indicar doenças subjacentes.

Preparação:

- **Verificar Dados Básicos:** Conferir os sinais vitais iniciais, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio.

- **Ambiente:** Preparar um ambiente tranquilo e confortável, garantindo a privacidade do paciente.

- **Explicação ao Paciente:** Informar o Sr. José sobre o procedimento, a importância do exame e obter seu consentimento verbal para prosseguir.

2. Realização do Exame Físico

1. Inspeção Geral:

- **Aparência Geral:** Avaliação do estado de alerta, postura e movimentação.

- **Pele e Mucosas:** Observação de cianose (coloração azulada), palidez ou qualquer outra anormalidade.

- **Respiração:** Observação da frequência, profundidade e padrão respiratório.

2. Palpação:

- **Tórax:** Palpação para avaliar a expansibilidade torácica e identificar qualquer sensibilidade ou anormalidade estrutural.

- **Pulsos Periféricos:** Verificação dos pulsos nas extremidades para avaliar a circulação.

3. Percussão:

- **Tórax:** Percussão do tórax para identificar áreas de som alterado que possam indicar presença de líquido, ar ou massa.

4. Ausculta:

- **Pulmonar:** Uso do estetoscópio para auscultar os campos pulmonares, verificando a presença de sons respiratórios adventícios como sibilos, estertores ou roncos.

- **Cardíaca:** Ausculta dos sons cardíacos para detectar ritmos anormais, sopros ou outros sons cardíacos anormais.

3. Análise dos Achados e Registro

Achados Clínicos:

- **Respiração:** Frequência respiratória aumentada (24 respirações por minuto), com sibilos bilaterais ao exame auscultatório, especialmente nas bases pulmonares.

- **Saturação de Oxigênio:** 88% em ar ambiente.

- **Pulso:** Radial presente, mas levemente fraco e regular.

- **Pressão Arterial:** 140/90 mmHg.

Diagnóstico de Enfermagem:

- **Troca Gasosa Prejudicada** relacionada a obstrução das vias aéreas, evidenciada por sibilos e baixa saturação de oxigênio.

- **Mobilidade Física Prejudicada** relacionada a fadiga e dispnéia, evidenciada por relato de cansaço aos mínimos esforços.

Intervenções de Enfermagem:

1. **Monitoramento:** Manter monitorização contínua dos sinais vitais, especialmente a frequência respiratória e saturação de oxigênio.

2. **Administração de Terapia de Oxigênio:** Iniciar oxigenoterapia para manter a saturação de oxigênio acima de 92%.

3. **Posicionamento:** Posicionar o paciente de forma confortável, com a cabeceira elevada para facilitar a respiração.

4. **Educação ao Paciente:** Informar o Sr. José sobre a importância de evitar irritantes respiratórios, como fumaça e poluição, e incentivar o seguimento com o médico para avaliação de função pulmonar.

5. **Encaminhamento:** Notificar o médico responsável sobre os achados e possíveis necessidades de intervenção adicional, como exames de imagem ou ajuste de medicação.

4. Avaliação e Revisão do Plano de Cuidados

- **Reavaliação dos Sinais e Sintomas:** Monitorar a resposta do paciente à oxigenoterapia e outras intervenções.

- **Planejamento de Seguimento:** Agendar consultas de seguimento para avaliação contínua da condição respiratória do Sr. José e ajuste do plano de cuidados conforme necessário.

QUESTÕES DE PROVAS

01. (CONSULPAM - Prefeitura de Ocara - Técnico em Enfermagem - 2023) A avaliação física do paciente inclui uma revisão cefalopodálica de cada sistema do corpo, oferecendo assim informações objetivas sobre o paciente. A respeito das técnicas propedêuticas utilizadas durante o exame físico, assinale a alternativa CORRETA.

A Durante a inspeção, o examinador deve inspecionar apenas o tamanho e forma da parte do corpo que está sendo avaliada.

B A palpação é a técnica que envolve tocar o corpo com as pontas dos dedos para avaliar o tamanho, as bordas, a consistência dos órgãos e investigar a presença de fluidos nas cavidades do corpo.

C A percussão detecta a resistência, a resiliência, a rugosidade, a textura, a temperatura e a mobilidade.

D Para a ausculta ser bem-sucedida, deve-se primeiramente reconhecer os sons de cada estrutura do corpo, com o movimento do ar nos pulmões e a passagem de sangue dentro de uma artéria.

02. (Técnico em Enfermagem/2024) É a coloração azulada da pele e / ou das mucosas que ocorre devido à oxigenação insuficiente do sangue:

A Cianose

B Flogose

C Hematose

D Dermatose

03. (Consulplan - Prefeitura de Santa Maria de Jetibá - Enfermeiro - 40h - 2024) A semiologia em enfermagem é a ciência que se dedica ao estudo dos sinais e sintomas, sendo essencial para a identificação e avaliação das

condições de saúde dos pacientes. Ela permite que os enfermeiros colem informações clínicas valiosas, contribuindo para um cuidado de qualidade. Determinado enfermeiro está realizando a avaliação de um paciente que apresenta dor abdominal aguda. Durante a entrevista, o paciente descreve a dor como "cólica" e a localiza no quadrante inferior direito do abdômen. A estrutura anatômica que provavelmente está relacionada com tal descrição é:

- A Fígado.
- B Apêndice.
- C Estômago.
- D Vesícula biliar.

04. (Prefeitura de Tucuruí - Técnico em Enfermagem/2024) Por que é importante realizar a avaliação neurovascular ao lidar com fraturas e lesões traumáticas:

- A Para prescrever medicação analgésica.
- B Identificar possíveis danos em nervos e vasos sanguíneos.
- C Determinar a extensão da fratura.
- D Minimizar a imobilização.

05. (Prefeitura de Ipê - Técnico em Enfermagem - 2023) Sobre o exame físico na área da Enfermagem, analisar os itens abaixo:

- I. A pressão arterial do paciente deve ser medida em ambos os braços.
- II. O pulso deve ser preferencialmente medido na artéria radial. Sempre observar e anotar o número de batimentos e as características intensidade (cheio ou filiforme), ritmicidade (regular ou irregular) e se é do tipo martelo d'água (característico da estenose aórtica).
- III. Habitualmente, no mínimo 5 minutos são suficientes em adultos para medir a temperatura axilar.

Está(ão) CORRETO(S):

- A Todos os itens.
- B Somente o item I.
- C Somente o item II.
- D Somente os itens I e III.

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

DEFINIÇÃO

Os Sinais Vitais (SSVV) são indicadores das condições de saúde de uma pessoa, sendo a mensuração destes um meio eficiente e rápido de avaliar essas condições ou identificar a presença de problemas.

São indicadores das funções vitais e podem orientar o diagnóstico inicial e o acompanhamento da evolução do quadro clínico da vítima.

Sua verificação é essencial na avaliação da vítima, devendo ser realizada simultaneamente à história e ao exame físico;

São mais significativos quando obtidos em série, possibilitando o acompanhamento de suas variações - Seus valores devem ser analisados conforme a situação clínica.

OBJETIVOS

✓ Mensurar e avaliar as condições vitais do paciente; o funcionamento do sistema respiratório, sistema cardiovascular, sistema termorregulador e hemodinâmica do paciente;

✓ Registrar e relatar com precisão a mensuração dos Sinais Vitais.

CONDIÇÕES

Na obtenção dos sinais vitais devemos considerar as seguintes condições:

✓ **Condições ambientais**, tais como temperatura e umidade no local, que podem causar variações nos valores;

✓ **Condições pessoais**, como exercício físico recente, tensão emocional e alimentação, que também podem causar variações nos valores;

✓ **Condições do equipamento**, que devem estar apropriados e calibrados.

AFERIÇÃO DE SINAIS VITAIS

Normas Gerais:

✓ Certificar-se de que o equipamento é o adequado e está em perfeito funcionamento e calibrado;

✓ Realizar uma abordagem organizada e sistemática para a verificação dos SSVV;

✓ Confirmar e comunicar as alterações significativas encontradas;

✓ Manter o ambiente tranquilo e o paciente em silêncio para aferição dos SSVV;

✓ Higienizar as mãos conforme técnica padronizada antes e após avaliar o paciente;

✓ Lavar as bandejas antes e após sua utilização com água e sabão colocando-as nos seus devidos lugares;

✓ Deixar o posto de enfermagem limpo e organizado;

✓ Separar folha própria para registro de sinais vitais;

✓ Organizar o material necessário em uma bandeja e levar ao leito do paciente.

Material:

✓ Bandeja;

✓ Copo descartável com bolas de algodão;

✓ Álcool 70%;

✓ Papel e caneta;

✓ Termômetro digital;

✓ Esfigmomanômetro;

✓ Estetoscópio;

✓ Relógio com ponteiro de segundos;

✓ Papel toalha.

TIPOS E VALORES NORMAIS DOS SINAIS VITAIS

De acordo com o Ministério da Saúde, os 5 sinais vitais mais importantes e valores normais são:

1. **Frequência cardíaca (pulso):** entre 60 e 90 ppm;

2. **Respiração:** ente 16 e 20 mrpm; e

3. **Pressão arterial:** sistólica entre 100 e 140 mm e diastólica entre 60 e 90 mm;

4. **Temperatura:** 35° C e 36° C;

5. **Dor:** é medida em escalas entre suportável e insuportável.

1.PULSO:

Pulso é a onda provocada pela pressão do sangue contra a parede arterial cada vez que o ventrículo esquerdo se contrai.

Em locais onde as artérias de grosso calibre se encontram próximas à superfície cutânea, pode ser sentido a palpação.

Cada onda de pulso sentida é um reflexo do débito cardíaco, pois a frequência de pulso equivale à frequência cardíaca.

Débito cardíaco é o volume de sangue bombeado por cada um dos lados do coração em um minuto.

Podem ser considerados normais os seguintes índices de frequência cardíaca - BPMIN: **Adultos (60 a 100)** → **Crianças (80 a 120)** → **Bebês - (100 a 160)**

1.1 VERIFICAÇÃO DO PULSO PERIFÉRICO (P ou FP)

É a verificação dos batimentos cardíacos do paciente de forma manual, em um minuto.

Tem como objetivos:

44 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

✓ Avaliar e monitorar condições hemodinâmicas do paciente e detectar arritmias cardíacas;

✓ Avaliar efeitos de medicamentos que alteram a frequência cardíaca;

✓ Verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.

Material:

✓ Relógio de pulso ou parede que possuam o demonstrador de segundos;

✓ Luvas de procedimento e capote em caso de paciente por precaução de contato.

Técnica:

1. Realizar a higienização das mãos;
2. Preparar o material necessário;
3. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. Posicionar o paciente em posição confortável - Se o paciente estiver em posição supina, colocar o antebraço ao lado da região inferior do tórax com o punho estendido e a palma da mão para baixo. Se o paciente estiver sentado, dobrar seu cotovelo a 90°, apoiar seu antebraço, estender suavemente o punho com a palma da mão votada para baixo;
5. Aquecer as mãos, se necessário, friccionando-as;
6. Palpar a artéria escolhida (artéria radial, por exemplo);
7. Colocar as polpas digitais dos dedos, médio e indicador, sobre uma artéria superficial comprimindo-a suavemente;
8. Contar os batimentos arteriais durante 1 minuto;
9. Verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso.

Repita o procedimento, se necessário;

10. Higienizar as mãos;
11. Anotar o procedimento realizado no prontuário do paciente, registrando a frequência em bpm e descrevendo as características do pulso encontrado.

Observações:

- Os locais para verificação dependem do estado do paciente;
- As artérias, femoral e carótida são locais de fácil palpação utilizadas normalmente para pacientes inconscientes;
- Evite verificação do pulso durante situações de estresse para o paciente;
- Observe recomendações para pacientes em precaução de contato;
- A avaliação do pulso inclui a verificação da frequência (bpm), do ritmo (rítmico ou arritmico) e da amplitude (cheio ou filiforme).

Continua...

CASO PRÁTICO: PACIENTE COM SUSPEITA DE INFECÇÃO

Histórico Clínico: A Sra. Maria, de 65 anos, é admitida na unidade de emergência com queixa de febre alta, calafrios e dor abdominal difusa há dois dias. Ela tem histórico de hipertensão controlada com medicação e diabetes tipo 2. Sua última consulta médica foi há três meses, e ela relatou boa adesão ao tratamento medicamentoso.

1. AVALIAÇÃO INICIAL E VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Objetivo da Verificação dos Sinais Vitais:

- Avaliar a condição clínica atual da paciente.
- Identificar possíveis sinais de infecção ou outras condições agudas.

Preparação:

• **Ambiente:** Garantir um ambiente tranquilo e privativo para a paciente, explicando o procedimento e obtendo consentimento para a verificação dos sinais vitais.

• **Equipamentos:** Utilizar equipamentos calibrados e apropriados, como termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso e cronômetro.

2. MEDIÇÃO DOS SINAIS VITAIS

1. Temperatura Corporal:

• **Procedimento:** Medição oral ou axilar da temperatura.

• **Resultado:** 39,2°C (febre alta).

2. Frequência Cardíaca (Pulso):

• **Procedimento:** Palpação do pulso radial por 30 segundos e multiplicação por 2 para obter a frequência por minuto.

• **Resultado:** 110 bpm (taquicardia).

3. Pressão Arterial:

• **Procedimento:** Medição com esfigmomanômetro, preferencialmente no braço sem acesso venoso.

• **Resultado:** 150/90 mmHg (hipertensão leve, considerando o histórico da paciente).

4. Frequência Respiratória:

• **Procedimento:** Contagem das incursões respiratórias por um minuto enquanto a paciente está em repouso.

• **Resultado:** 24 incursões por minuto (taquipneia).

5. Saturação de Oxigênio:

• **Procedimento:** Utilização de oxímetro de pulso, geralmente no dedo indicador.

• **Resultado:** 94% em ar ambiente.

3. ANÁLISE DOS ACHADOS E PLANO DE CUIDADOS

Achados Clínicos:

- **Febre:** Indicação de possível infecção.
- **Taquicardia e Taquipneia:** Podem estar associados à febre, dor ou estado séptico.
- **Hipertensão:** Necessita de monitoramento, especialmente em um paciente com histórico de hipertensão.
- **Saturação de Oxigênio:** Levemente abaixo do normal, requerendo monitoramento contínuo.

Diagnóstico de Enfermagem:

• **Risco de Sepsis** relacionado à febre alta, taquicardia e taquipneia, evidenciado pelos sinais vitais alterados.

• **Risco de Desidratação** relacionado à febre e possível infecção, evidenciado por sinais clínicos e história da paciente.

Intervenções de Enfermagem:

1. Monitoramento Contínuo:

○ Monitorar os sinais vitais a cada 30 minutos a uma hora, ou conforme a condição da paciente evolua.

○ Observar por sinais de piora clínica, como queda na saturação de oxigênio, hipotensão ou alterações no estado de consciência.

2. Administração de Antipiréticos:

○ Administração de antipiréticos conforme prescrição médica para controle da febre.

3. Hidratação:

○ Incentivar a ingestão de líquidos e, se necessário, iniciar hidratação intravenosa para prevenir desidratação.

4. Notificação e Encaminhamento:

○ Notificar imediatamente o médico responsável sobre os sinais vitais alterados e possíveis sinais de infecção.

o Auxiliar na coleta de amostras para exames laboratoriais (sangue, urina) para investigação de infecção.

5. Educação da Paciente e Família:

o Informar sobre a importância da monitoração contínua e dos sinais de alerta que devem ser comunicados imediatamente à equipe de saúde.

4. AVALIAÇÃO E REVISÃO DO PLANO DE CUIDADOS

• **Reavaliação dos Sinais Vitais:** Monitorar a resposta ao tratamento antipirético e outras intervenções, ajustando o plano de cuidados conforme necessário.

• **Comunicação com a Equipe Multidisciplinar:** Coordenar o cuidado com outros profissionais de saúde para um manejo eficaz da condição da paciente.

Neste caso, a verificação dos sinais vitais foi crucial para a identificação precoce de uma possível infecção grave. A assistência de enfermagem focou na monitoração contínua e na intervenção imediata para estabilizar a condição da paciente e prevenir complicações. O monitoramento rigoroso dos sinais vitais permite ajustes no plano de tratamento e garante que a paciente receba o cuidado mais adequado em tempo hábil.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

É o ato de verificar peso e altura.

Finalidade:

Acompanhar o crescimento pondo-estatural

Detectar variações patológicas do equilíbrio entre peso e altura.

Método de verificação do peso:

Forrar a balança com papel toalha

Regular ou tarar a balança

Solicitar ao paciente que use roupas leves

Auxiliar o paciente a subir na balança, sem calçados, colocando-o no centro da mesma, com os pés unidos e os braços soltos ao lado do corpo

Mover o indicador de quilos até a marca do peso aproximado do paciente

Mover o indicador de gramas até equilibrar o fiel da balança

Ler e anotar o peso indicado na escala Auxiliar o paciente a descer da balança

Colocar os mostradores em zero e travar a balança

Método de verificação de estatura

Colocar o paciente de costas para a escala de medida

Suspender a escala métrica, fazendo com que a haste repouse sobre a cabeça do paciente (cuidadosamente)

Manter o paciente em posição ereta, com a cabeça em posição anatômica com os pés unidos. Travar a haste

Auxiliar o paciente a descer da balança

Realizar a leitura e anotar

Destruar e descer a haste

Observação: Para verificação de peso e estatura de crianças existem balança e régua apropriada, onde a criança permanece deitada

QUESTÕES DE PROVAS

01. (GUALIMP - 2020 - Prefeitura de Areal - RJ - Técnico em Enfermagem - CONSULPAM - Prefeitura de Ocara - Técnico em Enfermagem - 2023) A verificação dos sinais vitais é de suma importância para eficácia da assistência de enfermagem. Sobre a temperatura corporal, é INCORRETO afirmar que:

A A temperatura axilar é considerada a mais precisa e a mais verificada na nossa realidade.

B A temperatura corporal pode variar de acordo com a idade, sexo e períodos do dia.

C Alterações no hipotálamo podem gerar desregulação da temperatura corporal.

D O Técnico de Enfermagem deve manter uma relação de respeito e confiança durante a verificação dos sinais vitais.

02. (CONSULPAM - Prefeitura de Iraucuba - Técnico em Enfermagem - 2022) A respeito dos locais de aferição do pulso, analise as afirmativas abaixo:

I- O pulso poplíteo é o mais utilizado em crianças.

II- O pulso temporal é de fácil acessibilidade para aferição do pulso em pacientes pediátricos.

É CORRETO afirmar que:

A Todos os itens estão corretos.

B Apenas o item I está correto.

C Apenas o item II está correto.

D Nenhum dos itens está correto.

03. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - Área: SAMU - 2019) Sinais vitais são aqueles que evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal. Podem orientar o diagnóstico inicial em uma urgência e sua verificação é essencial na avaliação da vítima, devendo ser realizada simultaneamente à história da situação do paciente. Em relação aos sinais vitais, aponte a alternativa CORRETA:

A O pulso é a onda provocada pela pressão do sangue contra a parede arterial cada vez que o átrio direito se contrai. Em locais onde as artérias de grosso calibre se encontram próximas à superfície cutânea, pode ser sentido à palpação. Cada onda de pulso sentida é um reflexo do débito cardíaco, pois a frequência de pulso equivale à frequência cardíaca.

B A determinação do pulso é parte integrante de uma avaliação cardiovascular. Além da frequência cardíaca, que diz respeito ao número de batimentos cardíacos por minuto, deve ser avaliado em relação ao ritmo (intensidade, que pode ser forte e cheio ou fraco e fino) e ao volume (que pode ser regular ou irregular).

C O pulso filiforme geralmente é associado à hipovolemia.

D As crianças mais crescidas apresentam uma frequência cardíaca maior do que os bebês. Para pacientes hemodinamicamente instáveis com dificuldade de verificação precisa do pulso periférico é recomendada a verificação de pulsação apical.

04. (FUNDATEC - 2020 - Prefeitura de Santo Augusto/RS - Técnico em Enfermagem) Para que a aferição de pressão arterial tenha valor diagnóstico, é necessário que ela seja realizada com a técnica correta. Qual das alternativas abaixo NÃO apresenta uma das recomendações para a realização da verificação desse sinal vital?

A Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia.

B Certificar-se de que o paciente não praticou exercícios físicos há 60-90 minutos.

C Utilizar o manguito de tamanho adequado para o braço do paciente.

D Manter o braço do paciente abaixo da altura do coração.

E Palpar o pulso radial e inflar o manguito até o seu desaparecimento, para estimativa de pressão sistólica.

05. (IBADE - 2020 - IAPEN - AC - Técnico de Enfermagem) A Pressão Arterial – PA – é definida como a medida da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias quando o sangue é ejetado na corrente sanguínea pelo ventrículo esquerdo. Para evitar erros na aferição e obter o melhor resultado da PA, é correto afirmar que o paciente deve:

A realizar atividade física moderada antes da aferição.

B estar na posição sentada, manter tronco recostado e relaxado no encosto da cadeira e pernas relaxadas sem cruzar.

46 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

C comer, fumar, ingerir bebida alcoólica ou cafeína antes da medida.

D manter o braço posicionado verticalmente, alinhado ao corpo durante a medida.

E posicionar-se em decúbito ventral, caso esteja acamado.

AEROSSOLTERAPIA

É a administração de pequenas partículas de água em oxigênio ou ar comprimido, com ou sem medicação nas veias aéreas superiores.

A Aerossolterapia é um tratamento que consiste na administração de medicamentos por via inalatória na forma de aerossol. Este tipo de tratamento é vantajoso uma vez que, como o medicamento entra diretamente em contato com as zonas do aparelho respiratório que necessitam da sua ação, as doses necessárias são mais baixas e, conseqüentemente, os possíveis efeitos secundários são reduzidos/eliminados.

Se existem vários tipos de nebulizadores, qual devo escolher?

Existem vários tipos de equipamentos para realizar aerossolterapia. Para uma nebulização correta de qualquer medicamento, é necessário ter em conta a localização da doença respiratória, os medicamentos a administrar, a frequência e duração de cada sessão de aerossolterapia e a duração do tratamento. Assim sendo, para que a nebulização seja sempre eficaz, a escolha do equipamento é sempre feita pelo médico que o acompanha.

Que doenças podem ser tratadas com aerossolterapia domiciliária?

Existe uma grande variedade de doenças que respondem a este tipo de tratamento, entre as quais:

- Fibrose Quística;
- Alérgias (prevenção e tratamento);
- Crises de asma/bronquite;
- Poliomielite, paralisia frênica ou cifoesciose acentuada;
- Patologias otorrinolaringológicas;
- Qualquer patologia que exija a mobilização das secreções.

Que medicamentos podem ser administrados por aerossolterapia?

Os medicamentos habitualmente administrados por aerossolterapia são:

- Broncodilatadores, que facilitam a abertura dos brônquios e permitem uma maior captação de oxigênio nos pulmões;
- Anti-inflamatórios, que reduzem a inflamação pulmonar e facilitam a chegada de oxigênio aos bronquíolos;
- Antibióticos, que controlam as infecções respiratórias;
- Mucolíticos, que dissolvem as secreções do aparelho respiratório para facilitar a sua eliminação.

Quais são as vantagens da aerossolterapia?

Relativamente aos restantes modos de administração, a aerossolterapia possui as seguintes vantagens:

- Doses mais baixas para um mesmo resultado;
- Menos efeitos secundários;
- Rapidez na ação do medicamento;
- Facilidade no tratamento de crianças e de idosos uma vez que não é necessária respiração sincronizada;
- Ecológico.

Devo realizar aerossolterapia com uma máscara ou com uma peça bucal?

Em geral, é aconselhável usar uma peça bucal uma vez que esta fecha o circuito nebulizador-paciente, evitando poluição farmacológica, irritação dos olhos, humidade no rosto, entre outros. As crianças são uma exceção, porque quando são muito pequenas não conseguem controlar o seu ritmo respiratório e, nestes casos, recomenda-se a utilização de uma máscara.

Alguns medicamentos (como os antibióticos) devem ser administrados exclusivamente com peça bucal.

Os aparelhos nebulizadores são portáteis?

Há vários tipos de nebulizadores. Alguns dos nossos equipamentos têm características ideais (dimensões reduzidas, baixo peso, bateria recarregável) para serem transportados. Assim sendo, mesmo que necessite de sair de casa, a continuidade do tratamento de aerossolterapia não é comprometida.

Posso usar os acessórios do nebulizador durante quanto tempo?

O tempo ideal para utilizar os acessórios do nebulizador depende da frequência do uso e do tempo de cada nebulização. Para maximizar a sobrevida dos acessórios, todo o material deve ser sempre limpo após cada utilização.

CASO PRÁTICO:

VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS EM PACIENTE COM SUSPEITA DE PNEUMONIA

Histórico Clínico: O Sr. João, de 68 anos, é admitido na emergência apresentando tosse produtiva, febre e dificuldade respiratória. Ele tem histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e é ex-fumante. Nos últimos dias, notou um aumento na produção de escarro, com coloração amarelada, e sentiu-se mais cansado do que o normal. Não possui alergias conhecidas.

1. Avaliação Inicial e Verificação dos Sinais Vitais

Objetivo da Verificação dos Sinais Vitais:

- Avaliar a condição respiratória e hemodinâmica do paciente.
- Identificar sinais que possam indicar uma infecção ou outra complicação relacionada à DPOC.

Preparação:

- **Ambiente:** Garantir um ambiente confortável e privativo para o paciente, explicando o processo e obtendo consentimento para a verificação dos sinais vitais.
- **Equipamentos:** Utilizar termômetro, esfigmomanômetro, oxímetro de pulso e relógio para cronometragem.

2. Medição dos Sinais Vitais

1. Temperatura Corporal:

- **Procedimento:** Medição axilar da temperatura.
- **Resultado:** 38,5°C (indicativo de febre).

•

2. Frequência Cardíaca (Pulso):

- **Procedimento:** Palpação do pulso radial durante 60 segundos.
- **Resultado:** 102 bpm (taquicardia).

3. Pressão Arterial:

- **Procedimento:** Medição no braço direito.
- **Resultado:** 130/85 mmHg (dentro dos limites normais para a idade e condições do paciente).

4. Frequência Respiratória:

- **Procedimento:** Observação das incursões respiratórias por 60 segundos.
- **Resultado:** 28 incursões por minuto (taquipneia).

5. Saturação de Oxigênio:

• **Procedimento:** Medição com oxímetro de pulso.

• **Resultado:** 88% em ar ambiente (hipoxemia moderada).

3. Análise dos Achados e Plano de Cuidados

Achados Clínicos:

• **Febre:** Sugere infecção, potencialmente pneumonia.

• **Taquicardia e Taquipneia:** Indicadores de esforço respiratório aumentado, possivelmente devido a hipoxemia e infecção.

• **Saturação de Oxigênio Baixa:** Compatível com o histórico de DPOC e exacerbado pela possível infecção pulmonar.

Diagnóstico de Enfermagem:

• **Troca Gasosa Prejudicada** relacionado à obstrução das vias aéreas e infecção pulmonar, evidenciado por hipoxemia e taquipneia.

• **Hipertermia** relacionada a processo infeccioso, evidenciado por febre.

Intervenções de Enfermagem:

1. Monitoramento Contínuo:

○ Monitorar os sinais vitais a cada 30 minutos a uma hora, especialmente a saturação de oxigênio e frequência respiratória.

2. Administração de Oxigenoterapia:

○ Iniciar oxigenoterapia suplementar para manter a saturação de oxigênio acima de 92%.

3. Administração de Antipiréticos e Hidratação:

○ Administrar antipiréticos conforme prescrição para controle da febre.

○ Incentivar a ingestão de líquidos para ajudar na expectoração e manutenção da hidratação.

4. Educação e Orientação ao Paciente:

○ Informar o Sr. João sobre a importância de seguir o tratamento prescrito, incluindo a oxigenoterapia e medicações para controle da DPOC e infecção.

5. Encaminhamento para Avaliação Médica:

○ Notificar o médico sobre os achados dos sinais vitais e os sintomas relatados, solicitando avaliação adicional, como exames de imagem (raio-X de tórax) e testes laboratoriais (hemograma completo, gasometria arterial).

4. Avaliação e Revisão do Plano de Cuidados

• **Reavaliação dos Sinais Vitais:** Monitorar a resposta às intervenções, como oxigenoterapia e antipiréticos, ajustando o plano conforme necessário.

• **Comunicação com a Equipe Multidisciplinar:** Coordenar com médicos e outros profissionais de saúde para uma abordagem integrada ao tratamento do paciente, incluindo possíveis ajustes nas terapias para DPOC e antibióticos para infecção.

Portanto, neste caso, a verificação dos sinais vitais foi crucial para a identificação precoce de uma possível pneumonia em um paciente com histórico de DPOC. A assistência de enfermagem, através do monitoramento contínuo e das intervenções imediatas, garantiu que o paciente recebesse o cuidado necessário para estabilizar sua condição e prevenir complicações graves. A coleta e análise sistemática dos sinais vitais foram fundamentais para o diagnóstico e a implementação do tratamento adequado.

QUESTÕES DE CONCURSOS

01. (Prefeitura de Taubaté - Técnico de Enfermagem - 2018) A aerossolterapia consiste na administração de pequenas partículas de água em oxigênio ou ar comprimido nas vias

respiratórias. Essas partículas de água podem conter algum tipo de medicação ou não. Este processo ocorre através da nebulização e por isso também é conhecido por esse nome. É muitas vezes usado em pessoas com problemas respiratórios.

Em relação à aerossolterapia, assinale a alternativa INCORRETA:

A Montar o aparelho regulando o fluxo de O₂ ou ar comprimido com três a cinco litros por minutos.

B No tratamento de aerossolterapia, podem ser aplicados medicamentos como: antibióticos (para combater infecções), anti-inflamatório e broncos dilatadores (ajudam a abrir os brônquios, facilitando a captação de oxigênio nos pulmões).

C A aerossolterapia possui como vantagem permitir que o medicamento entre em contato diretamente com as zonas do aparelho respiratório. Além disso, as doses necessárias são mais baixas, o que consequentemente diminui os efeitos adversos das medicações.

D A aerossolterapia, com frequência, trabalha com aerossol dosimetrado que é um dispositivo que faz com que a dose correta do medicamento seja dada para a pessoa. Um exemplo é para o tratamento da asma.

02. (Prefeitura de Taubaté - Técnico de Enfermagem - 2019) A Aerossolterapia é um tratamento que consiste na administração de medicamentos por via inalatória na forma de aerossol. Aerossol é uma mistura de substâncias líquidas com gás em uma lata, onde o gás impulsiona o líquido para fora quando um mecanismo é ativado. Este tipo de tratamento é vantajoso uma vez que, como o medicamento entra diretamente em contato com as zonas do aparelho respiratório que necessitam da sua ação, as doses necessárias são mais baixas e, consequentemente, os possíveis efeitos secundários são reduzidos ou eliminados. Assinale a alternativa CORRETA relacionada à aerossolterapia.

A Uma das ações da enfermagem para o procedimento é colocar a máscara sobre a face do paciente delicadamente e orientá-lo a respirar profundamente.

B Um dos pontos críticos da aerossolterapia é a sensação de sufocamento; ressecamento da córnea, mucosa oral e intoxicação por concentrações altas de oxigênio.

C O sistema de nebulização deve ser trocado a cada 36 horas se mantido com o mesmo paciente, podendo este ser guardado em um saco plástico durante esse período.

D As alternativas B e C estão corretas.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ELIMINAÇÕES

As eliminações englobam vômitos, fezes líquidas, diurese e sangramentos.

Seus conteúdos podem ser mensurados por cateterismo vesical, lavagem intestinal, clister, enema, lavagem gástrica, lavagem vaginal e por observação.

O procedimento de medir as eliminações do paciente é importante para o BALANÇO HÍDRICO (BH).

Um instrumento do prontuário médico, que tem impresso próprio. É necessário para avaliar pacientes cardíacos, renais e queimados.

Para realizar o BH registra-se todos os volumes administrados no paciente, via oral, injetáveis e por sondas, em quantidade (ml) e horário.

O mesmo é feito com as eliminações: via oral, anal, vaginal, outros orifícios, sondas e drenos.

O BH consiste em saber a diferença entre o valor ADMINISTRADO e o valor ELIMINADO.

48 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

Ex.: V. ADMINISTRADO= 1.200ml e VALOR ELIMINADO= 840 ml
SALDO= 360ml (saldo positivo).

Antecedendo tratamentos clínicos e cirúrgicos deve-se realizar o exame físico:

- Verificar os sinais vitais,
- Inspecionar a pele para detectar as úlceras de pressão, edema,
- Afecções dermatológicas susceptíveis à infecção e
- Investigar sintomas patológicos, mentais e emocionais no paciente, relacionados ao procedimento que será realizado.

Diante do paciente agitado do leito, ansioso, o profissional deve tranquilizá-lo explicando o objetivo, as etapas e o resultado esperado com o tratamento. Pergunte ao paciente se deseja a visita de um guia espiritual.

Continua.../

CASO PRÁTICO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ELIMINAÇÕES

Histórico Clínico: A Sra. Clara, de 72 anos, foi admitida na unidade de internação com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e edema periférico. Ela se queixa de dificuldade para urinar e tem notado uma redução significativa na frequência das eliminações urinárias. Ela também apresenta constipação intestinal. O histórico médico inclui diabetes tipo 2 e hipertensão.

1. Avaliação Inicial das Eliminações

Objetivo da Avaliação:

- Identificar alterações nas eliminações urinárias e intestinais.
- Monitorar e tratar possíveis complicações relacionadas à ICC e condições associadas.

Preparação:

- **Ambiente:** Garantir a privacidade da paciente, utilizando um ambiente tranquilo e respeitoso para a coleta de dados.

- **Equipamentos:** Disponibilizar materiais para coleta de amostras, como frascos de urina e luvas, além de ter acesso a um prontuário eletrônico para registrar dados.

2. Avaliação das Eliminações Urinárias

1. Frequência e Quantidade:

- **Observação:** Sra. Clara relata urinar somente 150 ml por vez e apenas 2-3 vezes ao dia, quando normalmente urina de 6-8 vezes.

- **Registro:** Medir e registrar o volume de urina a cada coleta, observando alterações na frequência e no volume.

2. Aspecto da Urina:

- **Observação:** Urina turva e com odor forte, indicando possível infecção urinária.

- **Registro:** Notar a presença de qualquer mudança na cor ou no aspecto da urina.

3. Sintomas Associados:

- **Relato:** Sra. Clara queixa-se de dor ao urinar e sensação de queimação.

- **Registro:** Documentar qualquer sintoma associado à eliminação urinária.

3. Avaliação das Eliminações Intestinais

1. Frequência e Consistência das Fezes:

- **Observação:** Sra. Clara relata constipação há três dias, com fezes duras e dificuldade para evacuar.

- **Registro:** Documentar a frequência das evacuações e a consistência das fezes (escala de Bristol pode ser utilizada).

2. Sintomas Associados:

- **Relato:** Queixas de dor abdominal e sensação de plenitude.

- **Registro:** Notar qualquer sintoma associado à constipação.

4. Diagnóstico de Enfermagem e Plano de Cuidados

Diagnóstico de Enfermagem:

- **Eliminação Urinária Prejudicada** relacionado à redução na frequência e volume urinário, evidenciado por astenia e dor ao urinar.

- **Constipação** relacionada à redução da mobilidade e ingestão inadequada de fibras, evidenciado por fezes duras e dor abdominal.

Intervenções de Enfermagem:

1. Eliminação Urinária:

- **Monitoramento:** Registrar a quantidade e características da urina regularmente.

- **Hidratação:** Incentivar a ingestão adequada de líquidos, a menos que contra-indicado por condição médica.

- **Medicação:** Administrar diuréticos conforme prescrição médica e monitorar a resposta ao tratamento.

- **Coleta de Amostras:** Se necessário, coletar amostras de urina para exames laboratoriais para investigar possíveis infecções.

2. Eliminação Intestinal:

- **Dieta:** Incentivar o aumento da ingestão de fibras e líquidos na dieta.

- **Medicação:** Administrar laxantes ou amolecedores de fezes conforme prescrição médica.

- **Exercício:** Promover atividades físicas leves, conforme a condição física da paciente permitir.

- **Educação:** Orientar sobre a importância da alimentação rica em fibras e a manutenção de hábitos intestinais regulares.

5. Avaliação e Revisão do Plano de Cuidados

- **Reavaliação:** Monitorar a resposta ao tratamento das eliminações urinárias e intestinais, ajustando o plano conforme necessário.

- **Comunicação:** Informar o médico sobre quaisquer alterações significativas na função urinária ou intestinal e solicitar ajustes no tratamento, se necessário.

Neste caso prático, a assistência de enfermagem às eliminações do Sr. Clara incluiu a avaliação detalhada das funções urinária e intestinal, identificação de problemas e implementação de intervenções apropriadas para melhorar o bem-estar da paciente. O acompanhamento contínuo e a comunicação eficaz com a equipe médica são essenciais para ajustar o plano de cuidados e garantir que as necessidades da paciente sejam atendidas de maneira eficaz.

QUESTÕES DE PROVAS CONSULPAM

01. (CONSULPAM - CISCOPAR - Técnico em Enfermagem - 2023) O posicionamento adequado para a realização de procedimentos em enfermagem é de suma importância para a eficácia dos mesmos. Neste sentido, para a realização de lavagem intestinal e utilização de clister, a posição mais indicada nestes casos é:

- A Posição de canivete.
- B Posição de Sims.
- C Decúbito Ventral.
- D Proclive.

02. (CONSULPAM - Prefeitura de Iraucuba - Técnico em Enfermagem - 2022) Sobre o posicionamento mais indicado para a realização do procedimento de lavagem intestinal e utilização de clister:

- A Posição prona.
- B Posição de Kraske.
- C Proclive.
- D Posição de Sims.

ASSEPSIA DA UNIDADE E DO PACIENTE

Durante a estadia do paciente no hospital é primordial suprir suas necessidades humanas básicas e mantê-lo isento de microorganismos patogênicos (infecções). Isso começa com a oferta de um ambiente limpo, confortável e organizado.

A limpeza segue:

- ✓ Trocando toda a roupa da cama e toalhas, acondicionando tudo em cesto ou saco apropriado para roupas sujas.
- ✓ Seguindo as rotinas da unidade para a limpeza de materiais de ferro (cama, cadeira e mesinha), colchão, piso, portas e janelas.
- ✓ Respeitando o sentido do mais limpo para o mais sujo.
- ✓ Essas atividades são realizadas por outros profissionais.
- ✓ Somente a arrumação do leito fechado, aberto e de operado é realizada pelo profissional de enfermagem.
- ✓ Realiza-se a limpeza da unidade em situações como:
 - ✓ Morte, transferência e alta do paciente,
 - ✓ Retorno do paciente da cirurgia e
 - ✓ Diariamente nos pacientes acamados (limpeza concorrente).

HIGIENE CORPORAL

NORMAS

- 01 – A higiene do paciente fica a cargo da Equipe de Enfermagem;
- 02 – Explicar sempre ao paciente o que vai ser feito;
- 03 – Preferencialmente realizar a higiene oral do paciente, antes do banho e após as refeições, com solução de Bicarbonato de Sódio, e quando se fizer necessário;
- 04 – Ao lidar com o paciente, de maneira direta, e imprescindível o uso de luvas para procedimentos;
- 05 – Cuidar durante o banho, para não expor, desnecessariamente, o paciente. A privacidade contribui muito para o conforto mental do paciente;
- 06 – Secar bem toda a superfície do corpo do paciente, principalmente as dobras;
- 07 – As portas do banheiro não devem ser trancadas, durante o banho;
- 08 – Deve-se testar a temperatura da água, antes do banho do paciente. Geralmente se usa água morna.

HIGIENE ORAL

Definição: Consiste na limpeza dos dentes, gengivas, bochechas, língua e lábios. Condições patológicas que predisõem a irritação e a lesão da mucosa oral: (estado de coma, hipertemia).

Finalidades:

- Promover conforto ao paciente,
- Evitar halitose,
- Prevenir carie dentária,
- Conservar a boca livre de resíduos alimentares.

HIGIENE ORAL (em pacientes impossibilitados de cuidar de si)

Material

- Solução anti-séptica – solução bicarbonatada (para cada 1 colher de chá, 500 ml de água);
- Espátula envoltas em gazes;
- Lubrificante (vaselina líquida);
- Toalha;
- Copo para colocar solução anti-séptica;
- Luvas;
- Cuba-rim.

Continua...

LAVAGEM DOS CABELOS

Material

- Shampoo,
- Balde,
- Bacia,
- Toalha de banho,
- Luvas para procedimento,
- Forro e saco plástico,
- Pente,
- Algodão em bola (02 unidades).

Técnica

- 01 – Explicar ao paciente o que ser feito;
- 02 – Reunir o material no carro de banho e levá-lo próximo a cama do paciente;
- 03 – Lavar as mãos;
- 04 – Fechar portas e janelas;
- 05 – Abaixar a cabeceira do leito do paciente;
- 06 – Retirar o travesseiro;
- 07 – Colocar toalha de banho na cabeceira da cama, sob o forro com o plástico;
- 08 – Colocar sobre o forro com plástico, a bacia com água morna;
- 09 – Colocar o paciente em posição diagonal, com a cabeça próxima ao funcionário;
- 10 – Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- 11 – Colocar outra toalha ao redor do pescoço do paciente, afrouxando a camisola, no caso de mulher, ou retirando a camisa no caso de homem, cobrindo-o com o lençol;
- 12 – Sustentar a cabeça do paciente com uma das mãos, sobre a bacia com água;
- 13 – Pentear os cabelos, inspecionando o couro cabeludo, cabelos e observando condições de anormalidade;
- 14 – Umedecer os cabelos com um pouco de água, aplicando o shampoo evitando que o líquido esorra nos olhos;
- 15 – Massagear o couro cabeludo com as pontas dos dedos;
- 16 – Lavar os cabelos;
- 17 – Enxaguar os cabelos do paciente até sair toda espuma, com o auxílio de uma jarra;
- 18 – Despejar a água da bacia, quantas vezes forem necessário;
- 19 – Elevar a cabeça do paciente e espremer os cabelos com cuidado, fazendo escorrer água;
- 20 – Retirar a bacia que esta sob a cabeça do paciente;
- 21 – Descansar e envolver a cabeça do paciente na toalha;
- 22 – Secar os cabelos com toalha de banho ou forro;
- 23 – Pentear os cabelos do paciente;
- 24 – Recolocar o travesseiro e voltar o paciente a posição inicial;
- 25 – Retirar a toalha, recompor o material no carro de banho, deixando paciente em posição confortável;
- 26 – Lavar as mãos;
- 27 – Anotar na prescrição do paciente.

TRATAMENTO DE PEDICULOSE E REMOCAO DE LENEAS

Material

Solução indicada para pediculose,
Luvas para procedimento,
Atadura de crepe,
Esparradrapo,
Forro e saco plastico,
Pente fino,
Biombo,
Vaselina Liquida.

Tecnica

- 01 – Lavar as maos;
- 02 – Trazer a bandeja com o material e coloca-los na mesa de cabeceira ou carro de banho;
- 03 – Explicar o procedimento ao paciente;
- 04 – Colocar biombo;
- 05 – Colocar o forro protegido com plastico sobre o travesseiro;
- 06 – Aplicar vaselina nas bordas do couro cabeludo, para evitar que a solucao queime o rosto;
- 07 – Dividir os cabelos em partes, aplicando a solucao com gaze, fazendo friccao no couro cabeludo e no final embeber os cabelos;
- 08 – Prender o cabelo e colocar a faixa de crepe ao redor da cabeça, formando um gorro e fixando com esparadrapo no final;
- 09 – Conservar o travesseiro com forro;
- 10 – Retirar as luvas;
- 11 – Lavar as maos;
- 12 – Deixar o paciente confortavel e a unidade em ordem;
- 13 – Levantar a bandeja com o material para o local de origem;
- 14 – Fazer anotacoes no prontuario do paciente.

Obs: – Deixar a solução no cabelo por 03 a 06 horas pela manhã e lavá-la a tarde, passando vinagre após e penteando;
– Repetir o procedimento durante 03 dias ou mais, se necessário.

QUESTÕES DE PROVAS

01. (Prefeitura do Município de Araçariquama - Enfermeiro - 2024) A finalidade do banho é proporcionar bem-estar e conforto ao paciente, estimulando a circulação, removendo odores, permitindo a abertura dos poros e possibilitando a avaliação da pele do paciente. O banho de imersão é definido como:
- A É o banho de leito em pacientes pós cirúrgicos.
B É o banho de banheira, deve-se ter cuidado com a temperatura da água.
C É o banho realizado sobre a cama, é importante ter cuidado com a temperatura da água e correntes de ar frio.
D É o banho de chuveiro, feito apenas na cadeira.
E É o banho de chuveiro, realizado com o paciente que deambula.
02. (Prefeitura de Ibirapuitã - Técnico em Enfermagem - 2024) O banho tem como finalidade proporcionar bem-estar e conforto, estimulando a circulação, removendo odores, permitindo abertura dos poros e possibilitando melhor avaliação do estado da pele do paciente. O banho de chuveiro, também conhecido como banho de _____, pode ser realizado pelo próprio paciente deambulante ou em cadeira higiênica, com auxílio da enfermagem.
- Assinale a alternativa que preenche corretamente a lacuna do trecho acima.
- A aspersão
B imersão
C leito

- D banheira
E acamado

03. (Prefeitura de Mutum - Técnico de Enfermagem - 2023) Acerca dos procedimentos de enfermagem, são hábitos importantes e necessários de higiene, EXCETO:
- A Higienizar as mãos ao chegar na unidade de trabalho.
B Manter as unhas naturais, limpas e curtas.
C Ficar com a mesma luva por período prolongado sem trocá-la e sem lavagem das mãos.
D Dispensar o uso de anéis, pulseiras e outros adornos quando atender o usuário.

NOÇÕES DE FARMACOLOGIA³

A **farmacologia**, do **grego**: *pharmakon* (droga), e *logos* (ciência), é a ciência que estuda como as substâncias químicas reagem com os organismos vivos. Se essas substâncias tem propriedades **medicinais**, elas são referidas como "substâncias farmacêuticas". O campo abrange a composição de remédios, propriedades de remédios, interações, **toxicologia** e efeitos desejáveis que podem ser usados no **tratamento de doenças**.

O desenvolvimento de medicamentos é uma preocupação vital para a **medicina**, mas também tem fortes implicações **econômicas** e **políticas**. Para proteger o consumidor e impedir abusos, muitos governos regulam a venda e a administração de medicamentos.

A farmacologia é uma ciência praticada por farmacologistas, normalmente **farmacêuticos**. Um **farmacêutico** é, na maioria dos países, um profissional com formação universitária em **farmácia**.

O CONCEITO DE FARMACOLOGIA

Na raiz da matéria, a farmacologia é a ciência que compreende o entendimento histórico, as propriedades físico-químicas, a composição, a bioquímica, os efeitos fisiológicos, o mecanismo de ação, a absorção, a distribuição, a excreção e a terapêutica das substâncias químicas que são capazes de alterar a função normal do organismo.

Ou seja, a disciplina analisa de que forma um **medicamento pode agir no corpo humano**. Para entender melhor a farmacologia básica e clínica, é preciso conhecer alguns conceitos como:

- Farmacologia:** Ciência que estuda os fármacos, nomeadamente os medicamentos
- Fármaco:** substância química com ação terapêutica;
- Forma farmacêutica:** forma de apresentação do medicamento, em comprimidos, cápsulas, xaropes etc.
- Medicamento:** produto tecnicamente elaborado que pode ter um ou mais fármacos. Os medicamentos podem ser magistrais, oficiais e officinais;
- Remédio:** o conceito é bem amplo e pode ser considerado como todo e qualquer tipo de cuidado utilizado para curar ou aliviar doenças, sintomas, desconfortos e mal-estar;
- Dose:** quantidade de fármaco capaz de provocar alterações no organismo;
- Droga:** qualquer substância que modifica a função fisiológica;
- Posologia:** estudo da quantidade de medicamento (dosagem) que o paciente deve tomar a cada vez e o intervalo entre uma dose e outra;
- Substância Tóxica** – capaz de causar danos, de tal ordem intensos, que a vida pode ser posta em risco

³ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Farmacologia>

– Morte ou sequelas persistentes. Formas farmacêuticas – misturas de fármacos (substância activa) com outras substâncias, excipientes e adjuvantes.

- **Excipiente** – farmacologicamente inactiva – vaselina
- **Adjuvante** – permite absorção mais fácil ou facilitar acção.

PRINCIPAIS RAMAS DA FARMACOLOGIA – CONCEITO

Farmacognosia: Estuda a origem das drogas, podendo ser naturais, sintéticos ou semissintéticos.

Farmacodinâmica: Se encarrega das ações e efeitos das drogas sobre o organismo.

Farmacocinética: Tem como objetivo compreender a absorção, distribuição, transformação e eliminação das drogas no organismo, ou seja, é a percepção do corpo sobre o fármaco. Seu principal objetivo é estudar o caminho da droga dentro do organismo.

Farmacoterapia ou terapêutica: Estuda a aplicação dos fármacos no ser humano com finalidade de prevenir ou tratar enfermidades.

Farmacotécnica: Se encarrega da preparação das drogas para sua administração.

Toxicologia: Tem como objetivo estudar os efeitos nocivos ou tóxicos dos fármacos, assim como os mecanismos e as circunstâncias que favorecem sua aparição.

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA

- Medicamentos fabricados industrialmente e introduzidos no mercado com denominações e acondicionamentos próprios

– Autorização de Introdução Mercado (AIM)

- Preparados oficiais /Fórmulas magistrais – preparados na farmácia – Farmacêutico - destinado doente específico

–Preparados oficiais – Farmacopeia

–Fórmulas magistrais – prescrição médica

TIPOS DE MEDICAMENTOS E SUAS FUNÇÕES

Medicamento de Referência

O medicamento de referência é um **medicamento inovador e que possui marca registrada**. Possui eficácia terapêutica, qualidade e segurança comprovadas por testes científicos. São comercializados apenas com a aprovação da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Como é um medicamento inovador, ele possui patente que tem duração de 20 anos. Depois que passa esse tempo, a patente é vencida e ele pode servir de parâmetro para os medicamentos genéricos e similares. A Anvisa dispõe de uma **lista** com todos os medicamentos de referência para consulta.

Medicamento Genérico

Continua.../

OUTROS EFEITO FARMACOLÓGICO

Tem relação direta das manifestações ou consequências da ação farmacológica, podendo inclusive ser observado, palpado ou medido.

As principais ações farmacológicas são a estimulação, depressão, substituição e ação anti-infecciosa.

- **Estimulação:** como o próprio nome diz, a droga estimula as células de um determinado órgão a trabalhar mais, como exemplo: cafeína.
- **Depressão:** funciona ao contrário da estimulação, neste caso, a droga faz com que as células de um determinado órgão trabalhem menos, exemplo: anestésicos, álcool.
- **Substituição:** as drogas substituem a secreção de uma substância que o organismo não está produzindo de forma satisfatória, como a insulina ou hormônios da tireoide, por exemplo.

- **Ação anti-infecciosa:** as drogas ao ser introduzidas no organismo destroem ou atenua os micro-organismos, como exemplo os antibióticos.

Neste contexto, podemos citar também dois conceitos bastante importante, são eles a potência e eficácia de um fármaco.

FATORES QUE INFLUENCIAM O EFEITO FARMACOLÓGICO

- **Dose:** pode modificar quantitativamente o efeito farmacológico, sendo uma maior dose, um maior efeito, uma menor dose, um menor efeito.
- **Via de administração:** a intensidade do efeito farmacológico depende da via ao qual o fármaco foi submetido.
- **Sinergismo:** é o efeito farmacológico de uma droga sendo incrementado por uma outra, como exemplo a trimetoprim + sulfametoxazol.
- **Antagonismo:** o efeito farmacológico de uma droga é diminuído pela administração de uma outra droga, como exemplo o álcool + cafeína.
- **Tolerância:** é a diminuição progressiva dos efeitos de uma droga a medida que se consome de forma reiterada, com isso, vai ocorrer a necessidade de aumentar progressivamente a dose como finalidade de alcançar os efeitos iniciais. É uma característica importante da tolerância é a sua reversibilidade, ou seja, quando se abandona o consumo, se recupera de forma gradual a sensibilidade inicial.
- **Dependência:** é a necessidade imperiosa de seguir consumindo uma determinada substância.
- **Vício:** quando a necessidade de consumir uma droga produz fenômenos compulsivos, como mentir, roubar ou matar para poder conseguir a determinada droga.
- **Intolerância:** trata-se de uma resposta indesejável, exagerada ao fármaco e ocorre mesmo com doses pequenas.
- **Alergia:** é uma resposta extraordinária, anormal e completamente diferente da ação farmacológica proposta.

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO SISTÊMICA DE MEDICAMENTOS:

Vias entéricas

- Sublingual
- Oral
- Rectal

Vias parentéricas

- Endovenosa
- Intramuscular
- Subcutânea
- Inalatória
- Dérmica (percutânea)
(Aplicação tópica ou local)

Outras vias administração:

- Intratecal (intraraquidiana)
- Intraperitoneal
- Intra-óssea
- Epidural
- Intra-cardíaca
- Endotraqueal

FARMACODINÂMICA:

A farmacodinâmica é o **estudo quantitativo dos efeitos dos fármacos sobre o organismo**.

-Maioria dos fármacos exercem as suas ações porque interactivam com receptores celulares

-Alguns fármacos exercem as suas acções sem intervenção directa com receptores

Receptor – macromoléculas orgânicas, localizadas nas células e tecidos, onde se fixam os fármacos para produzir efeitos farmacológicos

Complexo – ligação do fármaco ao receptor (responsável pela resposta farmacológica)

Ligação fármaco-receptor processa-se através de vários tipos de ligações com base nas forças condicionantes:

- Forças iónicas
- Forças covalentes
- Força por pontes de hidrogénio
- Forças de Van der Waals

FORMAS FARMACÉUTICAS: LÍQUIDAS, SEMISSÓLIDAS E SÓLIDAS

As formas farmacêuticas são as apresentações físicas de medicamentos que facilitam sua administração, dosagem, e ação terapêutica. Elas são categorizadas principalmente em três tipos: líquidas, semissólidas e sólidas. Cada forma tem suas características específicas, vantagens e desvantagens.



Formas Líquidas

Continua...

QUESTÕES DE PROVAS

01. (Prefeitura de Novo Hamburgo - Técnico em Enfermagem - 2024) Em farmacologia, dose é a quantidade de uma substância administrada no organismo a fim de produzir efeitos terapêuticos. Considerando esse conceito, relacione a Coluna 1 à Coluna 2, associando os tipos de doses às suas definições.

Coluna 1

1. Dose mínima.
2. Dose máxima.
3. Dose letal.
4. Dose tóxica.

Coluna 2

- () Leva o organismo à falência generalizada.
- () É a menor quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.
- () É a maior quantidade de uma droga que causa efeitos adversos.
- () É a maior quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- A 3 – 2 – 4 – 1.
- B 2 – 3 – 1 – 4.

C 3 – 4 – 2 – 1.

D 1 – 3 – 2 – 4.

E 3 – 1 – 4 – 2.

Para responder corretamente à questão sobre os tipos de doses em farmacologia, é necessário associar cada tipo de dose às suas respectivas definições.

Coluna 1:

1. **Dose mínima:** A menor quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.
2. **Dose máxima:** A maior quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.
3. **Dose letal:** Leva o organismo à falência generalizada.
4. **Dose tóxica:** A maior quantidade de uma droga que causa efeitos adversos.

Coluna 2:

() Leva o organismo à falência generalizada. () É a menor quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos. () É a maior quantidade de uma droga que causa efeitos adversos. () É a maior quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.

Correspondências:

1. **Dose mínima:** () É a menor quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.
2. **Dose máxima:** () É a maior quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.
3. **Dose letal:** () Leva o organismo à falência generalizada.
4. **Dose tóxica:** () É a maior quantidade de uma droga que causa efeitos adversos.

Ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo:

- **Dose letal:** () Leva o organismo à falência generalizada.
- **Dose mínima:** () É a menor quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.
- **Dose tóxica:** () É a maior quantidade de uma droga que causa efeitos adversos.
- **Dose máxima:** () É a maior quantidade de um medicamento capaz de produzir efeitos terapêuticos.

02. (Prefeitura de Tucuruí - Técnico em Enfermagem - 2024)

O que é farmacodinâmica no contexto da farmacologia:

- A Estudo do caminho que o medicamento faz no organismo.
- B Estudo dos mecanismos relacionados às drogas.
- C Ação do fármaco no organismo.
- D Estudo das doses de administração dos medicamentos.

03. (FUNDATEC - Prefeitura de Alegria - Técnico de Enfermagem - 2024) Um dos processos da Farmacologia aplicada à Enfermagem é estudar o caminho da droga dentro do organismo, denominado de:

- A Farmacovigilância.
- B Farmacocinética.
- C Farmacologia clínica.
- D Farmacodinâmica.
- E Farmacognosia.

ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICO

Os cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico variam de acordo com o tipo de cirurgia e de paciente para paciente, atendendo suas necessidades básicas e suas reações psíquicas e físicas manifestadas durante este período.

A **assistência pré-operatória** tem como objetivo proporcionar uma recuperação pós-operatória mais rápida, reduzir complicações, diminuir o custo hospitalar e o período de hospitalização que se inicia na admissão e termina momentos antes da cirurgia, devolvendo o paciente o mais rápido possível ao meio familiar.

1 CUIDADOS

Pré-operatório:

Mediatos: Período que vai do momento da internação até 24 horas antes da cirurgia.

- Dar suporte psicológico, chame o paciente pelo nome.
- Verificar sinais vitais de 6/6 horas.
- Pesar o paciente, para detectar retenção hídrica e controle do peso.
- Colher material para exames laboratoriais.
- Observar e registrar a aceitação da dieta.
- Proporcionar melhor capacidade respiratória, através da nebulização, tosse, ingestão hídrica, conforme prescrição médica.
- Promover equilíbrio emocional, lazer, socialização e visitas dos familiares.
- Promover assistência espiritual.

Imediatos: Inicia 24 horas antes da cirurgia e termina quando o paciente é encaminhado ao Centro Cirúrgico.

- Promover higiene corporal, capilar e oral do paciente.
- Oferecer dieta até 08 horas antes da cirurgia, conforme prescrição médica.
- Orientar sobre os procedimentos operatórios, uso de sondas e drenos.
- Verificar sinais vitais de 6/6 horas e 30 minutos antes da cirurgia.
- Fazer lavagem intestinal, na noite de véspera da cirurgia. Ver prescrição.
- Tricotomia, 01 hora antes da cirurgia.
- Orientar para urinar antes de ser encaminhada ao C.C.

C.C.
➤ Retirar prótese dentária, óculos, jóias, roupas íntimas, maquiagem e esmalte antes de ser encaminhada ao C.C.

- Encaminhar o paciente ao C.C. com o prontuário organizado e a permissão para a cirurgia assinada.
- Fazer a cama de operado, aguardando seu retorno.

Trans-operatório:

- Receber o paciente e prontuário, checar nome e exames.
- Entregar o paciente aos cuidados do anestesista.
- Posicioná-lo na mesa operatória conforme a cirurgia.

Pós-operatório:

Imediatos:

- Remoção do paciente para maca, com ajuda de 2 a 3 pessoas, em movimento de forma conjunta e ordenada.
- Verificar sinais vitais de 15/15 minutos até a 1ª hora.
- Observar vias aéreas (importante para prevenir hipoxia) e estado de consciência.
- Observar vômitos (causado pela anestesia).
- Iniciar prescrição médica.
- Promover conforto e segurança, usar grade de proteção.
- Conectar os tubos de drenagem (sondas e drenos) e manter abertos.
- Observar e registrar o aspecto do curativo (sangramentos).
- Estimular 10 inspirações profundas de 1/1 hora.
- Manter gotejamentos das infusões.
- Umedecer os lábios do paciente.
- Observar e registrar balanço hídrico.
- Dar apoio psicológico.

Mediatos:

- Estimular deambulação, 24 horas após o ato cirúrgico, ver prescrição médica.
- Ajudar na higiene corporal e oral.
- Observar e registrar aceitação da dieta.
- Oferecer líquidos por via oral de 2/2 horas.
- Trocar curativo diariamente.

2 CENTRO CIRÚRGICO

Área hospitalar onde se realizam procedimentos cirúrgicos e /ou obstétricos, necessitam de infra-estrutura adequada (área física e equipamentos).

Geralmente localiza-se em uma área de fácil acesso, sem fluxo de pessoas leigas.

A equipe de enfermagem do C.C. é composta por enfermeiro, técnico e auxiliar que podem exercer as funções de circulante ou instrumentador cirúrgico.

Toda unidade hospitalar tem seu protocolo (regulamento de normas e rotinas), para manter a ordem e a prontidão dos procedimentos realizados pelas equipes de enfermagem e médica.

Por ser área de alto risco de infecção é necessário usar sempre técnicas assépticas.

Equipe cirúrgica:

- Cirurgião
- 1º, e 2º auxiliares do cirurgião
- Anestesista: Administra a droga anestésica inalatória ou IV.
- Enfermeiro: Planeja, coordena e supervisiona as ações no C.C.
- Instrumentador: Entrega e recebe pinças, compressas, gazes e fios ao cirurgião ou auxiliares.
- Circulante: Prepara a sala para cirurgia, fica a disposição da equipe para atender as solicitações extras.

3 CENTRO DE MATERIAL

Área hospitalar destinada ao expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para outras unidades.

Citamos algumas normas e rotinas do C.M.

- Concentrar o material esterilizado, isso facilita o controle, conservação e manutenção dos mesmos.
- Padronizar as técnicas de limpeza, preparo e empacotamento, aumentando a segurança no uso.
- Realizar treinamentos para manter a qualidade, destreza e maior produtividade.
- Manter estocagem de material, a fim de atender eventualidades de qualquer área hospitalar.

O C.M. pode situa-se dentro ou fora do C.C., independente da localização, a área física deve ser bem planejada e equipada com recursos humanos, material, equipamentos e instalações.

Setores da unidade:

- Área de recepção: Recebe todo o material usado nas unidades do hospital para a descontaminação e limpeza.
- Área de preparo do material: Onde é separado, empacotado e acondicionado para a esterilização.
- Área de esterilização: Local onde estão as estufas e autoclaves.
- Área de guarda e distribuição: Onde é armazenado o material estéril, em armários, prateleiras. Depois se distribui o material para as outras unidades do hospital.

4 PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

Esterilização é o processo usado para destruir todos os microorganismos patogênicos em todas as formas: vírus, bactérias, fungos, protozoários e esporos em determinado meio, por aplicação de agentes químicos e físicos.

Físicos:

- Estufa = calor seco, ar quente.
- Autoclave = calor úmido, vapor d'água sob pressão.

Químicos:

- Gases = parafórmico e óxido de etileno
- Líquidos = produtos químicos.

Estufa:

Age por condução do calor seco, causando a desidratação celular. Esteriliza caixas metálicas, recipientes de vidros refratários, pós e óleos, na temperatura de 160°, C em 02 horas.

Colocar as caixas metálicas fechadas, deixar sempre um espaço entre elas, não superlotar a estufa, todo material que vai para esterilização na estufa deve conter um pedaço da FITA TESTE. Não colocar gaze, algodão ou borracha na estufa, eles não resistem ao calor seco.

Autoclave:

Age pelo calor úmido, causando a desnaturação protéica. Esteriliza seringas, cubas e agulhas a temperatura de 121°C por 15 minutos. E gaze, compressas e campos a 121°C por 30 minutos.

Colocar os metais abertos, preencher apenas 2/3 da capacidade da autoclave, deixar um espaço entre os materiais, de preferência esterilizar cargas homogêneas (somente tecido ou inox). Fazer semanalmente o TESTE BIOLÓGICO, para avaliar o desempenho da autoclave.

NOÇÕES DE PRIMEIROS SOCORROS

DEFINIÇÃO

São procedimentos de emergência que visam manter as funções vitais e evitar o agravamento de uma pessoa ferida, inconsciente ou em perigo de vida, até que ela receba assistência qualificada.

Constituem-se no primeiro atendimento prestado à vítima em situações de acidentes ou mal-súbito, por um socorrista, no local do acidente.

Finalidade

Manter o conforto da vítima até a chegada do socorro ou encaminhamento ao Pronto Socorro.

Plano de Ação



Uma das chaves de sucesso no socorro é ter certeza que sua "ajuda" não irá piorar o problema!

Segurança:

Toda vez que encontrar um acidente, você deve lembrar que a sua segurança vem primeiro.

FERIMENTOS

É o rompimento da pele, podendo ser superficial ou profundo. Pode ser provocado por vários fatores, dentre eles: faca, arma de fogo, objetos perfuro-cortantes, arames, pregos, pedaços de metais etc.

Observe:

- Onde é o ferimento?

- É superficial?
- Tem alguma coisa presa no ferimento?
- O que causou?
- Está sangrando?

FERIMENTOS SUPERFICIAIS CUIDADOS



- lave as mãos
- lave o local com água e sabão
- observe novamente o local
- coloque solução antisséptica (Clorexidina)
- não é necessário cobrir o ferimento

FERIMENTOS PROFUNDOS

Reconhecimento

- Ferimentos com bordas que não se juntam corretamente;
- Ferimentos em que há presença de corpos estranhos;
- Quando a pele, músculos, nervos ou tendões estão dilacerados;
- Quando há suspeita de penetração profunda de objeto como bala, faca, prego etc.;
- Quando a região próxima ao ferimento não tem aparência ou funcionamentos normais
- Quando é possível visualizar órgãos.

Cuidados

- lave as mãos
- lave o local com água e sabão
- observe novamente o local
- caso seja haja sangramento, coloque um pano limpo sobre o ferimento, fazendo pressão
- encaminhe a vítima ao Pronto Socorro

Atenção!!



Nunca retire objetos presos aos ferimentos

QUEIMADURAS

São lesões corporais derivadas de contato direto ou indireto com fontes térmicas, químicas ou elétricas.



1º grau - pele vermelha, inchaço, dor discreta.



2º grau - bolhas sobre pele vermelha, dor mais intensa

3º grau - pele branca ou carbonizada, com pouca ou nenhuma dor no local

Cuidado: vítima em chamas

- acalme a vítima, solicite que ela deite no chão
- oriente-a a rolar de um lado para outro
- abafe as chamas
- chame ajuda/ encaminhe as Pronto Socorro
- resfrie rapidamente o local com água ou compressas frias por 5 minutos
- proteja o local com pano limpo
- retire roupas e adornos que possam prejudicar a circulação de sangue
- queimaduras com perda de pele, cubra com pano limpo e úmido

ATENÇÃO: não fure bolhas; não passe nenhuma substância.

CONVULSÃO

Continua.../

QUESTÕES DE CONCURSOS

01. No atendimento de primeiros socorros à vítima de queimadura por substância química, a irrigação da área afetada com soro fisiológico está contraindicada quando o agente causador é
- soda cáustica em pó.
 - fogo.
 - choque elétrico.
 - gelo seco.
 - metal líquido.
02. (Pref. Poá/Enfermagem) No atendimento de primeiros socorros à vítima de queimadura por substância química, a irrigação da área afetada com soro fisiológico está contraindicada quando o agente causador é
- soda cáustica em pó.
 - fogo.
 - choque elétrico.
 - gelo seco.
 - metal líquido.

EMERGÊNCIA – PRONTO SOCORRO

De acordo com o Médico da Família e gerente da Medicina Preventiva da Unimed Fortaleza, Dr. Rômulo Fernandes, **emergência** é tudo aquilo que implica em um **risco iminente de morte**, que deve ser diagnosticado e tratado nos primeiros momentos após sua constatação.

Quando a pessoa necessita de assistência médica imediata, pois há risco potencial de morte, ela deve ser

encaminhada ao plantão hospitalar. Confira a seguir **algumas situações que inspiram um atendimento de emergência:**

1. Corte profundo
2. Acidente de origem elétrica
3. Picada ou mordida de animais peçonhentos
4. Queimaduras
5. Afogamentos
6. Hemorragia (forte sangramento)
7. Infarto do miocárdio (dor forte no peito)
8. Dificuldade respiratória
8. Dificuldade respiratória
9. Derrames, perda de função e/ou dormência nos braços e pernas
10. Inconsciência/desmaio
11. Intoxicação por alimento ou medicamento
12. Sangue no vômito, urina, fezes ou tosse
13. Grave reação alérgica
14. Febre alta permanente
15. Convulsões, dores intensas no peito, abdômen, cabeça e outros
16. Agressões físicas
17. Acidentes de carro, moto, atropelamento e quedas

Já a **URGÊNCIA**, pode ser entendida como uma situação clínica ou cirúrgica, **sem risco de morte iminente**, mas que, se não for tratada, pode evoluir para complicações mais graves, sendo necessário, assim como a emergência, o encaminhamento para o plantão hospitalar. As **situações que podem necessitar de um atendimento de urgência incluem:**

1. Fraturas
2. Luxações
3. Torções
4. Asma brônquica em crise
5. Feridas lácero-contusas (causadas pela compressão ou tração dos tecidos) sem grandes hemorragias
6. Transtornos psiquiátricos
7. Dor abdominal de moderada intensidade
8. Retenção urinária em pacientes idosos
9. Febre maior que 38 graus há pelo menos 48h que melhora com antitérmicos mas retorna antes de completarem-se 4h da tomada do antitérmico
10. Mais de um episódio de vômito em até 12h

	Emergência	Urgência
O que é?	Tudo aquilo que implica em risco iminente à vida do paciente.	Não apresenta um risco imediato de vida, porém deve ser resolvida a curto prazo.
Solução	Imediata.	Atendimento a curto prazo.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS

É a porta de entrada da instituição hospitalar. Local onde são realizados atendimentos de emergência causados por acidentes de trânsito, homicídio, ingestão acidental de substâncias nocivas, problemas cardíacos, respiratórios e outros.

Os procedimentos aqui realizados devem ser rápidos e objetivos, porque caso ocorra um intervalo de tempo significativo para o atendimento, isso implica danos irreversíveis para a vítima podendo chegar até a morte.

Neste ambiente hospitalar encontramos leitos para observação dos pacientes com e sem risco de vida e funciona 24 horas por dia.

56 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

Ao ingressar em um pronto socorro (PS) é necessário que a vítima/ cliente permita a realização dos procedimentos inerente ao seu tratamento, caso ele esteja inconsciente o acompanhante deverá consentir. Casos em que a vítima chega inconsciente e desacompanhada e está em iminente risco de vida, os profissionais decidem por prestarem o atendimento de emergência, evitando assim a omissão de socorro.

É importante observar o perfil dos clientes atendidos na emergência (PS):

- Os menores em idade.
- Com história de tentativa de suicídio.
- Pacientes psiquiátricos.
- Vítimas de violência física, principalmente crianças e adolescentes, notificar ao Conselho Tutelar.

Caso o paciente fuja da unidade comunicar imediatamente à portaria e ao Serviço Social. Para doações de órgãos, a equipe deve providenciar a autorização por escrito e assinada pelo paciente ou seu representante legal. Ver Comissão de Doações de Órgãos e Transplantes.

A vítima que morreu de causa desconhecida, violenta ou não, é necessário encaminhar seu corpo ao IML (Instituto Médico Legal) para autópsia (esclarecimento da causa da morte).

Ressaltar que durante todo atendimento prestado ao paciente deve existir a ética profissional. Respeitando o cliente, sua história, queixas e expressões. As informações acerca do atendimento devem ser compartilhadas somente com as equipes de enfermagem e médica.

1 O PAPEL DO SOCORRISTA.

OBJETIVO PRINCIPAL: Manter a vida do paciente e prevenir seqüelas, realizando as manobras de ressuscitação cardiopulmonar e controlando sangramentos.

PRIMEIRO ATENDIMENTO: Geralmente é o auxiliar ou técnico de enfermagem quem presta os primeiros socorros em lugares públicos e domiciliares, tendo como apoio o veículo de transporte para o atendimento pré-hospitalar, ambulância ou resgate.

ABC DA ASSISTÊNCIA DE EMERGÊNCIA:

- Avaliar o nível de consciência em: Alerta, resposta a estímulo verbal, resposta à dor ou está inconsciente.
- Manter as vias aéreas desobstruídas: Sem provocar hiperextensão, hiperflexão ou movimentação do pescoço.
- Preservar a respiração e circulação: Ver se o paciente está respirando e qual a frequência respiratória. Controlar o pulso carotídeo e observar sangramentos (localização e quantidade do fluxo).

DEMAIS PROCEDIMENTOS:

- Realizar exame físico geral.
- Manter o paciente em decúbito dorsal e coberto, na ausência de trauma na região cervical, lateralizar a cabeça, para evitar aspirações de secreções.
- Puncionar uma veia de grosso calibre, para a coleta de sangue para exames laboratoriais, em seguida reposição volêmica e início da terapêutica medicamentosa.
- Manter o paciente em maca com grades de proteção, em observação contínua e rigorosa e o prontuário identificado junto ao mesmo.

2 TRAUMATOLOGIA - POLITRAUMATISMOS:

Traumatismos são lesões provocadas por forças externas, que podem ser tanto um objeto chocando-se contra o corpo humano, ou o corpo humano chocando-se contra um objeto.

Politraumatismos são lesões múltiplas de diversas naturezas que podem comprometer diversos órgãos e sistema.

FRATURAS:

Lesão com solução de continuidade nos ossos.

Suas formas são:

Transversa: A fratura atravessa o osso, por inteiro.

Oblíqua: A fratura atravessa o osso na direção oblíqua.

Espirais: A fratura pode ser causada na torção do osso.

Cominutiva: A fratura que apresenta o osso fragmentado, em vários pedaços.

Por compressão: Esta fratura é mais comum nas vértebras.

Em galho verde: A fratura que acontece nas crianças, o osso não se rompe, fica torto.

Exposta: O osso fica a mostra, pode causar infecção.

Fechada: O osso não fica visível, evita a infecção.

Sintomas: Dor localizada, ausência funcional do membro afetado, deformidade, inflamação, equimose ou hematoma no local da fratura.

Exames: Físico e radiológico.

Ação: Provável imobilização do osso fraturado, usando gesso, talas ou ataduras e alívio da dor.

Continua...

QUESTÕES DE CONCURSOS

01. (IBFC - SES-PR - Técnico de Enfermagem) Considerando os conceitos de urgência e de emergência, analise as sentenças abaixo e assinale a alternativa correta:

1ª: Emergência é quadro grave de aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, causando risco de vida ou grande sofrimento ao paciente e necessitando de solução imediata, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

2ª: Urgência é quadro grave de aparecimento ou agravamento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, podendo causar risco de vida ou grande sofrimento para o paciente, necessitando de tratamento em curto prazo, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

A Ambas estão incorretas

B Ambas estão corretas

C A 1ª sentença é correta e a 2ª incorreta

D A 1ª sentença é incorreta e a 2ª correta

02. (CESGRANRIO - Petrobras - Enfermeiro(a) do Trabalho Júnior) De acordo com a Portaria GM/MS no 2.048, de 05/11/2002, no atendimento às urgências e emergências referentes à modalidade pré-hospitalar móvel, as ambulâncias do tipo B são destinadas ao

A resgate

B transporte

C suporte básico

D suporte avançado

E transporte aeromédico

03. (CESGRANRIO - Petrobras - Enfermeiro do Trabalho Júnior) De acordo com a Portaria GM/MS 2.048, de 05/11/2002, as unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências deverão contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por

A médico clínico, pediatra, ortopedista e enfermeiro nas 24 horas.

B médico clínico, cirurgião, anestesista e enfermeiro nas 24 horas.

C médico e enfermeiro nas 24 horas de clínica médica e clínica pediátrica.

D médico pediatra, ortopedista, cirurgião geral e enfermeiro.
E radiologista, laboratorista, pediatra e enfermeiro.

04. (CESGRANRIO - BR Distribuidora - Técnico de Enfermagem do Trabalho Júnior) Segundo a Portaria GM/MS no 2.048/2002, quanto ao trabalho da equipe de enfermagem no atendimento pré-hospitalar, assim que houver aviso de chegada de paciente, técnicos e auxiliares de enfermagem deverão seguir para o bloco de

A urgência.

B pronto atendimento.

C apoio diagnóstico.

D apoio logístico.

E apoio administrativo.

05. (CESGRANRIO - Petrobras - Enfermeiro(a) do Trabalho Júnior) De acordo com a Portaria GM/MS no 2.048, de 05/11/2002, no atendimento de urgências e emergências, em embarcações destinadas ao atendimento de suporte avançado de vida, além do condutor, a tripulação deve ser composta por

A técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem

B enfermeiro e técnico de enfermagem

C médico e técnico de enfermagem

D médico e enfermeiro

E médico e auxiliar de enfermagem

TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA EM: CLÍNICA MÉDICA, DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, CLÍNICA CIRÚRGICA.

ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA.

A saúde pública é a disciplina que trata da proteção da saúde a nível populacional. Neste sentido, procura melhorar as condições de saúde das comunidades através da promoção de estilos de vida saudáveis, das campanhas de sensibilização, da educação e da investigação. Para tal, conta com a participação de especialistas em medicina, biologia, enfermagem, sociologia, estatística, veterinária e outras ciências e áreas.

Não deve ser confundida com o conceito mais amplo de **saúde coletiva**.

Uma das mais citadas definições de Saúde Pública foi apresentada por Edward Amory (1877–1957), nos EUA, 1920. Assim, foi realizada.

"A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de (enfermagem) para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde".

O **desenvolvimento da saúde pública** depende dos governos, que elaboram diversos programas de saúde para obedecer aos respectivos objetivos. Das várias funções da saúde pública, destacam-se a prevenção epidemio-patológica (com vacinações massivas e gratuitas), a proteção sanitária (controlo do meio ambiente e da contaminação), a promoção sanitária (através da educação) e a restauração sanitária (para recuperar a saúde).

Saúde Coletiva

O objeto de investigação e práticas da Saúde Coletiva compreende as seguintes dimensões:

1. o estado de saúde da população ou condições de saúde de grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, sócio-econômico e cultural;
2. os serviços de saúde, enquanto instituições de diferentes níveis de complexidade (do posto de saúde ao hospital especializado), abrangendo o estudo do processo de trabalho em saúde, a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como a avaliação de planos, programas e tecnologias utilizada na atenção à saúde;
3. o saber sobre a saúde, incluindo investigações históricas, sociológicas, antropológicas e epistemológicas sobre a produção de conhecimentos nesse campo e sobre as relações entre o saber "científico" e as concepções e práticas populares de saúde, influenciadas pelas tradições, crenças e cultura de modo geral.

HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

No início, "não havia nada" considerando-se o que poderia ter sido feito. A saúde no Brasil praticamente inexistiu nos tempos de colônia. O modelo exploratório nem pensava nessas coisas. Opajé, com suas ervas e cantos, a medicina dos jesuítas e os boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia, eram as únicas formas de assistência à saúde. Para se ter uma ideia, em 1789, havia no Rio de Janeiro apenas quatro médicos.

Além das enfermarias de cuidados dos jesuítas a únicas instituições que podemos destacar no vazio assistencial desse período é a criação das Santas Casas de Misericórdia. É controversa a data de criação da primeira Santa Casa no Brasil, para alguns autores teria sido a do porto de Santos fundada por Brás Cubas (1507-1592) em 1543 para outros teria sido a da Bahia ou de Olinda.

Entre as descrições das patologias e medicamentos utilizados no Brasil Colônia destaca-se as contribuições do médico naturalista Guilherme Piso (1611-1678), que participou, como médico, de uma expedição nos anos 1637 - 1644 para o Brasil, com patrocínio do conde Maurício de Nassau (1604-1679) que administrou a conquista holandesa do nordeste do país entre 1637 e 1644. Observe-se a continuidade da catalogação de espécies de uso medicinal, já iniciada pelos jesuítas e outros viajantes, comparando o uso das espécies nativas às já conhecidas na farmacopeia europeia.

Com a chegada da família real portuguesa, em 1808, as necessidades da corte forçaram a criação das duas primeiras escolas de medicina do país: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro. E foram essas as únicas medidas governamentais até a República.

Foi no primeiro governo de Rodrigues Alves (1902-1906) que houve a primeira medida sanitária no país. O Rio de Janeiro não tinha nenhum saneamento básico e, assim, várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e até a peste bubônica espalhavam-se facilmente. O presidente então nomeou o médico Oswaldo Cruz para dar um jeito no problema. Numa ação policialesca, o sanitário convocou 1.500 pessoas para ações que invadiam as casas, queimavam roupas e colchões. Sem nenhum tipo de ação educativa, a população foi ficando cada vez mais indignada. E o auge do conflito foi a instituição de uma vacinação anti-varíola. A população saiu às ruas e iniciou a Revolta da Vacina. Oswaldo Cruz acabou afastado.

1 POLÍTICA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.

A PNH é uma política nacional que busca qualificar modo de atenção e gestão na rede do SUS, incluindo trabalhadores, usuários e gestores.

Ela pode ser implantada em qualquer unidade/serviço ou secretaria de saúde.

Continua...

2 CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, NÃO TRANSMISSÍVEIS E SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.

SITUAÇÃO DA PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

Continua.../

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COM TENDÊNCIA DESCENDENTE

Doenças transmissíveis com tendência descendente são aquelas cuja incidência e prevalência estão diminuindo ao longo do tempo, frequentemente devido a esforços eficazes de controle, prevenção e tratamento. Essa tendência pode ocorrer devido a melhorias em medidas de saúde pública, vacinação, tratamento antibiótico, saneamento e educação.

Exemplos de Doenças Transmissíveis com Tendência Descendente

1. Varíola

- **Agente Etiológico:** *Variola virus*
- **Transmissão:** Gotículas respiratórias, contato direto com lesões
- **Tendência Descendente:** A varíola foi erradicada globalmente em 1980 graças a um programa de vacinação massiva pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

2. Poliomielite

- **Agente Etiológico:** *Poliovirus*
- **Transmissão:** Fecal-oral
- **Tendência Descendente:** A poliomielite foi quase erradicada devido a campanhas de vacinação global. Casos são raros e restritos a algumas áreas onde a cobertura vacinal ainda é inadequada.

3. Difteria

- **Agente Etiológico:** *Corynebacterium diphtheriae*
- **Transmissão:** Gotículas respiratórias
- **Tendência Descendente:** A incidência da difteria caiu significativamente devido à vacinação ampla com a vacina DTP (difteria, tétano e coqueluche).

4. Tétano

- **Agente Etiológico:** *Clostridium tetani*
- **Transmissão:** Contato com feridas contaminadas
- **Tendência Descendente:** A incidência de tétano diminuiu consideravelmente devido à vacinação preventiva e ao uso generalizado de cuidados adequados para feridas.

5. Coqueluche (Pertussis)

- **Agente Etiológico:** *Bordetella pertussis*
- **Transmissão:** Gotículas respiratórias
- **Tendência Descendente:** Embora a coqueluche ainda ocorra, a vacinação tem contribuído para uma redução significativa na incidência. Contudo, surtos ainda podem ocorrer devido a uma diminuição na cobertura vacinal.

6. Febre Tifoide

- **Agente Etiológico:** *Salmonella Typhi*
- **Transmissão:** Água ou alimentos contaminados
- **Tendência Descendente:** Com melhorias no saneamento, tratamento com antibióticos e vacinação, a febre tifoide tem mostrado uma tendência de declínio em muitos países.

7. Baciloscopia Negativa de Tuberculose

- **Agente Etiológico:** *Mycobacterium tuberculosis*
- **Transmissão:** Gotículas aéreas
- **Tendência Descendente:** Programas de rastreamento e tratamento com esquemas de múltiplos medicamentos têm ajudado a reduzir a incidência e a prevalência da tuberculose.

Fatores Contribuintes para a Tendência Descendente

1. Vacinação:

- A introdução e a expansão de programas de vacinação têm sido fundamentais na redução de doenças transmissíveis, como varíola e poliomielite.

2. Saneamento e Higiene:

- Melhorias nas condições de saneamento e na higiene pessoal reduziram a transmissão de doenças transmitidas por água e alimentos contaminados.

3. Tratamento Antimicrobiano:

- O uso eficaz de antibióticos e antivirais tem contribuído para o controle de várias infecções bacterianas e virais.

4. Educação em Saúde:

- Campanhas de conscientização e educação sobre medidas preventivas ajudam a reduzir a incidência de doenças.

5. Programas de Saúde Pública:

- Iniciativas para monitoramento, rastreamento e controle de doenças têm contribuído para a redução da propagação.

Desafios e Considerações Futuras

1. Resistência Antimicrobiana:

- O aumento da resistência a antibióticos pode ameaçar o controle de doenças que atualmente estão em declínio.

2. Cobertura Vacinal:

- A diminuição da cobertura vacinal pode levar ao ressurgimento de doenças que estavam controladas.

3. Mudanças Demográficas e Ambientais:

- Alterações nos padrões de migração, urbanização e mudanças climáticas podem impactar a prevalência de doenças transmissíveis.

4. Vigilância e Monitoramento:

- É essencial manter vigilância contínua para garantir que as doenças não reemergem devido a lapsos na prevenção ou controle.

DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COM QUADRO DE PERSISTÊNCIA

Algumas doenças transmissíveis apresentam um quadro de persistência ou de redução em período ainda recente, configurando nossa agenda inconclusa nessa área. Para essas doenças, é necessário o fortalecimento de novas estratégias, recentemente adotadas, que propõem uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial, já que o principal foco da ação nesse conjunto de doenças está voltado para o diagnóstico e o tratamento das pessoas doentes, visando à interrupção da cadeia de transmissão.

É importante também enfatizar a necessidade de ações multissetoriais para a prevenção e o controle desse grupo de doenças, já que grande parte das razões para a endemicidade reside em processos externos ao setor saúde – urbanização acelerada sem adequada infra-estrutura urbana, alterações do meio ambiente, desmatamento, ampliação de fronteiras agrícolas, processos migratórios, grandes obras de infra-estrutura (rodovias e hidroelétricas).

Doenças transmissíveis com quadro de persistência são aquelas que têm a capacidade de permanecer no organismo por um período prolongado, mesmo após o início do tratamento ou mesmo após a infecção inicial. Essas doenças podem ser crônicas, levando a uma condição de persistência, ou podem estar associadas a agentes patogênicos que se mantêm no organismo por longos períodos.

Exemplos de Doenças Transmissíveis com Quadro de Continua...

DOENÇA NÃO TRANSMISSÍVEIS

Uma **doença não transmissível** ou **DNT**; doenças não infecciosas; doenças crônicas não transmissíveis; doenças crônicas degenerativas são terminologias usadas para definir grupos de pessoas patologias caracterizadas pela ausência de microrganismos, ou seja, é uma doença não infecciosa, como também pelo longo curso clínico e irreversibilidade.

O que é considerada uma doença crônica?

Uma doença crônica é caracterizada pelos seguintes elementos:

- **Condição não tratada em três meses;**
- **Não fatal no curto prazo (não emergencial);**
- **Quando apresenta quadros pontuais graves.**

Apesar de não emergencial é muito importante cuidar desse tipo de condição. Isso porque, na melhor das hipóteses, ela afeta a **qualidade de vida e pode restringir a vida da pessoa em diversos aspectos.**

Tipos de doenças crônicas não transmissíveis

As DCNTs podem ser agrupadas em duas categorias:

• **Congênitas:** condições com as quais o indivíduo nasce ou que surgem nos primeiros meses após o nascimento. Exemplos são as cardiopatias congênitas, fenilcetonúria e espinha bífida;

• **Não congênitas ou infecciosas:** estas, por outro lado, são comumente originárias de organismos invasores. Nesse caso, é como se hospedeiro (corpo) e invasor (infecção) chegassem a um equilíbrio temporário. Seu tratamento é lento e às vezes inexistente.

Continua...

Doenças Cardiovasculares

As **doenças cardiovasculares** são condições que afetam o coração e os vasos sanguíneos. Elas se dividem nas categorias: coronariana; cerebrovascular, arterial periférica, reumática, congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

Além disso, elas tendem a **afetar principalmente pessoas acima dos 50 anos, sobretudo homens**, e costumam ser silenciosas, não apresentando sintomas evidentes.

Os **principais exames para se detectar cardiopatias** são:

- **Ecocardiograma;**
- **Cintilografia do miocárdio;**
- **Eletrocardiograma;**
- **Raio x de tórax;**
- **M.A.P.A (Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial);**
- **Holter 24h;**
- **Teste ergométrico ou de esforço.**

Os tratamentos, por sua vez, podem ser feitos por meio de agentes betabloqueadores (que controlam a frequência cardíaca); diuréticos (que aumentam a produção de urina, de forma a limpar o organismo); digitálicos (que aumentam a força do coração) e/ ou inibidores da ECA (que diminuem o esforço do coração).

Câncer

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e

incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

Os **cânceres com mais incidência no Brasil** são:

- Câncer de traqueia, brônquio e pulmão;
- Câncer de cólon e reto;
- Câncer de mama;
- Câncer de estômago;
- Câncer de próstata;
- Câncer de fígado;
- Câncer de pâncreas;
- Câncer que acomete o Sistema Nervoso Central;
- Câncer do esôfago.

Os sintomas se manifestam de diversas formas, desde caroços a mudanças de hábitos fisiológicos e perda de peso sem motivo aparente. Portanto, é muito comum que se **detecte a doença em estágio avançado, geralmente por meio de biópsias**. Os tratamentos são relativos, mas os mais comuns são as quimioterapias.

Doenças Respiratórias

Doenças crônicas respiratórias são condições que afetam os órgãos e o trato respiratório, sendo as mais comuns a asma, a bronquite, a rinite, a sinusite, a laringite e a faringite. **Seus sintomas são muito parecidos e em todos os casos, costumeiramente, o paciente apresenta rouquidão da voz, tosse dor de garganta e dificuldade para engolir ou respirar.**

Para identificar as doenças, são recomendados os exames de espirometria (teste do sopro), radiografia torácicas, tomografia computadorizada, ressonância magnética e ultrassonografia.

O tratamento, por sua vez, depende do tipo de condição, mas os mais frequentes são a medicação, ventilação líquida ou mecânica, fisioterapia, oxigênio, radioterapia e até mesmo cirurgia em alguns casos.

Obesidade

A obesidade, caracterizada pelo aumento excessivo de gordura corporal, geralmente é causada por maus hábitos e sedentarismo, mas seu diagnóstico pode ir muito além desses fatores.

É por meio da análise do Índice de Massa Corpórea (IMC) é que se entende se, de fato, o indivíduo, é obeso e qual o seu grau de obesidade. O tratamento depende de diversos fatores, mas mudanças na alimentação, a prática de atividades físicas, o acompanhamento com endocrinologista e nutricionista são fazer parte das recomendações.

Além disso, em algumas situações, o especialista pode recomendar procedimentos como cirurgia bariátrica.

Osteoporose

Muito comum em mulheres acima de 45 anos, a osteoporose é uma condição que deixa os ossos porosos e frágeis. Os sintomas apenas aparecem em condições avançadas – dores localizadas nos joelhos, quadris e braços.

A doença causa deformidade e redução de estatura e perda de massa óssea (muitas vezes pelo uso de determinados medicamentos, problemas endócrinos ou renais).

A **densitometria óssea** e avaliação de histórico familiar são os principais meios de identificação da doença. Infelizmente não existe cura para a osteoporose, mas as orientações preventivas e o tratamento devem ser seguidos de forma a evitar mais perda óssea.

Hipertensão

De acordo com o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Ela

60 TÉCNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9).

Seus sintomas consistem em dores de cabeça, no peito, tonturas, fraqueza e até sangramento nasal. **É uma condição de fácil identificação, bastando a aferição regular.** Por outro lado, a hipertensão não tem cura e é preciso mudança nos hábitos para se conviver bem com ela.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são causadas por vários tipos de agentes. São transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha, com uma pessoa que esteja infectada e, geralmente, se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

Algumas DST são de fácil tratamento e de rápida resolução. Outras, contudo, têm tratamento mais difícil ou podem persistir ativas, apesar da sensação de melhora relatada pelos pacientes. As mulheres, em especial, devem ser bastante cuidadosas, já que, em diversos casos de DST, não é fácil distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns de seu organismo. Isso exige da mulher consultas periódicas ao médico. Algumas DST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até a morte. Algumas DST também podem ser transmitidas da mãe infectada para o bebê durante a gravidez ou durante o parto. Podem provocar, assim, a interrupção espontânea da gravidez ou causar graves lesões ao feto, outras podem também ser transmitidas por transfusão de sangue contaminado ou compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis.

Tipos de DST:

- **Aids:** causada pela infecção do organismo humano pelo HIV (vírus da imunodeficiência adquirida). O HIV compromete o funcionamento do sistema imunológico humano, impedindo-o de executar adequadamente sua função de proteger o organismo contra as agressões externas, tais como: bactérias, outros vírus, parasitas e células cancerígenas;

- **Cancro mole:** também chamada de cancro venéreo, popularmente é conhecida como cavalo. Manifesta-se através de feridas dolorosas com base mole;

- **Condiloma acuminado ou HPV:** é uma lesão na região genital, causada pelo Papilomavirus Humano (HPV). A doença é também conhecida como crista de galo, figueira ou cavalo de crista;

- **Gonorréia:** é a mais comum das DST. Também é conhecida pelo nome de blenorragia, pingadeira, esquentamento. Nas mulheres, essa doença atinge principalmente o colo do útero;

- **Clamídia:** também é uma DST muito comum e apresenta sintomas parecidos com os da gonorréia, como, por exemplo, corrimento parecido com clara de ovo no canal da urina e dor ao urinar. As mulheres contaminadas pela clamídia podem não apresentar nenhum sintoma da doença, mas a infecção pode atingir o útero e as trompas, provocando uma grave infecção. Nesses casos, pode haver complicações como dor durante as relações sexuais, gravidez nas trompas (fora do útero), parto prematuro e até esterilidade;

- **Herpes:** manifesta-se através de pequenas bolhas localizadas principalmente na parte externa da vagina e na ponta do pênis. Essas bolhas podem arder e causam coceira intensa. Ao se coçar, a pessoa pode romper a bolha, causando uma ferida;

- **Linfogranuloma venéreo:** caracteriza-se pelo aparecimento de uma lesão genital de curta duração (de três a cinco dias), que se apresenta como uma ferida ou como uma elevação da pele. Após a cura da lesão primária surge um inchaço doloroso dos gânglios de uma das virilhas. Se esse inchaço não for tratado adequadamente, evolui para o

rompimento espontâneo e formação de feridas que drenam pus;

- **Sífilis:** manifesta-se inicialmente como uma pequena ferida nos órgãos sexuais (cancro duro) e com ínguas (caroços) nas virilhas. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Após um certo tempo, a ferida desaparece sem deixar cicatriz, dando à pessoa a falsa impressão de estar curada. Se a doença não for tratada, continua a avançar no organismo, surgindo manchas em várias partes do corpo (inclusive nas palmas das mãos e solas dos pés), queda de cabelos, cegueira, doença do coração, paralisias;

- **Tricomoniase:** os sintomas são, principalmente, corrimento amarelo-esverdeado, com mau cheiro, dor durante o ato sexual, ardor, dificuldade para urinar e coceira nos órgãos sexuais. Na mulher, a doença pode também se localizar em partes internas do corpo, como o colo do útero. A maioria dos homens não apresenta sintomas. Quando isso ocorre, consiste em uma irritação na ponta do pênis.

Continua...

3 ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES, DOENÇAS CARDIOVASCULARES, OBESIDADE, DOENÇA RENAL CRÔNICA, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, DENGUE E DOENÇAS DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS.⁴

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS.

Notificação compulsória é um registro que obriga e universaliza as notificações, visando o rápido controle de eventos que requerem pronta intervenção. Para a construir o Sistema de Doenças de Notificação Compulsória (SDNC), cria-se uma Lista de Doenças de Notificação Compulsória (LDNC), cujas doenças são selecionadas através de determinados critérios como: magnitude, potencial de disseminação, transcendência, vulnerabilidade, disponibilidade de medidas de controle, compromisso internacional com programas de erradicação etc. Devido as alterações no perfil epidemiológico, a implementação de outras técnicas para o monitoramento de doenças, o conhecimento de novas doenças ou a re-emergência de outras, tem a necessidade de constantes revisões periódicas na LDNC no sentido de mantê-la atualizada.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A identificação de uma grande variação – para mais ou para menos – no número de casos ocorridos de determinada doença, em um curto período de tempo, como no caso de surtos de doenças transmitidas por alimentos, pode ser identificada rapidamente. Quase sempre, sempre, as mudanças na incidência das doenças não são suficientemente nítidas para serem percebidas, sem um acompanhamento contínuo de seu comportamento. A vigilância epidemiológica tem a finalidade de conhecer a ocorrência de doenças e outros agravos considerados prioritários, seus fatores de risco e suas tendências, além de planejar, executar e avaliar medidas de prevenção e de controle.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

O anexo da Portaria 104, de 25 de janeiro de 2001, do Ministério da Saúde, trás a Lista de **Notificação Compulsória – LNC:**

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;

⁴ FONTE <http://www.minhavidacom.br>

4. Carbúnculo ou Antraz;
 5. Cólera;
 6. Coqueluche;
 7. Dengue;
- Continua...

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE CIRÚRGICO

O preparo pré-operatório tem início com a internação, estendendo-se até o momento da cirurgia. Tem por objetivo levar o paciente às melhores condições possíveis para cirurgia, para garantir-lhe menores possibilidades de complicações. Cada paciente deve ser tratado e encarado individualmente.

Dependendo da cirurgia a ser realizada, o preparo pré-operatório poderá ser feito em alguns dias ou até mesmo em minutos. As cirurgias que exigem um rápido preparo são as cirurgias de emergência, estas devem ser realizadas sem perda de tempo, a fim de salvar a vida do paciente.

Preparo psicológico

Tem como objetivo assegurar confiança e tranquilidade mental ao paciente. A internação pode significar reclusão, afastamento dos familiares, e o paciente pode ficar ansioso e cheio de temores. O trabalho e a vida diária do paciente são, momentaneamente, paralisados e o desconhecimento do tratamento ao qual será submetido, tudo isso, gera estresse, insegurança, desassossego e medo.

Estes estados psicológicos, quando não reconhecidos e atendidos, podem levar o paciente a apresentar vômitos, náuseas, dor de cabeça, não cooperando para a recuperação pós-cirúrgica, levando-o a complicações respiratórias, agitação e outros problemas.

Para auxiliar o paciente a enfermagem deve ser calma, otimista, compreensiva, e saber como desenvolver confiança. Inteirados da aflição do paciente a enfermeira chefe deve ser notificada, para que tome a melhor medida.

Muitas vezes o paciente tem medo da morte, durante ou após a cirurgia, tem medo de não acordar da anestesia, tem medo de perder qualquer parte do corpo ou de sentir dor durante a cirurgia. Dependendo da necessidade, a enfermeira solicitará a presença do cirurgião ou anestesista para esclarecer o paciente.

Portanto, a enfermagem, embora solicitando outros profissionais para atender o paciente em suas necessidades psicológicas, é principalmente a pessoa que ouve, compreende, ampara e conforta.

Preparo físico

O preparo físico é dividido em três etapas.

Primeira etapa

Preparo inicial é quando o paciente vai ser submetido a exames laboratoriais (exames pré-operatórios), que vão assegurar a viabilidade ou não da cirurgia. Nesta fase, a atuação da enfermagem no preparo se relaciona:

- Ao preparo do paciente, explicando os procedimentos a serem realizados;
- A coleta e encaminhamento dos materiais para exames;
- A manutenção do jejum, quando necessário;
- A aplicação de medicamentos, soro e sangue;
- A realização de controles;
- Sinais vitais;
- Diurese;
- Observação de sinais e sintomas;
- Anotação na papeleta.

Segunda etapa

Preparo físico na véspera da cirurgia tem por objetivo remover toda a fonte de infecção, através da limpeza e desinfecção, conseguida com um mínimo de esgotamento do paciente. Essa segunda etapa se processa assim:

- Verificar lista de cirurgia: quais os pacientes que serão operados, nome da cirurgia, horário, se há pedido de sangue, preparos especiais ou de rotina;
- Providenciar material e colher a amostra de sangue para tipagem sanguínea;
- Observar sintomas como tosse, coriza, febre, variação de pressão arterial e outros.
- Proceder a limpeza e preparar a pele para cirurgia da seguinte forma:
 - Tricotomia da região a ser operada, bem ampla;
 - Banho completo, incluindo cabeça e troca de roupa;
 - Limpeza e corte das unhas, remover esmaltes (pés e mãos) para poder observar a coloração durante a cirurgia;
 - Mandar barbear os homens;
 - Dieta leve no jantar;
 - Lavagem intestinal ou gástrica, de acordo com a prescrição médica;
 - Jejum após o jantar, orientar o paciente;
 - Promover ambiente tranquilo e repousante.

Terceira etapa

A terceira etapa é o preparo físico no dia da cirurgia.

Processa-se assim:

- Verifica se o jejum continua sendo mantido;
- Verificar se todos os cuidados da véspera foram feitos;
- Remover maquiagem, próteses e jóias. As jóias e próteses serão enroladas e guardadas conforme rotina do local;
- Controlar pulso, temperatura, respiração e P.A.;
- Urinar meia hora antes da cirurgia;
- Aplicar a medicação pré-anestésica seguindo prescrição médica, e geralmente é feito de 30 a 45 minutos da cirurgia;
- Checar a medicação pré-anestésica dada;
- Fazer anotação na papeleta;
- Ajudar o paciente a passar da cama à maca;
- Levar a maca com o paciente até o centro cirúrgico, juntamente com o prontuário;

Observação: Qualquer cuidado não efetuado deve ser comunicado ao centro cirúrgico.

Preparo pós-operatório

Os cuidados de enfermagem no pós-operatório são aqueles realizados após a cirurgia até a alta. Visam ajudar o recém-operado a normalizar suas funções com conforto e da forma mais rápida e segura. Incluímos nesses cuidados o preparo da unidade para receber o paciente internado.

Observação: nos hospitais que possuem, no centro cirúrgico, sala de recuperação, pós-anestésica, receber os pacientes nestes locais imediatamente após a cirurgia, dando-lhes assistência até a normalização de reflexos e sinais vitais. Só posteriormente esse paciente é encaminhado à unidade onde está internado.

Ao receber o paciente no quarto:

- Transportá-lo da maca para a cama com o auxílio de outros funcionários;
- Manter a cama em posição horizontal;
- Cobri-lo e agasalhá-lo de acordo com a necessidade;
- Verificar na papeleta as anotações do centro cirúrgico. Caso tenha sido feita a anestesia raque deixar o paciente sem travesseiro e sem levantar, pelo o menos 12 horas;

- Enquanto estiver semiconsciente, mantê-lo sem travesseiro com a cabeça voltada para o lado;
- Observar o gotejamento do soro e sangue;
- Observar estado geral e nível de consciência;
- Verificar o curativo colocado no local operado (se está seco ou com sangue);
- Restringi-lo no leito com grades, para evitar que caia;
- Se estiver confuso, restringir os membros superiores para evitar que retire soro ou sondas;
- Observar sintomas como: palidez, sudorese, pele fria, lábios e unhas arroxeados, hemorragia, dificuldade respiratória e outros, porque podem ocorrer complicações respiratórias e circulatórias;
- Controlar: pulso, temperatura, respiração e pressão arterial;
- Fazer anotação na papeleta;
- Ler a prescrição médica, providenciando para que seja feita;
- Qualquer sintoma alarmante deve ser comunicado imediatamente.

Nas horas em seguida:

- Ao recuperar totalmente a consciência avisá-lo do lugar onde está e que está passando bem;
- Periodicamente, controlar sinais vitais e funcionamento de soro e sondas;
- Promover comodidade no leito;
- Medicá-lo para dor, quando necessário;
- Movimentá-lo no leito, de decúbito;
- Verificar e estimular a aceitação da dieta.

CUIDADOS GERAIS NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AO PACIENTE NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO GERAL

- Definição

Entende-se por pré-operatório, o período de tempo que tem início no momento em que se reconhece a necessidade de uma cirurgia e termina no momento em que o paciente chega numa sala de operação.

Didaticamente, o período pré-operatório esta dividido em mediato e imediato.

- **Mediato** – É o período de tempo que decorre desde a indicação da cirurgia até a véspera de sua realização, ou seja, vinte e quatro (24) horas antes do ato cirúrgico;
- **Imediato** – É o período de tempo que decorre desde a véspera da cirurgia até a chegada do paciente na Unidade de Centro Cirúrgico.

O período de pré-operatório imediato faz parte do período perioperatório. Este período compreende, além do pré-imediato, a transoperatório, a recuperação pós-anestésica e pós-operatório imediato.

O trabalho conjunto da equipe interdisciplinar, durante todo o período de pré-operatório, resulta em benefícios ao paciente, proporcionando-lhe condições, para que tenha uma reabilitação precoce. A família deve atuar, juntamente com a equipe, para que este se sinta mais apoiado.

Estes aspectos são fundamentais para o alcance dos objetivos propostos para a assistência.

- Objetivos

Durante o período de pré-operatório, a equipe interdisciplinar deve unir esforços para:

- proporcionar ao paciente melhores condições físicas e emocionais possíveis;

- minimizar a sua ansiedade, a fim de contribuir para a diminuição do risco cirúrgico e prevenção de complicações pós-operatórias;
- ensinar ao paciente e família mediadas de recuperação, para aumentar a sua auto confiança e facilitar a pratica do auto cuidado no pós-operatório.

- Assistência de enfermagem prestada ao paciente no pré-operatório MEDIATO

De modo geral, a assistência prestada ao paciente, neste período, consiste na avaliação e preparo, tanto físico quanto emocional para a cirurgia.

A avaliação e preparo físico compreendem:

- avaliação clínica do paciente para conduzi-lo ao ato anestésico-cirúrgico, nas melhores condições possíveis;
- avaliação nutricional, realizada através da anamnese dietética, exames antropométricos, bioquímicos e imunológicos, os quais permitem detectar a necessidade de um suporte nutricional oral, enteral ou parenteral;
- avaliação laboratorial, que complementa a avaliação clínica do paciente. A avaliação laboratorial de pacientes sem intercorrências clínicas segue o seguinte esquema: para aqueles com idade até 45 anos, solicitam-se hematócritos, urina e parasitológico de fezes; superior a 45 anos acrescentar eletrocardiograma, glicemia e uréia. Na prática, observa-se que outras provas laboratoriais são realizadas, como, por exemplo: tempo sangria e coagulação (TS e TC), tipagem sanguínea para todos os pacientes, independente da idade, e, para aqueles com mais de 45 anos, dosagens de creatinina, sódio (Na⁺) e potássio (K⁺).

É evidente que, nos pacientes portadores de intercorrências clínicas, são realizados exames específicos, no sentido de avaliá-los e compensá-los para o tratamento cirúrgico.

O enfermeiro, como membro da equipe interdisciplinar, desempenha papel fundamental na avaliação e preparo físico e emocional do paciente para a cirurgia. É de sua competência:

- planejar e implementar a assistência de enfermagem no período pré-operatório mediato, a partir do diagnóstico da situação do paciente, elaborado com base nos problemas de enfermagem identificados, por intermédio do histórico e exame físico de enfermagem;
- desenvolver trabalho coeso com os demais componentes da equipe interdisciplinar, avaliando e registrando os dados relativos à evolução do paciente;
- ensinar ao paciente as medidas preventivas de complicações pós-operatórias. Estas medidas são: exercícios de flexão e extensão para as pernas e pés; virar-se para o lado e sair do leito; deambular precocemente; fazer uso da comadre/papagaio do leito.

Continua...

QUESTÕES DE CONCURSOS

01. (COVEST-COPSET - 2019 - UFPE - Técnico de Enfermagem) A assistência ao paciente crítico requer cuidados de toda a equipe para evitar o risco de transmissão de infecções. Quais ações de enfermagem podem ser desenvolvidas pelo técnico para prevenção das pneumonias associadas a ventilação mecânica?

- A Não aspirar a secreção subglótica conforme indicado, para não haver irritação da mucosa e exacerbação do processo inflamatório.
- B Manter o paciente em decúbito dorsal com o objetivo de não mobilizar a secreção traqueobrônquica.
- C Evitar o uso de antissépticos no momento da higiene oral, prevenindo irritação da mucosa.
- D Manter o decúbito elevado em 30-45°, evitando, assim, o risco de infecção e o aparecimento da pneumonia.
- E Manter por 7 dias, sem desinfecção ou troca, o uso dos inaladores e nebulizadores; após esse período, realizar uma desinfecção com álcool a 70°.
- 02.** A Portaria nº 895, de 31 de março de 2017, instituiu o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave, com os critérios de elegibilidade, para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Assinale a alternativa CORRETA acerca da assistência da equipe de enfermagem ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva:
- a) Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva apresentam elevado risco de desenvolverem lesões por pressão, caso a equipe de enfermagem não realize algumas medidas, como a mudança de decúbito e a avaliação diária e criteriosa das regiões de proeminências ósseas.
- b) A resistência microbiana aos antimicrobianos atualmente é uma das maiores preocupações em saúde pública entre os países desenvolvidos, uma vez que somente os países mais ricos, como os Estados Unidos, utilizam elevado quantitativo de antimicrobianos, o que ocasiona consequências diretas e indiretas como, por exemplo, o prolongamento da doença, o aumento da taxa de mortalidade e a permanência prolongada no ambiente hospitalar.
- c) Dentre as principais medidas de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica que devem ser adotadas pela equipe de enfermagem estão a intubação orotraqueal e a extubação do paciente após cinco dias de internação.
- d) Pacientes em Unidades de Terapia Intensiva apresentam elevado risco de quedas. Como forma de prevenção e redução desse evento adverso, um importante cuidado de enfermagem é realizar a contenção do paciente no leito hospitalar e manter o paciente sob sedação.

IRA: DIAGNÓSTICO, CARACTERIZAÇÃO, PROCEDIMENTO, CLASSIFICAÇÃO

CONCEITO:

A **Injúria Renal Aguda (IRA)** ou Lesão Renal Aguda (LRA) é a redução aguda da função renal em horas ou dias. Refere-se principalmente à diminuição do ritmo de filtração glomerular, porém ocorrem também disfunções no controle do equilíbrio hidro-eletrolítico e ácido-básico. Podem ocorrer alterações hormonais, como a deficiência de eritropoetina e de vitamina D1-3(D).

É caracterizada pela redução abrupta da taxa de filtração glomerular (TFG).

Essa taxa representa o volume de sangue (mL) que os glomérulos filtram a cada minuto

CLASSIFICAÇÃO

A classificação da Insuficiência Renal Aguda (IRA) conforme Brunner e Suddarth (2011) é baseada na avaliação clínica e laboratoriais para determinar a gravidade da condição e orientar o tratamento. Segundo Brunner e Suddarth, a IRA é dividida em três categorias principais: pré-renal, renal (ou intrínseca) e pós-renal. Aqui está uma visão detalhada dessas categorias e suas subcategorias:

1. Insuficiência Renal Aguda Pré-Renal

Conceito: Decorrente de uma diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, levando a uma redução na filtração glomerular.

Causas:

- **Hipovolemia:** Depleção de volume intravascular devido a hemorragia, desidratação, ou perda de fluidos gastrointestinais.
- **Insuficiência Cardíaca:** Redução do débito cardíaco, como em insuficiência cardíaca congestiva.
- **Choque Séptico:** Vasodilatação sistêmica e redução do retorno venoso.
- **Uso de Medicamentos:** Drogas que afetam a perfusão renal, como os anti-hipertensivos ou inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA).

Características:

- Aumento da creatinina e ureia no sangue.
- Aumento da osmolaridade urinária.
- Diminuição do débito urinário.

2. Insuficiência Renal Aguda Renal (Intrínseca)

Conceito: Resulta de danos diretos aos tecidos renais, incluindo glomérulos, túbulos e interstício.

Subcategorias:

- **Nefrite Intersticial Aguda:** Inflamação do interstício renal, frequentemente causada por reações alérgicas a medicamentos ou infecções.
- **Necrose Tubular Aguda (NTA):** Danos aos túbulos renais devido a isquemia prolongada ou exposição a toxinas.
- **Glomerulonefrite Aguda:** Inflamação dos glomérulos, geralmente secundária a infecções ou doenças autoimunes.
- **Doenças Vasculares Renais:** Comprometimento dos vasos sanguíneos dos rins, como vasculite ou trombose.

Características:

- Aumento da creatinina e ureia no sangue.
- Redução na osmolaridade urinária (diluição da urina).
- Presença de sedimentos urinários, como cilindros, leucócitos e hemácias.

3. Insuficiência Renal Aguda Pós-Renal

Conceito: Decorrente de obstrução do fluxo urinário após a saída dos rins, levando a aumento da pressão no sistema urinário e comprometimento da função renal.

Causas:

- **Obstrução Uretral:** Cálculos urinários, estenoses, ou tumores que bloqueiam o fluxo urinário.
- **Hiperplasia Prostática Benigna (HPB):** Aumento da próstata que causa compressão da uretra.
- **Tumores:** Tumores pélvicos que comprimem os ureteres ou a bexiga.
- **Lesões:** Trauma que pode causar obstrução do trato urinário.

Características:

- Aumento da creatinina e ureia no sangue.
- Diminuição do fluxo urinário.
- Ultrassonografia pode mostrar dilatação dos rins e dos ureteres.

Diagnóstico e Avaliação

Para classificar e diagnosticar a IRA, Brunner e Suddarth recomendam uma abordagem detalhada que inclui:

- **História Clínica:** Avaliação dos sintomas, histórico de doenças, e possíveis exposições a fatores de risco.

- **Exames Laboratoriais:** Medição de creatinina sérica, ureia, eletrólitos, e análise de urina.
- **Exames de Imagem:** Ultrassonografia renal, tomografia, ou ressonância magnética para avaliar a estrutura e a função renal.
- **Exames Especiais:** Biópsia renal pode ser necessária em casos de suspeita de glomerulonefrite ou outras condições intrínsecas.

COMO FAZER O DIAGNÓSTICO DA INJÚRIA RENAL AGUDA?

O diagnóstico de uma IRA começa a partir da identificação da doença de base. Para isso, será necessário fazer uma anamnese e um exame físico de qualidade. Contudo, o diagnóstico só é feito a partir de exames laboratoriais e, se for necessário, exame de imagem.

Primeiro passo: avaliação do exame de função renal

Continua...

QUESTÕES DE PROVAS

01. (Prefeitura do Município de Araçariguama - Auxiliar de Enfermagem - 2023) Um paciente com Insuficiência Renal Aguda está apresentando o volume urinário de 75 ml/dia. Essa condição é denominada de:) A Anúria total.

- B Anúria.
- C Oligúria.
- D Poliúria.
- E Hiperpoliúria.

Para classificar a condição do paciente com base no volume urinário, é importante entender as definições dos termos relacionados ao volume de urina:

- **Anúria:** Ausência de produção de urina ou produção de menos de 100 ml/dia.
- **Oligúria:** Produção de urina diminuída, tipicamente definida como menos de 400 ml/dia.
- **Poliúria:** Produção excessiva de urina, geralmente mais de 2.500 ml/dia.
- **Hiperpoliúria:** Aumento significativo da produção de urina em relação ao esperado, mas não tem uma definição padronizada em comparação com poliúria.

No caso mencionado, o paciente está produzindo 75 ml/dia de urina. Esse volume é significativamente menor do que 400 ml/dia e, portanto, se enquadra na categoria de oligúria. A produção de urina abaixo de 100 ml/dia caracteriza a anúria.

Portanto, a condição descrita é:

B. Anúria

Apesar de 75 ml/dia também ser uma produção extremamente baixa e poderia ser considerada anúria em algumas classificações, a resposta mais precisa no contexto clínico comum é anúria devido ao volume extremamente baixo.

02. (Marinha/2020) De acordo com Brunner e Suddarth (2011), as principais categorias de insuficiência renal aguda são: a) primária, idiopática e focal.

- b) primária, intrarrenal e pós-renal.
- c) pré-renal, idiopática e focal.
- d) pré-renal, intrarrenal e pós-renal.
- e) intrarrenal, pós-renal e focal

03. (TRT 16 - Técnico Judiciário - Área Apoio Especializado - Especialidade: Enfermagem - 2022) Um paciente com insuficiência renal aguda decorrente da obstrução do sistema coletor de urina, em qualquer ponto, desde os cálices até a saída da bexiga apresenta insuficiência renal

- A pós-renal.
- B intrarrenal.
- C pré-renal.
- D ultrarrenal.
- E infrarrenal.

ESTERILIZAÇÃO

CONCEITO DE ESTERILIZAÇÃO

A esterilização é um processo utilizado para eliminar todos os microorganismos, incluindo bactérias, vírus, fungos e esporos, de superfícies e instrumentos, tornando-os livres de qualquer forma de vida microbiana.

Além disso, a esterilização garante:

- Segurança para pacientes e profissionais
- Obediência às normas legais estabelecidas pela Anvisa
- Maior vida útil aos materiais médicos
- Economia e otimização de recursos

O processo de desinfecção, apesar de ser eficaz para a eliminação de micro-organismos, não destrói os esporos e alguns tipos de vírus. Dessa maneira, só desinfetar não é suficiente.

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO

Existem várias formas de realizar a esterilização. No entanto, a decisão de qual processo utilizar deve ser baseada no tipo de material e no risco de contaminação.

Os métodos de esterilização podem ser divididos em químicos (compostos fenólicos, clorexidina, halogênios, álcoois, peróxidos, óxido de etileno, formaldeído, glutaraldeído e ácido peracético) e físicos (calor, filtração e radiação). Para a escolha do melhor método, deve-se levar em consideração, além da compatibilidade do material, a efetividade, toxicidade, facilidade de uso, custos, entre outros.

1. Métodos Químicos

É indicada para artigos críticos e termossensíveis, ou seja, aqueles que não resistem às altas temperaturas dos processos físicos.

Dentre os métodos químicos, alguns deles podem ser utilizados tanto para desinfetar como para esterilizar, depende apenas do tempo de exposição e concentração do agente. Os mais utilizados para produtos laboratoriais e hospitalares são:

- **Óxido de Etileno (ETO):** é um gás vastamente utilizado na esterilização de materiais laboratoriais e hospitalares de uso único por causa do seu bom custo/benefício. Sua ação se dá pela reação com uma proteína no núcleo da célula, impedindo a reprodução. Todos os produtos devem ser colocados em embalagens permeáveis a gases para permitir que o ETO penetre. Seu uso não danifica os materiais e pode ser utilizado em vários tipos de materiais, inclusive os termossensíveis. Contudo, ele é altamente tóxico e agressivo ao ambiente externo.
- **Ácido Peracético:** tem ação rápida, baixa toxicidade e é biodegradável. Porém, danifica metais. Uma grande vantagem é ser efetivo mesmo na presença de matéria orgânica (ou seja, os materiais não precisam ser previamente limpos). Em compensação, os materiais devem ser utilizados imediatamente após a esterilização por esse método, por isso não é muito utilizado.
- **Peróxido de hidrogênio** (água oxigenada): em concentração de 3% e 6% tem ação rápida, é biodegradável e atóxico, mas tem alta ação corrosiva. Sua ação é mais eficaz em capilares hemodializadores e lentes de contato, mas esse processo não é muito utilizado.
- **Formaldeído:** pode ser utilizado na forma gasosa e líquida e, para ter ação esporicida, necessita de um longo tempo de exposição. É indicado para cateteres,

drenos e tubos, laparoscópios, artroscópios e ventriloscópios, enxertos de acrílico. Por ser carcinogênico e irritante das mucosas, seu uso está mais restrito.

- **Glutaraldeído:** líquido com potente ação biocida e pode ser utilizado em materiais termossensíveis, mas necessita de um longo tempo de exposição para ser esporicida. É muito utilizado por ter baixo custo e baixo poder corrosivo, porém é irritante das vias aéreas; pode causar queimaduras na pele, membrana e mucosas; e materiais porosos podem reter o produto. Enxertos de acrílico, cateteres, drenos e tubos de poliestireno são os materiais rotineiramente esterilizados por esse processo.

2. Métodos físicos de esterilização

A esterilização por processos físicos pode ser através de calor úmido, calor seco ou radiação. A esterilização por radiação tem sido utilizada em nível industrial, para artigos médicos-hospitalares. Ela permite uma esterilização a baixa temperatura, mas é um método de alto custo. Para materiais que resistam a altas temperaturas a esterilização por calor é o método de escolha, pois não forma produtos tóxicos, é seguro e de baixo custo.

- **Radiação ionizante:** destrói o DNA formando radicais super-reativos (superóxidos), matando ou inativando os micro-organismos (quando são incapazes de se reproduzir). Muitos materiais são compatíveis com esse tipo de esterilização, pois não há aumento da temperatura nesse processo. Caso dos materiais termossensíveis e tecidos biológicos para transplantes. Apesar de parecer, a radiação não é transmitida para os produtos processados. É um processo livre de resíduos e ecológico, pois não gera emissões tóxicas ou resíduos, além de não causar impactos na qualidade do ar ou da água. Destacaremos dois tipos delas:
- **Radiação Gama:** a energia é gerada por fontes de Cobalto 60. Esse processo tem alto poder de penetração, permitindo que os produtos sejam esterilizados já na embalagem final, sem necessidade de manipulação.
- **E-beam** (feixe de elétrons): utilizado preferencialmente para o processamento de produtos de alto volume/baixa densidade, como seringas médicas, ou produtos de baixo volume/alto valor, como dispositivos cardioráxicos. Além disso, pode ser utilizado para produtos biológicos e tecidos. Podem ser esterilizados na embalagem final, pois a radiação E-beam também possui alto poder de penetração. A grande vantagem desse tipo de radioesterilização é que necessita menor tempo de exposição, evitando rompimentos e efeitos de envelhecimento a longo prazo que podem acontecer com polipropileno quando submetido à radiação prolongada
- **Calor úmido** (ex.: autoclavagem, fervura e pasteurização): provoca a desnaturação e coagulação das proteínas e fluidificação dos lipídeos. Não pode ser utilizado em materiais termossensíveis, nem para materiais que oxidam com água. A autoclavagem é muito utilizada nos vários setores de serviços da saúde por ser de custo acessível e de fácil utilização. Além disso, consegue esterilizar uma infinidade de materiais, inclusive tecidos e soluções.
- **Calor seco** (ex.: estufa, flambagem e incineração): provoca a oxidação dos constituintes celulares orgânicos. Penetra nas substâncias de uma forma mais lenta que o calor úmido e por isso exige temperaturas mais elevadas e tempos mais longos.

Não pode ser utilizado para materiais termossensíveis.

- **Filtração:** utilizada para soluções e gases termolábeis, quando atravessam superfícies filtrantes com poros bem pequenos, como velas porosas, discos de amianto, filtros de vidro poroso, de celulose, e filtros "millipore" (membranas de acetato de celulose ou de policarbonato).
- **Radiação não-ionizante** (ex.: luz UV): altera a replicação do DNA no momento da reprodução. Muito utilizado em lâmpadas germicidas encontradas em centros cirúrgicos, enfermarias, berçários, capelas de fluxo laminar. Tem como desvantagens: baixo poder de penetração e efeitos deletérios sobre a pele e olhos, causando queimaduras graves.

INDICADORES QUÍMICOS E BIOLÓGICOS

Continua...

QUESTÕES DE PROVAS

- 01.** (IFRN - Técnico em Enfermagem - 2024) A esterilização de produtos para a saúde consiste no processo de destruição de todas as formas de vida microbiana mediante a aplicação de agentes físicos e químicos. Os métodos físicos utilizam o calor sob a forma úmida e seca. No processo de esterilização por vapor saturado sob pressão, é correto afirmar que a câmara do equipamento deve ser preenchida:
- A No máximo, até 80% de sua capacidade total, sem que os materiais encostem na parede.
 - B No mínimo, com 80% de sua capacidade total, sem que os materiais encostem na parede.
 - C No máximo, até 90% de sua capacidade total, permitindo que os materiais encostem na parede.
 - D No mínimo, com 90% de sua capacidade total, permitindo que os materiais encostem na parede.
- 02.** (Prefeitura de Caraguatatuba - Auxiliar de Enfermagem - 2024) O controle do processo de esterilização utilizado para verificar tempo, temperatura e pressão, durante todo o ciclo de esterilização, é denominado monitoramento
- A físico.
 - B químico.
 - C mecânico.
 - D biológico.
 - E físico-químico.
- 03.** (Prefeitura de Florianópolis - Técnico de Enfermagem - 2024) Você é técnico de enfermagem e realiza a esterilização de materiais de uma Central de Esterilização de Materiais (CME) de um hospital geral. Durante o processo de esterilização, você identifica um erro no procedimento de um colega e precisa agir rapidamente para corrigi-lo. Isso posto, assinale a alternativa correta com a atitude e ação a ser desempenhada quando você percebe que seu colega está utilizando água da torneira para realizar a esterilização dos materiais:
- A você decide não intervir e aguarda que o erro seja corrigido por um supervisor, pois não cabe a você interferir na execução do trabalho de seu colega.
 - B você sugere ao seu colega que consulte o manual de procedimentos de enfermagem da referida unidade para confirmar as etapas do processo de esterilização dos materiais.
 - C você interrompe o colega imediatamente e explica que a água da torneira não é adequada para a esterilização dos materiais, pois pode conter organismos contaminantes.
 - D você identifica que essa ação está errada, mas não intervém e comporta-se como se a ação estivesse adequada.

66 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

É você decide não interferir, pois a água da torneira é segura para esse fim, visto que o processo de esterilização por si só já elimina os microrganismos.

04. (CETREDE - - Prefeitura Caucaia - Técnico em Enfermagem - 2024) Em relação aos métodos de esterilização de equipamentos e materiais, assinale a alternativa INCORRETA.

A A esterilização a vapor é adequada para materiais sensíveis ao calor e à umidade.

B A radiação gama ou a radiação de feixe de elétrons são usadas, principalmente, para a esterilização de produtos para a saúde de uso único.

C A esterilização por gás óxido de etileno é geralmente utilizado para materiais sensíveis ao calor e à umidade, como dispositivos eletrônicos e plásticos.

D A esterilização a vapor é o método mais comumente utilizado em estabelecimentos de saúde devido à sua eficiência, eficácia e baixo custo.

E O ETO é um gás altamente eficaz que pode penetrar em todos os aspectos do material, tornando-o particularmente útil para dispositivos complexos e intrincados.

ASSISTÊNCIA MATERNO INFANTIL

CONCEITO

A assistência materno-infantil engloba o conjunto de cuidados e práticas voltados para promover a saúde e o bem-estar das mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto, bem como dos recém-nascidos e crianças pequenas. Esta assistência é fundamental para garantir uma gravidez saudável, um parto seguro e um desenvolvimento infantil adequado.

OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

1. Promoção da Saúde Materna e Infantil:

o **Materna:** Assegurar que a gestante receba cuidados adequados, monitoramento e orientações para manter uma gravidez saudável.

o **Infantil:** Apoiar o crescimento e desenvolvimento do bebê desde o nascimento, monitorando a saúde e fornecendo orientação sobre cuidados infantis.

2. Prevenção de Complicações:

o **Durante a Gravidez:** Identificar e tratar condições como hipertensão e diabetes gestacional.

o **No Parto:** Monitorar e intervir para evitar complicações obstétricas.

o **Pós-Parto:** Prevenir e tratar complicações, como infecções e problemas de amamentação.

3. Educação e Suporte:

o **Gestante e Família:** Oferecer informações sobre cuidados durante a gravidez, preparação para o parto e cuidados com o recém-nascido.

o **Pais:** Orientar sobre práticas de cuidados com o bebê, amamentação e desenvolvimento infantil.

4. Apoio Psicológico e Social:

o **Gestante:** Fornecer suporte emocional e psicológico durante a gravidez e o parto.

o **Pós-Parto:** Ajudar a mãe a ajustar-se ao novo papel e oferecer suporte em casos de depressão pós-parto.

ENFERMAGEM NO CUIDADO AO NEONATO NO ALOJAMENTO CONJUNTO

A transferência do recém-nascido com sua mãe para o Alojamento conjunto ocorre quando o bebê encontra-se em condições clínicas favoráveis e com os sistemas estáveis.

É importante que você tenha em mente os objetivos do cuidado de enfermagem ao recém-nascido no Alojamento conjunto. Eles abordam:

- A diminuição da morbimortalidade infantil, com ênfase na neonatal.
- O incentivo ao aleitamento materno.
- A promoção e o fortalecimento dos vínculos familiares.
- Suporte para que os pais se sintam confiantes e seguros para o cuidado com o recém-nascido.
- Estímulo ao desenvolvimento de programas educativos individuais e coletivos.

É importante que os cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido estejam em consonância com a filosofia da instituição e com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Além da base científica, o enfermeiro deverá utilizar a sensibilidade e a intuição. A utilização da metodologia da assistência de enfermagem preconizada pela instituição permite que se preste um cuidado sistematizado e individualizado.

Você sabe que **cuidados devemos prestar diariamente ao neonato no Alojamento conjunto?**

Os **CUIDADOS** que devem ser prestados diariamente pela Enfermagem ao recém-nascido no Alojamento conjunto são os seguintes:

- Exame físico e de reflexos completo.
- Incentivo e apoio à amamentação.
- Proteção contra infecções.
- Avaliação e controle dos sinais vitais.
- Avaliação da perda ponderal.
- Controle das eliminações.
- Medidas de higiene e conforto.
- Cuidados com o coto umbilical.
- Avaliação de anormalidades e educação em saúde.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem desempenha papéis cruciais na assistência materno-infantil. Suas responsabilidades incluem:

1. Cuidados Pré-Natais:

o **Monitoramento:** Acompanhar a saúde da gestante e do feto, medir a pressão arterial, monitorar o crescimento fetal e realizar exames laboratoriais.

o **Educação:** Fornecer informações sobre nutrição, sinais de alerta e práticas de cuidado durante a gravidez.

2. Assistência no Parto:

o **Apoio Direto:** Auxiliar no trabalho de parto, monitorar sinais vitais e bem-estar fetal, e oferecer suporte à mãe.

o **Procedimentos:** Assistir na realização de procedimentos como administração de medicamentos e cuidados pós-parto imediatos.

3. Cuidados Pós-Parto:

o **Monitoramento:** Avaliar a recuperação da mãe e do recém-nascido, oferecer suporte para amamentação e ajudar na adaptação ao pós-parto.

o **Educação:** Orientar sobre cuidados com o recém-nascido, sinais de complicações e cuidados domiciliares.

4. Assistência Domiciliar:

o **Visitas Domiciliares:** Realizar visitas para monitorar a saúde da mãe e do bebê, e fornecer educação adicional e suporte conforme necessário.

CASO PRÁTICO

Contexto: Maria, uma mulher de 28 anos, está grávida de 32 semanas. Ela é uma mãe de primeira viagem e apresenta algumas preocupações com relação ao parto e aos cuidados com o recém-nascido. Além disso, Maria tem histórico de pressão arterial levemente elevada.

Plano de Assistência da Equipe de Enfermagem:

1. Cuidados Pré-Natais:

o **Avaliação:** Medir a pressão arterial de Maria e monitorar a presença de qualquer sintoma de pré-eclâmpsia.

o **Educação:** Oferecer orientações sobre sinais de alerta de complicações, preparar Maria para o parto e discutir técnicas de amamentação.

2. Assistência no Parto:

o **Preparação:** Garantir que o plano de parto de Maria esteja em ordem e discutir suas preferências.

o **Suporte:** Durante o trabalho de parto, monitorar os sinais vitais de Maria e do feto, administrar analgesia conforme necessário, e oferecer apoio emocional.

3. Cuidados Pós-Parto:

o **Monitoramento:** Avaliar a recuperação de Maria e do bebê, verificar a pressão arterial e auxiliar na amamentação.

o **Educação:** Ensinar Maria sobre cuidados com o bebê, sinais de problemas e como buscar ajuda se necessário.

4. Assistência Domiciliar:

o **Visitas:** Programar visitas domiciliares para garantir que Maria e o bebê estejam bem ajustados, oferecer suporte adicional e responder a quaisquer perguntas que possam surgir.

Continua...

QUESTÕES DE PROVAS

01. (EBSERH - Técnico de Enfermagem - 2013) Nas ações de assistência materno-infantil da Atenção Básica, as equipes profissionais são importantes na tarefa de identificação de sinais de alterações no desenvolvimento da criança. Considerando o desenvolvimento normal, uma criança com 6 meses de vida:

A Pega objetos usando o polegar ou indicador.

B Tem ausência de vocalizações.

C Senta-se e fica em pé sem apoio.

D Segura e transfere objetos de uma mão para a outra.

Vamos analisar cada uma das opções para determinar qual delas corresponde ao desenvolvimento normal de uma criança de 6 meses de idade:

A. Aos 6 meses, a criança ainda está desenvolvendo habilidades motoras finas e geralmente utiliza um padrão de pinça mais amplo (agarrar com toda a mão) em vez de um padrão de pinça mais refinado, que envolve o uso do polegar e indicador. O uso do polegar e indicador para pegar objetos é mais comum a partir dos 9-12 meses.

B. Aos 6 meses, a criança deve estar começando a vocalizar mais, produzindo sons variados e imitando alguns sons simples. A ausência de vocalizações é uma preocupação e pode indicar um atraso no desenvolvimento da linguagem. Vocalizações são esperadas a partir dos 4-6 meses.

C. Aos 6 meses, a maioria das crianças ainda não consegue ficar em pé sem apoio. Elas podem começar a sentar-se com alguma ajuda ou apoio, mas geralmente não conseguem permanecer em pé sem suporte até cerca de 9-12 meses. A capacidade de sentar-se sem apoio pode começar por volta dos 6-8 meses, mas ficar em pé sem apoio ocorre mais tarde.

D.: Aos 6 meses, a criança geralmente começa a mostrar habilidades de coordenação motora fina, incluindo a capacidade de pegar e transferir objetos de uma mão para a outra. Esta habilidade é típica em crianças dessa faixa etária e indica um desenvolvimento motor apropriado.

Logo, a opção **D** ("Segura e transfere objetos de uma mão para a outra") é a mais consistente com o desenvolvimento normal de uma criança de 6 meses. As outras opções (A, B e C) representam habilidades ou características que normalmente se desenvolvem em idades diferentes ou são sinais de desenvolvimento atípico. Portanto, a resposta correta é **D**.

02. (Prefeitura de Fortaleza dos Nogueiras - MA - Enfermeiro) São objetivos da assistência de enfermagem materno-infantil, EXCETO:

A A assistência ao pré-natal, na sala de parto e berçário.

B A assistência domiciliar à mãe e ao recém-nascido, proporcionando assim um atendimento completo ao binômio mãe e filho.

C Agendar consulta de puerpério até 60 dias após o parto.

D Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido.

Vamos analisar cada uma das opções propostas para identificar a que não corresponde aos objetivos da assistência de enfermagem materno-infantil:

A. Este é um objetivo central da assistência de enfermagem materno-infantil. Envolve fornecer cuidados durante a gestação (pré-natal), no momento do parto e no pós-parto imediato (berçário).

B. A assistência domiciliar é uma parte importante do cuidado continuado, oferecendo suporte e educação adicional após a alta hospitalar para garantir que tanto a mãe quanto o recém-nascido recebam o cuidado necessário.

C. Embora o agendamento de consultas de puerpério seja importante, a responsabilidade de agendar consultas específicas não é um objetivo direto da assistência de enfermagem materno-infantil. O foco principal da enfermagem é fornecer cuidados durante e após a gestação, e a responsabilidade de agendar consultas pode estar mais alinhada com o papel de outros profissionais de saúde ou sistemas administrativos.

D. Avaliar a interação mãe-recém-nascido é crucial para garantir o desenvolvimento emocional e a adaptação saudável após o nascimento. É uma parte importante da assistência de enfermagem para promover um vínculo saudável e detectar possíveis dificuldades precoces.

Assim, a opção **C** ("Agendar consulta de puerpério até 60 dias após o parto") não se encaixa perfeitamente como um objetivo direto da assistência de enfermagem materno-infantil. Embora a assistência ao puerpério seja importante, o agendamento específico de consultas é geralmente mais uma função administrativa ou responsabilidade de outro profissional de saúde, e não um objetivo primário da prática de enfermagem em si. Portanto, a resposta correta para a questão é **C**.

03. (Prefeitura de Abadiânia - Técnico de Enfermagem - 2024) Qual é o objetivo da pesagem diária do recém-nascido no Alojamento conjunto:

A Verificar a temperatura corporal do bebê.

B Avaliar a necessidade de intervenção médica imediata.

C Monitorar a eliminação de mecônio e urina.

D Acompanhar a perda ponderal fisiológica e orientar os familiares sobre amamentação.

Gabarito:

ASSISTÊNCIA CLÍNICA E OBSTÉTRICA E CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

A enfermagem obstétrica é uma especialidade da enfermagem focada em prestar assistência às gestantes de risco habitual (baixo risco), com o olhar integral à mulher nas diversas fases do período gestacional e pós-parto. Ela também participa nas gestações de alto risco em parceria com o médico obstetra.

A **atenção obstétrica e neonatal** deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização.

Entende-se por **humanização**: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a coresponsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;

identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO

A assistência de enfermagem no trabalho de parto e parto refere-se ao período em que a gestante apresenta contrações uterinas em intervalos regulares, que aumentam progressivamente em termos de frequência e intensidade, com o passar do tempo são concomitantes ao apagamento (esvaecimento) e dilatação progressiva do colo uterino.

ADMISSÃO DA PACIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

- A paciente é acolhida pela equipe de enfermagem, orientado-a sobre o setor e a presença dos acompanhantes, conforme Protocolo de Acompanhantes da instituição.
- O banho de aspersão é oferecido a paciente que recebe orientações sobre como proceder com a vestimenta (camisola e touca) e logo depois é direcionada ao leito.
- O enfermeiro realiza a anamnese da paciente.

OBJETIVOS DE ENFERMAGEM

- Acolher e apoiar a paciente em todo o trabalho de parto.
- Monitorar os sinais e sintomas da evolução do parto.
- Orientar e oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor.
- Prestar um atendimento humanizado a paciente e seu acompanhante.

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Pré-natal (realizada na ME / UBS/ não realizou).
- Queixa principal.
- Antecedência obstétrica (número de gestações, paridades e abortos).
- Avaliação obstétrica (contrações / perdas transvaginais/ movimentos fetais).
- Alergias /uso de drogas/ vítima de violência.
- História patológica atual.
- Nível de consciência.
- Avaliação das mamas / mamilos.
- Avaliação das perdas transvaginais (quantidade e características).
- Sinais vitais.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO ESTÁGIO (ESTÁGIO DE DILATAÇÃO)

O Período de dilatação é dividido em duas fases: latente e ativa. A latência como um período em que as contrações estão se tornando mais coordenadas, fortes e mais eficientes e o colo mais amolecido, flexível e elástico, dois terços do tempo total que dura o período de dilatação são utilizados durante esta fase.

A fase ativa começa quando a dilatação cervical atinge 3 a 4cm, sendo definida como a de dilatação cervical rápida. Para que ocorra a dilatação, é necessário o apagamento, a descida do feto e contrações uterinas eficientes. Estas contrações encurtam o corpo uterino, tracionando longitudinalmente o segmento inferior, que se expande. A frequência da contratilidade uterina aumenta à medida que evolui o trabalho de parto, sendo maior em sua fase ativa.

No primeiro estágio do parto são necessárias algumas intervenções de enfermagem específica desta fase do parto:

- Estabelecer uma relação com a parturiente seus familiares.
- Informar a parturiente e seus familiares a progressão do trabalho de parto.

- Fornecer líquidos leves conforme prescrição médica.
- Explicar todos os procedimentos durante o trabalho de parto.
- Monitorar os sinais vitais maternos:
 - o Temperatura a cada 6 horas, exceto no caso de hipertermia ou com rompimento das membranas, que exigem a verificação a cada 2 horas e sempre que necessário.
 - o Verificação de pulso e respiração de acordo com a rotina do setor.
 - o Pressão Arterial a cada 6 horas, exceto no caso de hipertensão ou hipotensão, ou quando a parturiente receber medicamento que interfira na estabilidade hemodinâmica. Nestes casos o intervalo de verificação será definido pela equipe do setor.
- Monitorar os batimentos cardíacos fetais.
- Oferecer os métodos não farmacológicos de alívio da dor de acordo com a aceitação da parturiente: deambulação, massagens, movimentos facilitadores do trabalho de parto, banho de aspersão, bola suíça, respiração consciente, aromoterapia, esalda pés - Ver Protocolo de Métodos não Farmacológicos do Alívio da Dor no Trabalho de Parto (disponível em: me.ufrj.br)
 - Estimular a parturiente uma atitude ativa com movimentação e exercícios livres durante o trabalho de parto, parto e nascimento, favorecendo as posições verticais e uso de métodos não invasivos para alívio da dor.
 - Estimular as técnicas de conforto.
 - Ajudar a parturiente a mudar de posição.
 - Orientar a paciente a caminhar, agachar, ficar semi-sentada, manter-se em decúbito lateral, auxiliar no banho de aspersão,
 - Rever e ensinar técnicas de respiração adequadas.
 - Administrar medicações prescritas, caso necessário.
 - Observar sinais e sintomas após a administração das medicações.
 - Auxiliar na analgesia, quando indicado.
 - Incentivar o esvaziamento da bexiga.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO ESTÁGIO (FASE DE EXPULSÃO)

O segundo estágio (período expulsivo) inicia-se com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto. Nessa fase ocorrem os puxos maternos. Nesta fase são necessárias as seguintes intervenções de enfermagem:

- Informar a parturiente e seus familiares sobre a progressão do trabalho de parto.
- Preparar a mesa de parto usando técnica asséptica.
- Preparar a Unidade de Calor Radiante (UCR) e os materiais para receber o RN.
- Auxiliar o profissional a se paramentar.
- Auxiliar a parturiente o posicionamento adequado.
- Higienizar a área perineal.
- Monitorar os sinais vitais maternos.
- Auxiliar a puxar suas pernas para trás, de modo que seus joelhos fiquem fletidos.
- Fornecer incentivo positivo e frequente.
- Incentivar a respiração eficaz.
- Levantar grades laterais.
- Registrar o procedimento no livro de parto transpélvico do setor.
- Incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida. A Organização Mundial da Saúde recomenda o aleitamento precoce, pois está associado à menor mortalidade neonatal, ao maior período de amamentação, à melhor interação mãe-bebê e ao menor risco de hemorragia materna.

• Identificar o recém-nascido com pulseira e/ou tornozeleira, registrando o nome da mãe, prontuário data, hora do nascimento e sexo.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO ESTÁGIO (FASE DE EXPULSÃO)

Na 3ª fase do processo de parturição ocorre a separação e a expulsão da placenta. Este estágio constitui-se em período de grande risco materno e exige do profissional manter a vigilância dos sinais clínicos, em função da possível ocorrência de hemorragias no pós-parto, uma das grandes causas de mortalidade materna.

A incidência de casos de hemorragia pós-parto e de retenção placentária ou de restos placentários aumenta na presença de fatores predisponentes. Mesmo em gestações de baixo risco e partos normais durante o 1º e 2º estágios coexiste a possibilidade de ocorrer hemorragia severa e/ou retenção placentária. Assim, a forma a assistência prestada durante o 3º estágio poderá influenciar diretamente sobre a incidência dos casos de hemorragia e na perda sanguínea decorrida desse evento.

Para isto, algumas medidas devem ser tomadas:

- Observar sangramento. A perda de mais de 500 ml de sangue pode representar risco de choque hipovolêmico.
- Realizar a coleta do sangue do cordão para obter amostra para de sangue para realização de análise bioquímica e hematológica.

A paciente que desejar levar sua placenta precisará informar a equipe de enfermagem antes do parto ou logo após o mesmo.

A retirada da placenta deverá ser providenciada pelo acompanhante da paciente logo após o parto, que deverá preencher um termo de liberação da placenta. Não serão armazenadas placentas para posterior retirada.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO QUARTO ESTÁGIO DO PARTO

• A hemorragia pós-parto (HPP) é a causa mais comum de mortalidade materna quando computadas as mortes em todo o mundo, sendo responsável por 25% dessa taxa e contribuindo para a mortalidade e para a elevação dos custos no atendimento perinatal.

• A observação deve ser redobrada da puérpera nesta fase, por tratar-se do período em que, com mais frequência, ocorrem hemorragias pós-parto, principalmente por atonia ou hipotonia uterina. É também momento adequado para promoção de ações que possibilitem o vínculo mãe/bebê, evitando-se a separação desnecessária.

• Para condutas e ações no 4º Período do Parto - Ver Protocolo de Assistência de Enfermagem no Quarto Período do Parto (disponível em: me.ufrj.br).

Fonte:

https://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/assistencia_de_enfermagem_no_trabalho_de_parto_2.pdf

ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o

atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

10 PASSOS PARA O PRÉ-NATAL DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA:

Continua...

ASSISTÊNCIA AO PARTO EMINENTE

Definição: quando não é mais possível transportar a parturiente para uma maternidade devido à iminência do nascimento do bebê.

A paciente encontra-se no período expulsivo ou no 2º período do trabalho de parto.

Diagnóstico: contrações fortes e frequentes (2 ou mais em 10 minutos), com “puxos” (sensação de pressão no períneo) e/ou visualização de distensão perineal ou da apresentação de bebê na vulva.

Períodos do parto:

1º Período de dilatação do colo uterino 2º Período expulsivo

3º Desprendimento da placenta

Assistência ao segundo período:

- Posicionar paciente:
 - para a maioria das pacientes: decúbito dorsal, mesa de parto verticalizada ao máximo e flexão e abdução dos membros superiores ou, se desejado, de cócoras. Não há diferenças nos resultados perinatais, embora a posição de cócoras possa reduzir a dor no terceiro período.
 - em pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral (posição de Simms).
- Antissepsia e colocação de campos esterilizados.
- Bloqueio podendo e infiltração em leque, se for necessária a realização de episiotomia. Pode-se utilizar xilocaína com ou sem adrenalina a 1% ou 2%.

➤ Realização de episiotomia: deve ser realizada seletivamente somente nos casos em que exista indicação para seu uso (sofrimento fetal, uso de fórceps, fetos grandes, cardiopatia materna, período expulsivo prolongado etc.).

➤ Ausculta de BCF a cada 5 minutos durante o período expulsivo, imediatamente antes, durante e após a contração uterina.

➤ Controle do desprendimento da cabeça: objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça.

➤ Aspiração da boca e do nariz do feto com pera de borracha. Deve-se verificar se há circular cervical de cordão. Se a circular for apertada, clampeie e corte o cordão.

➤ Assistência ao desprendimento dos ombros: se a ocorrência não for espontânea, tracione ligeiramente a cabeça fetal na parte inferior para liberar o ombro anterior e, em seguida, na parte superior para liberar o ombro posterior.

➤ Clampeamento do cordão: a ligadura do cordão umbilical (clampeamento) pode ser realizada de imediato ou momentos após o nascimento.

➤ Profilaxia da hemorragia puerperal: aplique 10U de ocitocina intramuscular após o desprendimento do ombro anterior (também podem ser utilizados esgotetrina, combinações de ocitocina e ergotetrina e misoprostol)

Assistência ao terceiro período: dequitação da placenta:

➤ Manejo ativo: consiste no emprego de ocitocinas após o desprendimento dos ombros, combinado com a tração controlada do cordão umbilical. Tal medida mostrou-se capaz de reduzir em 40% a chance de hemorragia puerperal.

➤ Revisão do trajeto: após a dequitação, deve-se verificar a presença de lacerações de trajeto, que podem ser fonte de sangramento significativo e episiorrafia.

Assistência ao quarto período: 1ª hora após o parto

➤ Observe os sinais vitais e o sangramento. Se o sangramento por hipotonia uterina for excessivo, realize massagem uterina e infusão de 30 a 60U de ocitocina em 1000ml de solução glicosada a 40gts/min (grau de recomendação D). Se o tratamento instituído não for eficaz, pesquise a possibilidade de retenção de restos placentários e lacerações de trajeto.

Após a verificação de sangramento vaginal normal e útero contraído, encaminhe a mãe e a criança para o hospital.

PÓS-PARTO - ATENÇÃO NO PUERPÉRIO

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da "Primeira Semana de Saúde Integral". Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). Tais ações contribuem para a redução da mortalidade infantil. Durante os primeiros dias, são realizadas ações básicas preconizadas nesta estratégia. As ações objetivam a triagem neonatal, a triagem auditiva, a checagem de vacinação BCG e de hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio. A atenção à mulher e ao RN no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal.

Após sair da maternidade, toda mulher deve ficar atenta para o aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou da episiotomia, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas.

Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Objetivos:

- ✓ Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- ✓ Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- ✓ Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- ✓ Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- ✓ Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- ✓ Orientar o planejamento familiar.
- ✓ Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.

Condutas:

Oriente a puérpera sobre:

- ✓ Higiene, alimentação, atividades físicas;
- ✓ Atividade sexual, informando-a a respeito de prevenção de DST/Aids;
- ✓ Cuidados com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
- ✓ Cuidados com o recém-nascido;
- ✓ Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).

Oriente a puérpera sobre o planejamento familiar e a utilização de método contraceptivo, se for o caso:

- ✓ Dê a ela uma informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
- ✓ Explique a ela como funciona o método da LAM (amenorreia da lactação);
- ✓ Se a mulher não deseja ou não pode usar a LAM, ajude-a na escolha de outro método;

- ✓ Disponibilize o método escolhido pela mulher com instruções para o seu uso, dizendo-lhe o que deve ser feito se o método apresentar efeitos adversos e dando-lhe instruções para o seguimento;
- ✓ Aplique vacinas (a dupla tipo adulto e a tríplice viral), se necessário;
- ✓ Ofereça teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- ✓ Prescreva suplementação de ferro: 40mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- ✓ Trate possíveis intercorrências;
- ✓ Registre informações em prontuário e insira as informações do puerpério no SisPreNatal.

É importante orientar que as relações sexuais podem ser restabelecidas por volta de 20 dias após o parto, quando já tiver ocorrido a cicatrização. No entanto, devem ser tomadas providências quanto à anticoncepção.

Uso de método anticoncepcional durante o aleitamento:

A escolha do método deve ser sempre personalizada. Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém, este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro. O efeito inibidor da fertilidade (que o aleitamento exclusivo com amenorreia tem) pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção, chamado de LAM (método da amenorreia da lactação).

Quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (complementação alimentar ou retorno das menstruações) ou quando a mulher deseja utilizar um outro método associado ao LAM, é preciso escolher um método que não interfira na amamentação. Nestes casos, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais (DIU e métodos de barreira).

O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de quatro semanas pós-parto.

O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal até três meses após a cura.

O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado.

O anticoncepcional hormonal oral só de progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona, 150mg/ml

– pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.

O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados em lactantes, pois interferem na qualidade e na quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê.

Os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros – só poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual.

Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

- Pega incorreta do mamilo
- Fissuras (rachaduras)

- Mamas ingurgitadas - acontecem, habitualmente, na maioria das mulheres, do terceiro ao quinto dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (com pele brilhante) e, às vezes, avermelhadas. Nestas situações, a mulher também pode apresentar febre.

Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para a amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.

- Mastite - É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, é unilateral e pode ser consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado. Tal situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida sempre que possível. De igual forma, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.

PRÁTICAS INTEGRADAS NA ATENÇÃO AO PARTO

As práticas integradas na atenção ao parto envolvem uma abordagem holística que combina cuidados médicos, suporte emocional e práticas baseadas em evidências para promover um parto seguro, saudável e positivo para a mãe e o bebê. Essas práticas buscam respeitar os desejos e necessidades da mulher, proporcionando uma experiência de parto que seja segura e humanizada. Abaixo estão alguns elementos-chave dessas práticas:

1. Planejamento e Preparação para o Parto

- **Plano de Parto:** Encoraja a mãe a expressar suas preferências e expectativas para o parto, incluindo opções de alívio da dor, preferências sobre intervenções médicas, e o ambiente de parto desejado.
- **Educação Pré-Natal:** Oferece informações sobre o processo de parto, opções de parto e cuidados pós-parto, ajudando a mulher e sua família a se prepararem emocional e fisicamente.

2. Cuidados Centrados na Mulher

- **Autonomia e Participação:** Respeito às escolhas da mulher, garantindo que ela esteja informada e envolvida nas decisões sobre seu cuidado.
- **Suporte Contínuo:** Presença de uma pessoa de apoio, como uma doula ou acompanhante de escolha, que fornece suporte emocional e físico contínuo durante o parto.

3. Práticas Baseadas em Evidências

- **Uso Racional de Intervenções Médicas:** Evitar intervenções desnecessárias, como indução de parto sem indicação médica, episiotomia rotineira e cesárea eletiva, promovendo um parto natural sempre que possível.
- **Alívio da Dor:** Oferecimento de opções de manejo da dor, incluindo métodos farmacológicos (como analgesia epidural) e não farmacológicos (como técnicas de respiração, massagem, hidroterapia).

4. Ambiente Acolhedor e Seguro

- **Ambiente Confortável:** Proporcionar um ambiente de parto que seja confortável, seguro e acolhedor, permitindo liberdade de movimento e posições de parto de escolha.

- **Privacidade e Dignidade:** Garantia de privacidade e respeito à dignidade da mulher durante o trabalho de parto e nascimento.

5. Monitoramento e Avaliação

- **Monitoramento Fetal e Materno:** Avaliação contínua da saúde da mãe e do bebê, incluindo monitoramento dos sinais vitais e bem-estar fetal, para identificar e responder prontamente a quaisquer complicações.
- **Avaliação Pós-Parto:** Cuidados pós-parto imediatos e contínuos, incluindo a avaliação do bem-estar da mãe e do recém-nascido, e apoio à amamentação.

6. Promoção da Amamentação e Vínculo Materno-Infantil

- **Contato Pele a Pele:** Incentivo ao contato pele a pele imediato e contínuo entre a mãe e o bebê, promovendo o vínculo e facilitando o início da amamentação.
- **Apoio à Amamentação:** Orientação e suporte para estabelecer e manter a amamentação, abordando possíveis desafios e proporcionando informações sobre os benefícios do aleitamento materno.

7. Integração com Cuidados Pós-Parto

- **Continuidade do Cuidado:** Garantia de que a mãe e o bebê recebam cuidados contínuos após a alta hospitalar, incluindo visitas domiciliares e acompanhamento em serviços de atenção básica.
- **Apoio Psicológico e Social:** Disponibilização de apoio psicológico e social para ajudar a mãe a se ajustar ao pós-parto e lidar com questões como depressão pós-parto e adaptação ao novo papel.

CONTATO PELE A PELE NA ATENÇÃO AO PARTO

O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido é uma prática fundamental na atenção ao parto, reconhecida por seus múltiplos benefícios para ambos. Essa prática consiste em colocar o bebê nu, apenas com uma fralda, diretamente sobre o peito nu da mãe logo após o nascimento, cobrindo-os com um cobertor para mantê-los aquecidos. O contato pele a pele pode começar imediatamente após o parto, independentemente de ser parto vaginal ou cesariana, e deve ser mantido por pelo menos uma hora ou até que a primeira amamentação tenha ocorrido.

Benefícios do Contato Pele a Pele

1. Regulação da Temperatura Corporal:

- O contato direto com a pele da mãe ajuda a regular a temperatura corporal do recém-nascido, prevenindo a hipotermia. A temperatura da pele da mãe se ajusta para aquecer ou resfriar o bebê conforme necessário, um fenômeno conhecido como "termossincronia".

2. Estabilização dos Sinais Vitais:

- O contato pele a pele estabiliza a frequência cardíaca e respiratória do recém-nascido, além de regular os níveis de glicose no sangue, reduzindo o risco de hipoglicemia.

3. Promoção do Vínculo Materno-Infantil:

- Facilita o desenvolvimento do vínculo entre a mãe e o bebê, um aspecto crítico para o desenvolvimento emocional e social da criança. O contato inicial e a interação com o bebê promovem a liberação de ocitocina na mãe, um hormônio que fortalece o vínculo afetivo.

4. Facilitação da Amamentação:

- O contato pele a pele estimula os reflexos naturais de busca e sucção do bebê, facilitando a amamentação precoce e aumentando as chances de sucesso no aleitamento materno exclusivo. Os bebês que experimentam contato pele a pele têm mais facilidade em encontrar o seio e iniciar a amamentação de forma eficaz.

5. Redução do Estresse e Ansiedade:

○ O contato pele a pele reduz os níveis de estresse e ansiedade tanto na mãe quanto no bebê. A presença próxima e o toque afetuoso da mãe têm um efeito calmante e tranquilizador.

6. Estimulação do Desenvolvimento Neurológico:

○ A interação precoce e o contato físico ajudam no desenvolvimento neurológico do bebê, promovendo o desenvolvimento sensorial e emocional.

Implementação do Contato Pele a Pele

1. Imediatamente Após o Parto:

○ O bebê é colocado diretamente no peito da mãe logo após o nascimento. Este contato pode ser iniciado mesmo antes de cortar o cordão umbilical, se as condições permitirem.

2. Ambiente de Parto:

○ O ambiente deve ser tranquilo e privado, permitindo que a mãe e o bebê tenham um momento de conexão sem interrupções desnecessárias.

3. Envolvimento de Profissionais de Saúde:

○ Enfermeiros, parteiras e médicos devem apoiar e encorajar o contato pele a pele, garantindo que ele seja implementado de forma segura e eficaz. Eles devem estar atentos às necessidades médicas tanto da mãe quanto do bebê, intervindo apenas quando necessário.

4. Inclusão em Protocolos de Cuidados:

○ O contato pele a pele deve ser parte integrante dos protocolos de cuidados perinatais em hospitais e clínicas, incluindo em casos de cesariana, onde as condições clínicas permitirem.

5. Educação e Suporte:

○ Educadores pré-natais e profissionais de saúde devem informar as gestantes sobre os benefícios do contato pele a pele e incentivá-las a incluir essa prática em seus planos de parto.

Considerações Especiais

- Em casos onde a mãe ou o bebê necessitam de cuidados médicos imediatos, o contato pele a pele pode ser adiado, mas deve ser promovido assim que possível.
- Em situações de cesariana, o contato pele a pele pode ser adaptado, envolvendo o pai ou um acompanhante para segurar o bebê até que a mãe esteja apta.
- O contato pele a pele é benéfico para todos os recém-nascidos, incluindo aqueles em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), desde que as condições clínicas permitam.

ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é considerada a melhor forma de alimentar o bebê, mas apesar de ser natural, ela traz muitas dúvidas que, se não esclarecidas em tempo, podem levar ao desmame. O fundamental para o sucesso na amamentação é ter o desejo de amamentar e acreditar que é capaz de amamentar o seu filho

A prática do **aleitamento materno exclusivo deve se estender até os 6 meses**. Isso significa que até essa idade os bebês não precisam de mais nada, nem água ou chá, muito menos de outros leites. Após esse período, a criança deve começar a receber outros alimentos, saudáveis, e continuar a amamentação por 2 anos ou mais, se esse for o desejo da mulher e da criança.

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Assim, o **aleitamento materno costuma ser classificado** em:

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem

outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.
- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.
- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Para os casais que não desejam ter filhos, o Ministério da Saúde, por meio do Programa de saúde da mulher e das secretarias estaduais e municipais de saúde, fornece medicamentos anticoncepcionais, DIU e diafragma.

Lista de produtos financiados pelo Ministério da Saúde:

- anticoncepcional injetável trimestral
- anticoncepcional injetável mensal
- pílula oral combinada
- diafragma
- DIU (dispositivo intrauterino)
- preservativo masculino e feminino
- pílula de emergência
- minipílula

PÍLULA DE EMERGÊNCIA

A pílula anticoncepcional de emergência, também conhecida como pílula do dia seguinte, é um recurso importante para evitar uma gravidez indesejada. Seu uso deve ser reservado para situações excepcionais e não deve ser usada na rotina, em substituição a outros métodos anticoncepcionais.

Mecanismo de ação: quando administrado na primeira fase do ciclo menstrual, altera os folículos e impede ou retarda a ovulação por vários dias. Quando administrado na segunda fase do ciclo, altera o transporte dos espermatozoides e do óvulo nas trompas, modifica o muco cervical e interfere na mobilidade dos espermatozoides. De um modo ou de outro, impede o encontro entre óvulo e espermatozoide, não ocorrendo a fecundação.

O objetivo da anticoncepção hormonal de emergência é prevenir gravidez indesejada ou inoportuna após relação sexual em que houve falha do método contraceptivo ou aconteceu de forma desprotegida.

Assim sendo, as principais indicações são:

- deslocamento do diafragma;
- rompimento do preservativo;
- esquecimento prolongado do anticoncepcional oral ou atraso do injetável;
- coito interrompido em que ocorre derrame do sêmen na vagina;
- cálculo incorreto do período fértil, erro no período de abstinência ou interpretação equivocada da temperatura basal;
- casos de violência sexual, quando a mulher ou adolescente são privadas de escolha e submetidas à gravidez indesejada;
- relação sexual desprotegida sem uso de nenhum método contraceptivo e preservativos (masculino ou feminino).

A eficácia da anticoncepção de emergência com o Levonorgestrel é muito grande até o 5º dia após a relação

desprotegida, entretanto esta eficácia é sempre maior quanto mais próximo da relação for utilizada.

O uso repetitivo da contracepção de emergência diminui a sua eficácia, não sendo, portanto, um método a ser adotado como de rotina.

Nos serviços públicos de saúde, mais especificamente na atenção básica – unidades básicas de saúde e ESF, UPA, centros de saúde – está disponível gratuitamente o Levonorgestrel de 0,75mg. A dispensação segue o seguinte fluxo:

– Acolhimento e oferta de informações como prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional. É fundamental ouvir e analisar a história da usuária, com atenção especial a adolescentes, realizar aconselhamento e orientação sobre o uso do Levonorgestrel.

Para a dispensação do Levonorgestrel, não será exigida receita médica, podendo os(as) enfermeiros(as) disponibilizarem a contracepção de emergência na ausência do médico e posterior encaminhamento da usuária às ações de planejamento reprodutivo.

CLIMATÉRIO

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, **correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade.**

O climatério não é uma doença e sim uma fase natural da vida da mulher e muitas passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras têm sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. No entanto, em ambos os casos, é fundamental que haja, nessa fase da vida, um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos.

A ciência coloca à disposição da sociedade diversos recursos, opções ou modalidades terapêuticas e tecnologias para abordagem da saúde das mulheres no climatério, que devem, no entanto, ser utilizadas de modo criterioso e individualizado. Embora muitas das queixas comportamentais no climatério possam ser explicadas por influências socioculturais e psicológicas, não significa que não existam importantes interações entre biologia, psicologia e cultura.

A medicalização do corpo das mulheres, com o uso sistemático de hormônios durante o climatério tem sido uma prática usual na medicina. As mulheres no climatério não sofrem de uma doença (de carência hormonal) e o tratamento hormonal deve ser encarado como uma opção terapêutica para os casos em que existam indicações específicas. É fundamental que os profissionais de saúde estejam informados e atualizados para procederem a uma abordagem menos agressiva e invasiva possível.

O climatério compreende uma fase de transição caracterizada por flutuações hormonais que podem levar a irregularidades menstruais até chegar à amenorreia.

Clinicamente, os sinais e sintomas associados a essas mudanças podem se manifestar na dependência de diversos fatores, desde os níveis hormonais basais individuais, à resposta dos receptores, até a forma como a mulher vivencia estas mudanças. Ao mesmo tempo, a adoção de medidas promotoras de qualidade de vida com hábitos saudáveis como alimentação equilibrada, atividade física adequada, postura pró-ativa perante a vida, capacidade de fazer projetos, atividades culturais, sociais, profissionais, lúdicas e de lazer, são capazes de proporcionar saúde e bem-estar a qualquer mulher, em qualquer idade.

QUESTÕES DE CONCURSOS

- 01.** (HCPA - Técnico em Enfermagem - Área Obstetrícia - 2024) Assinale a alternativa que apresenta um procedimento adequado para com gestantes em trabalho de parto prematuro.
- A Estimular deambulação.
 - B Restringir a presença de acompanhante.
 - C Realizar enema.
 - D Manter NPO.
 - E Comunicar se a temperatura axilar for $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$.
- 02.** (Prefeitura de Quebrangulo - Técnico de Enfermagem - 2024) A recepção do recém-nascido no pós-parto imediato deve ter normas estabelecidas com as diferentes atribuições constituídas para a equipe profissional, com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade. Nesse sentido, pode-se afirmar que:
- A Manter a criança em posição Trendelenburg é prejudicial na desobstrução das vias aéreas.
 - B O recém-nascido deve ser envolvido com lençol ou campo esterilizado apenas após o contato com a mãe.
 - C O índice de Apgar é realizado para avaliar o RN no 1º e 10º minuto.
 - D Em partos múltiplos, a ordem de nascimento deverá ser especificada nas pulseiras.
- 03.** (CONSULPLAN - 2023 - SESPA-PA - Técnico em Enfermagem) O leite amarelado e grosso que a mulher produz nos primeiros dias após o nascimento do bebê, rico em anticorpos, e que desempenha um papel fundamental na imunidade e no desenvolvimento saudável do bebê é chamado de
- A maduro.
 - B colostro.
 - C de transição.
 - D pasteurizado.
 - E materno posterior.
- 04.** (Consulplan - 2023 - IF-PA - Técnico em Enfermagem) O Ministério da Saúde recomenda que a primeira consulta do recém-nascido constitui um momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal (Teste do Pezinho) e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família; e, ainda garante que todo bebê que nasce no Brasil tem direito a realizar gratuitamente quatro exames muito importantes para a sua saúde. São os chamados exames da triagem neonatal. Sendo o Teste do Pezinho um desses exames, assinale a afirmativa INCORRETA.
- A Pode ser realizado nas maternidades e nas unidades básicas de saúde.
 - B O tempo ideal para a coleta do sangue é entre o 10º e o 15º dia de vida.
 - C É realizado a partir da coleta de uma gota de sangue obtida do calcanhar do bebê.
 - D Dentre as doenças que podem ser detectadas estão a fenilcetonúria e o hipotireoidismo congênito.
- 05.** (Prefeitura de Iporã do Oeste - SC - Técnico em Enfermagem/2023) Na assistência de enfermagem à mulher no ciclo vital (gestante, parturiente e puerpério), no parto normal e de risco e ao recém-nascido normal e de risco, o enfermeiro deve:
- A Evitar a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido para preservar suas energias.
 - B Realizar o clampeamento imediato do cordão umbilical após o nascimento, independentemente da situação.

74 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

C Encorajar a presença do companheiro durante o trabalho de parto e parto apenas se a mulher assim desejar.

D Colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe apenas após a estabilização completa do neonato.

06. (Prefeitura de Pingo D'Água - MG - Técnico em Enfermagem/2022) O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Sobre o aleitamento materno, é INCORRETO afirmar que:

A O desmame precoce pode levar à ruptura do desenvolvimento motor-oral adequado, podendo prejudicar as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionar má-oclusão dentária, respiração bucal e alteração motora-oral.

B Grande parte do leite de uma mamada é produzida enquanto a criança mama, sob o estímulo da prolactina.

C Não há diferença entre o leite de mães de recém-nascidos prematuros e o leite de mães de bebês a termo.

D Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda.

07. (HCPA - Técnico em Enfermagem - Área Obstetrícia - 2024) Considere as seguintes afirmações sobre práticas integradas na atenção ao parto.

I - O contato pele a pele entre a mãe e seu recém-nascido após o parto (colocar o bebê sem roupa, de bruços, sobre o tórax ou abdômen desnudo da mãe, e cobri-los com um cobertor aquecido) ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

II - Imediatamente após o parto, devem-se priorizar procedimentos rotineiros de atenção ao recém-nascido, tais como verificar medidas antropométricas, aplicar vacinas, vitamina K e colírio de nitrato de prata, e, após, deixá-lo com contato pele a pele com a mãe.

III - O contato pele a pele não deve estar limitado à sala de parto; deve ser praticado tão frequentemente quanto possível durante os primeiros dias de vida, para manter a temperatura do recém-nascido, promover a amamentação e fortalecer o vínculo entre a mãe e o seu bebê.

Quais estão corretas?

A Apenas I.

B Apenas II.

C Apenas III.

D Apenas I e III.

E I, II e III.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER:

PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER GINECOLÓGICO (COLO DE ÚTERO E MAMA), ACOMPANHAMENTO À GESTANTE, CONSULTA DE PRÉ-NATAL - ACOMPANHAMENTO À MULHER NO PUERPÉRIO (NORMAL OU PATOLÓGICO) E NO ABORTAMENTO;

SAÚDE DA MULHER

A assistência a saúde da mulher está organizada num programa do Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa prevê a assistência à mulher de forma integrada, abordando-se as várias fases de sua vida, da adolescência à menopausa, incluindo a assistência ao pré-natal, parto e puerpério (ciclo

gravídico-puerperal), *planejamento familiar* (ciclo reprodutivo), assistência clínico-ginecológica (prevenção e controle do câncer ginecológico e de mama e prevenção das DST) e climatério. O objetivo do programa é melhorar as condições de saúde da mulher e reduzir as taxas de morbidade e mortalidade maternas.

Ciclo gravídico-puerperal – é o ciclo que abrange as várias fases do processo de reprodução: gravidez, parto e puerpério.

Na **assistência clínico-ginecológica** há especial preocupação com a prevenção do câncer de mama e do câncer cérvico-uterino. A ocorrência destes tipos de neoplasias expressa a baixa cobertura dos exames preventivos e pouco investimento em atividades de educação em saúde.

O **câncer do colo do útero** é uma doença possível de ser prevenida e curada. Entretanto, em nosso país representa a segunda causa de óbitos por neoplasia em mulheres, pois 70% dos casos diagnosticados já estão em fases avançadas. Ressalte-se, ainda, ser uma doença que incide mais em mulheres de baixo nível socioeconômico.

Para reduzir a incidência e a mortalidade por câncer de colo do útero, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo Uterino – o qual utiliza as estratégias de ações educativas e aumento da qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde. Seu público-alvo são as mulheres entre 35 e 49 anos de idade, consideradas como a população de maior risco.

As **etapas do Programa de Prevenção de Câncer do Colo do Útero (PCCU)** são:

- recrutamento, consiste em um conjunto de ações educativas que visam aumentar o conhecimento da população-alvo sobre o câncer de colo do útero;
- descrição detalhada das atribuições de cada profissional no controle e tratamento, bem como treinamento e reciclagem constantes dos profissionais;
- coleta de material para o exame de Papanicolaou (preventivo ou colpocitológico): consiste no preparo e orientação prévia da mulher, coleta do esfregaço, processamento e leitura do esfregaço no laboratório;
- avaliação do resultado, tratamento e acompanhamento do tratamento do câncer de colo do útero, quando se fizer necessário.

Este programa, como os demais, é operacionalizado pelas unidades básicas de saúde.

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública, responsável por significativo número de óbitos entre mulheres adultas. É, provavelmente, o câncer mais temido pelas mulheres, tanto por sua alta frequência como, sobretudo, pelo impacto psicológico que provoca, visto envolver negativamente as percepções da sexualidade e autoestima.

A principal e mais efetiva arma que contra ele dispomos é o seu diagnóstico precoce mediante realização do autoexame das mamas procedimento que permite à mulher participar do controle de sua saúde, uma vez que possibilita a identificação precoce de quaisquer alterações das mamas.

Todas as ações preconizadas pelo PAISM são encontradas nas áreas técnicas das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Coordenação dos Programas de Saúde da Mulher), bem como nos manuais e normas técnicas elaborados pelo Ministério da Saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a realização de exames preventivos em pelo menos 85% da população feminina com idade superior a 20 anos. Porém, estima-se que no Brasil apenas 8% a 10% das mulheres incluídas nesse grupo realizam o exame preventivo.

Refleta sobre os determinantes que fazem com que o Brasil atenda somente a 10% do que a OMS preconiza no tocante à realização do exame preventivo.

Segundo o Ministério da Saúde, embora 99,9% das mulheres conheçam algum tipo de método anticoncepcional, apenas 76,7% das mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) o utilizam.

As questões referentes à saúde reprodutiva da mulher convergem para a abordagem sobre o exercício responsável do seu direito reprodutivo, como forma de vivenciar sua sexualidade e ter liberdade sobre a escolha de tornar-se mãe ou não.

Continua...

ATENÇÃO PRÉ-NATAL CONSULTAS

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal.

Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal. Para auxiliar nesse objetivo, deve-se observar a discriminação dos fatores de risco no cartão de pré-natal, identificados pela cor amarela. A presença dessas anotações deverá ser interpretada pelo profissional de saúde como sinal de alerta.

1 ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

I. História clínica (observar cartão da gestante)

- Identificação:
 - nome;
 - número do SISPRENATAL;
 - idade;
 - cor;
 - naturalidade;
 - procedência;
 - endereço atual;
 - unidade de referência.
- Dados socioeconômicos;
- Grau de instrução;
- Profissão/ocupação;
- Estado civil/união;
- Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);
- Renda familiar;
- Pessoas da família com renda;
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde;
- Antecedentes familiares:
 - hipertensão arterial;
 - diabetes mellitus;
 - doenças congênitas;
 - gemelaridade;
 - câncer de mama e/ou do colo uterino;
 - hanseníase;
 - tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);

- doença de Chagas;
- parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
- Antecedentes pessoais:
 - hipertensão arterial crônica;
 - cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
 - diabetes mellitus;
 - doenças renais crônicas;
 - anemias e deficiências de nutrientes específicos;
 - desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
 - epilepsia;
 - doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
 - malária;
 - viroses (rubéola, hepatite);
 - alergias;
 - hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
 - portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?);
 - infecção do trato urinário;
 - doenças neurológicas e psiquiátricas;
 - cirurgia (tipo e data);
 - transfusões de sangue.
- Antecedentes ginecológicos:
 - ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
 - uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- Antecedentes pessoais:
 - hipertensão arterial crônica;
 - cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
 - diabetes mellitus;
 - doenças renais crônicas;
 - anemias e deficiências de nutrientes específicos;
 - desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
 - epilepsia;
 - doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
 - malária;
 - viroses (rubéola, hepatite);
 - alergias;
 - hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
 - portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?);
 - infecção do trato urinário;
 - doenças neurológicas e psiquiátricas;
 - cirurgia (tipo e data);
 - transfusões de sangue.
- Antecedentes ginecológicos:
 - ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
 - uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- Gestação atual:
 - data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação
 - DUM (anotar certeza ou dúvida);
 - peso prévio e altura;
 - sinais e sintomas na gestação em curso;
 - hábitos alimentares;
 - medicamentos usados na gestação;
 - internação durante essa gestação;

- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogasilicidas;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- identificar gestantes com fraca rede de suporte social.

II. Exame físico

• Geral:

- determinação do peso e da altura;
- medida da pressão arterial (técnica no item 8.3);
- inspeção da pele e das mucosas;
- palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- ausculta cardiopulmonar;
- exame do abdômen;
- exame dos membros inferiores;
- pesquisa de edema (face, tronco, membros).

• Específico (gineco-obstétrico):

- exame clínico das mamas (ECM). Durante a gestação e amamentação, também podem ser identificadas alterações, que devem seguir conduta específica, segundo as recomendações do INCA. Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contraindicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição de fórmula infantil;
- palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com sonar, após 12 semanas, e com estetoscópio de Pinard, após 20 semanas);
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico;
- o exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

III. Exames complementares

Na primeira consulta, solicitar:

- dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;
- glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;
- exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;
- sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”. Repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível;
- sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação, onde houver disponibilidade para realização;
- sorologia para toxoplasmose, onde houver disponibilidade.

Outros exames podem ser acrescentados a essa rotina mínima:

- protoparasitológico: solicitado na primeira consulta;
- colpocitologia oncótica: muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal.

Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes;

- bacterioscopia da secreção vaginal: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- sorologia para rubéola: quando houver sintomas sugestivos;
- urocultura para o diagnóstico de bacteriúria assintomática;
- eletroforese de hemoglobina: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;
- ultra-sonografia obstétrica: onde houver disponibilidade.

A ultra-sonografia de rotina durante a gestação, embora seja procedimento bastante corriqueiro, permanece controversa. Não existe comprovação científica de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Vale lembrar que, no Brasil, a interrupção precoce da gravidez por malformações fetais incompatíveis com a vida, ainda não é legalmente permitida. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos.

A não realização de ultra-sonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal.

Outra situação completamente distinta é a indicação do exame ultra-sonográfico mais tardiamente na gestação, por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultra-sonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

Investigação de HIV/AIDS

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, obrigatoriamente esse teste deve ser oferecido, com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV.

Aconselhamento pré-teste

• O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/Aids e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, sobre a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), sobre os conceitos “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido”, e sua importância na exposição ao risco para a infecção pelo HIV, em ocasião recente ou pregressa;

• Explicar o que é o teste anti-HIV, como é feito, o que mede, suas limitações, explicando o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo (ver item 9.6);

• Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez para a mulher e para o bebê, reforçando as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, no parto e no pós-parto, e o controle da infecção materna;

• Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV. Durante todo esse processo, a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.

IV. Condutas:

- cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- fornecimento de informações necessárias e respostas às indagações da mulher ou da família;
- orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
- referência para atendimento odontológico;
- encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada;
- referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica.

2 ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação.

I. Controles maternos:

- cálculo e anotação da idade gestacional;
- determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC) (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional);
- medida da pressão arterial (observar a aferição da PA com técnica adequada);
- palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- pesquisa de edema;
- avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas;
- verificação do resultado do teste para HIV e, em casos negativos, repetir próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível. Em casos positivos, encaminhar para unidade de referência.

II. Controles fetais:

- ausculta dos batimentos cardíacos;
- avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

III. Condutas:

- interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;
- tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;
- prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia;
- orientação alimentar;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse do grupo. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados;
- agendamento de consultas subsequentes.

3 CALENDÁRIO DAS CONSULTAS

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe "alta" do pré-natal antes do parto.

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido- puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

Para saber mais:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Informações Gerais

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008). No Brasil, no ano de 2012, foram estimados 17.540 casos novos, sendo 2.030 no estado do Rio de Janeiro e 740 no município do Rio de Janeiro. Em 2011, essa neoplasia representou a quarta causa de morte por câncer em mulheres (5.160 óbitos), com taxa de mortalidade ajustada por idade, pela população mundial, de 4,66/100 mil mulheres (MS/BRASIL, 2012).

É uma doença de desenvolvimento lento, que pode cursar sem sintomas em fase inicial, e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais, nos casos mais avançados.

O câncer do colo do útero é raro em mulheres até 30 anos. Sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa de 45 a 50 anos, e sua mortalidade aumenta progressivamente a partir da quarta década de vida.

Fatores de Risco

Continua...

PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

O mês de Outubro já é conhecido mundialmente como um mês marcado por ações afirmativas relacionadas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama. O movimento, conhecido como Outubro Rosa, é celebrado anualmente desde os anos 90. O objetivo da campanha é compartilhar informações sobre o câncer de mama e, mais recentemente, câncer do colo do útero, promovendo a conscientização sobre as doenças, proporcionando maior acesso aos serviços de diagnóstico e contribuindo para a redução da mortalidade.

O que é?

É o tipo de câncer mais freqüente na mulher brasileira. Nesta doença, ocorre um desenvolvimento anormal das células da mama, que multiplicam-se repetidamente até formarem um tumor maligno.

Como a mulher pode perceber a doença?

O sintoma do câncer de mama mais fácil de ser percebido pela mulher é um caroço no seio, acompanhado ou não de dor. A pele da mama pode ficar parecida com uma casca de laranja; também podem aparecer pequenos caroços embaixo do braço. Deve-se lembrar que nem todo caroço é um câncer de mama, por isso é importante consultar um profissional de saúde.

Como descobrir a doença mais cedo?

Toda mulher com 40 anos ou mais de idade deve procurar um ambulatório, centro ou posto de saúde para realizar o exame clínico das mamas anualmente, além disso, toda mulher, entre 50 e 69 anos deve fazer pelo menos uma mamografia a cada dois anos. O serviço de saúde deve ser procurado mesmo que não tenha sintomas!

O que é o exame clínico das mamas?

É o exame das mamas realizado por médico ou enfermeiro treinado para essa atividade. Neste exame poderão ser identificadas alterações nas mesmas. Se for necessário, será indicado um exame mais específico, como a mamografia.

O que é mamografia?

É um exame muito simples que consiste em um raio-X da mama e permite descobrir o câncer quando o tumor ainda é bem pequeno.

O que pode aumentar o risco de ter câncer de mama?

Se uma pessoa da família – principalmente a mãe, irmã ou filha – teve essa doença antes dos 50 anos de idade, a mulher tem mais chances de ter um câncer de mama. Quem já teve câncer em uma das mamas ou câncer de ovário, em qualquer idade, também deve ficar atenta. As mulheres com maior risco de ter o câncer de mama devem tomar cuidados especiais, fazendo, a partir dos 35 anos de idade, o exame clínico das mamas e a mamografia, uma vez por ano.

O auto-exame previne a doença?

O exame das mamas realizado pela própria mulher, apalpando os seios, ajuda no conhecimento do próprio corpo, entretanto, esse exame não substitui o exame clínico das mamas realizado por um profissional de saúde treinado. Caso a mulher observe alguma alteração deve procurar imediatamente o serviço de saúde mais próximo de sua residência. Mesmo que não encontre nenhuma alteração no auto-exame, as mamas devem ser examinadas uma vez por ano por um profissional de saúde!

O que mais a mulher pode fazer para se cuidar?

Ter uma alimentação saudável e equilibrada (com frutas, legumes e verduras), praticar atividades físicas (qualquer atividade que movimente seu corpo) e não fumar. Essas são algumas dicas que podem ajudar na prevenção de várias doenças, inclusive do câncer.

Fonte: <https://bvsmms.saude.gov.br/outubro-rosa-prevencao-e-diagnostico-precoce-do-cancer-de-mama/>

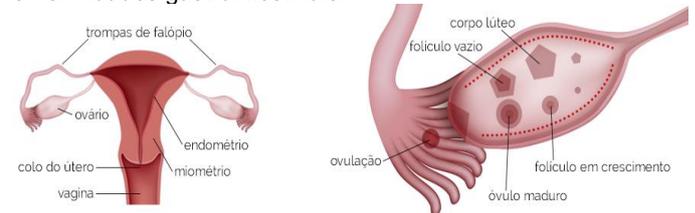
PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Entre todos os tipos de cânceres em mulheres, o câncer de colo do útero é o que tem a taxa de sobrevivência

mais baixa. Sendo diagnosticado em 570 mil mulheres em 2018, no mundo todo, o câncer de colo do útero foi responsável por 311 mil óbitos no mesmo ano. O câncer de colo do útero (CCU) é um dos cânceres mais incidentes no Brasil entre as mulheres, com mais de 16 mil novos casos diagnosticados em 2019.

As nações desenvolvidas e em desenvolvimento são igualmente afetadas por essa doença.

Os **sintomas** são, muitas vezes, erroneamente diagnosticados, dado que podem ser confundidos com sintomas de outras doenças menos graves, especialmente enfermidades gastrointestinais.



Câncer de colo do útero – representação esquemática da pelve feminina

É um tipo de tumor que apresenta uma história longa desde suas lesões iniciais até atingir o câncer, com cerca de 10 a 20 anos. Se diagnosticado precocemente, principalmente nas lesões iniciais ou pré-cancerosas (intraepiteliais), pode ser curado em quase 100% dos casos. Já nas fases mais avançadas, em que o tumor avançou para regiões além do colo do útero, o prognóstico se torna limitado, com perda de qualidade de vida por dores, hemorragias, comprometimento renal e até a morte.

O **agente etiológico** é o papilomavírus humano (HPV). A mulher contrai este vírus no início da vida sexual, muitas vezes na adolescência e, em decorrência de fatores imunológicos da mulher e à própria agressividade do agente, a infecção se torna persistente, ocasionando lesões pré-cancerosas no colo uterino. Se a condição imunológica estiver debilitada e o tipo do HPV agressivo, ou o tratamento recomendado não for aplicado, estas lesões podem progredir para o câncer.

O **HPV** é um tipo de vírus bastante comum na população. A maioria das mulheres será exposta a este agente durante suas vidas sexuais, porém a infecção ocorre de forma transitória, onde o próprio organismo tem a capacidade de eliminar o vírus. Mesmo que ocorra o desenvolvimento de alguma lesão, o próprio sistema imunológico pode “curar”, sem nenhum tratamento. Nos casos em que a imunidade não conseguiu reagir à presença do vírus pode ocorrer a persistência da infecção, com evolução para lesões de maior gravidade. Nesta situação é necessário o tratamento das lesões, que vai variar de acordo com cada caso.

Continua...

QUIMIOPROFILAXIA PARA INFECÇÃO PELO HIV E OUTRAS DST APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL

O uso de medidas de profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis não virais, bem como da hepatite B e do HIV, estão descritas no Anexo I “Considerações Gerais para Uso de Profilaxia para Hepatite B, HIV e outras DST após Situações de Exposição Sexual”.

A prescrição da quimioprofilaxia pós-exposição sexual ao HIV nos casos de violência não pode ser feita como rotina e aplicada a todas as situações. Ela exige uma avaliação cuidadosa quanto ao tipo e grau de risco da agressão, bem como o tempo decorrido até a chegada da pessoa agredida ao serviço de referência após o delito, sendo necessário um aconselhamento adequado nas diferentes situações – onde pode se indicar ou não a profilaxia com anti-retrovirais - para que haja uma adesão adequada ao tratamento nos casos em que essa conduta for indicada.

Considerando a necessidade de se estabelecer um consenso mínimo sobre as condutas a serem implantadas em serviços de saúde, especialmente naqueles credenciados para atender vítimas de violência sexual, o Ministério da Saúde elaborou orientações específicas sobre o assunto. Para maiores detalhes ver o anexo I desse documento.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA MULHER

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX e considerada prioritária no decorrer da história da área no Brasil. Mesmo antes da concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil foi contemplado em 1983 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Porém, apesar da priorização da saúde da mulher nas políticas brasileiras, foram preconizadas as ações materno-infantis, ou seja, a assistência era prestada fundamentalmente no período da gravidez, parto e pós-parto.

Nos programas iniciais, a atenção à saúde da mulher era restrita, não visualizando a paciente na sua totalidade, mas apenas como “a mãe”, “a esposa” ou “a grávida”. Por isso, questões não relacionadas à gravidez, ao parto e ao cuidado dos filhos eram relegadas ao segundo plano.

Somente em 2004, com a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), houve a inclusão da assistência a grupos até então esquecidos nas políticas de saúde da mulher no Brasil como as mulheres negras, trabalhadoras rurais, lésbicas, profissionais do sexo, presidiárias, indígenas, adolescentes, vítimas de violência sexual e de abortamento em condições inseguras. A nova política trouxe também para a discussão a necessidade da reorganização de ações definidas no PAISM no início da década de 80, a saber: climatério, planejamento familiar, prevenção do câncer do colo uterino e de mama, doenças sexualmente transmissíveis e promoção da atenção obstétrica humanizada sem riscos à saúde da mulher e do bebê.

Posteriormente, algumas dessas ações foram desdobradas em políticas e programas específicos como os de assistência à mulher em situação de abortamento, mulher vítima de violência e à saúde da mulher negra. A necessidade da qualificação e humanização da saúde reprodutiva das mulheres volta a ser priorizada em 2011 pelo Ministério da Saúde através da “Rede Cegonha”.

Apesar dos avanços das políticas de saúde da mulher no Brasil e dos esforços dispensados para concretização das propostas elaboradas, ainda há um grande caminho a percorrer. Alguns objetivos do PAISM e da PNAISM não foram alcançados. As dificuldades em concretizar essas políticas estão diretamente relacionadas a não compreensão e/ou valorização por parte dos gestores de saúde e a não incorporação pelos profissionais de saúde do conjunto de ações possíveis para uma assistência integral e não somente voltada para o período gravídico puerperal.

POR QUE É IMPORTANTE CONTRIBUIR PARA A SAÚDE DA MULHER ATUALMENTE?

Continua...

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA GESTAÇÃO

A assistência de enfermagem à mulher na gestação é essencial para promover a saúde materna e fetal, prevenir complicações e garantir um acompanhamento adequado durante todas as fases da gravidez. Essa assistência envolve uma série de cuidados e orientações que abrangem desde a confirmação da gravidez até o período pós-parto.

Objetivos da Assistência de Enfermagem na Gestaç

- 1. Promoção da Saúde Materna e Fetal:**
 - Garantir o bem-estar da mãe e do bebê durante a gestação.
 - Prevenir complicações associadas à gravidez, como hipertensão gestacional e diabetes gestacional.
- 2. Educação e Orientação:**
 - Fornecer informações sobre as mudanças fisiológicas e emocionais da gestação.
 - Orientar sobre cuidados com a alimentação, exercícios físicos e higiene.
- 3. Acompanhamento e Monitoramento:**
 - Realizar avaliações regulares para monitorar o desenvolvimento fetal e a saúde materna.
 - Identificar e intervir precocemente em situações de risco.
- 4. Preparação para o Parto e Pós-Parto:**
 - Preparar a gestante para o parto e cuidados com o recém-nascido.
 - Orientar sobre o planejamento familiar e cuidados no pós-parto.

Fases da Assistência de Enfermagem na Gestaç

1. Pré-Natal

Avaliação Inicial:

- **Anamnese Completa:** Coleta de informações sobre histórico médico, obstétrico e familiar.
- **Exame Físico:** Avaliação geral do estado de saúde da gestante, incluindo pressão arterial, peso, altura e exame ginecológico.
- **Exames Laboratoriais:** Solicitação de exames para avaliar a saúde materna e detectar possíveis complicações (hemograma, glicemia, sorologias, etc.).

Orientações e Educação:

- **Nutrição e Suplementação:** Orientação sobre alimentação balanceada e suplementação de ácido fólico e ferro.
- **Atividade Física:** Recomendações de exercícios adequados para gestantes.
- **Higiene e Autocuidado:** Instruções sobre cuidados diários, higiene íntima e prevenção de infecções.

Acompanhamento Regular:

- **Consultas de Pré-Natal:** Realização de consultas periódicas para monitoramento do crescimento fetal e saúde materna.
- **Vacinação:** Atualização do calendário vacinal, incluindo a vacina contra a gripe e a triplice bacteriana (DTPa).

2. Período Intraparto

Preparação para o Parto:

- **Plano de Parto:** Discussão e elaboração de um plano de parto personalizado.
- **Orientação sobre Sinais de Trabalho de Parto:** Educação sobre os sinais e sintomas que indicam o início do trabalho de parto.

Apoio Durante o Parto:

- **Monitoramento Fetal e Materno:** Monitoramento dos sinais vitais da mãe e do bebê durante o trabalho de parto.
- **Alívio da Dor:** Aplicação de técnicas de alívio da dor, como massagem, respiração controlada e, se necessário, analgesia.

3. Pós-Parto

Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido:

- **Apoio à Amamentação:** Incentivo e orientação sobre o aleitamento materno.
- **Cuidados com o Recém-Nascido:** Orientação sobre os cuidados com o coto umbilical, banho e higiene do bebê.

Cuidados com a Mãe:

- **Avaliação Puerperal:** Monitoramento do estado de saúde da mãe, incluindo recuperação uterina, cicatrização e lactação.
- **Saúde Mental:** Identificação e apoio em casos de depressão pós-parto ou ansiedade.

Papel do Enfermeiro na Assistência à Gestante

O enfermeiro desempenha um papel crucial na assistência à mulher na gestação, oferecendo suporte, orientação e cuidados especializados. Entre suas responsabilidades estão:

- **Educação e Capacitação:** Informar a gestante e sua família sobre os aspectos da gravidez e cuidados necessários.
- **Avaliação e Monitoramento:** Realizar avaliações contínuas da saúde materna e fetal.
- **Intervenção e Referência:** Identificar situações de risco e encaminhar para especialistas quando necessário.
- **Apoio Emocional e Psicossocial:** Fornecer apoio emocional, ajudando a gestante a lidar com as mudanças e desafios da gravidez.

Caso Prático: Assistência a uma Gestante com Hipertensão Gestacional

Situação:

- **Paciente:** Maria, 28 anos, 32 semanas de gestação.
- **Histórico:** Sem complicações significativas, mas com diagnóstico recente de hipertensão gestacional.

Cuidados de Enfermagem:

1. **Monitoramento da Pressão Arterial:** Realizar medições regulares da pressão arterial e registrar os valores.
2. **Orientação sobre Dieta:** Aconselhar sobre uma dieta baixa em sódio e rica em nutrientes essenciais.
3. **Atividade Física Moderada:** Recomendar atividades físicas leves, como caminhadas, para melhorar a circulação e bem-estar geral.
4. **Educação sobre Sinais de Alerta:** Informar sobre os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia (dor de cabeça severa, visão turva, inchaço excessivo) e a importância de procurar ajuda médica imediatamente.
5. **Preparação para o Parto:** Discutir possíveis intervenções e preparar a gestante para um possível parto prematuro, se necessário.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO E MAMAS

A assistência de enfermagem na prevenção do câncer do colo do útero e de mama é fundamental para a saúde das mulheres. Envolve ações de educação, orientação, rastreamento e apoio, com o objetivo de detectar precocemente possíveis lesões e promover práticas saudáveis que reduzam os riscos dessas doenças.

1. Câncer do Colo do Útero Conceito e Importância

O câncer do colo do útero é uma neoplasia maligna que se desenvolve a partir de células anormais no colo uterino. Ele é principalmente causado pela infecção persistente pelo vírus do papiloma humano (HPV), especialmente pelos tipos oncogênicos. A prevenção e detecção precoce são essenciais, uma vez que o câncer do colo do útero é uma doença que pode ser tratada com sucesso quando diagnosticada em estágios iniciais.

Ações de Enfermagem na Prevenção

Educação e Sensibilização:

- **Informação sobre o HPV:** Orientar as mulheres sobre o HPV, sua relação com o câncer do colo do útero e a importância da vacinação.
- **Vacinação contra o HPV:** Promover a vacinação de meninas e meninos (conforme diretrizes locais) para prevenir a infecção pelos tipos de HPV mais associados ao câncer do colo do útero.

Rastreamento:

- **Papanicolau (Citologia Oncótica):** Realização e orientação sobre a importância do exame de Papanicolau, que detecta alterações celulares precoces no colo do útero.
- **Teste de HPV:** Em algumas faixas etárias e condições, o teste de HPV também é utilizado como método de rastreamento.

Aconselhamento e Suporte:

- **Orientação sobre Fatores de Risco:** Informar sobre fatores de risco como múltiplos parceiros sexuais, início precoce da vida sexual, tabagismo e imunossupressão.
- **Encaminhamento e Seguimento:** Encaminhar para exames complementares ou tratamento, conforme necessário, e realizar seguimento de mulheres com resultados anormais.

2. Câncer de Mama

Conceito e Importância

O câncer de mama é uma das neoplasias malignas mais comuns entre as mulheres, sendo uma das principais causas de mortalidade feminina. A detecção precoce, através de exames de imagem e autoexame, é crucial para o tratamento eficaz e aumento das chances de cura.

Ações de Enfermagem na Prevenção

Educação e Sensibilização:

- **Autoexame das Mamas:** Ensinar e incentivar as mulheres a realizarem o autoexame das mamas mensalmente, idealmente uma semana após o início da menstruação, ou em uma data fixa para mulheres pós-menopausa.
- **Informação sobre Sinais de Alerta:** Orientar sobre os sinais de alerta do câncer de mama, como nódulos, alterações na pele, secreções ou inversão do mamilo.

Rastreamento:

- **Mamografia:** Informar sobre a importância da mamografia, especialmente para mulheres a partir dos 40 anos ou conforme orientação médica.
- **Ultrassonografia Mamária:** Pode ser recomendada em casos específicos, como em mulheres com mamas densas ou quando há suspeitas clínicas.

Aconselhamento e Suporte:

- **Fatores de Risco:** Discutir fatores de risco como idade, histórico familiar de câncer de mama, mutações genéticas (BRCA1 e BRCA2), uso de terapia de reposição hormonal e obesidade.

- **Encaminhamento e Seguimento:** Garantir o encaminhamento para avaliações mais detalhadas ou tratamentos quando alterações são detectadas.

3. Abordagem Holística e Apoio Psicológico

A assistência de enfermagem deve incluir um enfoque holístico, considerando o impacto emocional e psicológico do rastreamento e do diagnóstico. As enfermeiras devem oferecer suporte emocional, esclarecer dúvidas e fornecer informações claras e acessíveis, respeitando as necessidades e escolhas das mulheres.

4. Caso Prático: Campanha de Prevenção ao Câncer do Colo do Útero e Mama

Contexto:

- **Local:** Unidade Básica de Saúde (UBS)
- **Atividade:** Campanha de Prevenção ao Câncer de Mama e Colo do Útero
- **Objetivo:** Aumentar a adesão ao Papanicolau e à mamografia, e informar sobre a prevenção.

Ações Realizadas:

1. **Palestras Educativas:** Realizadas por enfermeiros para grupos de mulheres da comunidade, abordando temas como a importância dos exames preventivos, o autoexame das mamas, a vacinação contra o HPV e os fatores de risco.
2. **Mutirão de Exames:** Organização de mutirões para a realização de Papanicolau e mamografia, com horários ampliados e sem necessidade de agendamento prévio.
3. **Distribuição de Materiais Informativos:** Folhetos e cartilhas sobre prevenção do câncer, incluindo instruções para o autoexame das mamas e informações sobre a vacina HPV.
4. **Aconselhamento Individual:** Disponibilização de sessões de aconselhamento para discutir preocupações pessoais, histórico familiar de câncer e planejamento de cuidados futuros.

Resultados Esperados:

- **Aumento da Adesão aos Exames Preventivos:** Maior número de mulheres realizando Papanicolau e mamografia.
- **Melhor Conhecimento e Conscientização:** Mulheres mais informadas sobre os riscos e prevenção do câncer do colo do útero e de mama.
- **Identificação Precoce de Alterações:** Detecção precoce de lesões ou condições que possam levar ao desenvolvimento de câncer.

A prevenção do câncer do colo do útero e de mama é uma responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde e a comunidade. O enfermeiro, com sua capacidade de educar, orientar e apoiar, desempenha um papel crucial nessa prevenção, promovendo a saúde e o bem-estar das mulheres.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO DIREITO REPRODUTIVO

A assistência de enfermagem na atenção ao direito reprodutivo é fundamental para garantir que mulheres e homens tenham acesso a informações e cuidados necessários para exercerem seus direitos reprodutivos de maneira informada e segura. Isso inclui o direito à saúde sexual, o planejamento familiar, o acesso a métodos contraceptivos, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e a assistência no pré-natal e no parto.

Conceito de Direitos Reprodutivos

Os direitos reprodutivos são direitos humanos que asseguram às pessoas a possibilidade de tomar decisões livres e responsáveis sobre sua vida sexual e reprodutiva. Isso

inclui o direito de ter filhos ou não, o espaçamento e o tempo entre as gestações, e o acesso a informações e meios para fazer essas escolhas.

Objetivos da Assistência de Enfermagem na Atenção ao Direito Reprodutivo

1. Educação e Informação:

- Fornecer informações claras e acessíveis sobre saúde sexual e reprodutiva.
- Orientar sobre os diferentes métodos contraceptivos disponíveis e ajudar na escolha do método mais adequado para cada indivíduo ou casal.

2. Acesso a Serviços de Saúde:

- Garantir o acesso a serviços de saúde reprodutiva, incluindo planejamento familiar, consultas de pré-natal, parto, e cuidado pós-parto.
- Facilitar o acesso a exames preventivos e tratamento de ISTs.

3. Apoio Psicossocial:

- Oferecer apoio emocional e psicológico, especialmente em casos de gravidez indesejada, infertilidade, ou doenças sexualmente transmissíveis.
- Proteger a privacidade e a confidencialidade dos pacientes.

4. Promoção da Equidade de Gênero:

- Trabalhar para eliminar discriminações baseadas em gênero, garantindo que tanto homens quanto mulheres tenham acesso igualitário aos cuidados de saúde reprodutiva.

5. Defesa e Proteção dos Direitos:

- Defender os direitos reprodutivos e ajudar a proteger as pessoas contra violações desses direitos, como esterilização forçada ou acesso negado a serviços de saúde reprodutiva.

Ações de Enfermagem na Atenção ao Direito Reprodutivo

1. Planejamento Familiar e Contracepção

- **Consultas de Planejamento Familiar:** Realizar consultas para discutir opções de planejamento familiar, incluindo métodos contraceptivos, e ajudar na escolha do método mais adequado.
- **Distribuição de Métodos Contraceptivos:** Fornecer acesso a contraceptivos, como pílulas anticoncepcionais, preservativos, DIUs, injetáveis, entre outros.
- **Educação sobre Contracepção:** Informar sobre o uso correto dos métodos contraceptivos, possíveis efeitos colaterais, e a importância do uso contínuo para evitar gestações indesejadas.

2. Saúde Sexual e Prevenção de ISTs

- **Educação sobre ISTs:** Informar sobre as diferentes infecções sexualmente transmissíveis, seus sintomas, modos de transmissão e prevenção.
- **Testagem e Tratamento:** Facilitar o acesso a testes de ISTs e fornecer tratamento adequado, além de aconselhamento sobre prevenção e redução de riscos.

3. Assistência Pré-Natal e Parto

- **Cuidados Pré-Natais:** Realizar consultas de pré-natal para monitorar a saúde da mãe e do feto, fornecer orientações sobre nutrição e estilo de vida saudável, e identificar possíveis complicações.
- **Apoio ao Parto e Pós-Parto:** Oferecer apoio durante o trabalho de parto e o pós-parto, incluindo orientações sobre amamentação e cuidados com o recém-nascido.

4. Aconselhamento e Suporte Psicossocial

- **Apoio em Decisões Reprodutivas:** Ajudar as pessoas a tomar decisões informadas sobre gravidez, contracepção e planejamento familiar, respeitando suas escolhas e valores pessoais.
- **Suporte em Situações de Crise:** Fornecer suporte em casos de gravidez indesejada, abortamento espontâneo ou outros eventos reprodutivos traumáticos.

Caso Prático: Implementação de um Programa de Planejamento Familiar

Contexto:

- **Local:** Centro de Saúde Comunitário
- **População:** Mulheres em idade reprodutiva, casais e adolescentes.

Ações Realizadas:

1. **Palestras Educativas:** Realização de palestras sobre direitos reprodutivos, métodos contraceptivos e prevenção de ISTs.
2. **Consultas Personalizadas:** Oferecimento de consultas individuais para discutir métodos contraceptivos, realizar exames de saúde sexual e fornecer informações específicas de acordo com as necessidades dos pacientes.
3. **Distribuição de Contraceptivos:** Fornecimento de contraceptivos gratuitos, incluindo preservativos, pílulas anticoncepcionais, e orientações sobre o uso correto.
4. **Campanha de Conscientização:** Campanhas nas escolas e comunidade para aumentar a conscientização sobre a importância do planejamento familiar e saúde reprodutiva.

Resultados Esperados:

- **Aumento do Uso de Métodos Contraceptivos:** Maior adoção de métodos contraceptivos adequados e eficazes entre a população.
- **Redução de ISTs e Gravidezes Indesejadas:** Redução da taxa de ISTs e gravidezes indesejadas na comunidade.
- **Empoderamento dos Indivíduos:** Maior empoderamento das mulheres e homens em relação ao controle sobre suas vidas reprodutivas e decisões de saúde.

A assistência de enfermagem na atenção ao direito reprodutivo é vital para garantir que todas as pessoas tenham o conhecimento e o suporte necessário para tomar decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER NO CLIMATÉRIO

A assistência de enfermagem à mulher no climatério é uma parte essencial do cuidado de saúde, abordando as mudanças físicas, emocionais e psicológicas que ocorrem durante esse período de transição na vida da mulher. O climatério, que abrange a perimenopausa e a pós-menopausa, é caracterizado por uma série de alterações hormonais que podem impactar a qualidade de vida. A atuação da enfermagem é crucial para fornecer suporte, educação e cuidados personalizados para ajudar as mulheres a gerenciar esses desafios.

Conceito de Climatério

O climatério é o período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da vida da mulher, geralmente

iniciando em torno dos 40 anos e estendendo-se até após a menopausa, que é definida como a cessação definitiva da menstruação. A menopausa ocorre, em média, aos 51 anos e marca o fim da fase reprodutiva. O climatério é dividido em **três fases principais:**

1. **Perimenopausa:** Período que antecede a menopausa, caracterizado por irregularidades menstruais e sintomas como ondas de calor, suores noturnos, irritabilidade e alterações do sono.
2. **Menopausa:** Data da última menstruação, confirmada após 12 meses consecutivos sem menstruações.
3. **Pós-Menopausa:** Fase que se segue à menopausa, na qual os sintomas do climatério podem continuar ou se estabilizar.

Objetivos da Assistência de Enfermagem no Climatério

1. **Educação e Informação:**
 - Fornecer informações claras sobre o climatério, seus sintomas e o que esperar durante este período.
 - Esclarecer dúvidas e mitos relacionados à menopausa e ao envelhecimento feminino.
2. **Apoio na Gestão dos Sintomas:**
 - Ajudar a mulher a identificar e gerenciar os sintomas físicos e emocionais do climatério, como ondas de calor, insônia, irritabilidade, secura vaginal e alterações de humor.
 - Orientar sobre estratégias para aliviar os sintomas, incluindo mudanças de estilo de vida, terapia hormonal e alternativas naturais.
3. **Promoção da Saúde e Bem-Estar:**
 - Incentivar práticas de vida saudável, como uma dieta equilibrada, atividade física regular e controle do estresse.
 - Fomentar o autocuidado e a vigilância de saúde, incluindo exames preventivos para condições como osteoporose, doenças cardiovasculares e câncer.
4. **Suporte Psicológico e Emocional:**
 - Oferecer apoio emocional e aconselhamento para lidar com mudanças de humor, ansiedade, depressão e outras questões psicológicas associadas ao climatério.
 - Facilitar o acesso a grupos de apoio e recursos comunitários.
5. **Atenção à Sexualidade:**
 - Abordar questões de saúde sexual, como diminuição da libido e secura vaginal, e oferecer soluções e tratamentos.
 - Promover a comunicação aberta entre a mulher e seu parceiro sobre as mudanças na sexualidade.

Ações de Enfermagem na Assistência ao Climatério

1. Consulta de Enfermagem

Durante a consulta de enfermagem, o profissional deve realizar uma avaliação completa, abordando aspectos físicos, emocionais e sociais da paciente. Isso inclui:

- **Histórico de Saúde:** Coleta detalhada de informações sobre sintomas atuais, histórico menstrual, histórico de saúde reprodutiva e familiar, e condições crônicas.
- **Avaliação de Sintomas:** Identificação de sintomas específicos do climatério e sua intensidade, como ondas de calor, sudorese noturna, alterações de humor e sono.
- **Exame Físico:** Avaliação geral, incluindo medida da pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), e avaliação de saúde óssea e cardiovascular.

2. Educação e Aconselhamento

- **Informações sobre o Climatério:** Explicar o processo do climatério e as mudanças esperadas, desmistificando mitos e reduzindo medos.
- **Opções de Tratamento:** Discussão sobre terapias hormonais e não hormonais, incluindo riscos, benefícios e alternativas naturais.
- **Estilo de Vida Saudável:** Orientação sobre nutrição adequada, exercícios físicos, cessação do tabagismo e moderação do consumo de álcool.

3. Gerenciamento de Sintomas

- **Terapia Hormonal:** Avaliação e encaminhamento para terapia de reposição hormonal (TRH) quando indicada e conforme os critérios clínicos.
- **Terapias Complementares:** Discussão sobre o uso de fitoterápicos e suplementos, como a soja, para aliviar os sintomas.
- **Suporte Psicológico:** Encaminhamento para psicoterapia ou aconselhamento quando necessário.

4. Monitoramento e Seguimento

- **Acompanhamento Regular:** Realização de consultas periódicas para monitorar o progresso, ajustar tratamentos e abordar novas preocupações.
- **Exames Preventivos:** Incentivo à realização de exames preventivos, como mamografia, densitometria óssea, exames de sangue e ginecológicos.

Caso Prático: Gestão de Sintomas no Climatério

Contexto:

- **Paciente:** Mulher de 50 anos, apresentando sintomas de ondas de calor intensas, insônia e irritabilidade.

Ações Realizadas:

1. **Avaliação Inicial:** Realizada uma consulta de enfermagem detalhada, incluindo histórico médico e sintomas específicos.
2. **Educação:** Informações fornecidas sobre o climatério e as mudanças hormonais envolvidas.
3. **Orientação sobre Terapia Hormonal:** Discussão sobre os benefícios e riscos da TRH; paciente optou por iniciar a terapia sob orientação médica.
4. **Recomendações de Estilo de Vida:** Sugestões para atividades físicas regulares, técnicas de relaxamento para reduzir o estresse e ajustes na dieta para aliviar sintomas.
5. **Encaminhamento para Suporte Psicológico:** Encaminhamento para um terapeuta para ajudar a lidar com a irritabilidade e outras questões emocionais.

Resultados Esperados:

- **Redução dos Sintomas:** Espera-se uma diminuição na intensidade dos sintomas através da TRH e mudanças de estilo de vida.
- **Melhoria da Qualidade de Vida:** Melhora no sono, redução da irritabilidade e maior sensação de bem-estar geral.
- **Autocuidado e Monitoramento:** Maior engajamento da paciente no autocuidado e monitoramento contínuo de sua saúde.

A assistência de enfermagem no climatério é essencial para apoiar as mulheres durante essa fase de transição, oferecendo informações, cuidados e suporte necessários para promover a saúde e o bem-estar.

01. (SEPLAD DF - Técnico de Enfermagem - 2023) No âmbito do Programa de Atenção à Saúde da Mulher, qual das seguintes estratégias de rastreamento é recomendada para a identificação precoce de lesões cervicais e do câncer de colo do útero, visando à intervenção antes do desenvolvimento da neoplasia maligna?

- A Mamografia bilateral.
- B Dosagem sérica de CA-125.
- C Colposcopia com biópsia dirigida.
- D Histerossalpingografia.

02. (UFAM - Técnico de Enfermagem - 2023) Na atenção à saúde da mulher, é fundamental garantir a abordagem integral e específica para suas necessidades. O(s) exame(s) recomendado(s) como parte da estratégia de prevenção e rastreamento de câncer de colo do útero é(são):

- A a mamografia anual.
- B a ultrassonografia transvaginal.
- C o autoexame das mamas.
- D o exame de Papanicolaou periódico.
- E os exames laboratoriais periódicos.

03. (Prefeitura de Alto Paraíso de Goiás - Técnico em Enfermagem - 2023) Durante a realização do autoexame das mamas, é importante que as mulheres saibam que

- A o autoexame não substitui os exames clínicos de rotina.
- B as mamas e os mamilos devem ser simétricos.
- C a realização do autoexame de mama é indicada durante o período menstrual.
- D é normal sentir dor e desconforto durante o autoexame de mama.
- E a hereditariedade e o histórico de câncer de mama na família não interferem na frequência da realização do autoexame de mama e dos exames clínicos.

04. (Prefeitura de Palma Sola - Técnico de Enfermagem - 2023) Assinale a alternativa CORRETA que corresponde ao termo utilizado para descrever o período após o parto, em que ocorrem alterações físicas e emocionais no corpo da mulher.

- A Pré-natal.
- B Puerpério.
- C Gestação.
- D Parto.

05. (Prefeitura de Jaborá - Técnico de Enfermagem - 2023) Principal forma de prevenção do câncer cérvico uterino.

- A Vacina contra o HPV.
- B Uso de contraceptivo oral.
- C Uso de preservativos de barreira (camisinha).
- D Parar o uso de bebidas alcoólicas.
- E Parar o tabagismo.

06. (UNCERN - 2024 - Prefeitura de Guamaré - RN - Técnico de Enfermagem - Saúde da Família) O aleitamento materno apresenta inúmeros benefícios para o bebê, entre eles, a proteção contra diarreias, infecções respiratórias e alergias. Além disso, diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes como também reduz a chance de desenvolver obesidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o aleitamento materno exclusivo para o bebê deve ser mantido até

- A 4 meses.
- B 5 meses.
- C 6 meses.
- D 12 meses.

QUESTÕES DE PROVAS

ATENÇÃO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SEXISTA.

A atenção à mulher vítima de violência doméstica é uma área crítica na assistência de enfermagem, exigindo sensibilidade, conhecimento e uma abordagem holística para garantir a segurança e o bem-estar da vítima. A violência doméstica abrange qualquer ato de violência física, sexual, psicológica ou econômica cometido no âmbito doméstico, geralmente por um parceiro íntimo ou familiar. A assistência de enfermagem desempenha um papel vital na identificação, intervenção e suporte para mulheres que enfrentam essa situação.

CONCEITO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência doméstica é definida como qualquer ação ou omissão que cause dano físico, psicológico ou moral a membros da família, sendo a mulher frequentemente a vítima principal. Esse tipo de violência pode incluir agressão física, coerção sexual, abuso emocional e manipulação econômica.

PRINCIPAIS ASPECTOS DA LEI MARIA DA PENHA

Definição de Violência Doméstica e Familiar

A Lei Maria da Penha define violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Essa violência pode ocorrer:

1. **No âmbito da unidade doméstica:** Compreende qualquer espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas.
2. **No âmbito da família:** Abrange a relação entre pessoas que são ou se consideram aparentadas, unidas por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa.
3. **Em qualquer relação íntima de afeto:** Abrange relações em que o agressor conviva ou tenha convivido com a vítima, independentemente de coabitação.

FORMAS DE VIOLÊNCIA RECONHECIDAS PELA LEI

1. **Violência Física:**
 - Ação que ofende a integridade ou saúde corporal da mulher.
 - Exemplos: tapas, socos, chutes, empurrões, estrangulamento, queimaduras, entre outros.
2. **Violência Psicológica:**
 - Ação que cause dano emocional, diminuição da autoestima, ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher.
 - Exemplos: humilhações, ameaças, manipulações, chantagens, isolamento forçado, perseguição, ridicularização, etc.
3. **Violência Sexual:**
 - Ação que force a mulher a manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força.
 - Exemplos: estupro, coerção para práticas sexuais, impedir uso de métodos contraceptivos, forçar casamento ou gravidez, etc.
4. **Violência Patrimonial:**
 - Ação que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos.
 - Exemplos: controlar dinheiro da mulher, danificar seus bens, documentos ou instrumentos de trabalho, entre outros.
5. **Violência Moral:**
 - Ação que configure calúnia, difamação ou injúria.
 - Exemplos: acusar falsamente a mulher de crimes, insultar, expor sua vida íntima, denegrir sua imagem, etc.

MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA

A lei estabelece diversas medidas protetivas de urgência que podem ser solicitadas pela mulher em situação de violência, tais como:

1. **Medidas Protetivas para a Mulher:**
 - Afastamento do agressor do lar, domicílio ou local de convivência com a vítima.
 - Proibição de determinadas condutas por parte do agressor, como aproximação e contato com a vítima e seus familiares.
 - Restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores.
 - Prestação de alimentos provisionais ou provisionais.
2. **Medidas Relacionadas ao Agressor:**
 - Afastamento do agressor do lar.
 - Proibição de contato com a vítima, familiares e testemunhas.
 - Restrição ou suspensão do porte de armas do agressor.
3. **Medidas de Assistência à Vítima:**
 - Encaminhamento da vítima e de seus dependentes a programa oficial ou comunitário de proteção ou de atendimento.
 - Garantia de atendimento policial especializado, ininterrupto e prestado por servidores (preferencialmente do sexo feminino) previamente capacitados.
 - Assistência integral à mulher em situação de violência, por meio do SUS, incluindo o atendimento psicológico e a preservação da integridade física.

Procedimentos Legais

1. **Registro de Ocorrência:**
 - A vítima pode registrar a ocorrência em qualquer delegacia, preferencialmente em uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM).
 - A autoridade policial deve garantir a integridade física da mulher e de seus dependentes, prestar assistência médica e conduzi-la para exame de corpo de delito quando necessário.
2. **Ação Penal:**
 - A violência doméstica e familiar contra a mulher é considerada ação pública incondicionada, ou seja, não depende de representação da vítima para que seja iniciada.

Objetivos da Assistência de Enfermagem à Mulher Vítima de Violência Doméstica

2. **Identificação e Avaliação:**
 - Identificar sinais de violência doméstica através de triagem e avaliação sensível.
 - Avaliar o risco imediato e a segurança da mulher, incluindo a possibilidade de violência letal.
3. **Provisão de Cuidados e Suporte:**
 - Fornecer cuidados físicos para lesões e suporte emocional para traumas psicológicos.
 - Orientar sobre recursos disponíveis, incluindo abrigos, assistência jurídica e serviços sociais.
4. **Empoderamento e Autonomia:**
 - Apoiar a mulher na construção de uma rede de apoio e no planejamento de segurança.
 - Promover a autonomia da mulher, encorajando-a a tomar decisões informadas sobre sua segurança e bem-estar.
5. **Documentação e Encaminhamento:**
 - Documentar cuidadosamente as lesões e a narrativa da mulher, respeitando a confidencialidade.
 - Encaminhar para profissionais de saúde mental, serviços sociais e legais, conforme necessário.

Ações de Enfermagem na Assistência à Mulher Vítima de Violência Doméstica

1. Triage e Identificação de Casos

A triagem para violência doméstica deve ser uma parte padrão da prática de enfermagem, especialmente em serviços de emergência, clínicas de atenção primária e unidades de saúde da mulher. Durante a triagem, perguntas específicas e sensíveis devem ser feitas para identificar possíveis casos de violência, como:

- "Você se sente segura em casa?"
- "Alguma vez seu parceiro ou familiar a ameaçou ou machucou?"
- "Há algo em sua vida que a preocupa ou que gostaria de falar?"

2. Avaliação e Intervenção Imediata

Se a violência for identificada, a enfermeira deve proceder com uma avaliação mais aprofundada para determinar a gravidade e o risco imediato. Isso inclui:

- **Avaliação de Lesões:** Identificação e tratamento de lesões físicas.
- **Avaliação de Risco:** Determinação do risco de violência contínua ou agravada, incluindo risco de homicídio.
- **Planejamento de Segurança:** Desenvolvimento de um plano de segurança, que pode incluir a criação de um plano de fuga, contatos de emergência e estratégias para proteger crianças.

3. Apoio Emocional e Psicológico

As mulheres vítimas de violência doméstica frequentemente experimentam trauma psicológico significativo. A assistência de enfermagem deve incluir:

- **Apoio Emocional:** Oferecer um espaço seguro e sem julgamento para a mulher compartilhar sua experiência.
- **Encaminhamento para Terapia:** Encaminhamento para serviços de saúde mental, como psicoterapia ou grupos de apoio.
- **Educação sobre Violência:** Informar a mulher sobre a natureza da violência doméstica e seus direitos legais.

4. Documentação e Relato

A documentação precisa e detalhada é crucial para proteger a mulher e fornecer evidências em casos legais. A enfermeira deve:

- **Documentar Lesões:** Registrar todas as lesões físicas com descrições detalhadas e, se possível, fotografias.
- **Narrativa da Vítima:** Registrar a narrativa da mulher sobre os eventos, usando suas próprias palavras.
- **Relato a Autoridades:** Relatar casos de violência doméstica às autoridades competentes, conforme exigido por lei e com o consentimento da vítima, quando aplicável.

5. Encaminhamento para Serviços de Apoio

A enfermeira deve ajudar a mulher a acessar recursos e serviços de apoio, como:

- **Abrigos para Mulheres:** Orientar sobre abrigos disponíveis para mulheres e crianças em situações de emergência.
- **Assistência Jurídica:** Informar sobre os direitos legais e procedimentos para obter ordens de proteção.

- **Serviços Sociais:** Encaminhar para serviços sociais para apoio financeiro, habitação e outras necessidades básicas.

Caso Prático: Atendimento a Mulher Vítima de Violência Doméstica

Contexto:

- **Paciente:** Mulher de 35 anos, com múltiplas contusões e relatando que "caiu da escada". A enfermeira suspeita de violência doméstica devido à inconsistência na história.

Ações Realizadas:

1. **Triagem Sensível:** A enfermeira realizou uma triagem em particular, perguntando diretamente sobre segurança e violência em casa.
2. **Avaliação de Risco:** Identificação de sinais de abuso físico e relato de ameaças de violência. Avaliação do risco de violência contínua.
3. **Apoio Imediato:** Oferecimento de cuidados para lesões físicas e suporte emocional, além de orientação sobre um plano de segurança.
4. **Documentação:** Documentação detalhada das lesões e narrativa da paciente.
5. **Encaminhamento:** Encaminhamento para um abrigo seguro, serviços de apoio psicológico e assistência jurídica.

Resultados Esperados:

- **Segurança Imediata:** A mulher é transferida para um ambiente seguro e recebe cuidados médicos adequados.
- **Suporte Contínuo:** Acesso a serviços de apoio para ajudá-la a se reerguer e tomar decisões informadas sobre sua situação.
- **Empoderamento e Autonomia:** A mulher é encorajada a construir uma rede de apoio e desenvolver um plano de segurança a longo prazo.

QUESTÕES DE PROVAS

01. (FUNDEP / UFMG - UFVJM - Técnico de Laboratório - Área Enfermagem - 2017) A violência contra a mulher pode ser definida como "qualquer ato ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada" (BRASIL, 2016).

Considerando a temática mulheres em situação de violência sexual e / ou doméstica / intrafamiliar, assinale a alternativa INCORRETA.

- A São cinco os tipos de violência contra a mulher: física, psicológica, moral, patrimonial e sexual.
- B O profissional de saúde ao abordar uma mulher vítima de agressão deve garantir um ambiente acolhedor, de modo a promover um atendimento humanizado, vitimizandando as mulheres abordadas.
- C A construção conjunta, entre a equipe multiprofissional e a mulher em situação de violência, de um plano de segurança se faz necessária como planejamento do cuidado.
- D O atendimento de mulheres com sinais / indícios de violência e agressão pode ser realizado independentemente da realização de boletim de ocorrência.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência o período entre os 10 e 20 anos incompletos. Entretanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define adolescentes entre 12 e 18 anos. O começo da adolescência é marcado pelo início da puberdade, e o final da adolescência, tanto na teoria como na prática, não permite critérios rígidos (PATRÍCIO et al., 2009).

A adolescência diz respeito à passagem da infância para a idade adulta, enquanto a puberdade refere-se às alterações biológicas que possibilitam o completo crescimento, desenvolvimento e maturação do indivíduo, assegurando a capacidade de reprodução e preservação da espécie. O crescimento e desenvolvimento são eventos programados geneticamente, porém, fatores inerentes ao indivíduo e fatores ambientais podem induzir modificações neste processo. A puberdade, considerada uma etapa inicial ou biológica da adolescência, caracteriza-se pela ocorrência de dois tipos de mudanças no sistema reprodutivo sexual (BRASIL, 2008).

Continua...

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A assistência de enfermagem na saúde da criança e do adolescente é baseada em uma abordagem holística, considerando aspectos físicos, emocionais, sociais e culturais. As principais áreas de atuação incluem:

1. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças:

- **Imunização:** Garantir que as vacinas do calendário vacinal sejam administradas conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.
- **Orientação sobre Nutrição e Crescimento:** Educar sobre a importância de uma alimentação equilibrada e saudável, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento.
- **Prevenção de Acidentes:** Orientar sobre medidas de segurança para prevenir acidentes domésticos, no trânsito e em atividades recreativas.

2. Cuidados em Situações Agudas e Crônicas:

- **Atendimento em Doenças Infecciosas:** Identificação e manejo de doenças infecciosas comuns, como infecções respiratórias e gastrointestinais.
- **Manejo de Doenças Crônicas:** Cuidados com crianças e adolescentes com condições crônicas, como diabetes, asma e epilepsia, incluindo educação sobre autocuidado.

3. Saúde Mental e Bem-Estar Emocional:

- **Apoio Psicossocial:** Identificação de sinais de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, e encaminhamento para serviços especializados.
- **Aconselhamento e Educação:** Promoção de comportamentos saudáveis e orientação sobre sexualidade, prevenção de violência e uso de substâncias.

4. Cuidados Paliativos e Suporte em Condições

Críticas:

- **Cuidados Paliativos:** Suporte a crianças com doenças graves ou terminais e suas famílias, focando na qualidade de vida e alívio do sofrimento.
- **Atendimento de Emergência:** Intervenções rápidas e eficazes em situações de emergência médica, como traumas e crises agudas.

5. Educação e Envolvimento da Família:

- **Educação para Pais e Cuidadores:** Orientação sobre cuidados de saúde, desenvolvimento infantil e adolescência, e como lidar com comportamentos desafiadores.

- **Apoio Familiar:** Envolver a família no plano de cuidados, respeitando suas crenças e valores, e proporcionando suporte emocional.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que visa garantir a atenção integral e equitativa à saúde das crianças desde o período neonatal até a adolescência. Implementada pelo Ministério da Saúde, a PNAISC orienta a organização e a prestação de cuidados de saúde para crianças em todo o território nacional, buscando melhorar os indicadores de saúde infantil e reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Objetivos da PNAISC

1. Garantir o Direito à Saúde da Criança: A PNAISC busca assegurar o direito à saúde, conforme previsto na Constituição Brasileira, promovendo ações que garantam o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

2. Reduzir a Mortalidade Infantil e Materna: Foca na prevenção e redução das taxas de mortalidade infantil e materna, com ênfase em cuidados perinatais e neonatais.

3. Promover o Desenvolvimento Integral da Criança: Inclui ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação, garantindo o desenvolvimento físico, mental e emocional da criança.

4. Atenção Integral e Equitativa: Promover uma atenção integral à saúde da criança, considerando todas as suas necessidades de saúde, com uma abordagem que leve em conta as particularidades de cada faixa etária e as vulnerabilidades específicas.

Componentes da PNAISC

A PNAISC é estruturada em sete eixos principais, que abrangem diferentes aspectos da atenção à saúde infantil:

1. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido e à Criança:

- Enfatiza o cuidado integral e humanizado desde o nascimento, incluindo o estímulo ao parto humanizado, aleitamento materno, e cuidados com o recém-nascido.

2. Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos na Infância:

- Promove ações de vigilância em saúde, imunização, controle de doenças evitáveis, e prevenção de acidentes e violência contra a criança.

3. Atenção Integral à Saúde da Criança com Doenças Crônicas e Condições Especiais:

- Aborda o manejo e acompanhamento de crianças com doenças crônicas, deficiências ou condições que necessitam de cuidados especiais.

4. Atenção à Saúde Mental da Criança e do Adolescente:

- Inclui ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade e transtornos de comportamento.

5. Alimentação e Nutrição:

- Promoção de práticas alimentares saudáveis, prevenção e tratamento de desnutrição e obesidade infantil, e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

6. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente no Contexto das Redes de Atenção à Saúde:

- Integração das ações de saúde infantil com outras políticas públicas e redes de atenção à saúde, como a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psicossocial.

7. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente Indígena e em Situação de Vulnerabilidade:

○ Aborda as especificidades culturais e sociais de populações indígenas e outras comunidades em situação de vulnerabilidade, garantindo acesso adequado e respeitoso aos serviços de saúde.

Implementação e Desafios

A PNAISC é implementada através de uma articulação entre os níveis federal, estadual e municipal de governo, em conjunto com a sociedade civil e outros setores. Alguns dos desafios enfrentados incluem:

- **Desigualdades Regionais:** Diferenças significativas no acesso e na qualidade dos serviços de saúde entre diferentes regiões do país.
- **Capacitação de Profissionais de Saúde:** Necessidade de formação contínua e especializada dos profissionais de saúde para lidar com as especificidades da saúde infantil.
- **Financiamento e Recursos:** Garantir financiamento adequado e sustentável para a implementação das ações previstas na política.

CASO PRÁTICO

O atendimento de enfermagem à saúde da criança em um ambiente hospitalar envolve uma abordagem abrangente e individualizada, que inclui o cuidado clínico, o suporte emocional e o envolvimento com a família. O objetivo é proporcionar um ambiente seguro e de apoio para a recuperação da criança, bem como para o bem-estar geral. A seguir, apresento um caso prático que ilustra o atendimento de enfermagem à saúde da criança no hospital, com foco em uma abordagem holística e centrada no paciente.

Histórico Clínico:

Maria, uma menina de 7 anos, foi admitida no hospital com uma crise aguda de asma. Ela apresenta dificuldade respiratória, sibilos (chiado no peito), e uma frequência respiratória elevada. A mãe relatou que Maria tem histórico de asma desde os 3 anos de idade, com crises frequentes, especialmente durante a primavera.

1. Avaliação Inicial:

- **Sinais Vitais:**
 - Frequência respiratória: 35 respirações por minuto (acima do normal para a idade).
 - Saturação de oxigênio: 90% (indica hipoxemia leve).
 - Pulso: 110 bpm.
- **Avaliação Física:**
 - Presença de sibilos audíveis e retração intercostal (uso dos músculos entre as costelas para respirar).
 - Estado geral: ansiosa e agitada, com dificuldade para falar frases completas.
- **Histórico de Saúde:**
 - História prévia de asma e alergias (principalmente a pólen e poeira).
 - Medicamentos atuais: broncodilatadores (inaladores) e corticosteróides.

2. Plano de Cuidados de Enfermagem:

Objetivos:

- Aliviar os sintomas de crise asmática e melhorar a oxigenação.
- Educar a família sobre o manejo da asma e a prevenção de futuras crises.
- Proporcionar conforto e suporte emocional para a criança e sua família.

Intervenções de Enfermagem:

1. Intervenções Clínicas:

- **Administração de Medicamentos:**
 - Broncodilatadores (como salbutamol) por nebulização para aliviar a obstrução das vias aéreas.

- Corticosteróides sistêmicos para reduzir a inflamação.
- Oxigênio suplementar via máscara ou cateter nasal para manter a saturação de oxigênio acima de 92%.

○ **Monitoramento Contínuo:**

- Monitoramento frequente dos sinais vitais, especialmente frequência respiratória e saturação de oxigênio.
- Observação dos sinais de agravamento, como aumento da dificuldade respiratória ou cianose (coloração azulada da pele).

2. Educação e Suporte:

○ **Educação para a Família:**

- Explicação sobre a natureza da asma, fatores desencadeantes e a importância do uso correto dos inaladores.

- Instruções sobre o uso de um plano de ação para asma, incluindo quando buscar atendimento médico.

○ **Suporte Psicológico:**

- Proporcionar um ambiente calmo e tranquilizador para reduzir a ansiedade de Maria.
- Conversar com a mãe para fornecer suporte emocional, esclarecer dúvidas e preocupações.

3. Prevenção de Complicações:

○ **Identificação de Fatores Desencadeantes:**

- Discussão sobre possíveis alérgenos em casa e na escola que possam estar exacerbando a condição de Maria.

○ **Prevenção de Infecções:**

- Manter uma boa higiene das mãos e orientar a família sobre a importância de evitar exposições a infecções respiratórias.

4. Planejamento de Alta:

○ **Orientações para o Domicílio:**

- Revisão do uso de medicamentos, incluindo o uso de espaçadores com inaladores.

- Instruções sobre o reconhecimento precoce dos sinais de uma crise asmática e como responder a ela.

○ **Agendamento de Consulta de Seguimento:**

- Agendar uma consulta de seguimento com o pediatra ou especialista em asma para revisão do plano de manejo e ajustes de medicação, se necessário.

3. Avaliação e Revisão do Plano de Cuidados:

• **Reavaliação dos Sinais e Sintomas:**

- Monitoramento da resposta aos tratamentos administrados e ajuste das intervenções conforme necessário.
- Observação do retorno da saturação de oxigênio para níveis normais e da redução dos sintomas respiratórios.

CASO PRÁTICO: ADOLESCENTE COM DIABETES TIPO 1

Histórico Clínico: João, um adolescente de 15 anos, foi recentemente diagnosticado com diabetes tipo 1. Ele foi admitido no hospital com sintomas de poliúria (excesso de urina), polidipsia (sede excessiva) e perda de peso significativa. A glicemia no momento da admissão estava em 350 mg/dL.

Continua...

QUESTÕES DE PROVAS

- 01.** (Prefeitura de Sertãozinho - PB - Técnico de Enfermagem)
Uma criança de 28 dias apresenta uma pápula avermelhada no local da aplicação da vacina BCG há duas semanas. A pápula está levemente elevada, com cerca de 5 mm de diâmetro, e não apresenta sinais de infecção. É a conduta adequada nesse caso:
A orientar os pais a manter o local limpo e seco e observar a evolução da lesão.

88 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

- B encaminhar ao médico para prescrição de antibióticos tópicos para prevenir infecção.
- C reencontrar a criança para avaliação médica especializada.
- D orientar os pais sobre a coleta de exames laboratoriais para descartar outras doenças.
- E indicar compressas quentes no local e lavagem quatro vezes ao dia com produto antisséptico.

02. (COPESE - UFT - 2024 - Prefeitura de Palmas - TO - Enfermeiro) "A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) visa promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento".

Acerca da PNAISC assinale a alternativa CORRETA.

- A A PNAISC possui sete eixos estratégicos, sendo o eixo prioritário aquele referente à Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz.
- B Sobre os casos de violências, os atendimentos deverão ocorrer exclusivamente na atenção básica.
- C Em relação à notificação dos casos de violência, apenas os casos confirmados devem ser notificados pelo profissional de saúde.
- D Os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integram os serviços para atendimento da criança em situação de violência no território.
- E Em relação aos casos de notificação de violência, o enfermeiro e/ou o assistente social são os únicos responsáveis pela notificação dos casos suspeitos ou confirmados.

03. (Prefeitura de Guatambú - SC - Técnico em Enfermagem/2022) Sobre os cuidados com aleitamento materno, é correto afirmar:

- A O aleitamento materno deve ser estimulado ser a livre demanda e exclusivo até os 4 meses de idade do bebê.
- B O aleitamento materno deve ser estimulado ser a livre demanda e exclusivo até os 6 meses de idade do bebê.
- C O aleitamento materno deve ter o tempo controlado, sendo indicado ao menos 15 minutos em cada seio para garantir que o bebê receba todos os nutrientes em cada mamada.
- D Em casos de sintomas gripais, a mãe deve interromper a amamentação por pelo menos 14 dias, para evitar a contaminação do bebê.
- E A introdução de chás e água deve ser estimulada a partir das 4 meses de vida, sobretudo no verão, para minimizar os riscos de desidratação do bebê.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO: CONTROLE DE PACIENTES E DE COMUNICANTES EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (TUBERCULOSE, HANSENÍASE, CÓLERA, INFECÇÃO PELO HIV, HEPATITE, MENINGITE, DENGUE E LEPTOSPIROSE) **PACIENTE PORTADOR DE: HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES, OUTRAS DOENÇAS CRÔNICAS, ABORDAGEM DO PACIENTE ACAMADO (CUIDADOS NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL).**

CONTROLE DE PACIENTES E DE COMUNICANTES EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (TUBERCULOSE, HANSENÍASE, CÓLERA, INFECÇÃO PELO HIV, HEPATITE, MENINGITE, DENGUE E LEPTOSPIROSE)

O isolamento de pessoas com doenças transmissíveis é uma das formas mais antigas de prevenir transmissão de doenças.

Na verdade, ele pode ser usado tanto para proteger a própria pessoa isolada, quanto para evitar a transmissão de micro-organismos para outras pessoas.

O que torna hospitais propícios para a disseminação de doenças:

- Grande concentração de microorganismos de todos os tipos
- Grande concentração de **bactérias resistentes a antibióticos**
- Grande concentração de pessoas imunodeprimidas (com imunidade baixa)
- Muitos pacientes com dispositivos que facilitam a entrada de microorganismos no organismo

Contudo, não é apenas em hospitais que as precauções de isolamento podem ser úteis.

Isolamento hospitalar – Precauções para isolamento:

São uma série de medidas de cuidados que previnem a disseminação de micro-organismos.

Quem precisa respeitar as orientações de precauções e isolamentos?

- Profissionais de saúde
- Acompanhantes
- Cuidadores
- Familiares
- Pacientes

Existe um pacote de cuidados para cada tipo de precaução e isolamento.

Tipos de precauções e isolamentos:

- Isolamento/Precaução padrão
- Isolamento/Precaução de contato
- Isolamento/Precaução respiratório por gotícula
- Isolamento/Precaução respiratório por aerossol

O tipo de isolamento é definido de acordo ao agente infeccioso confirmado ou suspeito

Isolamento hospitalar – Precaução padrão:

São medidas que devem ser aplicadas sempre que houver risco de contaminação com:

- Sangue ou outro fluido corporal, mesmo que estes não sejam visivelmente perceptíveis
- Contato com pele não íntegra
- Contato com mucosas

Como realizar isolamento padrão?

Higiene das mãos

Equipamento de proteção individual

• Luvas: Contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, itens contaminados, mucosas e pele não íntegra

• Avental: durante procedimentos ou atividades onde possa ocorrer contato da roupa com sangue/fluidos corporais, secreções

• Máscara, Óculos, Protetor Facial: durante procedimentos onde possa ocorrer respingos de sangue, fluidos corporais, secreções.

• *Cuidados com materiais perfuro-cortantes*

• Materiais que podem perfurar ou cortar a pele, como seringas, lâminas etc.

- Não reencapar, entortar, manipular ou quebrar
- Devem ter um descarte apropriado

Descontaminação de superfícies.

Não é apenas o paciente que fica colonizado por micro-organismos.

Todo o ambiente ao redor do paciente também fica colonizado.

Existem normas específicas com periodicidade, material e procedimento para limpar estas áreas.

Artigos e equipamentos

Equipamentos usados para o exame do paciente como estetoscópio, aparelho de pressão, termômetro etc, também podem carrear bactérias de um paciente a outro e devem ser higienizados de acordo a cada caso.

Etiqueta respiratória

Cuidados ao tossir ou respirar



Segurança de administração de medicamentos e exames invasivos

Qualquer procedimento que entra em contato com material possivelmente contaminado, tem toda uma rotina de conduta para o armazenamento, conservação, uso, limpeza e descarte para segurança do paciente e do profissional de saúde.

Exemplos:

- Todo medicamento aplicado com injeção,
- Frascos multi-doses,
- Exames que perfuram a pele (exames de sangue, **líquor**)
- Exames com contato com mucosas (como endoscopias, colonoscopias etc)

INDICAÇÃO:

Todos os pacientes

solamento hospitalar – Precaução de contato

São medidas aplicadas para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos através de contato direto ou indireto com o paciente ou ambiente.

Em hospital, usamos principalmente para pacientes colonizados por bactérias multi-resistentes.

Quando dizemos que uma pessoa está colonizada por uma bactéria resistente, não significa que está infectada. Mas aquele micro-organismo pode pegar carona em qualquer pessoa que entre em contato quem está colonizado.

O objetivo principal dessa medida é evitar a disseminação de bactérias resistentes pelo hospital.

Como realizar isolamento de contato:

- O paciente deve ficar sozinho no quarto ou no máximo junto a outro paciente com mesmo micro-organismo
- O paciente não pode sair do quarto, preferencialmente.
- Caso seja necessário, isso deve ser feito sob supervisão de profissional, para evitar contaminação de outras áreas do hospital pelo paciente
- Uso de aventais e luvas, sempre que for entrar em contato com o paciente ou qualquer superfície possivelmente colonizada ou contaminada

- Esse material precisa ser descartado logo após o uso.
- Todo o equipamento (aparelho de pressão, termômetro, estetoscópio etc) deve ser de uso exclusivo do paciente

Avental descartável

Usado em precaução por contato

Não pode ser reutilizado

(mesmo que esteja intacto e seja pela mesma pessoa)



Isolamento hospitalar – Precaução respiratória por gotícula

- A pessoa deve ser internada em um quarto privativo (um único paciente no quarto), preferencialmente.
- Se não for possível, o outro leito deve ficar a uma distância de no mínimo 1 metro;
- A porta do quarto deve permanecer sempre fechada;
- Todas as pessoas que entrarem no quarto (inclusive visitas), devem usar máscara cirúrgica (tampando nariz e boca) durante todo o tempo que permanecerem no quarto;
- Ao sair do quarto, a máscara deve ser jogada no lixo (não pode guardar para usar depois);
- O paciente não pode sair do quarto (exemplo: caminhar pelo corredor do hospital), a não ser que seja preciso (exemplo: realizar algum exame);
- Caso o paciente precise sair do quarto, deverá usar a máscara cirúrgica todo o tempo que estiver fora;
- O paciente não precisa usar máscara cirúrgica quando estiver no quarto.

Máscara cirúrgica

Usada em:

- Isolamento por **gotícula**
- Isolamento por **aerossóis** (pelo paciente)

- *Não deve ser reutilizada
- *Não deve ser compartilhada
- *Deve ser descartada sempre que úmida



Isolamento hospitalar – Precaução respiratória por aerossol

O paciente deve ficar obrigatoriamente em um quarto sozinho.

O quarto deve ser com pressão negativa, com ar condicionado de alta pressão de filtro de alta eficácia.

A porta do quarto deve ficar **SEMPRE** fechada

Obrigatório o uso de máscara de tipo N95 ou PPF -22 para todo profissional que entrar no quarto

Se precisar sair do quarto, o paciente deve usar máscara cirúrgica.

Máscara N95/PPF-2

Usada em isolamento por **aerossóis**

Podem ser reutilizadas desde que não estejam danificadas, molhadas ou dobradas.

Não pode ser compartilhada



Isolamento hospitalar – Precauções empíricas

São aquelas situações nas quais ainda não sabemos qual o micro-organismo envolvido.

Mas de acordo ao quadro clínico, existe uma suspeita de um agente causador e tomamos as medidas de precaução de acordo a essa suspeita.

Essa medida é muito importante, pois do momento da suspeita diagnóstica até a confirmação, muitas pessoas já podem transmitir esse micro-organismo.

Institui-se a precaução de acordo à clínica do paciente.

Caso o diagnóstico seja descartado, a precaução é retirada.

Sintomas	Possíveis causas	Isolamento empírico
Diarreia • Em paciente incontinente (que não tem controle do esfíncter anal) • Uso prévio de antimicrobiano	• Patógenos entéricos • <i>Clostridium difficile</i>	• Contato
Meningite bacteriana	• <i>Neisseria meningitidis</i> Suspeita de: • <i>Neisseria meningitidis</i> • <i>Variola</i> • <i>Sarampo</i>	• Contato • Respiratório por Gotículas
Lesões de pele	Suspeita de: • <i>B. Pertussis</i> (coqueluche) • <i>Virus sincicial respiratório</i> ou <i>Parainfluenza</i> • <i>Tuberculose</i>	• Respiratório por Gotículas • Contato • Respiratório por aerossol
Infecções respiratórias		• Contato
Suspeita de colonização por bactérias multirresistentes		• Contato

Fonte: <https://www.drakeillafreitas.com.br/isolamento-hospitalar-saiba-o-que-e/>

SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES, DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, ACAMADOS E IDOSOS).

DIABETES

A **diabetes** é uma patologia que modifica os hábitos de vida de um indivíduo, contribuindo para o crescimento de riscos de diversas complicações, tanto agudas quanto crônicas. As complicações do diabetes influenciam diretamente na qualidade de vida do paciente, uma vez que as suas consequências podem ser graves, como perda de visão, amputações e insuficiência renal.

O diabetes *mellitus* está relacionado diretamente à produção insuficiente de insulina, falta desta ou incapacidade da mesma de exercer a sua função plenamente. Geralmente, causa hiperglicemia constante e outras complicações. Pode lesionar o coração, os olhos, os nervos, os rins e a rede vascular, sobretudo a periférica.

DIABETES: CLASSIFICAÇÕES:

Continua...

HIPERTENSÃO ARTERIAL

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associando-se frequentemente a alterações funcionais e estruturais dos

órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Fisiopatologia

Existem vários estudos que relatam a forte associação da pressão arterial com fatores vasoativos, sendo os mais importantes os vasoconstritores e os vasodilatadores. Esses fatores estão envolvidos no sistema endotelial (endotelina-1, óxido nítrico), sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), sistema nervoso simpático, sistema nervoso central e periférico. Esses sistemas atuam intensamente na tensão vascular, hiperplasia dos vasos e no controle da pressão arterial.

Quadro clínico

O sintoma que seria o mais frequente e específico observado num indivíduo hipertenso é a cefaleia. A cefaleia suboccipital, pulsátil, que ocorre nas primeiras horas da manhã e vai desaparecendo com o passar do dia, é dita como característica, porém qualquer tipo de cefaleia pode ocorrer no indivíduo hipertenso.

Diagnóstico

A avaliação inicial de um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. As lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas também devem ser investigadas. Fazem parte dessa avaliação a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial.

Modo de transmissão

A HAS é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA. Em 2001, cerca de 6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA, 54% por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração (DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. A doença renal terminal, outra condição frequente na vigência da HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS e 9.486 óbitos em 2007.

Os **fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica** são:

- Idade: sendo a prevalência de HAS superior a 60% acima de 65 anos.
- Gênero e etnia: a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca.
- Excesso de peso e obesidade: se associam com maior prevalência de HAS.
- Desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA.
- Ingestão de sal: a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A

população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado.

- Ingestão de álcool: por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas.
- Sedentarismo: a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV.
- Fatores socioeconômicos: a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil, a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.
- Genética, a contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de desenvolver HAS.

Os FR cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada. A predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

Sintomas

Continua...

HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMO DEVE SER A ABORDAGEM DO ENFERMEIRO?

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.

Frequentemente, se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes.

Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

Sinais e Sintomas

A HAS costuma ser assintomática e seu diagnóstico é estabelecido através de medidas rotineiras de pressão arterial. Em muitos casos, pacientes que nunca tiveram diagnóstico de HAS, estabelecem o diagnóstico a partir de uma urgência ou emergência hipertensiva.

Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com PA $\leq 120/80$ mmHg e, anualmente, para aqueles com PA $> 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg.

Manifestações Clínicas: Definido pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135 mmHg e diastólica acima de 85 mmHg. Os sintomas, geralmente, aparecem quando a pressão arterial excede muito o padrão da normalidade. O paciente pode apresentar: dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal.

Manejo Clínico

Anamnese

O enfermeiro deve: Coletar informações sobre o paciente, sua família e hábitos de vida.

→ Dados objetivos (o que é observável) e dados subjetivos (o que o paciente afirma).

→ Nessa etapa, torna-se imprescindível analisar os **Fatores de Risco** para HAS:

- Idade (principalmente, acima de 50 anos);
- Sexo e etnia;
- Excesso de peso e obesidade;
- Sedentarismo;
- Ingesta aumentada de sal e álcool;
- Tabagismo;
- Fatores socioeconômicos e genéticos;

Medicamentos e Drogas que Podem Contribuir para HAS: Anti-inflamatórios não esteroidais (AINE); anticoncepcionais com altas doses de estrogênio; antidepressivos (tricíclicos e inibidores seletivos da recaptção de serotonina); corticoides; estimulantes, anfetaminas e metanfetaminas; cocaína e simpaticomiméticos; descongestionantes nasais (pseudoefedrina); eritropoetina; ciclosporina.

Doenças Relacionadas à Hipertensão Secundária:

Doença renal primária; hipertensão renovascular; hiperaldosteronismo primário; síndrome de Cushing; feocromocitoma; apneia obstrutiva do sono; acromegalia; tireoidopatias; hiperparatireoidismo; coarctação de aorta.

Exame Físico

O objetivo é avaliar a presença de sinais de lesão de órgão-alvo, doença cardiovascular estabelecida e evidência de uma potencial causa secundária. Obviamente, a medida da pressão arterial deve ser realizada com a técnica correta e nas melhores condições possíveis.

Recomenda-se que, na primeira consulta, a pressão arterial seja medida em ambos os membros superiores e, em idosos, com o paciente deitado e sentado (para pesquisa de hipotensão postural).

Atenção! A pressão sistólica deve ser equivalente em ambos os membros, sendo assim, uma diferença maior que 15 mmHg deve sugerir a presença de estenose de subclávia ou doença arterial periférica.

Classificação da HAS (Guideline EUA)

Média de duas medidas da pressão arterial por consulta em, pelo menos, duas consultas após uma triagem inicial.

Classificação	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
PA elevada	120-129	< 80
HAS estágio 1	130-139	80-89
HAS estágio 2	≥ 140	≥ 90
Sistólica isolada	≥ 130	< 80

Diagnóstico de Enfermagem

1. Estilo de vida sedentário.
2. Déficit de conhecimento.
3. Dor aguda (cefaleia).
4. Sobrepeso.
5. Ansiedade.
6. Controle ineficaz do esquema terapêutico.
7. Controle de medicamentos.
8. Risco de pressão arterial instável.

Intervenção de Enfermagem

1. Melhora da educação em saúde
2. Educação: Indivíduo
3. Melhora da disposição para aprender
4. Ensino: Atividade/Exercícios prescritos
5. Terapia Ocupacional
6. Cuidados Cardíacos: Reabilitação
7. Promoção do Exercício.

Resultados Esperados

- Comportamento de aceitação: Dieta prescrita.
- Comportamento de cessação de fumar.
- Comportamento de perda de peso.
- Conhecimento: Controle da hipertensão.
- Conhecimento: Controle do peso.
- Conhecimento: Dieta.
- Conhecimento: Medicação.
- Nível de estresse.
- Resposta à medicação.

Acompanhamento na Atenção Primária Metas Pressóricas:

Continua...

ações de enfermagem na atenção básica, prevenção de câncer de mama e cérvico-uterino

O **câncer de mama** é causado pela multiplicação desordenada das células da mama. Esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor. Há vários tipos de câncer de mama. Alguns têm desenvolvimento rápido, enquanto outros crescem mais lentamente. Esses comportamentos distintos se devem às características próprias de cada tumor.

Sinais de câncer e mama

A característica mais comum da doença é o surgimento de um nódulo nas mamas ou axilas geralmente indolor. Além disso, o paciente pode apresentar outros sinais menos frequentes; veja abaixo:

- Inchaço de toda ou parte de uma mama (mesmo que não se sinta um nódulo)
- Edema (inchaço) da pele
- Eritema (vermelhidão) na pele
- Inversão do mamilo
- Assimetria das mamas
- Espessamento ou retração da pele ou do mamilo
- Secreção pelos mamilos
- Inchaço do braço
- Dor na mama ou mamilo

Como reduzir o risco do câncer de mama

A prevenção do câncer de mama não é totalmente possível em função dos múltiplos fatores relacionados ao surgimento da doença e ao fato de vários deles não serem modificáveis, mas além de realizar exames preventivos com frequência, a adoção de alguns hábitos de vida saudáveis, podem diminuir o risco; são eles:

- Manter uma dieta balanceada, rica em frutas e vegetais e com pouca gordura;
- Praticar atividades físicas regulares, pelo menos por 1 hora, 3 dias por semana;
- Evitar sobrepeso;
- Evitar fumar;
- Quando amamentar, fazê-lo pelo maior número de meses possível;
- Evitar ingestão alcoólica excessiva, mais de três drinques de alto teor alcoólico por dia.

De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível **reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama.**

Ainda de acordo com um levantamento feito por instituições brasileiras e americanas, em parceria com o Ministério da Saúde, **12% das mortes** causadas pela doença no Brasil **poderiam ser evitadas caso as mulheres praticassem atividades físicas regularmente.**

Tratamento para câncer de mama

Para o tratamento de câncer de mama, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece todos os tipos de cirurgia, como mastectomias, cirurgias conservadoras e reconstrução mamária, além de radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e tratamento com anticorpos. O tipo de terapia ou modalidade escolhida para tratar a doença irá depender de vários fatores, como a localização do tumor, o tipo e a extensão da doença.

Confira em detalhes as modalidades de tratamento:

Hormonioterapia

Muitos cânceres de mama crescem às custas do hormônio feminino chamado estrogênio. Então, a maioria das hormonioterapias age diminuindo os níveis desse hormônio ou o impedindo de atuar sobre as células cancerígenas da mama.

A hormonioterapia costuma ser mais efetiva em pacientes pós-menopausa e pode ser administrada antes ou depois da cirurgia.

Quimioterapia

Em alguns casos de câncer de mama, a quimioterapia é necessária e pode salvar vidas. Ela consiste na administração de medicamentos para destruir o câncer, que podem ser feito por via intravenosa (injeção numa veia) ou por via oral. A quimioterapia sistêmica é administrada na corrente sanguínea para poder atingir as células cancerígenas em todo o corpo.

Cirurgia conservadora da mama

Esse é um procedimento para retirar o tumor com uma margem de segurança, preservando a maior parte possível da mama. Alguns tecidos e linfonodos saudáveis adjacentes também são geralmente removidos. Esse procedimento é muitas vezes uma opção de tratamento para mulheres com câncer de mama em estágio inicial, pois permite que ela preserve a maior parte da mama.

Mastectomias – cirurgia para a retirada da mama

A mastectomia consiste na retirada cirúrgica de toda a mama. Muitas vezes, é realizada quando uma mulher não pode ser tratada com a cirurgia conservadora da mama (lumpectomia), que poupa a maior parte da mama. Também pode ser feita se uma mulher preferir a mastectomia sobre a cirurgia conservadora da mama por motivos pessoais.

Radioterapia

O tratamento utiliza radiações ionizantes para destruir ou inibir o crescimento das células anormais que formam um tumor.

Nem todas as mulheres com câncer de mama têm indicação de radioterapia, que pode ser realizada nas seguintes situações:

- Após a cirurgia conservadora da mama, para diminuir a chance da recidiva na mama ou nos linfonodos próximos.
- Após uma mastectomia, especialmente se o tumor tinha mais que 5 cm de diâmetro ou se estava nos linfonodos.

- Se o tumor estava disseminado para outros órgãos, como ossos ou cérebro.

ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Continua...

QUESTÕES CONCURSOS

01. (IESES - 2019 - Prefeitura de São José - SC - Médico) Após a leitura do enunciado apresentado a seguir, identifique a afirmação correta:

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal.

(Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, disponível em <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/revista/24-1.pdf>>

- Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao: a) aumento da expectativa de vida da população brasileira, atualmente 74,9 anos; b) aumento na população de idosos ≥ 60 anos na última década (2000 a 2010), de 6,7% para 10,8%.
- Estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente. Mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando ainda mais a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos.
- Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de FR associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos.
- Pré-hipertensão (PH) é uma condição caracterizada por PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg.

A sequência correta é:

- A Apenas as assertivas I e II estão corretas.
- B Apenas as assertivas I e IV estão corretas.
- C As assertivas I, II, III e IV estão corretas.
- D Apenas a assertiva III está correta.

02. (IF Sertão - PE - 2016 - IF Sertão - PE - Enfermeiro) No que diz respeito à prevenção do câncer cervical e de mama, marque a alternativa correta.

- A O rastreamento do câncer de colo uterino deve ser realizado a partir de 15 anos em todas as mulheres que iniciaram atividade sexual;
- B A coleta de citopatológico para rastreio poderá ser realizada por técnicos em enfermagem devidamente treinados, visando ampliar o acesso da população-alvo ao exame;
- C Segundo o protocolo do Ministério da Saúde as pacientes, em que o resultado do exame citopatológico evidenciar Lesão intraepitelial de baixo grau, devem ser encaminhadas para colposcopia;
- D O câncer de mama, assim como no Brasil, é o que mais acomete mulheres em todo o mundo, constituindo a maior

causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento;

E No Brasil, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a mamografia a cada cinco anos para mulheres entre 50 e 69 anos.

03. (FUNDEP - FHEMIG - Profissional de Enfermagem - Técnico em Enfermagem) Os elevados índices de câncer de mama e de colo de útero no Brasil têm justificado a implantação de estratégias que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce dessas doenças.

Considerando a importância das atribuições de cada profissional no campo dessas doenças, analise as seguintes afirmativas sobre as atribuições do técnico de enfermagem e assinale a alternativa INCORRETA.

- A Realizar atenção integral à mulher dentro da sua competência, enfatizando a humanização no tratamento.
- B Realizar atenção domiciliar quando necessário e se fizer parte de suas funções, atendendo as necessidades peculiares de cada paciente.
- C Manter a disponibilidade de suprimentos que está sob sua responsabilidade para a realização do exame do colo do útero, orientando adequadamente a mulher quanto à prevenção do câncer de colo de útero.
- D Realizar consulta de enfermagem com todos os passos do processo de enfermagem, coleta de exame preventivo e exame clínico das mamas, além das orientações corretas após consultas.

ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Pessoas com deficiência são aquelas que têm **impedimento de médio ou longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial**, o que, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, define, como propósitos gerais:

- proteger a saúde da pessoa com deficiência;
- reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social;
- prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Seu principal objetivo é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários.

Suas diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são:

- promoção da qualidade de vida;
- prevenção de deficiências;
- atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação;
- capacitação de recursos humanos;
- organização e funcionamento dos serviços.

Promoção da Qualidade de Vida – deve ser compreendida como responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. As cidades, os ambientes públicos e coletivos, os meios de transporte, as formas de comunicação, devem

ser pensados para facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos os cidadãos.

Na área da saúde, é preciso tornar acessíveis as unidades de saúde, de acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT, como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, MS, 2ª ed., Brasília, 2008. Assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, nas esferas municipal, estadual e federal.

2. Prevenção de Deficiências – atuação intersetorial, devendo a Saúde unir esforços a outras áreas como: educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, dentre outros.

Especificamente na área da saúde devem ser implementadas ações de prevenção, tendo em vista que cerca de 70% das ocorrências seriam evitáveis ou atenuáveis, com medidas apropriadas e oportunas. Ações de imunização, acompanhamento de gestantes (em especial as de risco), exames para os recém-nascidos, acompanhamento do crescimento infantil, acompanhamento dos diabéticos, hipertensos e pessoas com hanseníase, prevenção de acidentes (domésticos, no trânsito e no trabalho) e violências (álcool/drogas).

Medidas preventivas envolvem, também, ações de natureza informativa e educacional, voltadas à população, aos profissionais de saúde e aos gestores de serviços.

3. Atenção Integral à Saúde – responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade, aos procedimentos de reabilitação, e ao recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

4. Melhoria dos Mecanismos de Informação – deve ser pensada e desenvolvida em vários pontos. Um deles é a melhoria dos registros de dados sobre as pessoas com deficiência no país. Outro é o aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS, e a construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com estímulo às pesquisas em saúde e deficiência.

Outro aspecto é a criação, e distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis, isto é, em Braille, em Libras, em CD (PDF/TXT para conversão em voz) e em caracteres ampliados.

5. Capacitação de Recursos Humanos – é importante, pois os procedimentos de saúde são baseados especialmente na relação entre pessoas. Profissionais capacitados, tanto na rede básica (incluindo as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde) quanto nos serviços de reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual), estarão mais sensibilizados para os cuidados às pessoas com deficiência usuárias do SUS.

Outro foco de desenvolvimento e capacitação são os gestores locais de serviços em saúde e os usuários participantes dos Conselhos de Saúde, para que haja incremento no planejamento de políticas de saúde voltadas às pessoas com deficiência no país.

6. Organização e Funcionamento dos Serviços – os serviços de saúde devem se organizar como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

Nas unidades especializadas, qualificadas para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, a atenção será multiprofissional e interdisciplinar, com a presença da fisioterapia, da terapia ocupacional, da

fonoaudiologia, e, dependendo da disponibilidade dos profissionais no município, também da psicologia e da assistência social. Neste nível será possível a avaliação de cada caso para, junto com a terapia, fazer a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, e o acompanhamento da adaptação aos equipamentos.

Para as unidades de alta tecnologia, ambulatorial ou hospitalar, reservam-se os casos que justificam intervenção intensa e mais frequente, vinculados, se possível, a centros universitários. Estas unidades atendem as pessoas que sofreram traumas recentes, caracterizando uma via de entrada para a atenção no SUS. Para o seguimento destes casos há que se criar um fluxo para que as pessoas tenham acesso, após a alta hospitalar, às unidades básicas de saúde mais próximas de seus locais de moradia.

Para que aconteça

A viabilização desta política nacional deve-se a uma conjugação de esforços que tiveram seu início na decisão política dos governantes em responder positivamente às reivindicações e movimentos sociais de pessoas com deficiência. Os gestores do SUS nas três esferas de governo têm, como parceiros potenciais: educação, desenvolvimento social, direitos humanos, habitação, justiça, transporte, trabalho, esporte e turismo que, de forma articulada e integrada, podem atuar para a progressiva inclusão das pessoas com deficiência em suas comunidades, para o exercício da cidadania e vida social.

É importante registrar que a inclusão da pessoa com deficiência se dá, também, por ações da comunidade, transformando os ambientes, eliminando barreiras arquitetônicas e de atitudes, que impedem a efetiva participação social das pessoas com deficiência.

REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Continua...

SAÚDE MENTAL: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, ACOLHIMENTO, CLÍNICA AMPLIADA, MATRICIALMENTE

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular é um trabalho realizado pela equipe interdisciplinar de saúde com vistas ao acompanhamento de um caso específico que envolve um sujeito ou uma comunidade. O caso trabalhado em um PTS deve ser eleito pela equipe considerando a necessidade de atenção ampliada à situação. Geralmente, são situações onde já foram tentadas ações pontuais e não se atingiu o resultado esperado devido a certa dificuldade em sua condução. Também são trabalhadas as vulnerabilidades do indivíduo ou comunidade.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser realizado conforme os passos a seguir:

- 1 – Diagnóstico: delineamento da situação problema, identificando os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos que influenciam no caso. É importante, nessa etapa, identificar os sujeitos envolvidos, as vulnerabilidades e a rede de apoio existente, e não apenas os aspectos clínicos do caso. A elaboração de um genograma e ecomapa mostra-se como uma boa ferramenta para registro gráfico da situação problema quando esta se tratar de um caso individual e não comunitário.
- 2 – Definição de metas: após a descrição do caso e levantamento dos pontos a serem trabalhados, é importante que a equipe trabalhe com metas a serem alcançadas a curto, médio e longo prazo.

Essas metas devem ser negociadas com o sujeito do PTS e demais pessoas envolvidas.

- 3 – Divisão de responsabilidades: as tarefas de cada um devem ser claras, incluindo do sujeito do PTS. Definir também um profissional que será responsável pelo maior contato entre o caso e a equipe de saúde é uma estratégia que pode facilitar a continuidade da assistência, além da reavaliação e reformulação de ações do PTS.
- 4 – Reavaliação: momento onde a equipe fará a discussão do caso, verificando o que teve êxito e o que precisa ser reformulado para ter melhor resposta. A periodicidade da reavaliação deve ser definida pela equipe interdisciplinar no planejamento das ações.

Para o sucesso do PTS é importante que a equipe interdisciplinar construa um vínculo com o sujeito do projeto, além de envolvê-la nas decisões sobre as ações a serem realizadas (princípio da clínica ampliada).

ACOLHIMENTO

o acolhimento, visto como paradigma em saúde coletiva, deve ter início na recepção do serviço e em todo o processo de tratamento, incluindo a relação dos trabalhadores com os usuários. Deste modo, acolhimento implica no processo de responsabilização, na intervenção resolutiva e a humanização do atendimento, através da escuta qualificada dos problemas de saúde dos usuários. Sendo assim, humanizar na atenção à saúde é compreender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, preservando a dignidade do ser humano. a humanização no serviço de saúde possibilita uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvida nos estabelecimentos de saúde, assumindo uma postura ética entre os trabalhadores e o respeito ao usuário. Todavia, na rede básica de saúde o modo de assistência da equipe nem sempre favorece a integralidade, devido as várias dificuldades de tais equipes em desenvolver um trabalho mais coeso, que privilegie uma atenção psicossocial, afastando-se do modelo biomédico e na fragmentação dos saberes. Objetivo: Compreender e analisar a percepção dos usuários sobre humanização no acolhimento em saúde mental.

CLÍNICA AMPLIADA

Continua...

VISITAS DOMICILIARES E OUTRAS FORMAS DE BUSCA DO PACIENTE E ATENÇÃO À FAMÍLIA.

A visita domiciliar (VD) é uma ferramenta muito utilizada pelos enfermeiros para a prestação da assistência no ambiente domiciliar, dessa forma é necessário o planejamento do número de visitas ou encontros necessários para o tratamento e orientações ao usuário e também criar a relação de ajuda familiar, além do foco no cuidado e acompanhamento clínico (KAWATA et al., 2013)

A visita domiciliar na ESF é uma ferramenta utilizada pelos membros da equipe de saúde com o objetivo de contribuir para a recuperação e conhecimento da situação de vida do cidadão, dessa forma tem a criação de vínculos entre os dirigentes e as clientela. Além disso, a visita domiciliar favorece a promoção da autonomia do usuário assistido por meio da assistência prestada de maneira acolhedora e humanizada, onde está sempre se atentando com a infraestrutura (moradia, asseio, saneamento dentre outros) existentes nas comunidades visando a realização do trabalho

em conjunto e integralidade das atividades (POLARO et al., 2013).

O atendimento realizado na atenção básica é composto por várias atividades feitas pela equipe no domicílio, como cadastramento; busca ativa; ações de vigilância e de educação em saúde, desenvolvimento de diversas atividades de cuidados ao paciente, como a consulta de enfermagem; hábitos de vida; aferição de pressão arterial; e orientação sobre as doenças e uso frequente de medicamentos. Na visita domiciliar é essencial que a assistência prestada seja de forma acolhedora, para o fortalecimento do laço paciente-profissional, estimulando a participação da família tanto nos cuidados como no suporte afetivo do paciente, favorecendo também para a redução das complicações inerentes aos longos períodos de internações hospitalares (NORO e TORQUATO, 2014).

As ações da enfermeira, não são resultantes unicamente em cuidar dos acontecimentos de saúde da família, mas também do envolvimento com circunstâncias que auxiliem a plenitude familiar. Desse modo, deve identificar e compreender como a saúde de cada indivíduo da família influi na singularidade familiar e privacidade de cada indivíduo. É essencial que a enfermeira atuante na VD desempenhe seu trabalho seguindo os princípios éticos e legais para a garantia dos direitos dos usuários e uma assistência de qualidade prestada de maneira eficiente que sem dúvidas refletem na recuperação dos usuários desse atendimento (BRITO et al., 2013).

QUESTÕES DE CONCURSOS

01. (Prefeitura de Fortaleza - CE - 2018 - Prefeitura de Fortaleza - CE - Enfermeiro) A visita domiciliar é um importante instrumento para a realização de atividades educativas e assistenciais mais humanizadas e adequadas à realidade do indivíduo e da família. Considerando a visita domiciliar como tecnologia de cuidado do enfermeiro para a atenção à família no âmbito da atenção básica, é correto afirmar que:

- A toda ida ao domicílio do usuário pode ser considerada visita domiciliar.
- B dentro da visita domiciliar, o profissional de saúde poderá realizar a avaliação da família por meio de ferramentas como o genograma e o ecomapa.
- C durante a visita domiciliar, o enfermeiro deverá focar a entrevista ao usuário, não cabendo ao profissional observar aspectos intradomiciliar e peridomiciliar que influenciem na situação de saúde da família.
- D durante a etapa de planejamento da visita domiciliar, deve haver a priorização do horário preferencial definido pela equipe de saúde em detrimento do da família, cabendo ao agente comunitário de saúde (ACS) avisar as famílias para estas ajustarem-se ao horário da visita.

01. (AOC - 2015 - EBSE - Enfermeiro - Vigilância) Sobre a Visita Domiciliar, é correto afirmar que

- A deve ser realizada apenas aos pacientes acamados.
- B é importante para realização de ações de promoção e educação à saúde.
- C é uma atribuição exclusiva dos Agentes Comunitários de Saúde.
- D deve ser realizada para conhecer o quadro clínico do usuário, ignorando aspectos sociais e familiares.
- E desfavorece o vínculo entre o profissional de saúde e o usuário.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A **humanização na enfermagem** é um conceito indispensável para a assistência aos pacientes, que deve ser priorizado por qualquer profissional da área.

O atendimento humanizado é aquele em que todos os envolvidos atuam para que o paciente tenha um tratamento digno e apropriado, sendo **ouvido, respeitado, compreendido e aconselhado**.

Em poucas palavras, no lugar de dedicar todo seu foco para o combate de uma doença ou condição de saúde, os profissionais de saúde precisam ter atenção no indivíduo em si e nas suas necessidades.

O que é humanização na enfermagem e qual sua Continua...

IMUNIZAÇÕES: ESQUEMA BÁSICO DE VACINAÇÃO.

A imunização é o processo pelo qual uma pessoa se torna imune ou resistente a uma doença infecciosa, normalmente pela administração de uma vacina. As vacinas estimulam o próprio sistema imunológico do corpo a proteger a pessoa contra infecções ou doenças posteriores. A imunização evita doenças, incapacidade e mortes por enfermidades preveníveis por vacinas, tais como câncer do colo do útero, difteria, hepatite B, sarampo, caxumba, coqueluche, pneumonia, poliomielite, doenças diarreicas por rotavírus, rubéola e tétano.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO 2024

Calendário de Vacinação da Criança

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG – ID	Dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina hepatite B	Dose	Hepatite B
2 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)		Diarreia por Rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 (valente)		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
4 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano)		Diarreia por Rotavírus
	Vacina pneumocócica 10 valente		Doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
6 meses	Vacina pentavalente (DTP + HB + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
	VIP (vacina inativada poliomielite)		Poliomielite (paralisia infantil)
7 meses	Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos)	1ª dose	Complicações causadas pela COVID-19
	Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos)	2ª dose	Complicações causadas pela COVID-19
9 meses	Vacina febre amarela	1ª dose	Febre amarela
	Vacina Covid-19 (Pfizer pediátrica para menor de 5 anos)	3ª dose	Complicações causadas pela COVID-19
12 meses	SRC (tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola.
	Vacina pneumocócica 10 valente	Reforço	Contra doenças invasivas e otite média aguda causadas por <i>Streptococcus pneumoniae</i> sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F e 23F.
15 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C.
	VOP (vacina oral poliomielite)	1º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina hepatite A	Dose única	Hepatite A
4 anos	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SCRV (tetra viral)	Dose única	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela.
	DTP (tríplice bacteriana).	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	VOP (vacina oral poliomielite)	2º reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina varicela	2ª dose	Varicela (catapora)
9 anos (até 14 anos, 11 meses e 29 dias.)	Vacina febre amarela	Reforço	Febre amarela
9 anos (até 14 anos, 11 meses e 29 dias.)	HPV quadrivalente	2 doses	Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18.

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário de Vacinação do Adolescente

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
9 a 14 anos	HPV quadrivalente	2 doses	Infecções pelo Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18.
	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
11 a 19 anos	Dupla adulto (dT)*	3 doses ou reforço	Difteria e tétano
	Tríplice viral (SCR)*	2 doses	Sarampo, caxumba e rubéola
	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela
11 a 14 anos	Vacina meningocócica ACWY (conjugada)	Dose única	Doenças invasivas causadas por <i>Neisseria meningitidis</i> dos sorogrupos A, C, W e Y.

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário de Vacinação do Adulto

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT)*	3 doses ou reforço	Difteria e tétano
	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela

20 a 59 anos

Tríplice viral (SCR)*	2 doses – até 29 anos, 11 meses e 29 dias.	Sarampo, caxumba e rubéola
	1 dose – a partir dos 30 anos de idade até 59 anos, 11 meses e 29 dias.	

Calendário de Vacinação da Gestante

	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Gestantes	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano dTpa: difteria, tétano e coqueluche
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário de Vacinação do Idoso

	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
60 anos ou mais	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT)*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

*A depender da situação vacinal encontrada.

Calendário do Trabalhador de Saúde

	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Trabalhador de Saúde	Hepatite B*	3 doses	Hepatite B
	Dupla adulto (dT) e/ou dTpa tipo adulto*	Doses ou reforço	dT: difteria e tétano
	Tríplice viral (SCR)*	2 doses – até 29 anos, 11 meses e 29 dias. 1 dose – a partir dos 30 anos de idade até 59 anos, 11 meses e 29 dias.	Sarampo, caxumba e rubéola
	Febre amarela*	Dose única	Febre amarela
	Varicela	2 doses	Varicela
	Vacinas Covid-19 Pfizer	2 doses + reforços a cada 6 meses	Covid-19

*A depender da situação vacinal encontrada.

Fonte: CGPNI-MS / SESA-ES
atualizado em 24/01/2024.**QUESTÕES DE CONCURSOS**

01. (CONSULPAM - 2022 - Prefeitura de Irauçuba - CE - Agente Comunitário de Saúde) Com base no calendário nacional de vacinação do Ministério da Saúde, a vacina contra hepatite B deve ser administrada em idosos com 60 anos ou mais em quantas doses?

- A 03 doses.
B 01 dose anual.
C 04 doses.
D Reforço a cada 10 anos.

02. (FCC - 2022 - TRT - 23ª R) - Técnico Judiciário - Enfermagem do Trabalho) De acordo com o calendário

nacional de vacinação, a vacina dTpa adulto deve ser aplicada em gestante

- A a partir da 20ª semana de gestação.
B nas primeiras 24 horas antes do parto.
C no primeiro trimestre de gestação.
D em dose de reforço a cada duas gestações.
E no primeiro mês de gestação.

03. (FUNDATEC - 2022 - Prefeitura de Esteio - RS - Técnico de Enfermagem) Chega na sala de vacinação um menino de 2 meses de idade; o técnico de enfermagem, ao revisar a carteira vacinal, identifica que foram realizadas somente as vacinas ao nascer. Para atualizar a carteira vacinal

98 TECNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

dessa criança, conforme Calendário Nacional de vacinação, quais vacinas deverão ser aplicadas?

- A VOP – Rotavírus humano – Pentavalente – Meningocócica C.
- B VIP – Pentavalente – Rotavírus humano – Pneumocócica 10 valente.
- C SCR – DTP – Pneumocócica 10 valente – Pentavalente.
- D BCG – VIP – Rotavírus humano – Meningocócica C.
- E Hepatite B – VOP – Febre amarela – Pneumocócica 10 valente.

QUESTÕES DE PROVAS BANCA CONSULPAM

01. (CONSULPAM - Prefeitura de Ocara - Técnico em Enfermagem - 2023) _____ é a raspagem dos pelos na pele. Os pelos devem ser retirados porque abrigam micro-organismos que poderão penetrar no ferimento, provocando infecção. É feita com a finalidade de facilitar a limpeza e desinfecção da pele e da região a ser operada. Assinale a alternativa que preenche CORRETAMENTE a lacuna.

- A Cauterização
- B Raspagem
- C Tricotomia
- D Curetagem

02. (CONSULPAM - Prefeitura de Teutônia - Técnico em Enfermagem - 2023) A imunização é definida como a aquisição de proteção imunológica contra uma doença infecciosa. Prática que tem como objetivo aumentar a resistência de um indivíduo contra infecções. Acerca deste assunto, analise as alternativas marcando V para verdadeiro ou F para falso e, a seguir, assinale a alternativa CORRETA.

- O intervalo entre as doses de vacina do HPV não deve ser superior a 12-15 meses, para que o esquema vacinal seja completado o mais prontamente, visando garantir uma elevada produção de anticorpos e a efetividade da vacinação.
- A vacina pentavalente será contraindicada quando houver quadro neurológico em atividade e/ou após administração da vacina.
- A vacina BCG deverá ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida.
- A vacina contra Hepatite B deverá ser administrada na dose de 0,5ml em indivíduos de até 19 anos de idade, e 1,0ml a partir de 20 anos de idade.

- A V-V-V-F.
- B F-F-F-V.
- C F-F-F-F.
- D V-V-V-V.
- E F-V-V-F.

03. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - 2019) Sobre imunização, marque o item CORRETO:

- A Logo ao nascer, a criança não deve tomar nenhuma vacina, sob o risco de contrair alguma infecção hospitalar. Deve-se aplicar logo após a alta.
- B A vacina HPV é totalmente contraindicada em pacientes imunossuprimidos.
- C As vacinas pneumocócica e meningocócica ainda não estão sendo ofertadas no serviço público e as mães que querem que os filhos tomem devem procurar clínicas particulares.
- D A vacina tríplice viral pode ser administrada em adultos.

04. (CONSULPAM - Prefeitura de Ocara - Técnico em Enfermagem - 2023) O atendimento inicial pré-hospitalar tem por objetivo identificar as situações em que se envolvem vítimas.

Assinale a alternativa que descreve INCORRETAMENTE a etapa do atendimento descrita:

A No controle da cena, o mecanismo do trauma deve ser examinado pelo socorrista, observando e colhendo informações pertinentes. Também faz parte dessa etapa de avaliação local quanto a segurança.

B Na abordagem secundária, coloca-se em prática o ABCDE do trauma, uma sequência de passos estabelecida cientificamente.

C Na abordagem primária é realizada a avaliação sucinta da respiração, circulação e nível de consciência. Deve ser realizada no máximo em 30 segundos.

D Na quarta etapa são avaliados os pulsos, pressão arterial e temperatura, além da avaliação pela escala de Glasgow.

05. (CONSULPAM - Prefeitura de Ocara - Enfermeiro - 2023) Pacientes adolescentes deu entrada na emergência após ingestão de grande quantidade de benzodiazepínicos.

Assinale CORRETAMENTE qual antídoto deve ser administrado neste caso:

- A Flumazenil.
- B Naloxone.
- C N-acetilcisteína.
- D Atropina.

06. (CONSULPAM - CISCOPAR - Enfermeiro - 2023) A atuação do(a) Enfermeiro(a) na Assistência Pré-Hospitalar engloba as práticas assistenciais já reconhecidas para o Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Intermediário de Vida (SIV) e do Suporte Avançado de Vida (SAV) nos agravos de origem clínica, traumática, cirúrgica, psiquiátrica, pediátrica, obstétrica e outros, em todo ciclo vital.

Sendo assim, assinale a alternativa CORRETA ao que compete ao Enfermeiro(a) na Assistência Pré-Hospitalar.

- A Supervisionar, orientar e acompanhar os profissionais das demais categoriais.
- B Cumprir prescrição oriunda do Médico regulador da Central de Regulação das Urgências fornecida por meio de rádio, telefones fixos e/ou móveis (a distância), ou conforme protocolos assistenciais estabelecidos e reconhecidos do serviço, observando a legislação vigente.
- C Executar práticas de abordagem ventilatória e circulatória, sem a utilização de dispositivos extraglótricos, incluindo os dispositivos intravasculares periféricos ou intraósseos, entre outras tecnologias.
- D Prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém nato e realizar partos com distócia

07. (CONSULPAM - Prefeitura de Iraucuba - Técnico em Enfermagem - 2022) Paciente M. L. B, sexo feminino, 30 anos deu entrada na emergência hospitalar devido a intoxicação por chumbinho, qual o antídoto indicado neste caso:

- A Diazepam.
- B Oxigênio à 100 %.
- C Naloxone.
- D Atropina.

08. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - Área: SAMU - 2019) A embolia pulmonar é um dos agravos respiratórios que apresentam mais elevados índices de morbidade, acometendo especialmente os idosos. O êmbolo é geralmente constituído por coágulo sanguíneo, mas pode ser gorduroso, de líquido amniótico, da medula óssea, fragmento de tumor ou bolha de ar que se desloca do ponto de origem e atinge a corrente sanguínea até obstruir um vaso. Assinale a alternativa CORRETA sobre embolia pulmonar:

A O prognóstico das vítimas de embolia pulmonar independe do tamanho do êmbolo, apenas do tamanho e número das

- artérias pulmonares obstruídas e do estado de saúde do paciente.
- B A formação de êmbolos é mais frequente nas veias dos braços ou no lado direito do coração, sendo habitualmente deslocado para os pulmões.
- C Na impossibilidade de punção venosa, sendo periférica ou central, a infusão dos fluidos e medicações pode ser favorecida por via intraóssea, porém só pode ser realizada por enfermeiros ou médico.
- D De acordo com a condição clínica do paciente, deve ser ofertado oxigênio por cateter nasal, máscara de nebulização, máscara de Venturi, mas nunca por ventilação mecânica, sob o risco de deslocar o êmbolo mais rápido.
- 09. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - 2019)** É um cateter de triplo lúmen com dois balonetes: um que é insuflado no lúmen do estômago, fazendo pressão sobre a cárdia e o outro insuflado no lúmen do esôfago, pressionando, diretamente, as varizes. O terceiro lúmen é utilizado para irrigar e drenar o estômago. É um dispositivo utilizado em pacientes com quadro de hemorragia digestiva, a fim de minimizar sangramentos, acerca do qual a enfermagem deve manter constante observação. Falamos de:
- A Balão de Guedell.
B Cânula de Foley.
C Balão de Leopold-Zweifel.
D Balão de Sengstaken-Blakemore.
- 10. (CONSULPAM - Prefeitura - Enfermeiro - 2019)** O Ministério da Saúde lançou, em 2016, um Protocolos de Suporte Básico de Vida. De acordo com estes, marque a alternativa que apresenta dois sinais e sintomas de choque:
- A Pressão arterial aumentada ($PAS \geq 90$ mmHg) e nível de consciência alterado.
B Enchimento capilar < 2s e frequência cardíaca diminuída.
C Frequência respiratória alterada (< 8 ou > 28 mrm) e Coloração pele Pálida ou cianótica.
D Temperatura da pele aumentada e Enchimento capilar > 2 seg.
- 11. (CONSULPAM - Prefeitura - Enfermeiro - 2019)** No atendimento pré-hospitalar em situações de amputação traumática, cuidados com a ferida e com a parte amputada devem ser realizados. Quanto a estas ações, leia os itens abaixo:
- I - Deve-se tentar controlar hemorragias (iniciar com compressão direta e considerar o uso de torniquete).
II - Cobrir a ferida com curativo seco.
III - A parte amputada deve ser colocada em contato direto com gelo.
- De acordo com a análise dos itens, é CORRETO afirmar que:
- A Apenas o item I está correto.
B Apenas os itens I e II estão corretos.
C Apenas os itens I e III estão corretos.
D Todos os itens estão incorretos.
- 12. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - Área: SAMU - 2019)** O estabelecimento de um acesso às vias aéreas é prioritário sobre todos os outros aspectos da reanimação em quase todos os pacientes graves. Durante o exame primário, a avaliação deve ser feita de modo a identificar se a via aérea se encontra obstruída, caso haja risco de aspiração ou outro comprometimento respiratório. Assinale a opção errada no que diz respeito a essas manobras de acesso e permeabilização das vias aéreas e cuidados a serem tomados durante a situação de urgência/emergência.
- A As manobras de abertura das vias aéreas em adultos se iniciam se não houver suspeita de trauma cervical, por meio da inclinação da cabeça e levantamento do queixo. Em caso de suspeita de trauma, utilizar a técnica de elevação do ângulo da mandíbula.
B Mesmo que haja a presença de sangue na boca, dentes quebrados, dentaduras soltas, presença de suco gástrico ou qualquer corpo estranho, não se pode removê-los, pois corre-se o risco de aspiração.
C Uma causa bastante comum de obstrução das vias aéreas é a queda da língua. Uma cânula orofaríngea pode ser usada para manter a permeabilidade das vias aéreas.
D Após a primeira série de compressões torácicas iniciais a via aérea é aberta e são aplicadas duas ventilações. A utilização da bolsa-valva-máscara é sempre a melhor indicação. As ventilações podem ser feitas na proporção de uma a cada seis a oito segundos (8 a 10 ventilações/minuto). Observar a elevação do tórax.
- 13. (CONSULPAM - Prefeitura - Enfermeiro - 2019)** No atendimento pré-hospitalar em situações de trauma abdominal aberto é correto afirmar que:
- A Objetos encravados ou empalados devem ser removidos no atendimento pré-hospitalar.
B Em caso de evisceração, estes devem ser cobertos com compressas estéreis umedecidas com SF e plástico especial para evisceração, quando disponível.
C Em caso de evisceração deve-se recolocar os órgãos de volta na cavidade abdominal imediatamente.
D Em caso de objetos encravados ou empalados, o abdome deve ser palpado e comprimido para reduzir hemorragia.
- 14. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - Área: SAMU - 2019)** Historicamente, o atendimento de urgência era realizado pelos municípios. Apenas em 2003 foi instituída a política de atenção às urgências em nível nacional. Alguns exemplos de como se desenvolvia essa parte de atenção à saúde pode ser visto por exemplo no período de 1983 a 1998, em São Paulo, onde foi implantada a Comissão de Recursos Assistenciais de Pronto Socorros (CRAPS), que objetivava constituir um sistema inter-hospitalar de integração do atendimento médico. Em julho de 1992 foi criado o PAMU (Programa Integrado de Atendimento Médico de Urgência), fundamentado no Acordo Básico Interinstitucional entre governo federal, estadual e municipal. Diante do exposto, assinale a opção CORRETA:
- A A política nacional de atenção às urgências apesar de ser orientada pelas portarias do Ministério da Saúde não fazem parte do sistema único de saúde.
B A portaria 1.863/GM instituiu a política nacional de atenção às urgências, regendo a implantação dos serviços de atendimento exclusivamente hospitalar e a portaria 2.972/GM orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção às Urgências Móveis no âmbito do sistema único de saúde.
C O enfrentamento das causas de urgências requer ações de promoção individual de saúde, pois para se discutir essa problemática apenas os profissionais de saúde estão preparados e têm conhecimento sobre o assunto.
D Apesar de todos os avanços apresentados pelo sistema único de saúde em mais de duas décadas de existência, a atenção às urgências se destaca pela efetivação insuficiente das diretrizes relativas à descentralização, regionalização e financiamento. Assim, o perfil assistencial ainda se mostra ineficaz à população, diante das dificuldades para se promover um acesso universal e equitativo e assegurar os direitos de cidadania.
- 15. (CONSULPAM - Prefeitura - Enfermeiro - 2019)** No atendimento pré-hospitalar de paciente com qualquer

100 TÉCNICO EM ENFERMAGEM - DINCE: a melhor e mais completa apostila **DEMONSTRAÇÃO**

agravo clínico deve ser realizada avaliação primária do paciente. Quanto a esta, é correto afirmar que:

- A Ao avaliar a responsividade e expansão torácica, caso o paciente seja não responsivo com movimentos respiratórios, deve ser prosseguida a avaliação, sem necessidade de considerar suporte ventilatório.
- B Deve ser avaliada a permeabilidade de via aérea (VA) e corrigidas situações de risco com: hiperextensão da cabeça e elevação do queixo, cânula orofaríngea, aspiração e retirada de próteses, se necessário.
- C O estado circulatório deve ser avaliado apenas quanto a presença de sangramento ativo.
- D O exame exclusivo para a avaliação do estado neurológico é a avaliação pupilar: foto-reatividade e simetria.

16. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - Área: SAMU - 2019) As emergências obstétricas são frequentes na rede de atenção às urgências. O técnico de enfermagem deve estar preparado para atender e prestar cuidados desta natureza, sempre de acordo com os protocolos da instituição em que trabalha e a legislação de enfermagem. A capacitação dos trabalhadores nos serviços de atenção às urgências, prevista na Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002 propõe o desenvolvimento das seguintes habilidades nessa área para o técnico de enfermagem, com EXCEÇÃO de:

- A Reconhecer os sinais do trabalho de parto normal, parto distócico e todas as complicações obstétricas na cena de ocorrência.
- B Descrever ao médico regulador os sinais observados nas pacientes em atendimento.
- C Estar habilitado para realizar o parto normal e estar habilitado para prestar o atendimento ao recém-nascido normal e prematuro.
- D Manejar os equipamentos necessários para o suporte ventilatório ao recém-nascido.

17. (CONSULPAM - Prefeitura - Técnico de Enfermagem - 2019) Sobre a atuação do profissional de enfermagem nas situações de urgência e emergência, marque o item INCORRETO:

- A Acesso irrestrito; o número excessivo de pacientes; a extrema diversidade na gravidade no quadro inicial; a escassez de recursos, a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de profissionais na área de saúde; o predomínio de jovens profissionais; a fadiga; a supervisão inadequada; a descontinuidade do cuidado e a falta de valorização dos profissionais envolvidos. Esse é o ambiente que espera o técnico em enfermagem.
- B O tipo de trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar é uma prática nova para os padrões da enfermagem tradicional. No Brasil a atividade do enfermeiro no pré-hospitalar, na assistência direta, vem desenvolvendo-se a partir da década de 90.
- C O Suporte Avançado à Vida - SAV, tem como características manobras invasivas, de maior complexidade e, por este motivo, esse atendimento é realizado exclusivamente por enfermeiro.
- D Assim, a atuação da enfermagem está justamente relacionada à assistência direta ao paciente grave sob risco de morte.

18. (CONSULPAM - Prefeitura de Ocara - Técnico em Enfermagem - 2023) Fazer diagnóstico diferencial do paciente com outras intoxicações por depressões do Sistema Nervoso Central- SNC e com outras situações que levem a um rebaixamento do nível de consciência é imprescindível para a consulta no tempo adequado do tratamento.

Dentre as medidas de suporte, assinale a alternativa INCORRETA.

- A Desobstruir vias aéreas e administrar oxigênio suplementar quando necessário.
- B Monitorizar sinais vitais.
- C Lavagem gástrica tem indicação.
- D Hidratação adequada.

19. (CONSULPAM - CISCOPAR - Técnico em Enfermagem/2023) O posicionamento adequado para a realização de procedimentos em enfermagem é de suma importância para a eficácia dos mesmos. Neste sentido, para a realização de lavagem intestinal e utilização de clister, a posição mais indicada nestes casos é:

- A Posição de canivete.
- B Posição de Sims.
- C Decúbito Ventral.
- D Proclive.