

Aula 00 - Profa. Thaysa Vianna

*SES-AM (Técnico em Enfermagem)
Conhecimentos Específicos - Parte I*

Autor:
Thaysa Vianna

07 de Março de 2023

Conteúdo

Apresentação	3
Assistência de enfermagem às Principais alterações Digestivas e gastrointestinais	5
Gastrite.....	6
Cirrose hepática	9
Colelitíase e Colescistite.....	12
Assistência de enfermagem às Principais alterações Renais e do Trato Urinário	15
Infecção do trato urinário (ITU).....	15
Insuficiência Renal	18
Incontinência Urinária	23
Assistência de enfermagem às Principais alterações Tegumentares.....	26
Lesão por pressão.....	26
Assistência de enfermagem às alterações do Sistema reprodutor Masculino e Feminino	31
Hiperplasia prostática benigna.....	31
Câncer de próstata	32
Principais infecções sexuais.....	33
Assintomáticas	34
Sintomáticas	39
Gestação de alto risco	50



Síndromes hipertensivas na gravidez	51
Síndromes Hemorrágicas	60
Diabetes gestacional.....	70
Queixas mais frequentes na gestação e suas condutas.....	71
Câncer de mama	73
Climatério	77
Assistência de enfermagem às Principais alterações Cardiovasculares e Circulatórias.....	78
Ausculta cardíaca e suas principais alterações:	81
Angina	83
Insuficiência cardíaca (IC).....	87
Infarto agudo do miocárdio (IAM)	91
Hipertensão arterial	96
Atualização Hipertensão Arterial 2021.....	98
Assistência de enfermagem às Principais alterações Metabólicas e Endócrinas	110
Diabetes Mellitus	112
Hipertireoidismo	137
Hipotireoidismo e mixedema	139
Assistência de enfermagem às Principais alterações Musculoesqueléticas	141
Contusões, distensões e entorses.....	142
Fraturas	142



Osteoporose	147
Assistência de enfermagem às Principais alterações Neurológicas	151
Doença de Parkinson	151
Doença de Alzheimer.....	152
Epilepsias	156
Processo de envelhecimento	158
Pessoa idosa na Atenção Básica.....	161
Atribuição dos profissionais na no atendimento ao idoso	162
Quedas	168
Questões Comentadas	172
Lista de Questões.....	195
Gabarito.....	217



APRESENTAÇÃO

Olá, amigos do Estratégia Concursos, tudo bem?

É com enorme alegria que iniciamos nossa aula. Antes de tudo, peço licença para me apresentar:

- **Thaysa Vianna:** *Sou enfermeira , Mestre em Educação Profissional em Saúde (FIOCRUZ) e iniciei na área da enfermagem aos 15 anos quando comecei o curso técnico concomitante ao ensino médio, logo após fiz a graduação, pós graduação em oncologia, mestrado e atualmente me preparo para o doutorado.*

No **mundo dos concursos**, possuo 8 anos de experiência. Obtive aprovações para atuar em serviços de saúde vinculados a **prefeituras** (duas vezes em 1º lugar, uma em 14º), Fui aprovada também para atuar na **Eletronuclear** em 25º lugar, assim como, para **Corpo de Bombeiros** do Estado do Rio de Janeiro (fui eliminada no teste físico- preparo físico não é o meu forte, rs). Atualmente, sou servidora pública vinculada ao **Ministério da Educação** (aprovada em 1º lugar).

Minha rotina provavelmente é semelhante a sua (sou mãe de 2 filhos, esposa, filha, profissional, aluna, dona de casa...) e quando falo das aprovações é para demonstrar que todos somos capazes de conseguirmos o tão sonhado cargo público.

Durante sua preparação tenha sempre em mente que a **sua nomeação é apenas uma consequência do seu esforço**. E tenha certeza que **essa conquista chegará!**

Também passei por momentos de reprovações e insegurança, é normal acontecer... Mas lembre-se que as **reprovações são "degraus" que você deverá superar**. Posso dizer por experiência própria que o "gostinho" da reprovação é bem amargo, mas temos que vê-la como uma oportunidade para **avaliar** os nossos **erros e corrigi-los**.

A maior **dificuldade**, nesta **trajetória de "concurseira"** de enfermagem, foi **não encontrar o material adequado**, ou seja, **com foco** no que realmente era cobrado nos concursos. Imagine só, eu estudando TODOS aqueles manuais imensos do Ministério da Saúde!



Pensando nisso, a **metodologia que aplicaremos** será focada em **objetividade** e **muito treino**.

Vamos **"massificar"** o conteúdo com **foco total** naquilo que é **mais exigido**.

Por fim, se vocês quiserem receber **dicas de Enfermagem**, sigam-me nas redes sociais.

Ah!

Não hesitem em me procurar!

Sintam-se à vontade para entrar em contato sempre que precisarem, afinal, **ESTAMOS JUNTOS RUMO À APROVAÇÃO!**

Dito tudo isso, não podemos perder tempo!

Agora que já nos conhecemos, podemos partir para a nossa aula!

Um grande abraço,

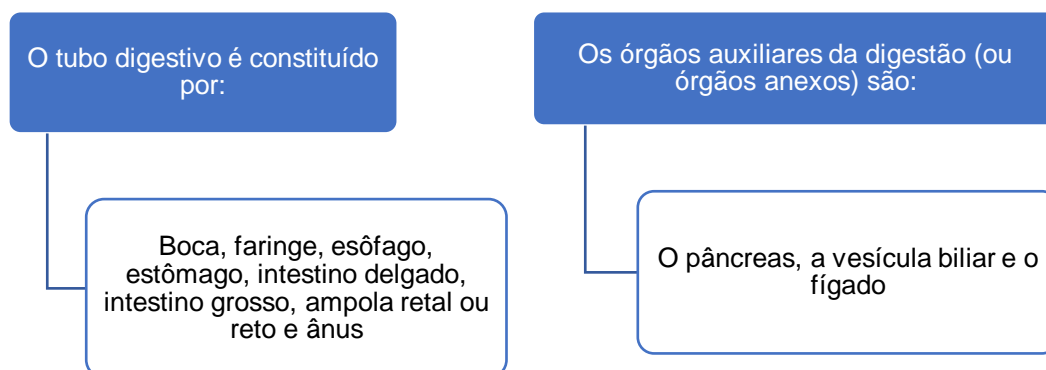
E-mail: enfthaysavianna@gmail.com

Instagram: [@profthaysavianna](https://www.instagram.com/profthaysavianna)



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DIGESTIVAS E GASTROINTESTINAIS

Galera, falaremos agora sobre a assistência de enfermagem nas alterações digestivas e gastrointestinais. Todos prontos?



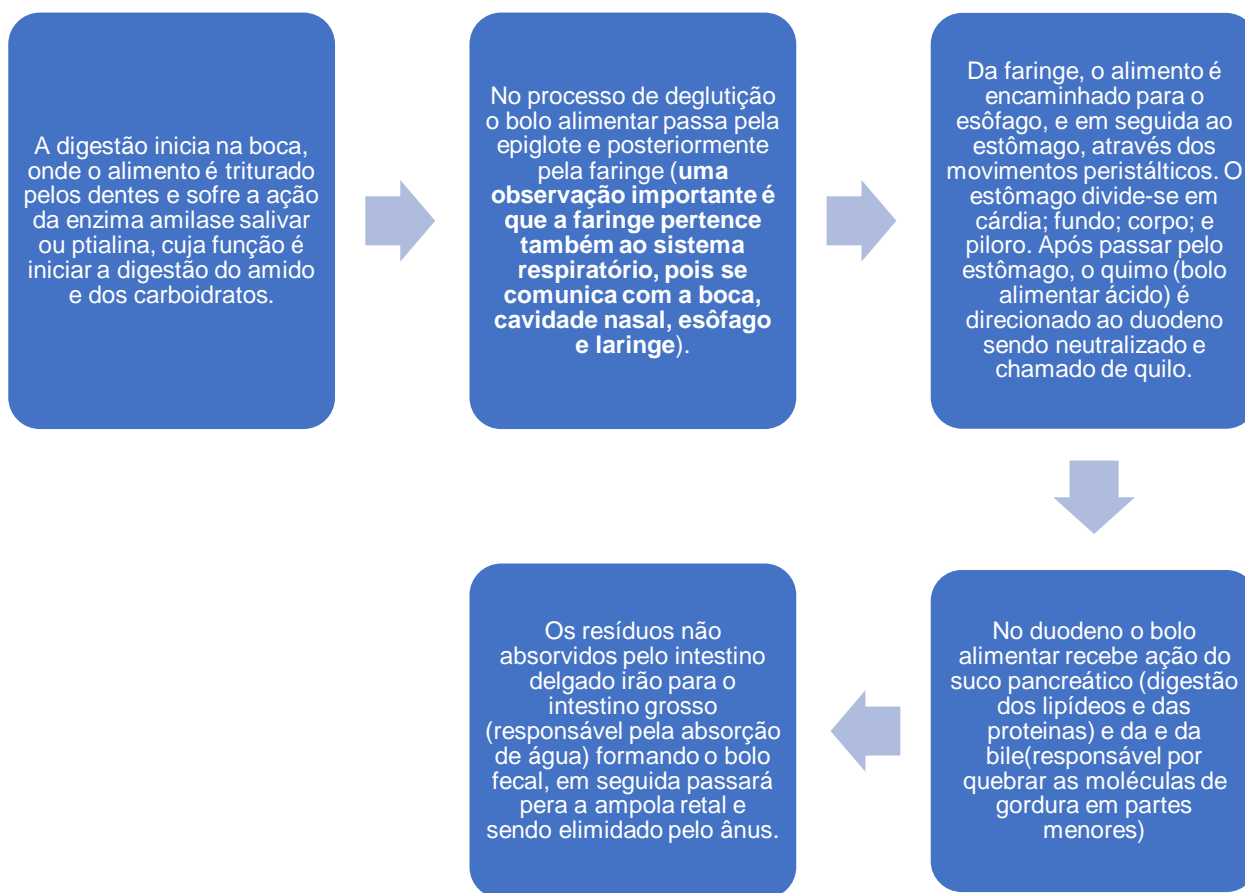
Durante a digestão, cada substância é quebrada por uma enzima, as enzimas são produzidas em diferentes partes do nosso organismo.



Enzima	Local de produção	Local de Atuação	Substância digerida
Ptialina (Amilase Salivar)	Glândulas salivares	Cavidade Bucal	Amido (quebra em maltose)
Pepsina	Estômago	Estômago	Proteínas (quebra em peptídeos)
Maltase	Intestino Delgado	Intestino Delgado	Maltose (quebra em glicose)
Sacarase	Intestino Delgado	Intestino Delgado	Sacarose (quebra em glicose e frutose)
Lactase	Intestino Delgado	Intestino Delgado	Lactose (quebra em galactose e glicose)
Quimiotripsina	Pâncreas	Intestino delgado	Proteínas (quebra em peptídeos)
Tripsina	Pâncreas	Intestino delgado	Proteínas (quebra em peptídeos)
Amilase pancreática	Pâncreas	Intestino delgado	Amido (quebra em maltose)
Lípase Pancreática	Pâncreas	Intestino delgado	Lipídios



Vamos lembrar o processo de digestão?



Falaremos agora das principais alterações do sistema digestivo e gastrointestinal... Vamos lá?

Gastrite

Galera, a gastrite é uma inflamação da mucosa gástrica e um distúrbio gastrointestinal (GI) comum. Acomete igualmente homens e mulheres e é mais frequente em indivíduos idosos.

A gastrite pode ser **aguda ou crônica** e pode ser, ainda, classificada em **erosiva ou não erosiva**, com base nos sinais patológicos observados na parede do estômago.

Um **tipo mais grave de gastrite aguda** é causado pela ingestão de ácidos ou álcalis **fortes**, que podem fazer com que a **mucosa se torne gangrenosa ou sofra perfuração**.

A gastrite também pode constituir o primeiro sinal de infecção sistêmica aguda.



A **gastrite crônica** consiste em inflamação prolongada do estômago, que pode ser **causada por úlceras benignas ou malignas do estômago ou por bactérias**, como **Helicobacter pylori** (H. pylori).



A gastrite crônica causada pela infecção por **H. pylori** está implicada no desenvolvimento de **úlceras pépticas, câncer gástrico e linfoma de tecido linfoide associado à mucosa**.

A gastrite crônica pode estar associada a doenças autoimunes, como anemia perniciosa.

A **gastrite não erosiva** (aguda e crônica) é mais frequentemente **causada** pela infecção por **H. pylori**.

A **gastrite erosiva é causada**, com mais frequência, pelo uso prolongado de **AINE**; o uso abusivo de **bebidas alcoólicas** e a exposição recente à **radiação** também estão implicados.

Manifestações clínicas

Gastrite aguda:

- Início rápido dos sintomas

Queixas de **desconforto abdominal, cefaleia, cansaço, náuseas, anorexia, vômitos e soluços**, que podem persistir por poucas horas a alguns dias;

Gastrite erosiva que, possivelmente, provoca sangramento manifestado por fezes escuras alcatroadas (melena).

Gastrite crônica:

- **Pode ser assintomática**

Queixas de **anorexia, pirose após a alimentação, eructação, sabor amargo na boca ou náuseas e vômitos**;

Podem ocorrer desconforto epigástrico discreto, intolerância a alimentos condimentados ou gordurosos, ou dor que é aliviada pelo consumo de alimento;

O cliente pode ser **incapaz de absorver a vitamina B12** e geralmente apresenta evidências de má absorção dessa vitamina; pode levar à **anemia perniciosa**.



Avaliação e achados diagnósticos

A gastrite algumas vezes está associada a acloridria ou hipocloridria (ausência ou baixos níveis de ácido clorídrico), ou a níveis elevados de secreção do ácido.

- ✓ A seriografia gastrointestinal superior (GIS) e a **endoscopia alta** são indicadas
- ✓ A biopsia com exame histológico é realizada
- ✓ Podem ser efetuados testes (sorologia, teste respiratório ou pesquisa do antígeno fecal) para **anticorpos dirigidos contra o antígeno de H. pylori**.

Manejo clínico

Gastrite aguda:

- A mucosa gástrica tem a capacidade de autorreparo depois de um episódio de gastrite. Em regra, o cliente recupera-se em cerca de 1 dia, embora o apetite possa estar diminuído por mais 2 ou 3 dias.

Gastrite crônica:

- A gastrite relacionada com a infecção pelo **H. pylori** é tratada com combinações de medicamentos selecionados, que podem incluir vários **antibióticos e um inibidor da bomba de prótons**.

Vamos treinar o que acabamos de estudar?



1- (SMS-RJ/ Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ – 2019) A gastrite é um distúrbio inflamatório da mucosa gástrica. Surge de forma súbita, podendo ser aguda, crônica ou mesmo evoluir para uma úlcera. As gastrites crônicas estão mais relacionadas com a presença da bactéria:

- Bordetella pertussis
- Helicobacter pylor
- Clostridium botulinum



d) Enterococcus faecium

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. A Bordetella pertussis é causadora da coqueluche/ pertussis (uma doença infecciosa aguda e transmissível, que compromete o aparelho respiratório (traquéia e brônquios)).

A **alternativa B** está correta. **As gastrites crônicas estão mais relacionadas com a Helicobacter pylori (H. pylori).**

A **alternativa C** está incorreta. A bactéria Clostridium botulinum produz uma potente toxina que causa o botulismo (uma doença neurológica grave e não contagiosa).

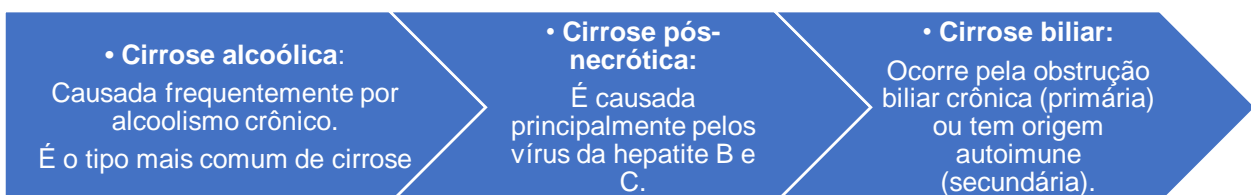
A **alternativa D** está incorreta. Enterococcus faecalis e E. faecium variadas infecções, como: endocardite, infecção do trato urinário (ITU), prostatite, infecção intra-abdominal, celulite e infecção em feridas, além de bacteremia concomitante.

▪ *Tenho certeza que você acertou! Vamos retomar nossa aula!*

Cirrose hepática

Galera, a cirrose é uma **doença crônica**, caracterizada pela **substituição do tecido hepático normal por fibrose difusa**, com comprometimento estrutural e funcional do fígado.

Essa patologia é dividida em três tipos:



As **manifestações clínicas** dessa doença ocorrem de acordo com a sua apresentação:



- ✓ **Cirrose compensada**: febre baixa intermitente, **aranhas vasculares**, eritema palmar, epistaxe sem causa aparente, edema maleolar, indigestão matinal vaga, dispepsia flatulenta, dor abdominal, esplenomegalia e **fígado aumentado de consistência firme**.
- ✓ **Cirrose descompensada**: sintomas de diminuição das proteínas, fatores da coagulação e outras substâncias e manifestações de **hipertensão portal**.



Vamos lembrar o que é **hipertensão portal**?

A hipertensão portal é o **aumento anormal da pressão sanguínea na veia porta** (veia de grande calibre que transporta o sangue do intestino ao fígado) e suas ramificações. A cirrose é a principal causa de hipertensão portal, por sua vez a hipertensão portal é a **principal causa da ascite**.

Aproveitando vamos falar sobre a **ascite**?

É a condição em que há **líquido livre na cavidade peritoneal**. O diagnóstico é alcançado com base em exame físico, ultrassonografia, ou tomografia computadorizada (TC). O tratamento é feito com restrição alimentar de sódio, diuréticos e **paracentese terapêutica**.



Durante o exame físico existe um **teste indicado para avaliação abdominal**, que é a pesquisa de sinal clínico **indicativo de ascite**. Trata-se de um impulso percebido por meio da transmissão pelo líquido acumulado no abdome, a partir de uma percussão em um dos flancos.

Vocês lembram o nome desse teste? Acertou quem respondeu: **Sinal do Piparote!**

Vamos adiante...

Ainda podemos encontrar na cirrose:

- ✓ Aumento do fígado no início da evolução (esteatose hepática); posteriormente, o fígado diminui de tamanho em consequência do tecido cicatricial, **ascite, icterícia, fraqueza, debilidade muscular, perda de peso, febre baixa e contínua, baqueteamento digital com unhas brancas** (unhas de Terry – leuconiquia), púrpura, equimoses espontâneas, epistaxe, hipotensão, pelos corporais escassos e atrofia gonádica.
- ✓ Obstrução porta e ascite: sinais tardios em que os órgãos sofrem congestão, causando indigestão (**plenitude pós-prandial**), **alteração da função intestinal**.
- ✓ Infecção e peritonite: os sinais clínicos podem estar ausentes exigindo paracentese para estabelecer o diagnóstico e podendo causar insuficiência hepatorenal.
- ✓ **Varizes gastrintestinais**: vasos sanguíneos abdominais proeminentes e distendidos; vasos sanguíneos distendidos em todo o trato GI; varizes ou hemorroidas; **hemorragia do estômago**;
- ✓ **Edema generalizado**, que afeta frequentemente os membros inferiores, os **membros superiores e a área pré-sacral**;
- ✓ Deficiência de vitaminas (A, C e K) e anemia
- ✓ Deterioração mental, com **encefalopatia hepática** iminente e coma hepático.



A biópsia constitui o único exame definitivo para confirmar a ocorrência de cirrose hepática.

O **tratamento** inclui **antiácidos, vitaminas e suplementos nutricionais**, dieta adequada, diuréticos poupadores de potássio (para a ascite) e abstinência alcoólica. Nos casos mais graves o **transplante de fígado** pode ser indicado.

O manejo de enfermagem visa proporcionar o repouso, a melhora do estado nutricional, o cuidado da pele.

Colelitíase e Colescistite

Concurseiros, falaremos a respeito das duas principais alterações da vesícula biliar, a colelitíase e a colecistite:

A **colelitíase** consiste na formação de **cálculos na vesícula biliar**.

Os cálculos são decorrentes de um desequilíbrio dos componentes da bile, tornando a bile saturada. O cálculo **mais comum** é o **formado pelo colesterol** (componente da bile).

Os **fatores de risco** para os cálculos de colesterol incluem sexo (as **mulheres** têm mais probabilidade); uso de **contraceptivos orais**, estrogênios e clofibrato; idade (em geral, **acima dos 40 anos**); **múltiplas gestações; obesidade**.

Existe também um **risco aumentado** relacionado com **diabetes melito, doença do trato GI**, fístula com tubo T e ressecção ou *bypass* ileal.

Já a **colecistite** consiste na **inflamação da vesícula biliar**. Esse distúrbio pode estar em associação com cálculos (**colecistite calculosa**) ou somente a inflamação (**colecistite acalculosa**).

A **maioria** dos clientes com colecistite apresenta cálculos biliares (**colecistite calculosa**). O fluxo biliar é obstruído por um cálculo biliar, e a bile existente na vesícula biliar inicia uma reação química, resultando em edema, comprometimento do suprimento vascular e gangrena.



Na ausência de cálculos biliares, a colecistite acalculosa pode ocorrer após cirurgia, traumatismo grave ou queimaduras ou em caso de torção, obstrução do ducto cístico, múltiplas transfusões de sangue e infecções bacterianas primárias da vesícula biliar.

As **manifestações clínicas** são:

- ✓ Pode ser silenciosa, aguda ou crônica com desconforto epigástrico (plenitude, distensão abdominal e **dor vaga no quadrante superior direito**); o desconforto costuma ocorrer **após refeição gordurosa**;
- ✓ Caso haja do ducto cístico, a vesícula biliar torna-se distendida, inflamada e, por fim, infectada, produzindo febre e **massa abdominal palpável**; cólica biliar com dor abdominal excruciante na parte superior direita, que se irradia para as costas ou para o ombro direito, com náuseas e vômitos em várias horas após uma refeição pesada; inquietação; e dor constante ou em cólica;
- ✓ A **icterícia** pode ser acompanhada de **acentuado prurido**, com obstrução do ducto colédoco;
- ✓ O paciente também pode apresentar **urina muito escura e fezes acinzentadas** ou com coloração de argila
- ✓ Podem ocorrer **deficiências das vitaminas A, D, E e K** (vitaminas lipossolúveis).

A **ultrassonografia** é considerada o "**padrão ouro**" para diagnóstico, pois é capaz de detectar cálculos e o espessamento da parede que é considerado anormal quando maior que 4 mm.

O **tratamento cirúrgico (colecistectomia)** tem o objetivo de proporcionar o alívio de seus sintomas por meio da remoção da vesícula biliar. Outras possibilidades de tratamento incluem a terapia farmacológica e o suporte nutricional.

São exemplos de diagnósticos de enfermagem:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Dor aguda relacionada com a incisão cirúrgica• Troca gasosa prejudicada, relacionada com a incisão cirúrgica abdominal alta.	As intervenções de enfermagem tem como objetivos ALÍVIO DA DOR, MELHORA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO, MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE E PROMOÇÃO DA DRENAGEM BILIAR, MELHORA DO ESTADO NUTRICIONAL, MONITORAMENTO E MANEJO DAS COMPLICAÇÕES, são exemplos:



<ul style="list-style-type: none"> •Integridade da pele prejudicada, relacionada com a drenagem biliar alterada após a incisão cirúrgica • Nutrição desequilibrada, menor que as necessidades corporais, relacionado com a secreção inadequada de bile •Conhecimento deficiente sobre as atividades de autocuidado, relacionado com o cuidado da incisão, modificações nutricionais (quando necessárias), medicamentos, sinais ou sintomas que devem ser relatados (tais como febre, sangramento e vômitos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o cliente na posição de Fowler baixa • Administrar líquidos IV e efetuar a drenagem nasogástrica • Fornecer água e outros líquidos e uma dieta branda após o retorno dos sons intestinais. •Incentivar o cliente a realizar respirações profundas e tossir a cada hora • Instruir o cliente sobre o uso da espirometria de incentivo para expandir totalmente os pulmões e evitar o desenvolvimento de atelectasia; promover a deambulação precoce. • Observar se há indícios de infecção, extravasamento de bile e obstrução da drenagem biliar • Medir a bile coletada a cada 24 h; documentar seu volume, sua coloração e as características de drenagem
---	---



2- (COVEST-COPSET/UFPE-2019)A cirrose é uma condição crônica degenerativa, caracterizada pela substituição do tecido hepático funcional por fibrose. A doença é responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade, hospitalizações consecutivas, absenteísmo no trabalho e maiores gastos sociais. A cirrose hepática é um problema de saúde pública e é a segunda causa de morte entre as doenças gastrointestinais. Com o avanço da doença, os pacientes podem enfrentar complicações associadas, tais como,

- Icterícia.
- Rubor.
- Nutrição calórica.
- Hiperglicemia.
- Perda da visão.

Comentários

A **alternativa A** está correta. A icterícia é o principal sintoma de doença hepática. Pode ser a primeira ou muitas vezes a única manifestação desse tipo de patologia.



As outras alternativas **B, C, D e E** não fazem referência com distúrbios hepáticos, por isso estão **incorretas**.

Vamos adiante!

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES RENAIS E DO TRATO URINÁRIO

Pessoal, falaremos agora sobre os principais distúrbios renais e urinários. Para começarmos a nossa abordagem, gostaria de revisar 3 conceitos com vocês. Vamos lá?

- ✓ **Hematúria** (sangue na urina): É considerado um sinal grave e requer avaliação, pode decorrer principalmente por causas sistêmicas, terapia anticoagulante e neoplasias.
- ✓ **Oligúria** (pequeno volume de urina): Débito entre 100 e 400 ml em 24 horas. Pode ser relacionado à IRA, choque e desidratação. Atenção segundo Brunner esse débito pode ser de até 500 ml em 24 horas.
- ✓ **Anúria** (ausência de débito urinário): Inferior à 5,0 ml/horas em 24 horas, ou seja, ocorre anúria quando o paciente apresenta volume urinário inferior à 120 ml em 24 horas. Podemos também utilizar como referência a Sociedade Brasileira de Nefrologia, onde anúria é definida por volume urinário entre 20 e 100 ml em 24 horas e já a anúria total ocorre quando o volume é inferior a 20 ml em 24 horas. A anúria indica disfunção renal que necessita de investigação imediata.

Nosso sistema urinário é formado basicamente por dois rins, dois ureteres, pela bexiga e pela uretra. Esse sistema tem como função **manter o estado de homeostasia do organismo regulando os líquidos e eletrólitos e eliminando os resíduos**.

As disfunções do sistema urinário são comuns e podem ocorrer de forma bastante diversificada. Veremos então as principais patologias associadas a este sistema.

Infecção do trato urinário (ITU)

A infecção do trato urinário (ITU) é um quadro infeccioso que pode ocorrer em qualquer parte do sistema urinário.



As infecções do trato urinário (ITUs) podem ser divididas em infecções do **trato urinário superior**, que abrangem os **rins (pielonefrite)**, e infecções do **trato urinário inferior**, que afetam a bexiga (**cistite**), **uretra (uretrite)** e **próstata (prostatite)**.

Cistite

A cistite é uma inflamação da bexiga urinária; **ocorre com mais frequência** em mulheres, particularmente em **mulheres sexualmente ativas**. Nos **homens**, a cistite é **secundária a outros fatores** (p. ex., próstata infectada, epididimite ou cálculos vesicais).

As principais **manifestações clínicas** são:

- Urgência, polaciúria, ardência e dor com a micção;
- Nictúria; incontinência; dor na região lombar suprapúbica ou pélvica;
- Hematúria.

Nas infecções urinárias (ITU) complicadas (p. ex., clientes com cateteres de demora), os sintomas incluem desde **bacteriúria assintomática até sepse** por microrganismos gram-negativos.



ITU constitui a **causa mais comum de sepse bacteriana** aguda em pessoas com mais de 65 anos de idade, nos quais a sepse por microrganismos gram-negativos está associada a uma taxa de mortalidade superior a 50%.

O **sintoma subjetivo** mais comum de ITU em indivíduos idosos consiste em **fadiga generalizada**.

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">✓ Dor aguda relacionada com a infecção urinária✓ Conhecimento deficiente sobre os fatores que predisõem o cliente à infecção e recidiva, sobre a	As intervenções de enfermagem tem como objetivos ALÍVIO DA DOR, MONITORAMENTO E MANEJO DAS



<p>detecção e prevenção da recidiva e a terapia farmacológica.</p>	<p>COMPLICAÇÕES, são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Instruir o cliente a evitar o consumo de irritantes do trato urinário (p. ex., café, chá, frutas cítricas, condimentos, refrigerantes do tipo cola, álcool etílico) ✓ Incentivar a micção frequente (a cada 2 a 3 h). ✓ Evitar os cateteres de demora, quando possível; utilizar um cateter de menor diâmetro possível e removê-lo na primeira oportunidade. ✓ Utilizar técnica asséptica estrita se houver necessidade de cateter de demora; manter um sistema fechado e efetuar diariamente um cuidado perineal meticuloso.
--	---

Pielonefrite

A pielonefrite acomete o **trato urinário superior**, é uma infecção bacteriana da pelve renal, dos túbulos e do tecido intersticial de um ou de ambos os rins.

As causas envolvem a disseminação ascendente de bactérias a partir da bexiga, ou a disseminação de fontes sistêmicas, alcançando o rim por meio da corrente sanguínea.

A pielonefrite pode ser **aguda ou crônica**. Episódios repetidos de pielonefrite aguda podem levar à pielonefrite crônica. As **complicações da pielonefrite crônica** consistem em **doença renal terminal, hipertensão arterial e formação de cálculos renais**.

As **manifestações clínicas da pielonefrite aguda** incluem **calafrios, febre, leucocitose**, bacteriúria e piúria, **dor no flanco, náuseas, vômitos**, cefaleia, mal-estar e **micção dolorosa**.

Já na **pielonefrite crônica** geralmente o paciente **não apresenta sintomas de infecção**, a não ser que ocorra exacerbação aguda.

O **manejo de enfermagem** em ambas as situações consiste em:

- ✓ Incentivar o aporte de líquidos (3 a 4 ℓ por dia), a não ser que haja alguma contraindicação.
- ✓ Monitorar e **registrar o equilíbrio hídrico**
- ✓ Medir a **temperatura corporal** a cada 4 h e administrar agentes antipiréticos e antibióticos, conforme prescrição. Registrar os procedimentos de monitoramento.



- ✓ Orientar o cliente e sua família sobre medidas preventivas e reconhecimento precoce dos sintomas
- ✓ Ressaltar a importância de tomar os **medicamentos antimicrobianos** exatamente conforme a prescrição, bem como a necessidade de manter as consultas de acompanhamento.

Insuficiência Renal

Pessoal, a insuficiência renal ocorre quando os rins são incapazes de remover os produtos de degradação metabólicos e de desempenhar suas funções reguladoras.

Ela pode ser classificada em insuficiência renal aguda ou crônica e o diagnóstico é feito utilizando a Anamnese, USG, TC e RM.

Na insuficiência renal aguda (IRA) ocorre uma rápida perda da função renal ocasionada pela lesão dos rins e na maioria das vezes é causada por hipovolemia e hipotensão por períodos prolongados e a obstrução dos rins ou das vias urinárias.

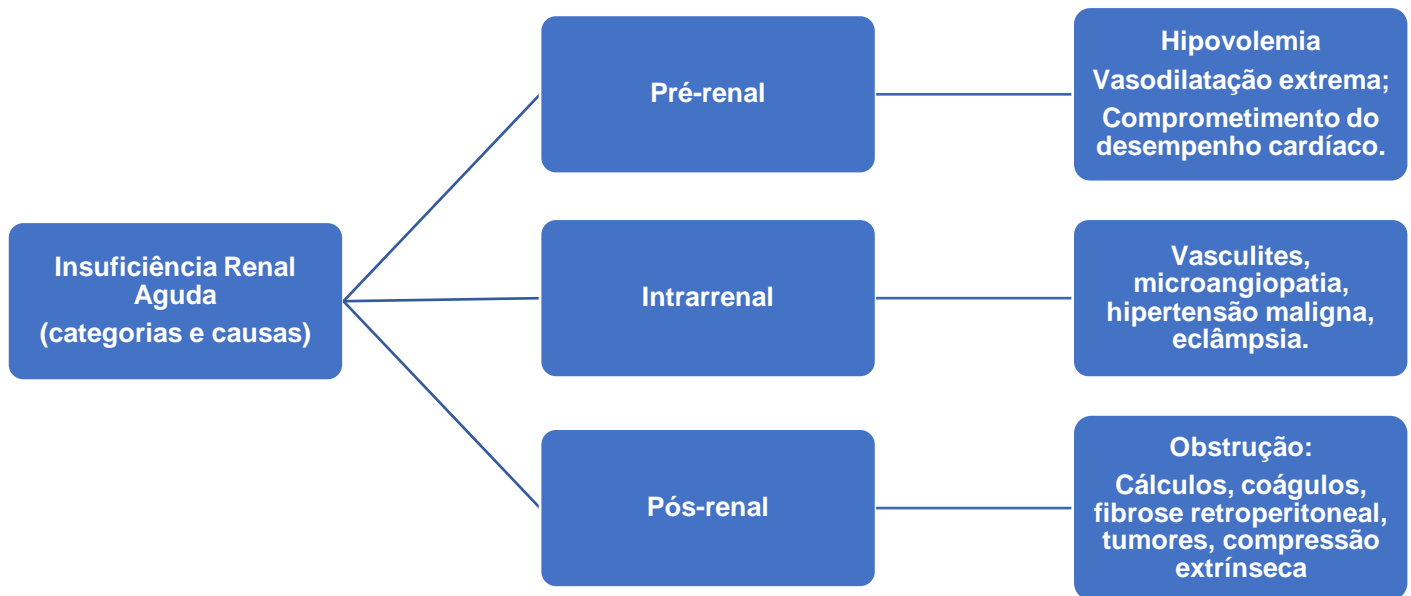
As **três principais** categorias de IRA são as seguintes:

- **Pré-renal:** hipoperfusão (como, por exemplo, hipovolemia), vasodilatação extrema ou comprometimento do desempenho cardíaco.
- **Intrarrenal:** lesão parenquimatosa dos glomérulos ou túbulos renais, como a que ocorre em consequência de queimaduras, lesões por esmagamento, infecções, reações transfusionais ou nefrotoxicidade (que pode levar à necrose tubular aguda [NTA])
- **Pós-renal:** obstrução do trato urinário, como a que ocorre em consequência de cálculos, tumores, estenoses, hiperplasia prostática ou coágulos sanguíneos.



EXEMPLIFICANDO





A IRA caracteriza-se por elevação no nível sérico de creatinina de 50% ou mais nos valores de referência (o nível normal de creatinina é inferior a 1 mg/dℓ).

A insuficiência renal crônica é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal. Na maioria das vezes ocorre como consequência da insuficiência renal aguda, de glomerulonefrites e de intoxicações graves.

As **manifestações clínicas** da insuficiência renal podem variar de acordo com o grau de acometimento renal. Mas no geral, os pacientes apresentam:

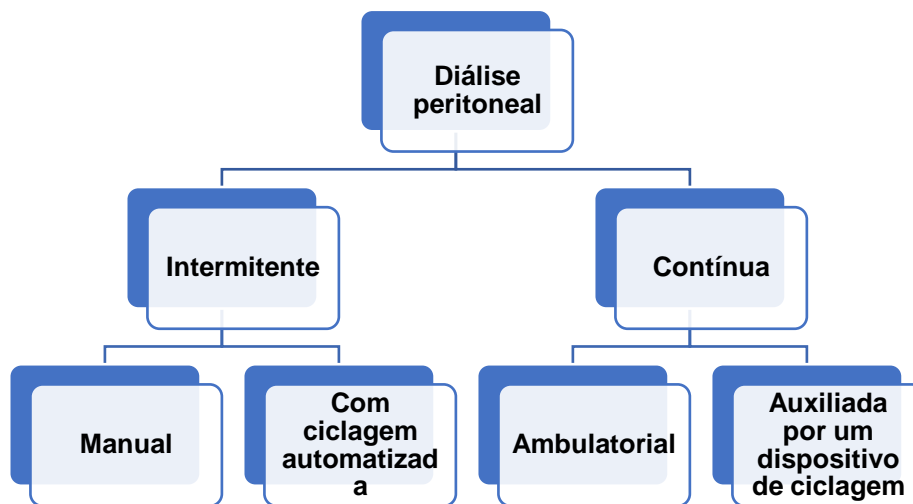
- ✓ Letargia;
- ✓ Náuseas;
- ✓ Vômitos e diarreia;
- ✓ Pele e mucosas apresentam desidratação;
- ✓ **Hálito urêmico** (o hálito do paciente apresenta odor de urina);
- ✓ Sonolência;
- ✓ Queixas constantes de cefaléia,
- ✓ Convulsões, arritmias e parada cardíaca nos casos graves;
- ✓ Diminuição do volume urinário;
- ✓ Aumento gradativo dos valores de uréia e creatinina.
- ✓ Anemia (devido a lesões gastrointestinais sangrantes e redução da vida das hemácias e da produção da eritropoetina).



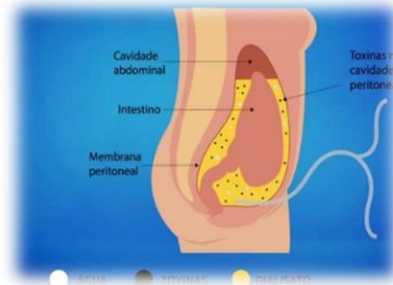
Como tratamentos para a insuficiência renal podem ser utilizados métodos de diálise com o objetivo de promover a eliminação das substâncias tóxicas.

Os métodos de diálise compreendem a diálise peritoneal ou a hemodiálise.

A diálise peritoneal é subdividida em:



Vamos detalhar cada uma delas?



- ✓ **Diálise peritoneal manual intermitente:** as bolsas que contêm o líquido são aquecidas até a temperatura corporal. Em seguida, o líquido é infundido para o interior da cavidade peritoneal durante 10 minutos, sendo mantido durante 60 a 90 minutos após esse período ele é drenado por 10 a 20 minutos. Esta técnica é utilizada principalmente no tratamento da insuficiência renal aguda.
- ✓ **Diálise peritoneal intermitente com ciclagem automatizada:** Pode ser realizada em casa pelo paciente. Um aparelho com relógio automático bombeia automaticamente o líquido e o drena da cavidade peritoneal. Normalmente, os indivíduos ajustam o



dispositivo de ciclagem no momento de dormir para que a diálise seja realizada durante o sono. Deve ser realizada entre 6 a 7 noites por semana.

- ✓ **Diálise peritoneal ambulatorial contínua:** o líquido é mantido no interior da cavidade abdominal durante intervalos extremamente longos. Comumente, o líquido é drenado e repostado 4 a 5 vezes ao dia. Os líquidos são acondicionados em bolsas flexíveis de cloreto de polivinila, as quais podem ser dobradas quando vazias, colocadas entre as vestimentas e utilizadas em drenagens subseqüentes, sem que haja necessidade de desconexão do cateter. Normalmente, o indivíduo realiza 3 trocas de líquidos durante o dia, em intervalos de 4 horas ou mais. Cada troca leva 30 a 45 minutos. Uma troca mais demorada (8 a 12 horas) é realizada à noite, durante o sono.
- ✓ **Diálise peritoneal cíclica contínua:** utiliza um dispositivo de ciclagem automática para realizar trocas curtas à noite, durante o sono, enquanto que as trocas mais longas são realizadas durante o dia, sem o dispositivo de ciclagem. Esta técnica minimiza o número de trocas durante o dia, mas ela impede a mobilidade durante a noite por causa do grande porte do equipamento.



Já a **hemodiálise** é um procedimento onde através de uma fístula arteriovenosa ou catéter de longa ou curta duração, o sangue do paciente passa por uma máquina que contém um sistema de filtro artificial, simulando os rins, eliminando assim as substâncias tóxicas do corpo.

Para oferecer uma **melhor qualidade de vida**, o **transplante renal** tornou-se o tratamento de escolha para a maioria dos portadores de doença renal crônica. O rim pode ser proveniente de um doador vivo ou de cadáver humano. Geralmente, a diálise peritoneal e a hemodiálise são tratamentos utilizados pelos doentes renais crônicos até se conseguir o transplante.



3- (AOCP/Prefeitura de Belém- 2018) Na diálise peritoneal, o peritônio (membrana que reveste o abdômen e os órgãos abdominais) funciona como um filtro permeável. Sobre as técnicas de diálise peritoneal, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Diálise peritoneal manual intermitente.
 2. Diálise peritoneal intermitente com ciclagem automatizada.
 3. Diálise peritoneal contínua ambulatorial.
 4. Diálise peritoneal contínua auxiliada por um dispositivo de ciclagem.
- () O líquido é mantido no interior da cavidade abdominal durante intervalos extremamente longos. Comumente o líquido é drenado e repostado quatro a cinco vezes ao dia.
- () Pode ser realizada em casa pelo próprio indivíduo, eliminando a necessidade de atenção constante de pessoal especializado. Um aparelho com relógio automático bombeia automaticamente o líquido e o drena da cavidade peritoneal.
- () As bolsas que contêm o líquido são aquecidas até a temperatura corpórea. A seguir, o líquido é infundido no interior da cavidade peritoneal durante 10 minutos, sendo mantido na cavidade durante 60 a 90 minutos e, a seguir, ele é drenado durante um período de 10 a 20 minutos.
- () Utiliza um dispositivo de ciclagem automática para realizar trocas curtas à noite, durante o sono, enquanto as trocas mais longas são realizadas durante o dia, sem o dispositivo de ciclagem.
- a) 3 – 1 – 4 – 2.
 - b) 2 – 1 – 3 – 4.
 - c) 4 – 2 – 1 – 3.
 - d) 1 – 2 – 4 – 3.
 - e) 3 – 2 – 1 – 4.



Comentários:

- 1- Diálise peritoneal manual intermitente: As bolsas que contêm o líquido são aquecidas até a temperatura corpórea. A seguir, o líquido é infundido no interior da cavidade peritoneal durante 10 minutos, sendo mantido na cavidade durante 60 a 90 minutos e, a seguir, ele é drenado durante um período de 10 a 20 minutos
- 2- Diálise peritoneal intermitente com ciclagem automatizada: Pode ser realizada em casa pelo próprio indivíduo, eliminando a necessidade de atenção constante de pessoal especializado. Um aparelho com relógio automático bombeia automaticamente o líquido e o drena da cavidade peritoneal.
- 3- Diálise peritoneal contínua ambulatorial: O líquido é mantido no interior da cavidade abdominal durante intervalos extremamente longos. Comumente o líquido é drenado e repostado quatro a cinco vezes ao dia.
- 4- Diálise peritoneal contínua auxiliada por um dispositivo de ciclagem: Utiliza um dispositivo de ciclagem automática para realizar trocas curtas à noite, durante o sono, enquanto as trocas mais longas são realizadas durante o dia, sem o dispositivo de ciclagem.

Gabarito: **Alternativa E**

Incontinência Urinária

A **incontinência Urinária** (IU) ou perda involuntária de urina "a perda de urina em quantidade e freqüência suficientes para causar um problema social ou higiênico". É um problema frequente nos idosos, principalmente **nas mulheres, na perimenopausa**.

As **causas** de incontinência urinária na pessoa idosa podem ser divididas em **agudas (temporárias) e crônicas**.

As **causas agudas** são divididas em:



Endócrinas: hiperglicemia, hiperpotassemia, diabetes, vaginite atrófica.

Psicológicas : depressão e idéias delirantes

Farmacológicas: Efeitos adversos tratamentos medicamentosos

Infeciosas - Infecção do trato urinário (ITU)

Neurológicas: Doença vascular cerebral, doença de Parkinson, hidrocefalia normotensa e delirium.

Excesso de débito urinário - pode ocorrer em condições como hiperglicemia e hipercalcemia e com o uso de diuréticos, cafeína e álcool

Obstipação Intestinal -impactação fecal

Já as **causas crônicas** podem ser divididas em **quatro grupos:**



Tipo	Causas Comuns	Sintomas	Tratamento
ESFORÇO	Debilidade e lassidão do assoalho pélvico. Debilidade do esfínter uretral ou da saída da bexiga, quase sempre por cirurgia ou traumatismo.	Escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal (p.ex., tosse, risos ou exercício)	Exercícios para assoalho pélvico (Kegel) Reorientação de controle miccional; Cirurgia
URGÊNCIA	Hiperatividade do detrusor, isolada ou associada a: <ul style="list-style-type: none">• Condições locais como uretrite, cistite, tumores, litíase, diverticulose;• Alterações do SNC como AVC, demência, parkinsonismo, lesão espinhal.	Extravasamento de urina (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.	Comportamental; Reorientação de controle miccional; Fixar horário para micção; Adaptações ambientais que facilitem a chegada ao banheiro; Uso de relaxantes vesicais. Cirurgia Fralda ou sonda externa
SOBREFLUXO	Obstrução anatômica: pela próstata ou por uma cistocele grande. Bexiga hipocontrátil associada a diabetes mellitus ou lesão medular.	Escape de urina (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção	



FUNCIONAL

- Demência grave.
- Imobilidade.
- Ataduras.
- Depressão.

urinária e a função esfincteriana.

Escape de urina relacionado com a **incapacidade para usar o vaso sanitário** por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.

Tudo ok até aqui? Vamos fazer mais uma questão!



4- (COVEST-COPSET/UFPE-2019) Acerca da assistência de enfermagem à pessoa idosa com incontinência esfincteriana, é correto afirmar que:

- a) a incontinência de esforço é a queixa de qualquer perda involuntária da urina, causada por infecção do trato urinário, aumento da próstata e tumores pélvicos e de bexiga.
- b) a incontinência por transbordamento é a queixa de qualquer perda involuntária de urina durante o esforço, exercícios, ao espirrar e tossir.
- c) a incontinência funcional é causada por demências, incapacidade de uso independente do vaso sanitário ou do banheiro, sedação e medicamentos que prejudicam a cognição.
- d) a incontinência fecal consiste na capacidade de controlar de forma involuntária a passagem das fezes, apesar de não haver alteração da inervação e da musculatura que diminuem os movimentos esfincterianos.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. A incontinência de esforço é o **escape involuntário** de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal (p.ex., tosse, risos ou exercício) bexiga, quase sempre por cirurgia ou traumatismo.

A **alternativa B** está incorreta. A questão descreveu a incontinência por esforço.

A **alternativa C** está correta. A incontinência funcional é causada por demências, incapacidade de uso independente do vaso sanitário ou do banheiro, sedação e medicamentos que prejudicam a cognição



A **alternativa D** está incorreta. A incontinência fecal refere-se à perda involuntária de fezes. Ela também envolve a incapacidade de controlar o conteúdo intestinal em local e tempo adequados socialmente. Os principais sintomas são: diarreia, prurido anal, hemorroidas, constipação intestinal e impactação fecal. Fatores como doenças (acidente vascular cerebral, diabetes e hipertensão), consumo de três a cinco medicamentos e nenhuma atividade física estão associados à incontinência fecal.

Tudo certo até aqui? Vamos para o nosso próximo tema!

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES TEGUMENTARES

Amigos, o **sistema tegumentar** é composto pela pele e anexos (**glândulas, unhas, cabelos, pelos e receptores sensoriais**).

Suas principais funções são proteger o corpo da invasão de microrganismos, evitar o ressecamento da pele e a perda de água para o meio externo.

A **enfermagem** atua frequentemente nos cuidados da pele durante a realização de curativos, dentre esses cuidados destacam-se a assistência prestada ao paciente portador de **lesão por pressão**.

No concurso não é diferente, inúmeras questões abordam essa temática, por isso, detalharemos o manejo que deve ser destinado aos pacientes que apresentam essa comorbidade. Todos prontos?

Lesão por pressão

Pessoal, conceituamos como lesão por pressão, **um dano localizado na pele e/ou tecidos moles** subjacentes, geralmente sobre uma **proeminência óssea** ou relacionada ao **uso de dispositivo médico** ou a outro artefato.

A lesão pode se apresentar em **pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa**. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o



cisalhamento. A tolerância do tecido mole à **pressão e ao cisalhamento** pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

Os **locais mais comuns** de desenvolvimento de lesão por pressão são: temporal, occipital, orelhas, escápulas, processos espinhosos, **ombros, cotovelos**, sacro, **calcax, ísqueo, trocanteres**, joelhos, maleólos, metatarsos, calcanhares e dedos.

Devemos sempre evitar esse tipo de lesão nos nossos pacientes e para isso a ANVISA¹ (2017) sugere as **práticas seguras para prevenção** dessas lesões:



- ✓ **Realização de avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação.**
- ✓ **Realização de avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia**, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares).
- ✓ **Uso de colchão especial ou de coxins**, como colchão de espuma do tipo caixa de ovo ou colchão d'água.
- ✓ **Uso de apoio** (travesseiros, coxins ou espumas) **na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares.**
- ✓ **Manutenção da higiene** corporal.
- ✓ **Hidratação diária da pele** do paciente com hidratantes e umectantes.
- ✓ **Manutenção de nutrição adequada** para favorecer a cicatrização dos tecidos.
- ✓ **Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva**, quando necessário, como, por exemplo: película semipermeável, hidrocoloides, espuma de poliuretano, sacos retais e/ou substâncias oleosas.
- ✓ Orientação do paciente e da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão.
- ✓ **Mudança de posição para reduzir a pressão local**, evitando manter a mesma posição durante períodos prolongados.

¹ Portal ANVISA. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3680164&_101_type=document



Como vimos a primeira recomendação é a **realização de avaliação de risco** de todos os pacientes antes e durante a internação, mas como realizamos essa avaliação?

Temos algumas escalas, porém, a escala recomendada é a **escala de Braden**. Nela utilizamos seis indicadores para avaliarmos o risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

Essa escala varia entre **4 e 23 pontos**, e dependendo da pontuação o paciente é classificado em: **Sem risco** (19 a 23); **Baixo risco** (entre 15 e 18); **Risco moderado** (entre 13 e 14) e **Risco alto** (10 a 12), Risco muito alto (< 9 pontos).



Atenção: Quanto **MENOR** a pontuação **MAIOR** o risco.

Vamos conhecer a escala de Braden?

Indicadores:	1 Ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Excessiva	Muita	Ocasional	Rara
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Deambula ocasionalmente	Deambula frequentemente
Mobilidade	Imóvel	Muito limitado	Discreta limitação	Sem limitação
Nutrição	Deficiente	Inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Sem problema aparente	-----



Abaixo temos algumas **intervenções**² de acordo com o risco apresentado pelo paciente conforme a escala de Braden:

Risco Leve	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Muito Alto
(15 a 18 pontos na escala de Braden)	(13 a 14 pontos na escala de Braden)	(10 a 12 pontos na escala de Braden)	(≤ 9 pontos na escala de Braden)
- Orientação para reposicionamento no leito;	- Continuar as intervenções do risco baixo;	- Continuar as intervenções do risco moderado;	- Continuar as intervenções do risco alto;
- Otimização da mobilização;	- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.	- Reposicionamento no leito a cada 2 horas;	- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Proteção do calcanhar;		- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°.	- Manejo da dor.
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão			

Pessoal, atualmente temos as seguintes **classificações** para as lesões por pressão:



Classificação	Características
Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece.	Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.
Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme	O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida.

² Protocolo para lesão por pressão. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP-2.pdf>



O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis.

Não apresenta tecido de granulação, esfacelo e escara.

Resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo.

Não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade (dermatite associada à incontinência ou intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas.

A gordura é visível. Esfacelo e /ou escara pode estar visível.

Tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes.

Áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis.

Não há exposição de fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

Exposição ou palpação direta da fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.

Esfacelo e /ou escara pode estar visível.

Epíbole, descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.

A extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.

Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.

Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.

Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura.

Resultadno de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular.

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular

Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.

Lesão por Pressão Tissular Profunda: Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.



Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4).

Vale ressaltar que em 2016 duas **novas nomenclaturas** associadas a etiologia da lesão foram acrescentadas: a lesão relacionada à dispositivo médico e a lesão em membranas mucosas. *(lembrando que elas **não são classificações** de lesão e sim causas, ok?).*

Abaixo temos a **descrição** delas:

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico

Essa terminologia **descreve a etiologia da lesão**. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico **resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos**.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas

A lesão por pressão resultante **geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo**. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

É encontrada quando há histórico de **uso de dispositivos médicos no local do dano**. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS ALTERAÇÕES DO SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO E FEMININO

Pessoal, falaremos agora sobre as principais alterações do sistema reprodutivo, como já vimos sobre as alterações do sistema reprodutor feminino na aula de saúde da mulher, nos deteremos ao sistema reprodutor masculino, vamos lá?

Hiperplasia prostática benigna

Concurseiros, devemos saber que a **hiperplasia prostática benigna** (HPB) é o **aumento de tamanho não neoplásico ou hipertrofia da próstata**.



É uma das **doenças mais comuns em homens** (com mais de 40 anos), que acomete até 90% da população masculina em torno dos 85 anos de idade. Trata-se da segunda causa mais comum de intervenção cirúrgica em homens com mais de 60 anos.

Fatores de risco

- Tabagismo;
- Consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- Obesidade;
- Sedentarismo
- HAS
- Cardiopatia;
- Diabetes melito;
- Dieta ocidental

Manifestações clínicas

- Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga,;
- Retenção urinária aguda (mais de 50 ml em adultos de meia-idade, mais de 100 ml em idosos) ;
- ITU recorrentes;
- Azotemia (acúmulo de nitrogênio no sangue ocasionado por bloqueio renal)
- Insuficiência renal, com retenção urinária crônica e grande volume residual.

Diagnóstico

- Exame físico (incluindo toque retal) ;
- Associado à exames laboratoriais (Antígeno específico prostático - PSA elevado na hiperplasia benigna ou no câncer da próstata).

As intervenções de enfermagem incluem: **cateterismo vesical imediato** se o cliente for incapaz de urinar (com supervisão de urologista se não for possível inserir um cateter comum); algumas vezes é necessária a realização de **cistostomia suprapúbica**.

A **ressecção transuretral da próstata** (realizada através da visualização da próstata pela uretra) é **referência do tratamento cirúrgico**, pois evita incisão abdominal é mais segura para o paciente com risco cirúrgico e provoca menos dor.

Câncer de próstata

O **câncer de próstata** é **o mais comum em homens** (excluindo o câncer de pele não melanoma).

Na maior parte do casos são **adenocarcinomas multifocais** (p. ex., originam-se de diferentes tecidos dentro da próstata). Podem ser localmente invasivos ou **metastatizar** para **linfonodos e ossos**.



Fatores de risco

- Idade crescente (**mais de 50 anos**) ;
- **História familiar** de câncer de próstata.
- Homens da raça negra

Manifestações clínicas

- A disfunção sexual é comum antes do diagnóstico.
- Em estágio avançado a lesão é dura como pedra e fixa;
- Retenção urinária,
- Presença de sangue na urina ou sêmen e ejaculação dolorosa
- Os sintomas de metástases incluem dor na região lombar, dor no quadril, desconforto perineal e retal, anemia, perda de peso, fraqueza, náuseas, oligúria e fraturas patológicas espontâneas;.

Diagnóstico

- O diagnóstico é confirmado pelo exame histológico do tecido removido cirurgicamente;
- Os tipos de células tumorais são graduados utilizando o escore de Gleason; um aumento em tal escore reflete maior agressividade do tumor.

O **manejo cirúrgico** inclui RTUP; **prostatectomia** pelas abordagens suprapúbica, perineal ou retropúbica; incisão transuretral da próstata (ITUP); prostatectomia radical laparoscópica (incluindo técnicas laparoscópicas assistidas por robótica); e dissecação dos linfonodos pélvicos.

As **condutas de enfermagem** no pós-operatório incluem o **monitoramento e manejos das possíveis complicações** (p.ex: hemorragia, tromboembolismo, infecções e obstrução do catéter).

PRINCIPAIS INFECÇÕES SEXUAIS

Como nós sabemos as infecções sexuais podem ocorrer em qualquer momento da gestação, podendo ser sintomáticas ou assintomáticas.

As infecções, como a sífilis (em especial, a latente), a gonorreia, a clamídia em mulheres, as hepatites virais B e C e a infecção pelo HIV, muitas vezes **não apresentam sintomas** e quando não detectadas, levam a complicações mais graves, como sífilis congênita, DIP, infertilidade, cirrose hepática e aids.

Entre as mulheres com infecções não tratadas por gonorreia e/ou clamídia, 10% a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis.



A sífilis é, na maioria das vezes, diagnosticada por triagem de gestantes ou de pessoas com IST. Já a cervicite por gonorreia e por clamídia não é diagnosticada com frequência.

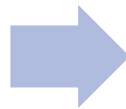
Assintomáticas

Sífilis latente

A sífilis latente é uma das variantes clínicas da sífilis em que não se observam sinais e sintomas clínicos, portanto o diagnóstico é unicamente através de testes imunológicos.

A sífilis latente pode ser classificada, de acordo com o tempo³ de infecção:

Sífilis latente recente:
Até um ano de infecção.



Sífilis latente tardia:
Mais de um ano de infecção.

A penicilina é o medicamento de escolha. Alguns pacientes no primeiro ano de latência, sem tratamento, intercalam lesões e períodos de latência.

Gonorreia e clamídia em mulheres: cervicites

A cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical. Os **agentes etiológicos** mais comuns são **C. trachomatis** e **N. gonorrhoeae**.

Os principais **fatores de risco** para infecção são: **mulheres** sexualmente ativas com **idade inferior a 25 anos**, parcerias sexuais recentes, múltiplas ou com IST, história prévia ou presença de outra IST e **uso irregular de preservativo**.

Cerca de 70% a 80% das cervicites são assintomáticas, porém, em **casos sintomáticos**, as principais queixas são **corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, dispareunia e disúria**.

³ Referência Ministério da Saúde 2020. Atenção: Em 2019 a Sífilis era considerada latente recente quando apresentava até dois anos de infecção e Latente tardia quando apresenta mais de 2 anos de infecção.



Durante o exame físico, **podem estar presentes**: dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e **sangramento ao toque da espátula** ou swab.

A infecção gonocócica **na gestante** poderá estar associada a um maior **risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e febre puerperal**.

No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite purulenta do RN (**oftalmia neonatal**) que pode levar a cegueira.

O diagnóstico é basicamente laboratorial e o tratamento é realizado com uso de antibióticos.

HIV

Agora vamos falar especificamente sobre HIV, vamos lá?

A infecção por HIV é de notificação compulsória semanal (incluindo os casos de infecção pelo HIV em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.⁴).

Esta infecção pode ser subdividida em **fase aguda e fase de latência clínica**, quando não tratadas as pessoas podem desenvolver a doença (**AIDS**) em média **10 anos** após o contágio⁵.

Falando especificamente sobre as fases... Detalharemos cada uma delas.

Fases	Manifestações Clínicas	Achados laboratoriais	Comentários
Fase aguda (o indivíduo é altamente infectante)	Síndrome Retroviral Aguda (SRA): febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite,	O diagnóstico da infecção aguda pelo HIV pode ser realizado mediante a detecção da	Geralmente, a janela diagnóstica dos imunoenaios de quarta geração é de

⁴ Lista de notificação compulsória 2020. Disponível em:

https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2020/prto264_19_02_2020.html

⁵ Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos. Ministério da Saúde 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-sau.de/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>



	exantema e mialgia.	CV-HIV.	aproximadamente 15 dias.
Fase de latência clínica	Duram em torno de três a quatro semanas. Linfadenopatia e plaquetopenia são comuns nesta fase. Com o avançar da infecção surgem os sintomas constitucionais, diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas, candidíase oral, além do herpes-zoster	Ocorre diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 céls/mm ³	O diagnóstico diferencial inclui doenças linfoproliferativas e tuberculose ganglionar.
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	Infecções comuns: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. Neoplasias comuns: sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens.	Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ situa-se abaixo de 200 céls/mm ³ .	O aparecimento de Infecções oportunistas (IO) e neoplasias são definidores da aids. Outras complicações como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, também podem ocorrer.

O **diagnóstico de HIV** é feito através de **exames de testagem**, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais.



O tratamento (**terapia antirretroviral**) está indicado inclusive para **todas as gestantes infectadas pelo HIV**, independentemente de critérios clínicos e imunológicos e não deve ser suspenso após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+.

Durante o parto as gestantes devem receber **AZT intravenoso (IV)** desde o **início do trabalho** de parto ou pelo menos **3 horas antes da cesárea** eletiva, devendo ser mantido até o clampeamento do cordão umbilical. Já o RN deve receber a solução de AZT por via oral de preferência ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento, pois, não há evidências científicas que comprovem a eficácia da profilaxia quando iniciada após 48 horas do nascimento.

Além disso, sempre que possível, deve-se realizar o **parto empelado**, com a retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras; **clampear imediatamente** o cordão após o nascimento, sem qualquer ordenha; **limpar com compressas macias todo sangue** e secreções visíveis no Rn e imediatamente após o nascimento **proceder com banho**, ainda na sala de parto, usando preferencialmente chuveirinho, torneira ou qualquer fonte de água corrente.



A TARV poderá ser **iniciada** na gestante a partir da **14ª semana** de gestação, logo após a coleta de exames e antes mesmo de se ter os resultados de LT-CD4+ e carga viral (CV), pois a carga viral materna suprimida (CV plasmática abaixo de 50 **cópias/mL**) próxima ao parto e o uso de TARV durante a gravidez **reduzem a taxa de transmissão vertical** do HIV.

Após o **início da TARV**, em algumas situações, observa-se um **quadro clínico de caráter inflamatório exacerbado**, chamado de SIR (**Síndrome inflamatória da reconstituição imune**).



A SIR se manifesta como piora “paradoxal” de doenças preexistentes, geralmente autolimitadas, mas que podem assumir formas graves.

Ocorre entre **4 e 8 semanas do início** do tratamento antirretroviral

Tem como fator preditivo o início da TARV em pacientes com baixas contagens de LT-CD4+

Beleza! Agora que vimos os principais tópicos de HIV vamos treinar com mais uma questão?



5-(CEBRASPE-CESPE/ HUB-2017) Para enfrentar a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, estabeleceu-se, desde o ano de 1996, o tratamento antirretroviral (TARV). A partir da introdução do TARV, houve um decréscimo na mortalidade anual associada à AIDS, ou seja, a doença tornou-se crônica, com a necessidade de reestruturação do cuidado direcionado às pessoas portadoras de HIV/AIDS. Acerca desse tema, julgue o próximo item.

A transmissão vertical do HIV/AIDS é um problema de saúde pública que pode ser evitado com a profilaxia no parto e puerpério. O uso de AZT no recém-nascido deve ser iniciado ainda na sala de parto.

Certo

Errado

Comentários:

A afirmativa está **certa**. Como vimos o RN deve receber a solução de AZT por via oral de preferência ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento; outros cuidados são: preferencialmente realizar o parto empelcado, limpar todo sangue e secreções visíveis e dar banho no RN ainda na sala de parto com água corrente.

Tenho certeza que você acertou essa! Vamos adiante...



Sintomáticas

Pessoal, de forma geral as principais **manifestações clínicas** das infecções sexualmente transmissíveis são: **corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais, DIP e verrugas anogenitais.**

Essas manifestações possuem agentes etiológicos bem estabelecidos, facilitando a escolha dos testes diagnósticos e do tratamento.

Na tabela a seguir temos as manifestações clínicas e os respectivos agentes etiológicos.

	Agente etiológico	Infecção
Úlcera anogenital	Chlamydia trachomatis	LGV
	Haemophilus ducrey	Cancroide
	Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes genital
	Klebsiela granulomatis	Donovanose
	Treponema pallidum	Sífilis
Corrimento uretral/vaginal	Candida albicans	Candidíase vulvovaginal
	Chlamydia trachomatis	Infecção por Clamídia
	Neisseria gonorrhoeae	Gonorreia
	Trichomonas vaginalis	Tricomoniase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana
DIP	Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae Bactérias facultativas anaeróbias (ex: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenza, Streptococcus agalactiae), entre outros.	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelvipерitonite, abscesso tubo ovariano
Verruga anogenital	HPV	Condiloma acuminado

Candidíase vulvovaginal

Amiga(o), esta é uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo que já habita a mucosa vaginal e digestiva.



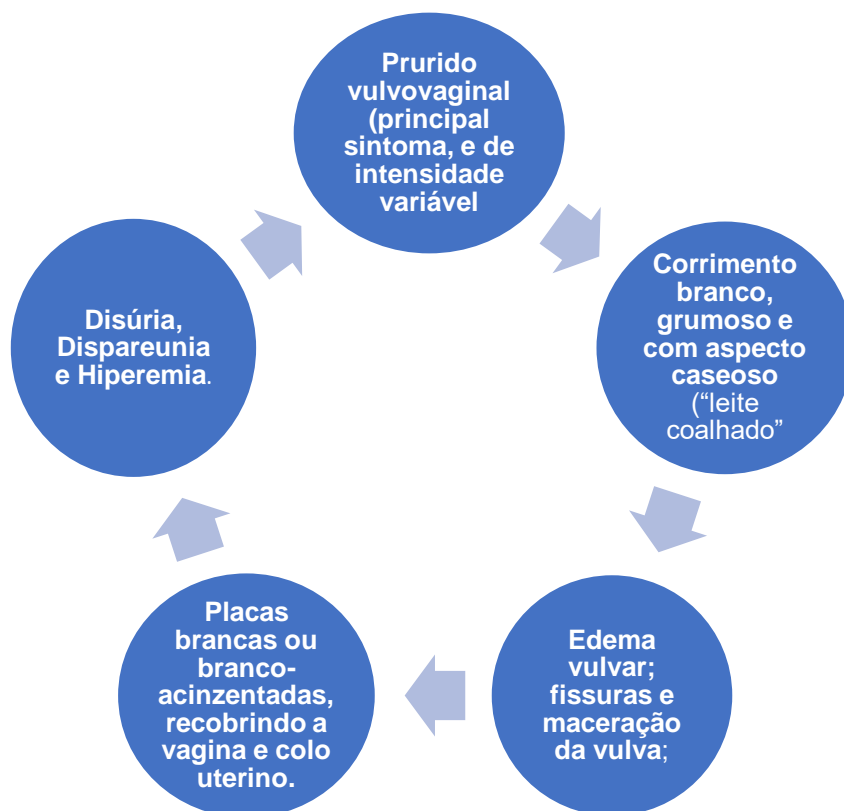
A **relação sexual não é a principal forma de transmissão**, porém essa infecção é vista com maior frequência em mulheres em atividade sexual.

A Candidíase é **comum durante a gestação** e pode apresentar recidivas pelas condições propícias do **pH vaginal**.

Caso a mulher apresente candidíase vulvovaginal **recorrente** (**quatro ou mais** episódios sintomáticos **em um ano**), devem ser investigados fatores predisponentes como: diabetes mellitus, infecção pelo HIV, uso de corticoide sistêmico e imunossupressão.

As **parcerias sexuais não precisam** ser tratadas, exceto as sintomáticas.

Os **sinais e sintomas** mais comuns da candidíase vulvovaginal são:



Vaginose bacteriana

Pessoal, esta infecção é caracterizada pelo desequilíbrio da microbiota vaginal normal, associada a redução ou desaparecimento de lactobacilos acidófilos e aumento de bactérias anaeróbias.

É a **causa mais comum de corrimento** vaginal, afetando cerca de 10% a 30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na atenção básica. Em alguns casos, pode ser assintomática.

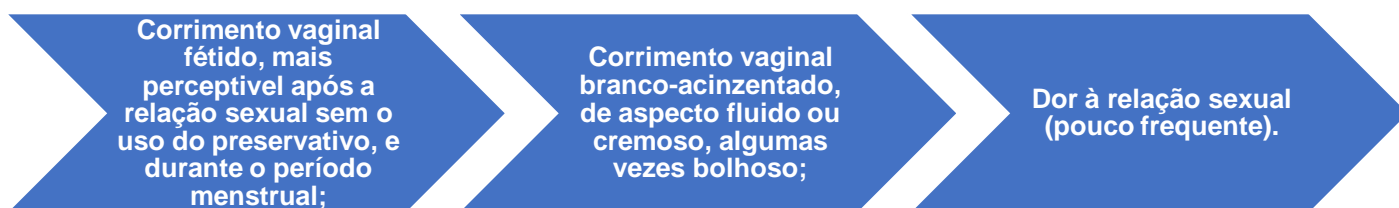
Não é uma infecção de transmissão sexual, mas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas.

A vaginose bacteriana **aumenta o risco de aquisição das IST** e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea).

Além disso, **aumenta o risco de DIP** quando presente nos procedimentos invasivos (curetagem uterina, biópsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino)

O **tratamento das parcerias** sexuais **não está recomendado**.

Os **sinais e sintomas** são:



Tricomoniase

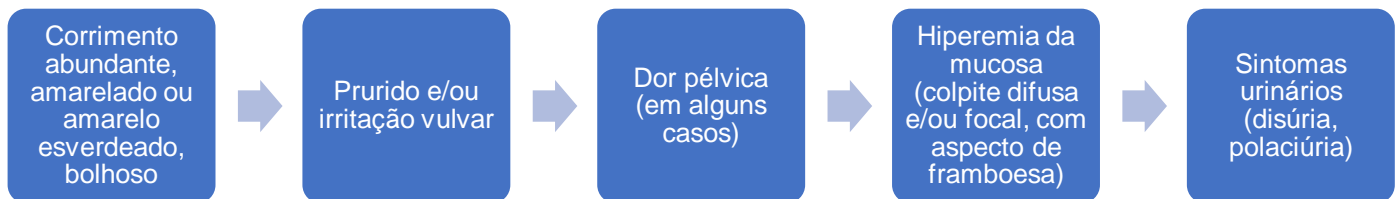
Galera, o **protozoário (T. vaginalis)** que causa a tricomoniase tem como **reservatório o colo uterino, a vagina e a uretra**. Portanto o diagnóstico é feito por meio da visualização dos protozoários móveis em material do ectocérvice.



O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital nos RN

As **parcerias sexuais devem ser tratadas** com o mesmo esquema terapêutico.

Os **sinais e sintomas** são:



Uretrite gonocócica

Pessoal, este é um **processo infeccioso e inflamatório** da mucosa uretral, causado pela **N. gonorrhoeae**.

Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção (membranas mucosas da uretra, endocérvice, reto, faringe e conjuntiva).



O corrimento **mucopurulento ou purulento é frequente**. Raramente, há queixa de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite.

Uretrite não gonocócica

Como o nome já diz, é a uretrite sintomática negativa para o gonococo. A uretrite não gonocócica **caracteriza-se**, habitualmente, pela presença de **corrimentos mucoides, discretos, com disúria** leve e intermitente.

Sífilis primária e secundária

Concurseira(o), atenção total a Sífilis! Pois é frequentemente abordada nos concursos, ok?

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano, cujo **agente** etiológico é o **Treponema pallidum**.

Sua **transmissão** ocorre principalmente por **contato sexual**; porém, pode ser transmitida **verticalmente para o feto**. Durante a gestação, pode ocasionar **abortamento, prematuridade**, natimortalidade, **manifestações congênitas** precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.



A sífilis adquirida, congênita e em gestante deve ser notificada semanalmente.

Para melhor orientação do tratamento e monitoramento, a sífilis é dividida em estágios: **Sífilis recente** (com até um ano de evolução) pode ser classificada em: **primária, secundária e latente recente** ou **Sífilis tardia** (com mais de um ano de evolução)- que pode ser classificada em: **latente tardia e terciária**.

Conheceremos agora com mais detalhes cada estágio da sífilis, vamos lá?

Estágios da Sífilis	Manifestações Clínicas	Comentários
Primária (o tempo de incubação é entre 10 a 90 dias (média de três semanas).	Cancro duro (ulcera genital) Linfonodos regionais	A primeira manifestação é caracterizada por úlcera rica em treponemas, única e indolor, com borda bem definida e regular ("cancro duro"). Dura em média entre três e oito semanas, e a lesão desaparece sem tratamento.
Secundária (ocorre em média entre seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro.	Lesões cutâneo-mucosas (roseola, placas mucosas, sífilides papulosas e palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadro neurológico, ocular e hepático.	O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios Ocorre febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. A sintomatologia desaparece em algumas semanas, mesmo sem tratamento. A neurosífilis meningovascular, pode acompanhar essa fase.
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática	O diagnóstico é feito exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos.
Latente tardia (mais de um ano de duração.	Assintomática	
Terciária (pode surgir entre 1 e 40 anos após início da infecção).	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.	Nesse estágio é comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e até morte.



Diagnóstico

Para que ocorra o diagnóstico de sífilis é necessário que os dados clínicos sejam correlacionados aos resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a avaliação correta e o tratamento adequado.

Os testes imunológicos podem ser tanto os treponêmicos (por exemplo, o Teste Rápido) quanto os não treponêmicos (VDRL) e para confirmação do diagnóstico ambos precisam estar positivados.



A **análise** isolada do título **de um único resultado** de um teste **não treponêmico** (ex.: VDRL, RPR) **é um equívoco frequente**. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas. Pois os **títulos altos** nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes **adequadamente tratados**, e **títulos baixos** podem ser encontrados em casos de **infecção recente ou tardia** e em casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negatificação. Esse



fenômeno (temporário ou persistente) é **denominado cicatriz sorológica**.
(BRASIL, 2020).⁶

Tratamento

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação (caso a gestante não faça o tratamento adequado, o RN é notificado como caso de sífilis congênita e deve ser submetido à investigação clínica e laboratorial)

Tanto a pessoa portadora da infecção, quanto suas parcerias sexuais devem ser tratadas preferencialmente com a benzilpenicilina benzatina.

Em alguns casos é recomendado o tratamento imediato, após apenas um teste reagente:

- Gestantes;
- Vitimas de violência sexual;
- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.



Sífilis recente: primária, secundária e latente recente.	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias.	Teste não treponêmico trimestral (mensal em gestantes)
--	--	---	--

⁶ Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).



	(1,2 milhão UI em cada lado)		
Sífilis tardia: terciária e latente tardia (ou com duração desconhecida).	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI. 1 x/semana por 3 semanas.	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (mensal em gestantes)
	obs: Caso o intervalo entre as doses ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado.		
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV. Em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização.



A **benzilpenicilina benzatina** (também chamada de **penicilina benzatina** ou **penicilina G benzatina**) deve ser administrada exclusivamente por via

intramuscular (IM), preferencialmente na região **ventro-glútea** (por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local (COFEN, 2016).

Doença inflamatória pélvica (DIP)

A DIP é uma síndrome clínica atribuída à **ascensão de microrganismos** do trato genital inferior, **espontânea** ou ocasionada pela **manipulação** (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo o endométrio (endometrite), as tubas uterinas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).

Constitui uma das **mais importantes complicações** das IST e um sério problema de saúde pública, sendo comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida.

Está associada à **sequelas** importantes em longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem **infertilidade** por fator tubário, **gravidez ectópica** e **dor pélvica crônica**.



Os **sintomas** de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de **dor à mobilização do colo do útero ao toque**, podem estar presentes na DIP.

Antes de passarmos para o próximo tema, vamos praticar com mais uma questão sobre o que acabamos de ver?



6-(FEPESE/Pref Florianópolis-2019) Quanto ao sinais e sintomas apresentados por mulheres com corrimento vaginal ou cervicites, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Cervicites ou corrimento vaginal

1. Candidíase
2. Vaginose bacteriana

Coluna 2: Sinais e sintomas

- I- () Prurido vulvar
- II-() Teste do KOH negativo
- III-() Corrimento acinzentado
- IV-() Corrimento grumoso
- V-() Teste do KOH positivo

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 1 • 2 • 1 • 2
- b) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
- c) 1 • 2 • 2 • 1 • 2
- d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
- e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

Comentários

Sinal e Sintoma I: Prurido vulvar- As manifestações clínicas da Candidíase vulvovaginal são: Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; sem odor; prurido vaginal intenso; edema de vulva; hiperemia de mucosa; dispareunia de introito.



Sinal e Sintoma II: Teste do KOH negativo- O Teste das aminas (Whiff-test) onde utiliza-se o hidróxido de potássio (KOH) a 10%, na candidíase é negativo.

Sinal e Sintoma III: Corrimento acinzentado- As manifestações clínicas da Vaginose bacteriana são: Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual, sem sintomas inflamatórios.

Sinal e Sintoma IV: Corrimento grumoso- Como vimos o corrimento branco e grumoso é uma manifestação clínica da candidíase.

Sinal e Sintoma V: Teste do KOH positivo - O Teste das aminas (Whiff-test) na vaginose bacteriana é positivo. Detalhando um pouco mais esse teste: São adicionadas 1 a 2 gotas de hidróxido de potássio (KOH) a 10% na secreção vaginal e depositados em uma lâmina. O teste é considerado positivo quando surge odor desagradável (peixe em putrefação).

Portanto, a sequência correta é 1 - 1 - 2 - 1 - 2

Gabarito: **Alternativa A**

Retomando à nossa parte teórica...Vamos falar sobre gestação de alto risco?

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Como sabemos, a gestação é algo fisiológico, é um fenômeno que naturalmente o corpo feminino está apto a desenvolver, e por isso, na maior parte das vezes, a evolução da gravidez ocorre sem maiores complicações.

Porém, **algumas gestantes**, muitas vezes por serem portadoras de alguma doença, problema ou agravo, apresentam maiores **chances de evolução desfavorável**, tanto para o feto como para a ela.

Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". E nessa parte da aula, este será nosso tema.

Abordaremos as principais intercorrências que a mulher pode desenvolver ao longo de sua gestação. Vamos lá?



Síndromes hipertensivas na gravidez

Nós já vimos que a gravidez pode causar hipertensão arterial em mulheres previamente normotensas ou agravar uma hipertensão preexistente.

A **hipertensão arterial** sistêmica (HAS) é a doença que complica mais frequentemente a gravidez, ocorre entre 5% a 10% das gestações e é uma das **principais causas de morbimortalidade materna e perinatal**.

Como vimos, a HAS na gestação é classificada em 5 categorias principais, veremos agora maiores detalhes sobre elas.

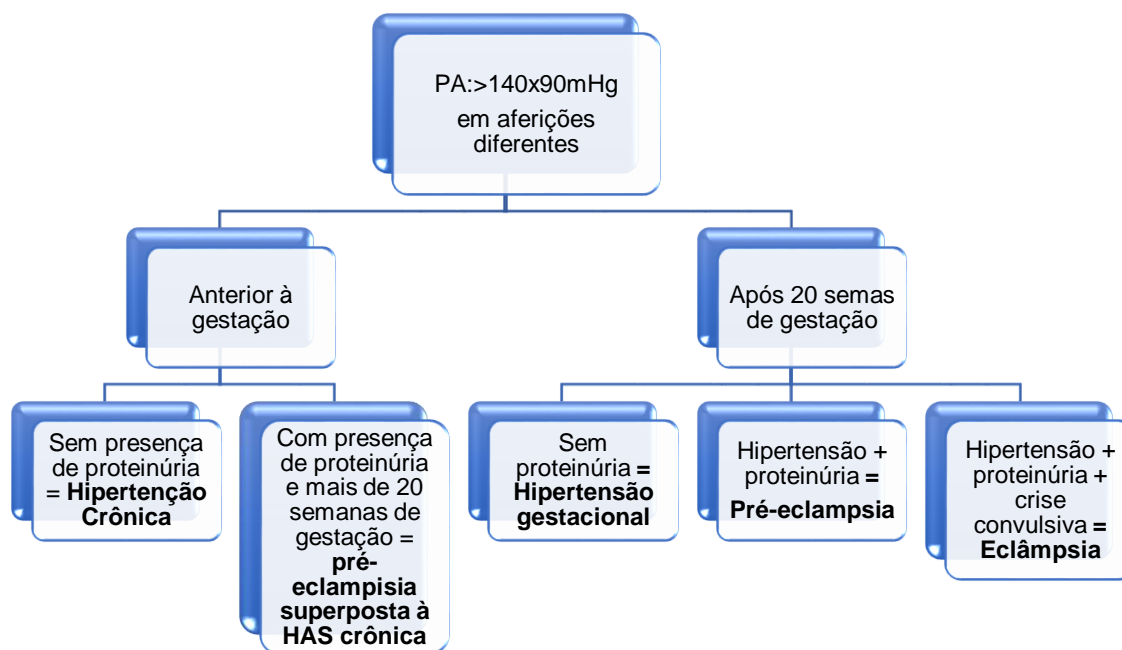
<u>Classificação da HAS na gestação</u>	<u>Definição</u>
Hipertensão arterial sistêmica crônica	É caracterizada por hipertensão anterior a 20 semanas de gestação ou após 12 semanas de parto . Na hipertensão crônica a gestante não apresenta edema e proteinúria (a não ser que haja dano renal anterior à gravidez).
Hipertensão gestacional	HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria , podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão). Esta condição geralmente é recorrente em cerca de 80% das próximas gestações.
Pré-eclâmpsia	HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas ; Na ausência de proteinúria, o profissional deve considerar suspeita quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais , dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas.
Eclâmpsia:	Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;



Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica

Elevação aguda da PA + proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes hipertensas **crônicas** com idade gestacional superior a **20 semanas**;

O diagnóstico de pré-eclâmpsia superposta a HAS crônica é feito quando ocorre a piora dos níveis pressóricos e aumento da uricemia (> 6mg/dL) e da proteinúria após a primeira metade da gestação.



Condutas na Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia

A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave. Considera-se grave quando um ou mais dos seguintes critérios está presente:





- Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg
- Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária
- Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)
- Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito • Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia
- Plaquetopenia ($<100.000/mm^3$)
- Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:

- Acidente vascular cerebral
- Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose
- Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrânio

Manejo clínico

Antecipar o parto é o único **tratamento definitivo** para a pré-eclâmpsia. As indicações para a antecipação estão listadas na tabela abaixo:



Maternas

Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade.
Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes
Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos.
Contagem de plaquetas
Deterioração progressiva da função hepática e renal
Suspeita de descolamento de placenta.
Trabalho de parto ou sangramento.

Fetais

Restrição grave do crescimento fetal.
Suspeita ou comprometimento da vitalidade fetal.
Oligohidrâmnio (Índice de líquido amniótico
Idade gestacional confirmada de 40 semanas.

A **conduta conservadora** pode ser adotada em mulheres **com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 33 semanas e 6 dias**, através de monitoração materno-fetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. Nesses casos as gestantes devem ser observadas por 24 horas utilizando-se as seguintes condutas:

- Administração de sulfato de magnésio (veremos adiante);
- Uso de corticoide para maturidade pulmonar (betametasona 12mg, a cada 24 horas, 2 aplicações IM);
- Administração de anti-hipertensivos de ação rápida (Hidralazina ou Nifedipina);
- Infusão de solução de Ringer lactato a 100-125ml/h;
- Exames laboratoriais: hemograma completo com plaquetas, creatinina sérica, ácido úrico, AST/TGO, ALT/TGP, desidrogenase láctica, proteinúria de 24 horas;
- Dieta suspensa (permitir pequenas ingestões de líquidos claros e medicação oral).

Após as 24 horas de observação, caso seja mantida a conduta expectante, o sulfato de magnésio é interrompido, mantém-se a medicação anti-hipertensiva e exames laboratoriais para acompanhamento materno e fetal. Utilizando sempre a avaliação dos critérios para antecipação do parto.



Nos casos de hipertensão aguda utiliza-se: **nifedipina ou hidralazina**. **Nitroprussiato de sódio** – é utilizado quando não existe resposta com as drogas anteriores e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva.

Detalhando:

Se a PA for =**160mmHg sistólica e/ou =105mmHg diastólica persistente**, utiliza-se:

Nifedipina: Comece com **10mg oral** e repita em 30 minutos se necessário. **OU**

Hidralazina: Ampola de 20mg – 1ml. Diluir com 19ml de água bi-destilada. Comece com **5ml (5mg) EV**. Caso a pressão não seja controlada repita a intervalos de 20 minutos (5 a 10mg – dependendo da resposta), até **o máximo de 20mg**.

- Caso haja impossibilidade de acesso venoso pode ser administrada **IM-10mg**, repetindo a cada 20 minutos até o **limite de 30mg**. Se não houver controle após 20mg EV ou 30mg IM, considerar outra droga. Assim que a pressão estiver controlada, repita se necessário, em 3 horas, a dose inicial.

O **Nitroprussiato de Sódio** às vezes é necessário para a hipertensão que não responde às drogas acima e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva. Comece a uma taxa de **0,25 microgramas/kg/ min** até uma dose **máxima de 5 microgramas/kg/min**. O **envenenamento cianídrico fetal** pode ocorrer se usado por **mais de 4 horas**. O seu uso está restrito às **unidades de terapia intensiva**.

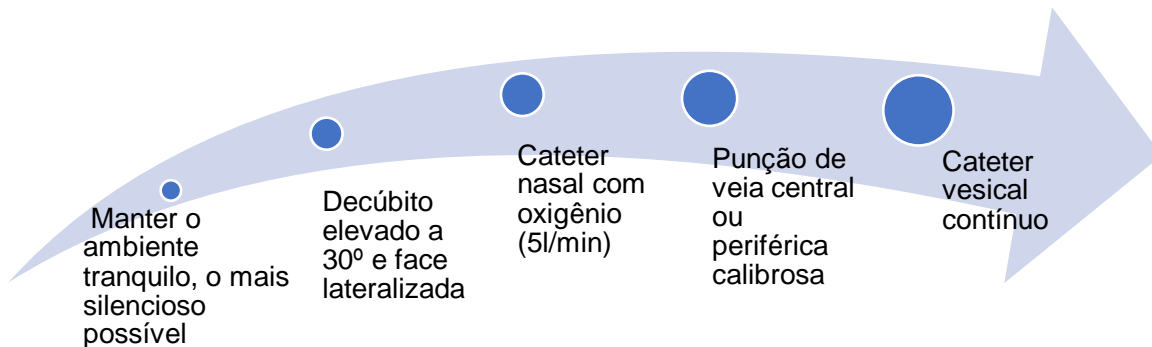
A ocorrência de convulsões caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais.

Pessoal, os cuidados para tratamento de gestantes com essa patologia são vistos com frequência em prova... Por isso, atenção total!





Cuidados Gerais na Eclâmpsia:



A **conduta obstétrica** visa à **estabilização do quadro materno**, à avaliação das condições de **bem-estar fetal** e a **antecipação do parto**, em qualquer idade gestacional.

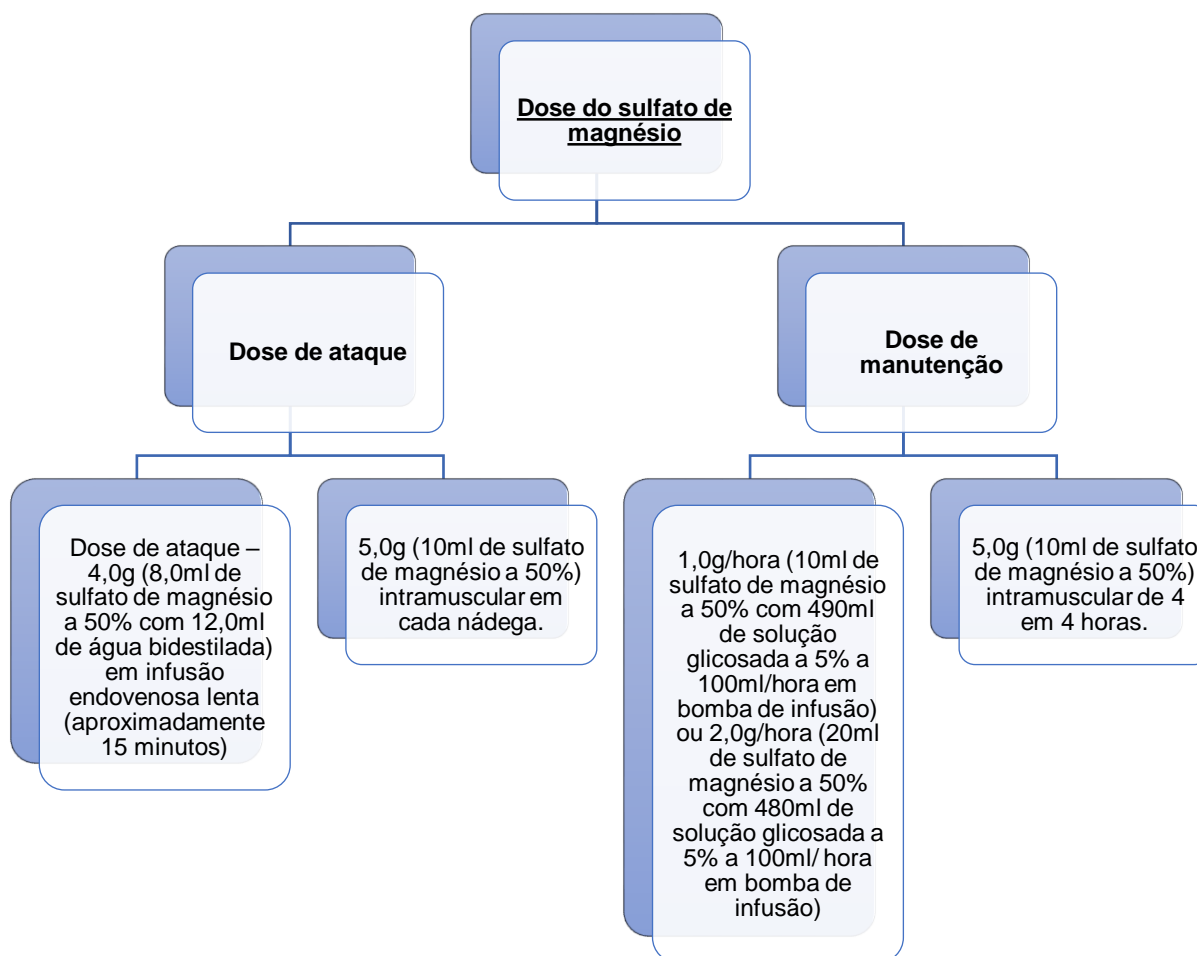
Terapia anticonvulsivante

Este tipo de terapia visa prevenir a ocorrência de convulsões para mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga indicada.



O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose.

Esquema do sulfato de magnésio:



Cuidados com o uso do sulfato de magnésio

Pessoal, como sabemos o sulfato de magnésio pode causar alguns efeitos colaterais leves e outros mais graves, como a hipotensão, hipotermia, bradipneia e bradicardia, até mesmo colapso circulatório.

Portanto, é fundamental que a equipe de enfermagem esteja atenta as intercorrências e conheça as condutas que devem ser tomadas caso sejam necessárias.



Abaixo temos listados os cuidados que devemos ter quando prestamos assistência a gestantes que estejam (como dizemos nos hospitais) "sulfatando".



A administração da dose de manutenção deverá ser **suspensa** caso a frequência respiratória tenha **menos de 16 incursões por minuto**, os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes.

Na recorrência de convulsões, utiliza-se mais 2g IV e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio. Na persistência delas, com crises subentrantes, pode-se optar pela fenilhidantoína até a alta.

Deve-se utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração intramuscular

O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória.

Síndrome HELLP

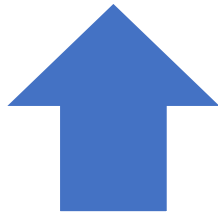
Como sabemos, a **síndrome de Hellp** é uma complicação grave, que acomete 4% a 12% de gestantes com **pré-eclâmpsia ou eclâmpsia** e que causa grandes índices de mortalidade materno-fetal.

O nome **HELLP** é formado pelas iniciais do quadro clínico que esta patologia apresenta: hemólise (**H = "hemolysis"**), elevação de enzimas hepáticas (**EL = "elevated liver functions tests"**) e plaquetopenia (**LP = "low platelets count"**).

As seguintes alterações indicam uma **chance de mais de 75% de morbidade materna grave**: **DHL >1.400UI/L, TGO >150UI/L, TGP >100UI/L e ácido úrico >7,8 mg/dL**, além disso, a presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco significativo de morbidade materna.

A Hellp pode ser classificada em:





Síndrome HELLP Completa:

Plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600 U/l), bilirrubina total $> 1,2$ mg/dl, TGO > 70 U/l.



Síndrome HELLP Incompleta:

Quando a paciente apresenta apenas um ou dois dos resultados descritos acima.

Pessoal, é importantíssimo resolver o máximo de questões, pois elas são fundamentais para fixar o conteúdo... Por isso, vamos fazer mais uma da FCC?



7-(FCC/ALESE - 2018) A síndrome HELLP, uma emergência hipertensiva específica da gravidez, é caracterizada por

- a) pressão arterial diastólica maior ou igual a 100 mmHg, proteinúria e alta contagem de plaquetas.
- b) eritrocitose, dor torácica típica e síndrome de pânico associados à pressão arterial elevada.
- c) pressão arterial sistólica maior ou igual a 120 mmHg sem lesão de órgão-alvo e trombocitose.
- d) hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas.
- e) leucocitose, bradicardia fetal e enzimas cardíacas elevadas.

Comentários

Questão bem direta! Essa é daquele tipo que ou sabe ou não sabe...E vocês alunos do Estratégia podem marcar com toda certeza a **letra D**.



A HELLp, como o próprio nome já diz, é caracterizada por hemólise (H = "hemolysis"), elevação de enzimas hepáticas (EL = "elevated liver functions tests") e plaquetopenia (LP = "low platelets count").

Agora ficou fácil, não é? ;)

Vamos retomar nossa aula falando das Síndromes Hemorrágicas...

Síndromes Hemorrágicas

Pessoal, estejam atentos, pois as mais importantes manifestações hemorrágicas na gestação podem ser classificadas de acordo com o período gestacional em que elas ocorrem.

Primeira metade da gestação

- Abortamento.
- Gravidez ectópica.
- Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).
- Descolamento corioamniótico

Segunda metade da gestação

- Placenta prévia.
- Descolamento prematuro da placenta.
- Rotura uterina.
- Vasa prévia



As manifestações como: cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo uterino, trauma vaginal podem ser presentes durante toda a gestação, já o sangramento do colo durante o trabalho de parto ocorre na segunda metade da gestação.

Abortamento

O abortamento é conceituado como: a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g⁷⁸.

O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12^a semana e tardio quando ocorre entre a 13^a e a 22^a semanas. E pode ser classificado de diferentes formas:



- **Abortamento espontâneo:** é a perda involuntária da gestação.
- **Ameaça de abortamento:** é a ocorrência de sangramento uterino com a **cérvix fechada** sem eliminação de tecidos ovulares. O volume uterino é compatível com a idade gestacional.
- **Abortamento completo:** quando a **totalidade do conteúdo** uterino foi eliminada.
- **Abortamento incompleto:** quando apenas **parte do conteúdo** uterino foi eliminado.
- **Abortamento inevitável:** quando há **sangramento e dilatação cervical**, porém não ocorreu eliminação de conteúdo uterino.

⁷ Manual gestação de alto risco. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf

⁸ Manual pré-natal de baixo risco. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf



- **Abortamento retido:** quando ocorre a **morte do embrião** ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, **sem ser eliminado**. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento.
- **Abortamento infectado:** é o processo de **abortamento** acompanhado de **infecção genital**, tais como endometrite, parametrite e peritonite. Pode evoluir para choque séptico.
- **Abortamento habitual:** perdas espontâneas e sucessivas de **três ou mais gestações**.
- **Abortamento eletivo previsto em lei** (segundo Manual de Atenção Humanizada ao abortamento⁹):

Abordaremos mais detalhadamente os principais... Ok?

Tipo de aborto	Manifestações Clínicas¹⁰	Condutas
Ameaça de aborto	Cólicas leves Sangramento genital discreto Colo impérvio Útero compatível com a idade gestacional.	Antiespasmódico
Aborto Incompleto	Cólicas intensas Sangramento genital moderado / intenso	Gestação com menos de 12 semanas: Curetagem uterina, sob perfusão ocitócita Gestação com mais de 12

⁹ Manual Ministério da Saúde Atenção Humanizada ao abortamento, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf

¹⁰ CADERNO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL ALTO RISCO. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf5.pdf>



Aborto Retido

Colo dilatado

Útero compatível ou menor que idade gestacional

Saída de restos ovulares

Sangramento escuro

Colo impérvio

Útero menor que a idade gestacional.

semanas: Misoprostol 200mg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.

Gestação com menos de 12

semanas: Misoprostol 200mg via vaginal, dose única, preparo do colo uterino. Curetagem uterina após 4 horas do misoprostol, sob perfusão ocitócita.

Gestação com mais de 12

semanas: Misoprostol 200mg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.

Antibioticoterapia

(Metronidazol, Gentamicina , Cefalotina) **Reposição**

volêmica, oxigenoterapia, transfusão de papa de

hemácias e **Tratamento**

Cirúrgico (curetagem, laparotomia, histerectomia, se necessário).

Aborto Infectado

Cólica leve/ moderada;

Febre (38°C);

Taquicardia;

Colo dilatado com saída de restos, odor fétido e secreção purulenta.

Vamos fazer mais uma questão para treinar sobre o tema que acabamos de ver?



8-(CONSULPLAN/ Pref Sabará- 2017) O aborto é definido como a interrupção da gravidez até a 22ª semana ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm. Sobre a sintomatologia da ameaça do aborto, assinale a afirmativa correta.

- a) O abortamento inevitável apresenta sinais de peritonite com secreções purulentas.
- b) O abortamento incompleto apresenta pequena hemorragia mesclada a fragmentos do ovo e cólicas discretas.
- c) O aborto retido revela morte fetal, habitualmente sem sangramento vaginal, sem cólicas e volume do útero menor que o correspondente à idade gestacional.
- d) Na ameaça de aborto, a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. No abortamento inevitável há sangramento e dilatação cervical, porém não ocorreu eliminação de conteúdo uterino. A descrição da alternativa é compatível com abortamento infectado.

A **alternativa B** está incorreta. No abortamento incompleto ocorrem cólicas intensas, sangramento genital moderado / intenso, colo dilatado e o útero compatível ou menor que idade gestacional e saída de restos ovulares

A **alternativa C** está incorreta. No aborto retido realmente o útero apresenta-se com volume menor que a idade gestacional. O erro da alternativa está em dizer que geralmente não ocorre sangramento, visto que no aborto retido ocorre sangramento na cor escura.

A **alternativa D** está correta. Perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia

A **alternativa E** está correta. Na ameaça de aborto a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la. Além disso, o colo apresenta-se impérvio e o útero é compatível com a idade gestacional.



Gravidez Ectópica

Galera, a **gravidez ectópica** acontece quando a **nidação e o desenvolvimento** do ovo se dão **fora da cavidade endometrial**.

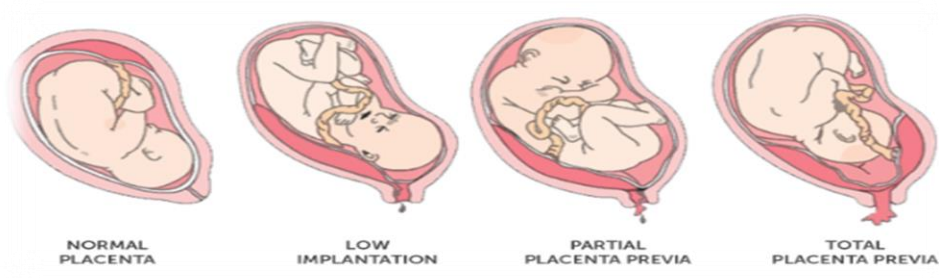
Ocorre na maior parte dos casos **na tuba uterina** (98 % das gestações ectópicas), mas pode acontecer também **nos ovários** (1% dos casos) e na região **abdominal** (cerca de 1 % das ectópicas).

Essa patologia possui como **fatores de risco**: a **doença inflamatória pélvica**; endometriose; cirurgia tubária prévia; **contracepção com progesterona ou DIU**; e/ou antecedente de gravidez ectópica anterior.

A **dor e o sangramento vaginal** são os principais e mais importantes sintomas da gravidez ectópica. O sangramento pode ser de pequena quantidade e/ou irregular, às vezes após pequeno atraso da menstruação.

O tratamento clínico com metotrexato (MTX) é uma alternativa à cirurgia em algumas mulheres. Nos casos de tratamento cirúrgico pode ser conservador ou radical, no tratamento conservador a trompa é preservada por intermédio de uma salpingostomia linear, já no radical é realizada salpingectomia. Ambos podem ser feitos por laparoscopia ou laparotomia.

Placenta prévia (PP)



Pessoal, a **placenta prévia** é implantação total ou parcial da **placenta no segmento inferior do útero**.

São considerados **fatores de risco**: idade avançada, **curetagem uterina prévia**, gravidez gemelar, patologias que deformem a cavidade uterina, **cesarianas anteriores** e infecção puerperal.

Os **relatos das pacientes** podem incluir: **perda sanguínea** por via vaginal, súbita, **de cor vermelha viva**, de quantidade variável, **não acompanhada de dor**.

Durante o **exame obstétrico** pode ser identificado volume e **tono uterinos normais** e frequentemente apresentação fetal anômala.

Geralmente, os **batimentos cardíacos fetais** estão **presentes**. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.

A conduta terapêutica vai depender do sangramento apresentado e da resposta hemodinâmica de cada paciente.

Nos casos onde o sangramento é discreto e a paciente apresenta idade gestacional inferior a 37 semanas orienta-se repouso relativo. Nos casos de sangramento abundante ou gestação acima de 37 semanas a cesariana é indicada.

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

O **descolamento prematuro de placenta** (DPP) é definido como a **separação da placenta da parede uterina** antes do parto. Essa separação pode ser parcial ou total.

Os principais **fatores de risco** são: hipertensão, **rotura prematura de membranas ovulares**, **cesariana prévia**, **tabagismo**, idade materna avançada, uso de drogas (álcool, cocaína e crack), condições que causem sobredistensão uterina (polihidrânio, gestação gemelar), trauma (automobilístico e trauma abdominal direto), DPP em gestação anterior, **amniocentese e cordocentese**.

O DPP começa por um sangramento no interior da decídua, causando hematoma e o descolamento abrupto da placenta do seu sítio normal de implantação. O sangue fica retido e coagula atrás da placenta (hematoma retroplacentário).



O sangramento vaginal que pode variar entre discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno.

Na **fase inicial** do DPP, ocorre taqui-hipersístolia (contrações muito frequentes [$>$ cinco em dez minutos] e intensas), seguida de **hipertonia uterina** e alteração dos batimentos cardíacos fetais;

Na sua **forma grave** pode apresentar quadro caracterizado por **atonía uterina (útero de Couvelaire)**.



Em 80% dos casos, o sangue desloca ou rompe as membranas e flui para o exterior, causando a hemorragia externa. Nos 20% restantes, o sangue fica totalmente retido atrás da placenta, caracterizando a hemorragia oculta.

O diagnóstico é clínico, as principais manifestações são: **dor abdominal súbita**, com intensidade variável, **perda sanguínea de cor vermelho-escura**, com coágulos e em quantidade, às vezes, pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque.

Ao exame obstétrico, **o útero, em geral, encontra-se hipertônico**, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os **batimentos cardíacos fetais** podem estar **alterados ou ausentes**.



Concurseira(o), há um grande número de questões onde os examinadores perguntam sobre as manifestações clínicas do descolamento de placenta e colocam as manifestações pertencentes à placenta prévia...Portanto, para não nos confundirmos, vejamos o resumo abaixo...



Descolamento prematuro de placenta (DPP):

Dor abdominal, perda sanguínea de cor vermelho-escuro, útero hipertônico, doloroso, batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes.

Placenta prévia (PP):

Perda sanguínea de cor vermelha viva, não acompanhada de dor, volume e tônus uterinos normais, batimentos cardíacos fetais estão presentes.

Vamos treinar com mais uma questão?



9-(FEPESE/ SES SC- 2019) Relacione as colunas 1 e 2 abaixo, com relação aos sinais e sintomas de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e a Placenta Prévia (PP).

Coluna 1

1. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP).
2. Placenta Prévia (PP)

Coluna 2: Sinais e Sintomas

- 1-()Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável.
- 2-()Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável.
- 3-()Na fase inicial, ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina.
- 4-()O volume e tônus uterinos estão normais e frequentemente a apresentação fetal é anômala.



5-() Pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (uútero de Couvelaire).

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 1 • 2 • 2 • 1
- b) 1 • 2 • 1 • 2 • 1
- c) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
- d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
- e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

Comentários

A **afirmativa 1**: Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável é característico do descolamento Prematuro de Placenta (DPP).

A **afirmativa 2**: Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável é característico da Placenta Prévia (PP)

A **afirmativa 3**. Na fase inicial do DPP ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina

A **afirmativa 4**. Na placenta prévia, o volume e tono uterinos estão normais e frequentemente a apresentaçãoo fetal é anómala.

A **alternativa 5**. O DPP pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (uútero de Couvelaire).

A sequência correta é 1 - 2 - 1 - 2 - 1

Gabarito: **Alternativa B**

Retomando a nossa aula, falaremos sobre diabetes gestacional... Vamos lá?



Diabetes gestacional

Galera, a diabetes gestacional¹¹ é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, identificado pela primeira vez na gestação, que geralmente se encerra no período pós-parto e pode muitas vezes retornar anos depois.

Os **sinais e sintomas** característicos que levantam a suspeita de diabetes são os “quatro P’s”: **poliúria, polidipsia, polifagia e perda repentina de peso**. Outros sintomas como: prurido, visão turva e fadiga, também podem estar presentes.

O **diagnóstico** de diabetes é feito através da detecção de hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que são utilizados no diagnóstico: glicemia casual, **glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas** (TTG) e, em alguns casos, **hemoglobina glicada (HbA1c)**.

O exame deve ser oferecido na primeira consulta e/ou em 24 a 28 semanas de gestação. Os principais fatores de risco para desenvolvimento da diabetes mellitus que devem ser avaliados para toda gestante são:

Idade de 35 anos ou mais;

Sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;

Deposição central excessiva de gordura corporal;

Baixa estatura (< 1,50m);

Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;

Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso > 4,5kg) ou DMG;

¹¹ Caderno de atenção básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf



História familiar de DM em parentes de 1º grau;
Síndrome de ovários policísticos

Queixas mais frequentes na gestação e suas condutas

Pessoal, as orientações a seguir são válidas para os casos em as queixas são transitórias e que não evoluem para patologias mais complexas.

Na maior parte dos casos essas manifestações diminuem ou desaparecem sem o uso de medicamentos (que devem ser evitados ao máximo).

*Ah... essa primeira recomendação (**Consumir dieta fracionada 6 refeições leves ao dia**) é sempre vista em provas, por isso, lembrem-se que ela deve ser orientada nos casos onde a gestante apresenta **náuseas, vômitos, tonturas, fraquezas e desmaios...***

Vamos conhecer quais são as outras recomendações?

Sintomas

Náuseas, vômitos e tonturas

Pirose (azia)

Sialorreia (salivação excessiva)

Fraquezas e desmaios

Recomendações

Consumir dieta fracionada (6 refeições leves ao dia);

Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes e não consumir líquidos durante as refeições,

Ingerir alimentos sólidos e gelados

Dieta fracionada, evitando frituras, café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo

Dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos;

Oriente-a a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância

Não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;

Indique dieta fracionada (evitando jejum prolongado)



Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

Sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente.

Certifique-se de que não sejam contrações uterinas;

Caso apresente flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;

Dieta rica em resíduos (frutas cítricas, verduras, mamão), aumento da ingestão de líquidos e redução no consumo de alimentos com alta fermentação.

Alimentação rica em fibras;

Não deve ser utilizado papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo)

Higiene perianal com água e sabão neutro, banhos de vapor ou compressas mornas devem ser recomendados

Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;

Hemorróidas

Corrimento vaginal (o aumento de fluxo vaginal é comum na gestação)

Queixas urinárias

O aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação e mesmo sendo incômodo é de extrema importância a ingestão hídrica adequada;

Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo;

Falta de ar e dificuldades para respirar (sintomas frequentes, causados pelo aumento uterino que ocasiona compressão pulmonar)

Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar.

Mastalgia (devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento das glândulas)

Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;

Lombalgia (dor lombar)

Correção postural ao sentar e ao andar; usar sapatos com saltos baixos e confortáveis; associados a aplicação de calor local;

Cefaleia (dor de cabeça)

Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-



Sangramento nas gengivas

eclâmpsia e oriente quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.

Escovação dentária após as refeições com escova de dentes macia; realizar massagem na gengiva e usar fio dental;

Varizes

Recomente que a gestante não fique muito tempo em pé ou sentada e faça intervalos de 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;

Câimbras

Utilizar (se possível) meia-calça elástica para gestante
Massagear o músculo contraído e dolorido e aplique calor local; evite o excesso de exercícios e realize alongamentos.

Cloasma gravídico (costuma diminuir ou desaparecer após o parto)

Não expor o rosto diretamente ao sol e utilizar protetor solar.

Estrias (resultantes da distensão dos tecidos)

Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.

Câncer de mama

Como sabemos, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres e o seu processo de carcinogênese tão lento que pode levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável.

Os **principais sítios de metástases** deste tipo de câncer são: **ossos, pulmões e pleura, fígado**, e com menor frequência **cérebro, ovário e pele**.

Os **principais fatores de risco** conhecidos para o câncer de mama estão ligados à **idade, aos fatores genéticos e aos endócrinos**. A **idade** constitui o **mais importante fator de risco** para câncer de mama.

Outros **fatores de risco** conhecidos são:



- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Primeira gravidez após os 30 anos
- Nuliparidade
- Exposição à radiação
- Terapia de reposição hormonal
- Obesidade
- Ingestão regular de álcool
- Sedentarismo
- História familiar



São considerados grupos com **risco muito elevado** para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade.
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino.
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

O **sintoma mais comum** é o aparecimento de um **nódulo, geralmente indolor, duro e irregular**, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos.

Em geral as **manifestações clínicas** do CA de mama, são:



- Nódulo palpável.
- Endurecimento da mama.
- Secreção mamilar.
- Eritema mamário.
- Edema mamário em "casca de laranja".
- Retração ou abaulamento.
- Inversão, descamação ou ulceração do mamilo.
- Linfonodos axilares palpáveis.

Vale destacar que na presença dos seguintes **sinais e sintomas** o paciente deve ser **encaminhado urgentemente** para serviços de diagnóstico mamário:

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos.
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual.
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade.
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral.
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos.
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral.
- Presença de linfadenopatia axilar.
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja.
- Retração na pele da mama.
- Mudança no formato do mamilo.



NOVIDADE!

Atualmente **não se recomenda o autoexame das mamas** como técnica a ser ensinada às mulheres para rastreamento do câncer de mama. Grandes estudos sobre o tema demonstraram baixa efetividade e possíveis danos associados a essa prática. Porém, a mulher deve ser estimulada a conhecer o que é normal



em suas mamas e a perceber alterações suspeitas de câncer, por meio da observação e palpação ocasionais de suas mamas, em situações do cotidiano, sem periodicidade e técnicas padronizadas como acontecia com o método de autoexame (INCA, 2019).

A **mamografia** é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama e deve ser recomendada para as **mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos**.

Os **resultados do exame mamográfico** são classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System (**BI-RADS®**)¹². Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta.

Categoria	Interpretação	Condutas recomendadas
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

¹² Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_2013.pdf



Para encerrarmos nosso estudo sobre Saúde da Mulher, falaremos sobre Climatério...)

Climatério

Pessoal, a OMS define o **climatério**¹³ como **uma fase biológica** da vida e **não um processo patológico**, que compreende a **transição** entre o **período reprodutivo e o não reprodutivo** da mulher.



O climatério **inicia** por volta dos **40 anos** e **se estende** até os **65 anos**.

No acompanhamento laboratorial identifica-se o **aumento do hormônio folículo-estimulante (FSH)**, sua elevação ocorre a partir do período reprodutivo tardio (indicando a proximidade do climatério). Portanto, é um importante marcador para **identificação da falência ovariana**.

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 ocorre de maneira diferenciada entre as mulheres, algumas não apresentam **sintomatologia**, outras podem referir manifestações como: distúrbios vasomotores, cefaleia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido. Os **fogachos ou "ondas de calor"** constituem o sintoma mais comum nas mulheres e podem ocorrer em qualquer fase do climatério.

¹³ Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. 2008.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf



Os **sinais e sintomas clínicos** do climatério ainda podem ser divididos em **transitórios** (**alterações do ciclo menstrual e sintomatologia mais aguda**) e **não transitórios** (fenômenos **atróficos genitourinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo**).

O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve são as alterações no aparelho genital (**hipotrofia genital**). Causando manifestações clínicas como:



Nesses casos a frequência sexual, o uso de medicações locais e **exercícios de Kegel**, podem ajudar a modificar a perda da elasticidade vaginal e a lubrificação.

Pessoal, chegamos ao final da nossa aula, espero que tenha sido bastante produtiva!

Preparados para uma lista de questões?

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES E CIRCULATÓRIAS

Pessoal, iniciaremos nossa aula abordando as principais condutas de enfermagem em relação às doenças cardíacas. Vamos lá?

Segundo Brunner, a **dor torácica** é a **manifestação mais comum** entre os pacientes cardiopatas. Podendo ser acompanhadas por dispneia, palpitações, fraqueza e fadiga.

A dor torácica pode estar relacionada a diversos sistemas (cardíaco, vascular, pulmonar, gastrointestinal e até psicológico) vamos conhecer as principais síndromes que causam dor torácica e as suas características?

Sistema	Síndrome	Descrição	Características
Cardíaco	Angina	Pressão torácica retroesternal,	Precipitada pelo exercício, tempo frio



		queimação ou peso; irradiação ocasional para pescoço, mandíbula, epigástrico, ombros ou MSE.	ou estresse emocional; duração < 2 a 10 minutos
	Angina em repouso ou instável	A mesma da angina, porém pode ser mais intensa.	Geralmente < 20 minutos, menor tolerância para o esforço.
	IAM	A mesma da angina, porém pode ser mais intensa.	Início súbito, com duração > 30 minutos. Associação com dispneia, fraqueza, náuseas e vômito.
	Pericardite	Dor aguda, pleurítica agravada com mudanças na posição; duração variável.	Atrito pericárdico
Vascular	Dissecção aórtica	Dor excruciante, lacerante, de início abrupto, na parte anterior do tórax, frequentemente irradiando-se para o dorso.	Dor muito intensa, refratária; geralmente em um contexto de hipertensão ou de um distúrbio subjacente do tecido conectivo, (síndrome de Marfan).
	Embolismo pulmonar	Início súbito de dispneia e dor, geralmente pleurítica, com infarto pulmonar.	Dispneia, taquipneia, taquicardia e sinais de insuficiência cardíaca direita
	Hipertensão pulmonar	Pressão torácica subesternal, exacerbada pelo esforço	Dor associada à dispneia e sinais de hipertensão pulmonar
Pulmonar	Pleurite/Pneumonia	Dor pleurítica, geralmente breve, sobre a área envolvida.	Dor pleurítica e lateral à linha média, associada à dispneia.
	Traqueobronquite	Desconforto em queimação, na linha média.	Localização na linha média, associada à tosse.
	Pneumotórax espontâneo	Início súbito de dor pleurítica unilateral, com dispneia.	Início abrupto de dispneia e dor.
Gastrointestinal	Refluxo esofágico	Desconforto em queimação subesternal e epigástrico, 10 a 60 minutos de duração.	Agravada por refeições pesadas; aliviada por antiácidos
	Úlcera péptica	Queimação epigástrica ou subesternal prolongada.	Aliviada por antiácidos ou por alimentos.
	Doença da vesícula biliar	Dor prolongada epigástrica, ou no quadrante superior direito.	Não provocada, ou após as refeições.
	Pancreatite	Dor epigástrica e subesternal prolongada intensa.	Fatores de risco incluem álcool, hipertrigliceridemia e medicações.
Musculoesquelético	Costocondrite (síndrome de Tietze)	Início súbito de dor intensa e fugaz.	Reprodução pela pressão sobre a articulação, afetada. Pode haver edema e inflamação no local.
	Doença do disco cervical	Início súbito de dor fugaz.	Pode ser reproduzida pelo movimento do pescoço.
Infeccioso	Herpes zóster	Dor em queimação prolongada com distribuição em dermatomo.	Rash vesicular, distribuição em dermatomo.
Psicológico	Síndrome do pânico	Aperto torácico ou dolorimento frequentemente acompanhado por dispneia e durando 30 minutos ou mais, não relacionado ao esforço ou ao movimento.	O paciente frequentemente apresenta outras evidências de distúrbios emocionais



Fonte: *Medicina.net* (adaptada)

Durante o atendimento de enfermagem devemos buscar identificar a **natureza, a intensidade e as características** dessas manifestações clínicas.

No processo de **avaliação** conhecer a **história da doença atual, a história clínica pregressa e realizar o exame físico** são fundamentais. Nesse processo alguns **achados devem ser valorizados**, como por exemplo:



- ✓ **Pele fria e pegajosa** indica vasoconstricção compensatória devido ao baixo débito cardíaco
- ✓ **Cianose central**: baixa saturação de oxigênio no sangue arterial
- ✓ **Icterícia**: Pode ser sinal de insuficiência cardíaca direita ou hemólise crônica referente à prótese valvular.
- ✓ **Linhas acastanhadas nas unhas** estão associadas a endocardite
- ✓ **Baqueteamento** (unha edemaciada e perda do angulo normal) está associado a cardiopatia congênita e *cor pulmonale*



Ausulta cardíaca e suas principais alterações:

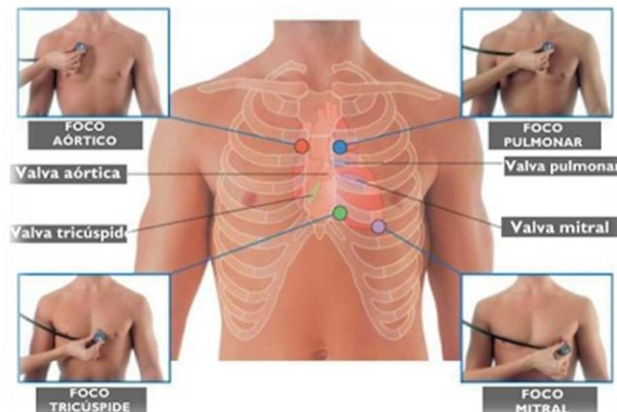


Figura 1- Fonte: Site medpri

A ausculta cardíaca também é fundamental. Para encontrarmos os **focos da ausculta** devemos conhecer os seguintes marcos anatômicos:



- ✓ **Foco aórtico:** 2º espaço intercostal, à direita do esterno, perto da borda esternal.
- ✓ **Foco pulmonar:** 2º espaço intercostal, à esquerda do esterno, próximo à borda do esterno.
- ✓ **Foco pulmonar acessório:** encontrado com o movimento para baixo do lado esquerdo do esterno até o terceiro espaço intercostal, próximo da borda esternal.
- ✓ **Foco tricúspide:** localizado na parte esquerda do quarto espaço intercostal ao longo do esterno, próximo à borda esternal.
- ✓ **Foco mitral:** encontrado pelos dedos que se deslocam lateralmente à esquerda do paciente para localizar o quinto espaço intercostal do lado esquerdo da linha média clavicular.

Os sons normais são o **S1** (marca o **início da sístole**, está relacionado ao **fechamento das valvas mitral e tricúspide**), e o **S2** (marca o **final da sístole**, está relacionado ao **fechamento das valvas aórtica e pulmonar**).

A presença de um **ritmo triplo** na diástole (também **chamado de galope**) pode resultar na presença de **S3** ou **S4**.

A presença de **S3** pode indicar **insuficiência ventricular**; já o **S4** pode indicar **hipertrofia ventricular esquerda, estenose pulmonar ou aórtica e hipertensão**. **Sopros** são indicativos de **válvulas incompetentes ou estenóticas**. Já o **atrito pericárdico** indica **pericardite**. Estes sons são de baixa frequência, devemos **auscultar com a campânula** do estetoscópio.

Pessoal, passaremos agora para a parte onde trataremos das alterações do sistema cardíaco, mas antes disso, vamos fazer uma questão? :)



10- (IADES/SES Distrito Federal -2018) A dor torácica pode ser classificada em quatro categorias com base nas respectivas características clínicas, independentemente dos exames complementares. Ao exame físico, o enfermeiro identifica a dor torácica como possivelmente associada à angina estável na presença de determinado(s) sintoma(s). Assinale a alternativa que indica esse(s) sintoma(s).

- a) Dor aguda pleurítica agravada pelas modificações na posição, com duração altamente variável.
- b) Dor muito intensa, lacerante, de início abrupto, na parte anterior do tórax, frequentemente se irradiando para o dorso.
- c) Pressão torácica retroesternal, queimação ou peso, irradiada ocasionalmente para pescoço, mandíbula, epigástrico, ombros ou braço esquerdo.
- d) Pressão torácica subesternal exacerbada pelo esforço.
- e) Desconforto em queimação em linha média.

Comentários



A **alternativa A** está incorreta. Os sintomas apresentados tem relação com pericardite (inflamação do pericárdio)

A **alternativa B** está incorreta. Os sintomas apresentados tem relação com a dissecção aórtica.

A **alternativa C** está correta. Os sintomas apresentados tem relação com a Angina.

A **alternativa D** está incorreta. Os sintomas apresentados tem relação com a hipertensão pulmonar.

A **alternativa E** está incorreta Os sintomas apresentados tem relação com traqueobronquite.

Bem complexa essa questão, não é? Angina sempre é vista em prova, por isso, esse será nosso próximo tema! Todos preparados?

Angina

Como sabemos a angina é uma síndrome clínica **caracterizada** por pressão/desconforto torácico na região retroesternal, irradiada para a **mandíbula, ombro, costas ou braço**.

É **agravada** devido ao **stress emocional** ou **esforço físico** e **aliviada** por **nitratos**.

A **angina pectoris** é causada pela isquemia miocárdica transitória, ou seja, o fluxo sanguíneo coronariano é insuficiente e resulta em **pouca oferta de oxigênio para atender à demanda do miocárdio**.

Segundo Brunner, a angina geralmente é **resultado de doença cardíaca aterosclerótica** e está relacionada a obstrução significativa de uma **artéria coronária** principal. Os **principais fatores** para desencadeamento álgico são:

- ✓ Esforço físico súbito ou excessivo;
- ✓ Exposição ao frio;
- ✓ Tabagismo;
- ✓ Refeições pesadas;
- ✓ Peso excessivo;
- ✓ Alguns medicamentos, tais como anorexígenos, descongestionantes nasais ou que aumentam a frequência cardíaca e a pressão arterial;



- ✓ Situações que provocam estresse ou emoção.

Para o **diagnóstico** a **anamnese** é o instrumento mais importante, permitindo avaliar a probabilidade do paciente ser portador de **doença coronariana**.

A angina costuma ser **classificada** em duas formas: **estável** ou **instável**. Essa diferenciação é importantíssima, pois a ocorrência de **angina instável** sugere **risco iminente de evento coronariano agudo** em curto intervalo de tempo.

As principais características da **angina estável** são:

Geralmente descrita como “peso”, “aperto”, “sufoco” ou “desconforto” torácico. Quase nunca aparece como “pontada”

Dura cerca de 1 – 5 minutos. Dores prolongadas quando típicas (maiores que 20 min) sugerem a ocorrência de angina instável ou IAM.

A localização é subesternal, sendo comuns irradiações para o pescoço, braço, mandíbula ou epigástrico.

È desencadeada por esforço físico, stress emocional, frio, refeições copiosas.



Na **angina instável** a **dor ocorre em repouso, tem caráter progressivo, é severa e de início recente.**



Dica 1: Pessoas com diabetes podem não sentir dor precordial intensa, podendo apresentar sintomas “atípicos” tanto no IAM quanto na angina.

Dica 2: Uma característica importante da angina estável é que ela cede com a remoção da causa precipitante ou administração de nitroglicerina.

Dica 3: O idoso com angina pode não exibir o perfil de dor típica devido a diminuição da neurotransmissão da dor, por isso, devemos incentivar que os idosos reconheçam sintomas semelhantes à dor torácica (p. ex., fraqueza) como indício de que devem repousar ou tomar os medicamentos prescritos.

Manejo clínico da angina estável

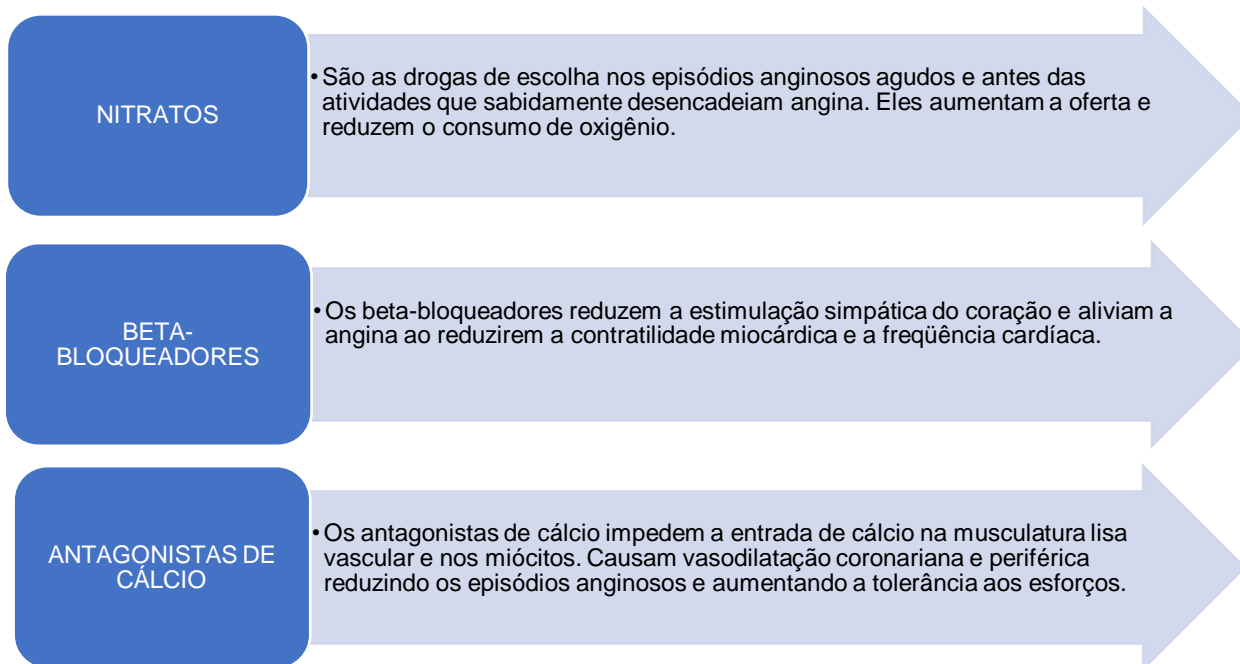
O **tratamento da angina estável** tem por objetivos: **aliviar os sintomas, prevenir o IAM e a morte súbita cardíaca**, permitindo uma melhora progressiva. Podendo ser **clínico** (farmacológico e não farmacológico), e/ou **cirúrgico** (quando indicadas a angioplastia e cirurgia de revascularização).

O tratamento **não farmacológico** engloba **ações de combate** a condições que agravam a **isquemia** (por exemplo: HAS, anemia, febre), assim como a redução dos fatores de risco cardiovasculares (**tabagismo e HAS**), além de **redução dos níveis séricos dos lípides**.

No tratamento **farmacológico** utiliza-se: **Aspirina** (81-325mg/ dia) e **Betabloqueadores**, antagonistas de cálcio ou Nitratos. O Clopidrogel está indicado nos casos em que houver contra indicação absoluta à Aspirina.

Vamos conhecer um pouco sobre esses fármacos que atuam no alívio da angina?





Veremos agora os principais diagnósticos de enfermagem e suas intervenções:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída • Ansiedade relacionada com os sintomas cardíacos e a possibilidade de morte • Conhecimento deficiente sobre doença subjacente e os métodos usados para evitar as complicações • Não adesão ao tratamento, manejo ineficaz do esquema terapêutico relacionado com a incapacidade de aceitar as mudanças necessárias no estilo de vida. 	<p>As intervenções de enfermagem tem como objetivo o TRATAMENTO DA ANGINA, REDUÇÃO DA ANSIEDADE e PREVENÇÃO DA DOR, são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agir imediatamente em caso de queixas álgicas ou sintomas prodrômicos sugestivos de isquemia cardíaca. • Orientar o cliente para interromper todas as atividades e repousar no leito em uma posição de semi-Fowler, para reduzir as necessidades de oxigênio do miocárdio isquêmico. • Administrar oxigenoterapia se a frequência respiratória estiver aumentada, ou se houver diminuição no nível de saturação de oxigênio • Se a dor for significativa e contínua após essas intervenções, avaliar o cliente de modo mais minucioso para IAM agudo e, possivelmente, transferi-lo para uma unidade de maior complexidade.





Não podemos esquecer que a **dor torácica aguda** pode indicar riscos de **IAM (infarto agudo do miocárdio)**, **TEP (tromboembolismo pulmonar)**, **Dissecção aguda de Aorta e Pneumotórax hipertensivo**. Qualquer paciente com início recente de dor (principalmente se o sintoma persiste) deve ser conduzido imediatamente ao setor de emergência, devendo ser prioritárias as **seguintes condutas**:

- ✓ O2 por cateter nasal ou máscara;
- ✓ Acesso venoso
- ✓ Monitorização ECG se disponível
- ✓ Aspirina (aproximadamente 325mg) vo
- ✓ Nitrato sublingual (se não houver hipotensão e após o acesso venoso) lembrar de não administrar se o paciente usou Sildenafil. A **alternativa D** está incorreta. Miocardite é a inflamação do miocárdio. (músculo responsável pela contração cardíaca). Esta inflamação provoca arritmias e insuficiência cardíaca, pode ter como sintomas: dispneia, edema e hepatomegalia.

Vamos adiante!

Insuficiência cardíaca (IC)

Concurseiros, primeiramente é importante saber que a IC possui elevadas taxas de mortalidade e tem grande impacto na qualidade de vida das pessoas acometidas por ela.

Essa síndrome clínica é resultado de **distúrbios cardíacos** estruturais ou funcionais que comprometem a capacidade **de enchimento ou de ejeção de sangue dos ventrículos**. A IC é caracterizada por **sinais e sintomas** de **sobrecarga hídrica ou de perfusão tissular inadequada**.



O comprometimento das funções contráteis do coração (disfunção sistólica) ou de seu enchimento (disfunção diastólica) leva a um **débito cardíaco inferior ao normal**, ocorrendo então mecanismos compensatórios responsáveis por **eleva a carga de trabalho sobre o coração** e resistência ao enchimento do mesmo.

São inúmeras as condições sistêmicas (p. ex., insuficiência renal progressiva e hipertensão arterial não controlada) que podem contribuir para o desenvolvimento da insuficiência cardíaca e sua gravidade.

No entanto, as **manifestações clínicas** da IC geralmente estão relacionadas com o **ventrículo afetado**.

- ✓ Congestão das vísceras e tecidos periféricos
- ✓ Edema dos membros inferiores (edema dependente), hepatomegalia (aumento do fígado), ascite (acúmulo de líquido na cavidade peritoneal), anorexia, náuseas, fraqueza e ganho de peso provocado por retenção de líquido.
- ✓ **Congestão pulmonar:** dispneia, tosse, estertores pulmonares e baixos níveis de saturação de oxigênio; **uma bulha cardíaca extra**, a B3, ou **“galope ventricular”** é, possivelmente, detectada à ausculta
- ✓ **Dispneia aos esforços (DE), ortopneia, dispneia paroxística noturna (DPN)**
- ✓ **Tosse, inicialmente seca e não produtiva; pode tornar-se úmida com o passar do tempo**
- ✓ **Grandes quantidades de escarro espumoso, que algumas vezes é rosado (tinto de sangue)**
- ✓ **Estertores bibasilares que progridem para estertores difusos em todos os campos pulmonares**
- ✓ **Perfusão tissular inadequada**
- ✓ **Oligúria e nictúria**
- ✓ **Com a progressão da IC: alteração da digestão; tontura, vertigem, confusão, inquietação e ansiedade; a pele é pálida ou acinzentada e fria e pegajosa**
- ✓ **Taquicardia; pulso fraco e filiforme;**



fadiga.

Portanto amigos, para melhor entendimento, gravem assim:



A avaliação de enfermagem no cliente com IC tem como objetivo acompanhar a efetividade do tratamento. Por isso devemos estar atentos aos **sinais e sintomas de sobrecarga hídrica pulmonar e sistêmica.**

Nesse sentido, Segundo Brunner, as principais **ações de enfermagem** são:

- ✓ Registrar distúrbios do sono em decorrência de dispneia, bem como o número de travesseiros usados para dormir
- ✓ Perguntar ao cliente sobre a ocorrência de edemas, sintomas abdominais, alteração do estado mental, atividades da vida diária e atividades que produzem fadiga
- ✓ Avaliação respiratória: auscultar os pulmões para **detectar estertores e sibilos.** Documentar a frequência e a profundidade das respirações
- ✓ Avaliação cardíaca: **auscultar à procura de uma bulha cardíaca B3** (sinal de que o coração está começando a falhar); documentar a frequência e o ritmo cardíacos
- ✓ Avaliar o sensorio e o nível de consciência (NC)



- ✓ Extremidades: examinar as partes dependentes do corpo do cliente quanto à perfusão e existência de edema; avaliar o fígado quanto ao refluxo hepatojugular; **avaliar distensão venosa jugular**
- ✓ Medir o equilíbrio hídrico para detectar a existência de oligúria ou anúria; pesar diariamente o cliente.

Abaixo temos os diagnósticos de enfermagem relacionados à insuficiência cardíaca e as principais intervenções de enfermagem:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Intolerância à atividade e fadiga relacionada com a diminuição do débito cardíaco • Volume de líquidos excessivo relacionado com a síndrome de insuficiência cardíaca • Ansiedade relacionada com a falta de ar provocada pela oxigenação inadequada 	<p>As intervenções de enfermagem tem como objetivo PROMOÇÃO DA TOLERÂNCIA À ATIVIDADE, CONTROLE DO VOLUME DE LÍQUIDOS, CONTROLE DA ANSIEDADE são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar rigorosamente o estado hídrico: auscultar os pulmões, comparar diariamente o peso corporal e monitorar o equilíbrio hídrico • Orientar o cliente a aderir a uma dieta com baixo teor de sódio, lendo os rótulos dos alimentos e evitando alimentos comercialmente preparados • Ajudar o cliente a aderir à restrição hídrica, planejando o consumo de líquido durante todo o dia, enquanto mantém as preferências nutricionais. • Monitorar a ocorrência de hipopotassemia causada pela diurese (depleção de potássio). Os sinais consistem em arritmias ventriculares, hipotensão arterial, fraqueza muscular e fraqueza generalizada • Monitorar a ocorrência de hiperpotassemia, particularmente com o uso de inibidores da ECA.

Mais uma questão para treinarmos!

11- (COVEST-COPSET/ UFPE- 2019) Sobre doenças cardiovasculares, analise as proposições a seguir.



- 1) A insuficiência cardíaca (IC) é a condição em que o coração é incapaz de garantir o débito cardíaco adequado.
- 2) A IC constitui uma condição clínica cada vez mais comum, respondendo por uma parcela considerável dos óbitos devido às doenças cardiovasculares e tornou-se relevante diante do envelhecimento populacional.
- 3) A IC apresenta duas alterações básicas: débito cardíaco insuficiente e síndrome congestiva.
- 4) São características da insuficiência ventricular esquerda: refluxo hepatojugular, sinal de Kussmaul, ascite e derrame pleural.

Estão corretas, apenas:

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

Comentários

Pessoal, nessa questão a única **afirmativa incorreta é a 4** pois como vimos a insuficiência ventricular esquerda causa manifestações clínicas relacionadas à congestão pulmonar, como por exemplo: dispneia, tosse, estertores pulmonares e baixos níveis de saturação de oxigênio.

Portanto o gabarito da nossa questão é a **alternativa E**

Vamos adiante!

Infarto agudo do miocárdio (IAM)

O **infarto agudo do miocárdio** (IAM) é causado pelo estreitamento de uma artéria coronária devido à aterosclerose, ou pela obstrução total de uma coronária por êmbolo ou trombo, ocasionando a **necrose de áreas do miocárdio**.



O IAM **sem supra de ST** é o IAM associado à **oclusão subtotal** da artéria coronária, que é causado por **trombos brancos** (ricos m plaquetas) e corresponde a cerca de 70% dos casos.

Já o IAM **com supra de ST** ocorre **oclusão total** de uma artéria coronária, é relacionado com **trombos vermelhos** (ricos em fibrina), respondendo por 30% restantes.¹⁴



A incidência de infarto ainda é maior nos **homens acima de 40 anos**. Porém, **mulheres no climatério** que usam anticoncepcionais e que fumam apresentam maior mortalidade ao ter infarto.

Em pessoas com faixa etária menor, geralmente o infarto pode ser fulminante, devido à ausência de circulação colateral.

O **principal sintoma** do IAM é a **dor torácica**, descrita como uma dor súbita, subesternal, constante e constrictiva, que pode ou não se irradiar para várias partes do corpo, como a mandíbula, costas, pescoço e membros superiores (especialmente a face interna do membro superior esquerdo). Podendo ser acompanhada por **taquipneia, taquisfigmia**, palidez, **sudorese fria e pegajosa**, confusão mental, náusea e vômito.

O **diagnóstico** baseia na história da doença atual, no **eletrocardiograma** e nos níveis séricos das enzimas cardíacas (Os exames incluem a fração MB da creatina quinase (CK-MB), a mioglobina e a troponina)

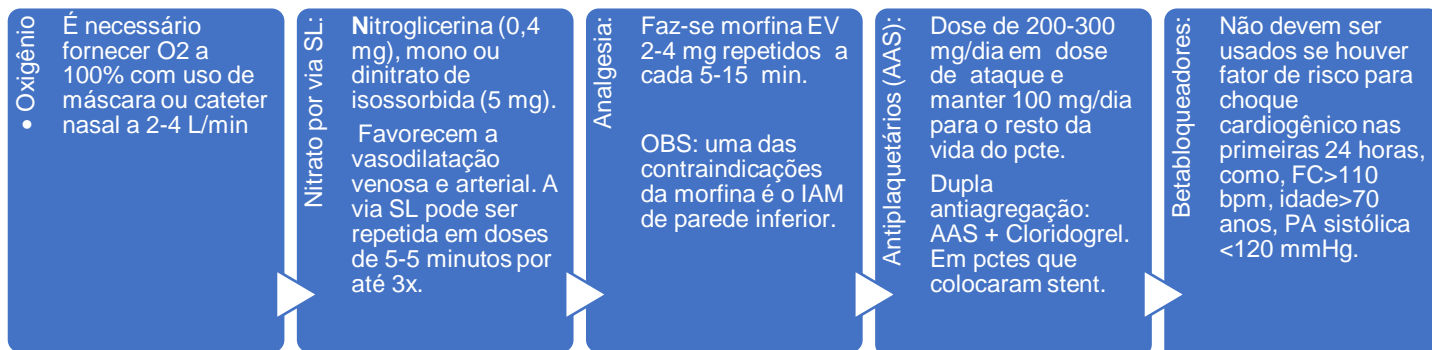
O prognóstico depende da extensão da lesão miocárdica. O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, dependendo da extensão e da área acometida.

¹⁴ IAM. PUC 2019. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/pontificia-universidade-catolica-do-rio-grande-do-sul/clinica-medica/resumos/infarto-agudo-do-miocardio/5319544/view>



Medidas terapêuticas

Basicamente utilizamos para o manejo do IAM, além da **monitorização**, as seguintes condutas:



O **salvamento máximo do miocárdio** ocorre quando a **aplicação de fibrinolítico** é feita em curto espaço de tempo (ideal < 30 minutos).

A fibrinólise pode limitar o tamanho do infarto, preservar a função VE e reduzir a mortalidade. A terapia fibrinolítica deve ser administrada em pacientes com **IAMCS** cujos sintomas iniciaram nas **primeiras 12 horas** e a elevação do segmento ST é **superior a 0,2 mV** em pelo menos **2 derivações precordiais** ou **0,1 mV em 2 derivações periféricas** adjacentes.

Pessoal, importante lembrarmos que a utilização da **terapia fibrinolítica** tem contraindicação **absolutas e relativas**.



Contraindicações absolutas

1. AVC hemorrágico a qualquer tempo.
2. AVC isquêmico com < 3 meses
3. Lesão vascular cerebral conhecida (Malformação arteriovenosa - MAV).
4. Neoplasia maligna sistema nervoso central

Contraindicações relativas

1. Ataque isquêmico transitório nos últimos 3 meses.
2. Terapia com anticoagulantes orais.
3. Gravidez ou período de pós-parto com < 1 semana.
4. Punção vascular não compressível.



5. Neurocirurgia ou TCE recente < 3 meses.
6. Sangramento gastrointestinal no último mês.
7. Discrasia sanguínea conhecida ou sangramento ativo (exceto menstruação)
8. Dissecção aórtica suspeita.
9. Doenças terminais.
5. Ressuscitação cardiopulmonar traumática.
6. HAS não controlada ($\geq 180\text{mmHg}$ e/ou $\geq 110\text{mmHg}$).
7. Doença hepática avançada.
8. Endocardite infecciosa
9. Úlcera péptica ativa
10. Exposição prévia a estreptoquinase



Além disso, os **nitratos** são **contraindicados** em casos de: **hipotensão, bradicardia, infarto de ventrículo direito, uso de inibidores da fosfodiesterase** (sildenafil) nas últimas 24h.

Nesse sentido, a **assistência de enfermagem** deve englobar os seguintes aspectos:

- ✓ Fornecer oxigênio e administrar opiáceos (analgésico e sedativo) e ansiolíticos prescritos para alívio da dor e diminuição da ansiedade;
- ✓ Prevenir complicações, observando sinais vitais, estado de consciência, alimentação adequada, eliminações urinária e intestinal e administração de trombolíticos prescritos;
- ✓ Puncionar acesso venoso e auxiliar nos **exames complementares, como eletrocardiograma, dosagem das enzimas no sangue, ecocardiograma**, dentre outros;
- ✓ Atuar na reabilitação, fornecendo informações para que o cliente possa dar continuidade ao uso dos medicamentos, controlar os fatores de risco, facilitando o ajuste interpessoal, minimizando seus medos e ansiedades.



Idosos nem sempre apresentam a dor constrictiva típica associada ao IAM, em virtude da menor resposta dos neurotransmissores, que ocorre no período de envelhecimento.

Nos casos de IAM os diagnósticos de enfermagem e as principais intervenções são:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída, relacionado com a redução do fluxo sanguíneo coronariano• Risco de volume de líquidos desequilibrado• Risco de perfusão tissular periférica ineficaz, relacionado com o débito cardíaco diminuído em razão da disfunção ventricular esquerda• Ansiedade relacionada com o evento cardíaco e a possibilidade de morte	<p>As intervenções de enfermagem tem como objetivo ALÍVIO DA DOR E DE OUTROS SINAIS E SINTOMAS DE ISQUEMIA, MELHORA DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA, PROMOÇÃO DA PERFUSÃO TISSULAR ADEQUADA, são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Administrar oxigênio juntamente com a terapia medicamentosa para ajudar no alívio dos sintomas. (a inalação de oxigênio reduz a dor associada a baixos níveis de oxigênio circulante).• Ajudar o cliente a repousar no leito com a cabeceira elevada para diminuir o desconforto torácico e a dispneia.• Incentivar o cliente a respirar profundamente e a mudar de posição com frequência para ajudar a ventilação efetiva em todo o pulmão.• Manter repouso no leito com o intuito de diminuir o esforço físico e a sobrecarga cardíaca.

Dito tudo isto, vamos treinar mais com mais uma questão?



12- (CESPE/CEBRASPE/ EBSERH-2018) Julgue o item seguinte:

Feito o diagnóstico de um quadro de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento de ST (STEMI), a anamnese de enfermagem pode identificar contraindicações absolutas ao uso



de fibrinolíticos — ou trombolíticos — como: história prévia de acidente vascular encefálico hemorrágico, gastrite moderada a grave e hemofilia, entre outros.

- a) Certo
- b) Errado

Comentários

A afirmativa está **Errada**, pois como vimos gastrite e hemofilia não são contraindicações absolutas ao uso de fibrinolítico.

Hipertensão arterial

Concurseiras (os), a **pressão arterial**, nada mais é que a **força exercida pelo sangue contra a parede arterial**. Essa pressão é fundamental para que o sangue consiga chegar a partes mais distais do corpo humano (como os pés).



Pressão sistólica: É a pressão máxima exercida nas artérias durante a contração do ventrículo esquerdo (sístole)



Pressão diastólica: É a pressão remanescente no interior do sistema arterial, quando os ventrículos estão em relaxamento.

A hipertensão arterial é definida como pressão arterial sistólica superior a **140 mmHg e pressão diastólica superior a 90 mmHg**, com base em duas (Segundo Brunner) ou três vezes em dias diferentes (Segundo o Ministério da Saúde). A hipertensão arterial **prolongada** provoca **lesão** dos vasos sanguíneos **nos órgãos-alvo** (coração, rins, cérebro e olhos).



Você sabe qual é a diferença entre a Urgência hipertensiva e Emergência hipertensiva?

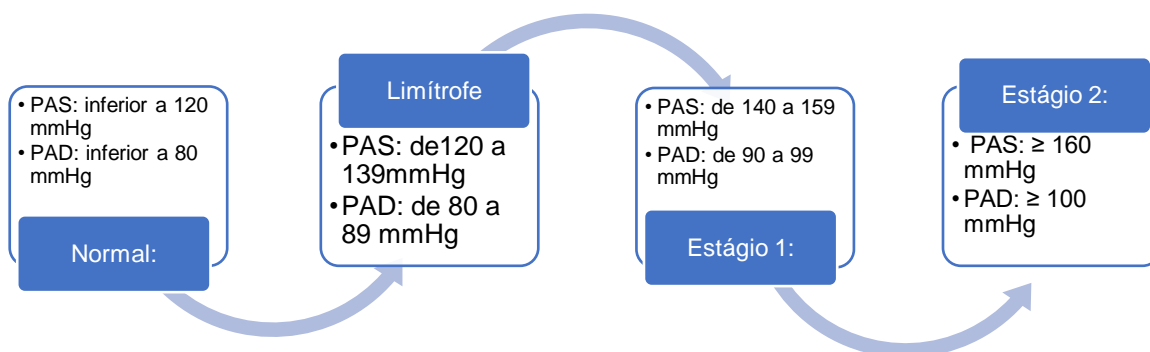
É respectivamente a ausência ou presença de lesões em órgãos-alvo associadas à pressão sistólica acima de **180 mmHg** ou pressão diastólica **acima de 120 mmHg**.

Ambas exigem intervenção imediata. No caso da **Urgência** hipertensiva o tratamento é **por via oral**, já na **Emergência** hipertensiva o tratamento é por **via parenteral**.

A **hipertensão primária** (também denominada essencial) é aquela hipertensão onde **não existe nenhuma causa identificável**; a **hipertensão secundária** descreve a hipertensão **cujas causas são identificadas** (p. ex., doença parenquimatosa renal, feocromocitoma, determinados medicamentos, gravidez).

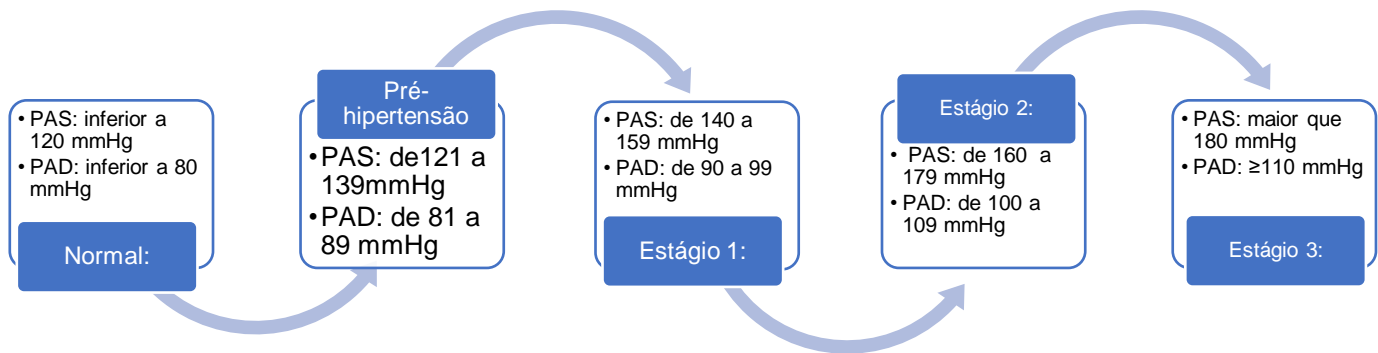
*Galera, nós sabemos que **dependendo do referencial** teórico adotado pela banca examinadora a **classificação da hipertensão pode ser diferente**. Pensando nisso, coloquei abaixo a comparação de **duas referências** bastante utilizadas nos concursos de enfermagem: **Brunner e Ministério da Saúde**.*

Segundo Brunner a hipertensão pode ser **classificada** da seguinte maneira:



Já o **Ministério da Saúde**, **classifica** a hipertensão arterial da seguinte forma:





Resumindo, o **Ministério da Saúde** classifica como **pré-hipertensão** os valores de PAS: de 121 a 139 mmHg e PAD: de 81 a 89 mmHg enquanto **Brunner** classifica como **limítrofe**.

Além disso, o Ministério da Saúde inclui um estágio a mais que Brunner (estágio 3)

Atualização Hipertensão Arterial 2021

ATENÇÃO!

Vale acrescentar a classificação da Sociedade Brasileira de Hipertensão de 2021, pois sabemos que quando há novidade as bancas ficam de olho!

Uma das mudanças trazidas pelo novo documento trata dos valores de referência para a detecção da doença pela **Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA)**, aquela feita pelo paciente em sua residência, que passa a considerar hipertensão arterial quando a pressão está igual ou maior que 130 milímetros de mercúrio (mmHg) por 80 mmHg. Antes a



classificação como hipertenso dava-se quando as medidas ficavam igual ou maior que 135 mmHg x 85 mmHg pela MRPA. Para as medições em consultório, os valores de referência para hipertensão continuam sendo de 140 mmHg x 90 mmHg.

A classificação para **pré-hipertensão também muda com a nova diretriz**, sendo definida por uma pressão sistólica entre 130 e 139 mmHg e/ou diastólica entre 85 e 89 mmHg, para medida de consultório. A pressão normal ótima é a que registra números abaixo de 120 mmHg x 80 mmHg. A faixa entre 120 e 129 mmHg e 80 e 84 mmHg é **considerada normal, mas não ótima e deve ser acompanhada**.

Segue abaixo a figura com a **classificação atualizada (SBR, 2021)**.



Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110



Categoria	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA no consultório	≥ 140	e/ou	≥ 90
MAPA 24 horas	≥ 130	e/ou	≥ 80
Vigília	≥ 135	e/ou	≥ 85
Sono	≥ 120	e/ou	≥ 70
MRPA	≥ 130	e/ou	≥ 80

Tratamento

A SBH também atualizou algumas informações sobre o tratamento, uma vez que você tenha feito o diagnóstico e a estratificação de risco, devemos iniciar as **medidas farmacológicas e não farmacológicas para manejo do paciente com hipertensão**



- **Medidas não farmacológicas:** destaque para dieta hipossódica e com padrão DASH, rica em verduras/frutas/fibras, bem como a prática regular de exercícios físicos. Lembrando que a dieta seria até mais normossódica que hipossódica, com 5 g sal / 2g sódio ao dia! Um reportagem recente mostrou o excesso do consumo de sal como o vilão mais comum na alimentação mundial!

O **tabagismo também deve ser interrompido e o consumo de álcool moderado**. Já em relação ao café, há polêmica: em doses moderadas, não parece afetar o risco cardiovascular, e há até estudos associando-o a menor mortalidade. Mas doses excessivas, como encontrado em energéticos, podem aumentar o risco de hipertensão e arritmias.

- **Medidas farmacológicas:** há três classes de drogas para primeira linha – iECA (ou BRA), bloqueadores dos canais de cálcio e tiazídicos. Em negros e idosos, as combinações com anlodipino e **hidroclorotiazida** são mais eficazes.



Modalidade	Intervenção NF	Dose	Diferença de PAS obtida
Controle do Peso	Peso/gordura corpórea	Alcançar peso ideal. Esperada diminuição de 1mmHg por cada quilo de peso perdido	- 2/3 mmHg
Dieta saudável	Dieta tipo DASH	Dieta rica em frutas, vegetais, grãos e baixo teor de gordura. Redução de gordura saturada e trans	- 3 mmHg
Redução da ingestão de sódio	Sódio na dieta	Ideal < 2 g ou pelo menos redução de 1,0 g/dia	- 2/3 mmHg
Aumento da ingestão de potássio	Potássio na dieta	3,5 a 5,0 g/dia em dieta rica em potássio	- 2 mmHg
Atividade física	Aeróbia	150 min/semana	-5/7 mmHg
	De resistência dinâmica	8 a 10 exercícios para os principais grupos musculares, 1 a 3 séries, 50 a 80% de 1 RM	
	De resistência isométrica	Exercício de handgrip (preensão de mão) unilateral ou 1 perna, 4 séries, 2 min de contração isométrica, 30% da contração voluntária máximo (CVM), 2-3 min de pausa entre as séries	-4/5 mmHg
Ingestão de álcool	Consumo de álcool	Para quem usa álcool Homens ≤ 2 drinques Mulheres ≤ 1 drinque	-4/5 mmHg

- Meta:** Como regra geral, a meta da PA é < 140/90 mmHg. No fim de 2017, os americanos trouxeram polêmica e vêm sugerindo um novo valor de corte para diagnóstico de HAS: 130/80!! Claro que o tema está em debate e não foi totalmente aceito pelas demais sociedades da área. A ESC, em 2018, manteve o ponto de corte para diagnóstico de hipertensão em 140/90 mmHg, mas convergiu com a americana no objetivo do tratamento: pacientes de maior risco devem ter como meta PA < 130/80 mmHg. A diretriz 2020 da SBC faz o mesmo: a meta é PA < 140/90 mmHg (hipertensos em geral) ou < 130/80 mmHg (alto risco), mas EVITAR < 120/70 mmHg, para evitar efeitos colaterais da hipotensão diastólica.
- Resistência:** Alguns pacientes podem não atingir a meta, mesmo com o uso de três anti-hipertensivos, na dose máxima tolerada, incluindo um diurético. É a chamada "hipertensão



resistente". É importante avaliar a adesão, pesquisar o efeito do jaleco branco e se, de fato for "HAS resistente verdadeira", associar a 4ª droga: espironolactona. Valorize a medida correta e a adesão ao tratamento:

1. Use MAPA ou MRPA para afastar o efeito do jaleco branco;
2. Meça a adesão ao tratamento e facilite a vida do paciente: posologia simples e de baixo custo.

Idosos apresentam peculiaridades e a meta da PA deve ser individualizada, levando em consideração cognição, frailty e expectativa de vida. Na diretriz brasileira, os idosos são divididos em dois grupos:

- Idoso hígido, boa expectativa de vida: meta < 140/90 mmHg.
- Idoso frágil ou com muitas comorbidades: meta < 160/90 mmHg.

Em gestantes, o tratamento da HAS tem peculiaridades:

- É preciso avaliar se há critérios de *pré-eclâmpsia* grave, nas quais o tratamento é uma urgência hipertensiva. Toda gestante com PA \geq 160/100 mmHg é uma urgência!
- As drogas para uso durante a gestação são metildopa, nifedipino e hidralazina. O labetalol, muito badalado em livros-texto, não está disponível no Brasil.

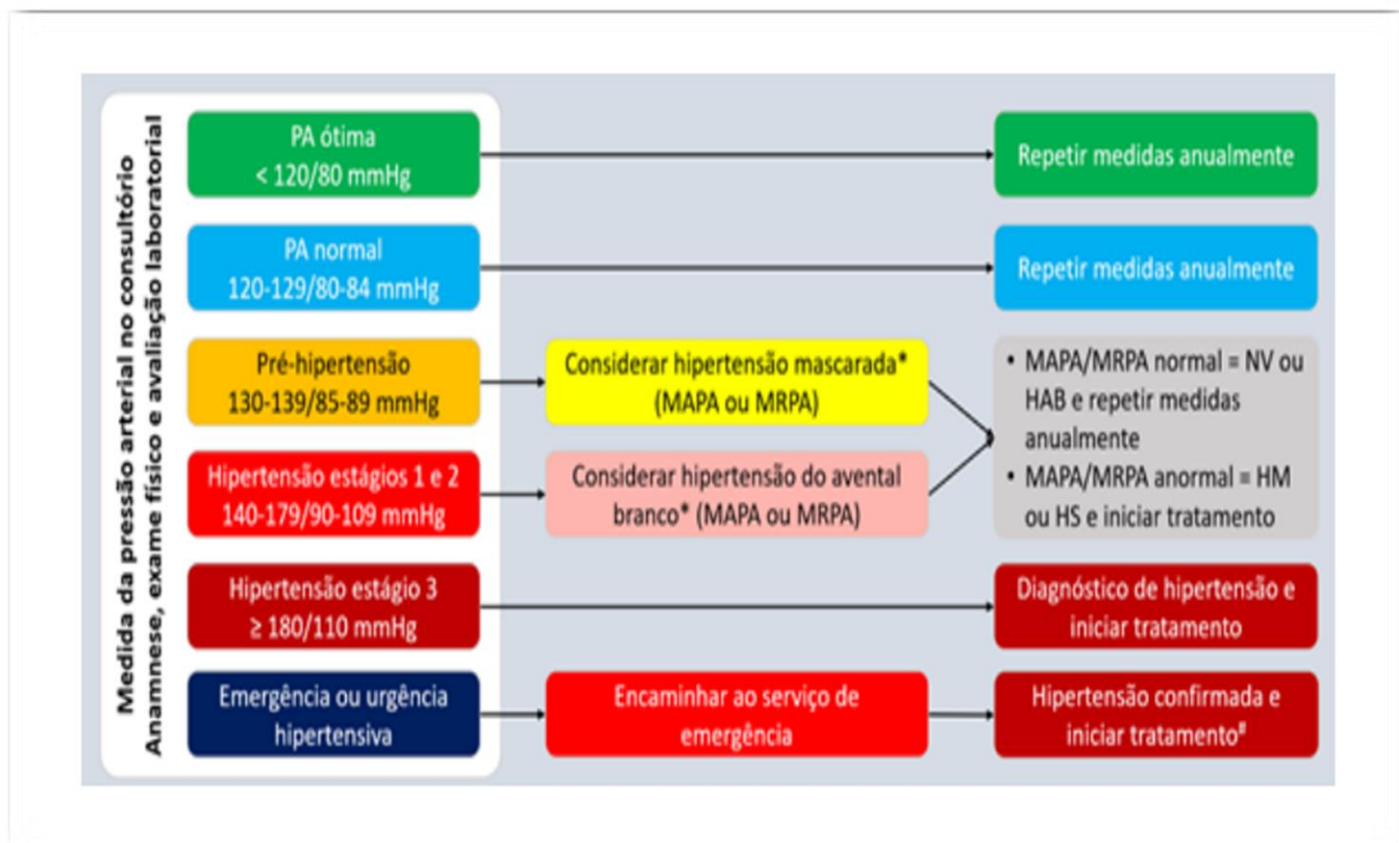
Lembrar de, na pré-eclâmpsia, usar o AAS entre a 12ª e a 37ª semana de gestação.

A nova diretriz propõe que a combinação de fármacos seja a estratégia preferencial para a maioria dos hipertensos. Aplica-se aos pacientes a partir do estágio 2 da doença hipertensiva,



quando as medidas registradas são maiores ou iguais a 160 x 100 mmHg, e para os em estágio 1 (pressão arterial entre 140 e 159 mmHg e 90 e 99 mmHg), mas com risco cardiovascular moderado ou alto.

Para pacientes em estágio 1 da doença, mas com risco baixo, a recomendação é iniciar o tratamento com monoterapia. Isso vale também para os muito idosos, ou com fragilidades, que devem receber apenas um tipo medicamento por uma questão de segurança do paciente, para que a redução da pressão aconteça de forma mais lenta e gradual, e ocorra a adaptação aos novos níveis de pressão.



Rastreamento e técnica para verificar a pressão arterial:

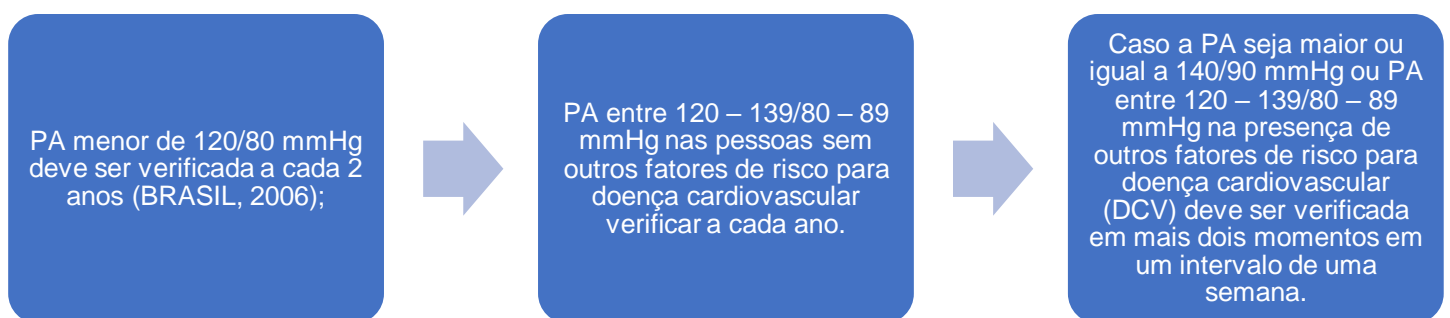
Pessoal, nós profissionais da saúde, devemos nos atentar que: **adultos com mais de 18 anos** que forem à UBS independente da finalidade (consulta, atividades educativas, procedimentos) e não tiverem registro no prontuário de ao menos **uma verificação da PA nos últimos dois anos**, devem ter **aferidas e anotadas a PA**.

Primeiramente verificamos **em ambos os braços**. Caso haja diferença entre os valores, **consideramos a medida de maior** valor e o braço com o maior valor aferido deve ser utilizado nas próximas medidas.

O indivíduo deverá ser **investigado para doenças arteriais** se apresentar **diferenças** de pressão entre os membros superiores **maiores de 20/10 mmHg** para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente.

Talvez vocês estejam perguntando... Professora com qual frequência devemos verificar a PA?

- A **frequência** vai variar de acordo com a **média dos dois valores pressóricos** obtidos. Vamos ver a figura abaixo:



Agora provavelmente a pergunta seja... O que são esses fatores de risco? :)

Chamamos de **fatores de risco** aqueles atributos que podem influenciar no desenvolvimento de doença arterial coronariana. Eles são classificados em **modificáveis** (como sedentarismo e



principalmente o tabagismo) ou **não modificáveis** (idade, sexo e história familiar). Nós pesquisamos esses fatores de risco para a realizarmos a avaliação do risco cardiovascular.

Vamos falar sobre essa avaliação?

A **classificação de risco** de cada indivíduo deve ser avaliada pelo **calculado do escore de Framingham**. A partir deste instrumento, os indivíduos são classificados em Risco Baixo, Médio e Alto para desenvolver doenças cardiovasculares em 10 anos.

A partir da identificação de risco, são recomendadas medidas adequadas para o nível de risco estimado que incluam mudanças na alimentação, interrupção do tabagismo, combate ao sedentarismo e nos casos de risco elevado, a equipe de saúde deve prescrever determinados medicamentos.

Este escore inicialmente **avalia** a idade, o nível de colesterol **LDL**, o nível de colesterol de **HDL**, a **pressão arterial, Diabetes e Tabagismo**.

Essa determinação de risco exige também a obtenção de pelo menos **2 exames complementares: glicemia de jejum e colesterol total**.

A partir da soma de cada fator é determinado o **risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares maiores (infarto agudo do miocárdio ou morte por doença coronária) em 10 anos**.



13-(AOCP/SES-PE/2018) A compreensão da estratificação do risco cardiovascular para classificação de um paciente é importante para definir estratégias de cuidado e prevenção. Existem vários escores de risco utilizados na prática clínica. A respeito dos escores de risco cardiovasculares, assinale a alternativa correta:

- a) O escore de risco de Framingham estima a probabilidade de ocorrer infarto agudo do miocárdio ou morte por doença coronária.
- b) O escore de risco de Reynolds não contempla a história familiar.



- c) O escore de risco de Framingham tem como diferencial a utilização da proteína C reativa.
- d) O escore de risco de Framingham contempla a história familiar da doença coronariana.
- e) O escore de risco de Reynolds não estima o risco de morte em 10 anos.

Comentários

A **alternativa A** está correta. O escore de risco de Framingham estima a probabilidade de ocorrer infarto agudo do miocárdio ou morte por doença coronária em 10 anos.

A **alternativa B** está incorreta. O escore de risco de Reynolds estima o risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou outro evento cardíaco maior em 10 anos, incorporando o valor da proteína C-reativa de alta sensibilidade e a história familiar precoce (antes dos 60 anos) de infarto do miocárdio aos fatores usados no escore de Framingham (idade, gênero, colesterol total, HDL-colesterol, pressão arterial sistólica e tabagismo).

A **alternativa C** está incorreta. Afirmativa refere-se à escala de Reynolds.

A **alternativa D** está correta. Afirmativa refere-se à escala de Reynolds.

A **alternativa E** está correta. Afirmativa refere-se à escala de Reynolds.

Tenho certeza que você acertou! :)

Vamos ver agora sobre as **condições padronizadas para verificarmos a PA?**



- ✓ O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso encostado na cadeira e relaxado com o **braço apoiado e à altura do precórdio**.
- ✓ **Medir após cinco minutos de repouso**. Caso o paciente seja diabético e/ou idoso, a PA também deve ser verificada com o indivíduo de pé (identificar hipotensão ortostática).
- ✓ O paciente deve ser orientado a **evitar cigarro e bebidas** com cafeína nos **30 minutos precedentes**.



- ✓ A **câmara inflável** deve **cobrir pelo menos dois terços** da circunferência do braço (a **largura** deve ser de **pelo menos 40%** do comprimento do braço - distância entre o olécrano e o acrômio- e o **comprimento**, de pelo menos **80% de sua circunferência**);;
- ✓ Devemos **palpar o pulso braquial** e inflar o manguito até **30 mmHg acima do valor** em que o pulso deixar de ser sentido.
- ✓ Em seguida devemos desinflar o manguito lentamente (2 a 4 mmHg/seg).
- ✓ A **pressão sistólica** corresponde ao valor em que começarem a ser ouvidos os **ruídos de Korotkoff (fase I)**.
- ✓ A **pressão diastólica** corresponde ao **desaparecimento dos batimentos (fase V)**.
- ✓ No **caso em que se ouvirem os batimentos até zero**, considerar o **abafamento do som (fase IV)**.
- ✓ Registrar valores com intervalos de 2 mmHg, **evitando-se arredondamentos** (Exemplo: 135/85 mmHg).

Além disso, devem ser utilizados manguitos com câmara inflável (cuff) adequada para a circunferência do braço de cada pessoa, ou seja, a largura deve ser de pelo menos 40% do comprimento do braço (distância entre o olécrano e o acrômio) e o comprimento, de pelo menos 80% de sua circunferência.

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	≤ 10	4	8
Criança	11 – 15	6	12
Infantil	16 – 22	9	18
Adulto pequeno	20 – 26	10	17
Adulto	27 – 34	12	23
Adulto grande	35 – 45	16	32

Amigos, antes de nós passarmos para o próximo assunto, gostaria de abordar o “Efeito do Avental Branco” vocês lembram o que é?



O EAB é a **diferença de pressão entre as medidas ob das no consultório e fora dele**, desde que essa diferença se a igual ou superior a 20 mmHg na PAS e/ou 10 mmHg na PAD. Essa situação pode alterar o estágio e/ou dar a falsa impressão de necessidade de adequações no esquema terapêutico.

Caso o profissional **desconfie de Hipertensão do Avental Branco** (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), recomenda-se a **realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial** (Mapa) ou **Monitorização Residencial de Pressão Arterial** (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico.

Além disso, pesquisas demonstraram que entre os profissionais médico, enfermeiro e técnico de Enfermagem que verificam a PA em serviços de Saúde, as medidas realizadas pelos técnicos de Enfermagem apresentaram **efeito do avental branco com uma frequência menor**, por isso, em casos suspeitos, o ideal é que **o técnico em enfermagem** verifique a PA e que essa medida seja realizada em outro local que **não seja o consultório**.



Vale lembrar que a **Monitorização Residencial de Pressão Arterial** (MRPA) é feita, preferencialmente, por manômetros digitais pela própria pessoa ou familiares. Recomendam-se **três medidas pela manhã**, antes do desjejum e dos medicamentos e medicamento, e **três à noite**, antes do jantar, durante cinco dias.

Já o **MAPA** é realizado com um aparelho composto por um pequeno monitor é acoplado à cintura e ao braço do paciente para medir a pressão arterial por um **período de 24 horas**

Vamos ver no quadro os diagnósticos de enfermagem e as principais intervenções de enfermagem para pacientes hipertensos:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
• Conhecimento deficiente associado à	As intervenções de enfermagem tem como PROMOÇÃO DO



<p>relação entre o esquema de tratamento e o controle do processo mórbido</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção ineficaz da saúde relacionada com os efeitos colaterais da terapia prescrita e com a não adesão ao tratamento 	<p>CONHECIMENTO, PROMOÇÃO DA ADESÃO AO ESQUEMA TERAPÊUTICO, MELHORA DA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA, PROMOÇÃO DA PERFUSÃO TISSULAR ADEQUADA, são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar o cliente a limitar o consumo de bebidas alcoólicas e a evitar o uso de tabaco. • Ressaltar o conceito de controlar a hipertensão (com modificações no estilo de vida e medicamentos).
--	--

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES METABÓLICAS E ENDÓCRINAS

Falaremos agora sobre as principais patologias associadas ao sistema endócrino, mas antes, vamos relembrar alguns pontos desse sistema?

Basicamente, o **sistema endócrino** é formado por um grupo de **glândulas e órgãos** que regulam e controlam diversas funções orgânicas através da **produção e secreção de hormônios**.

No geral as **glândulas endócrinas** são responsáveis pela **liberação de hormônios** diretamente na **corrente sanguínea**. Já as **glândulas exócrinas** liberam hormônios ou outras substâncias para dentro do **ducto glandular**.

As principais **glândulas** que fazem parte desse sistema são:

- Hipotálamo,
- Hipófise,
- Tireóide,
- Paratireoides,
- Pâncreas
- Glândulas adrenais (ou supra-renais)
- Testículos
- Ovários



Abaixo temos uma tabela onde relacionamos as glândulas e cada hormônio e a função de cada um deles, vale a leitura... ;)

Glândula	Hormônio	Funções
Hipotálamo	Tireotropina (TRH)	Estimula a liberação de TSH na hipófise e regula o funcionamento da tireóide
	Corticotropina (CRH)	Libera o ACTH na hipófise e estimula as supra-renais
	Fator (GRH)	Regula o GH (hormônio do crescimento) na hipófise.
	Fator (LHRH)	Regula a produção de LH e FSH que saem da hipófise e agem nas gônadas
Hipófise (lobo anterior)	Somatotrofina (GH)	Estimula o crescimento celular
	Prolactina (LTH)	Regula a produção de leite materno e a ovulação
	Folículo estimulante (FSH)	Estimula o crescimento do folículo nos ovários e nos testículos, engloba a formação dos espermatozoides
	Luteinizante (LH)	Estimula a ovulação e a secreção dos hormônios sexuais.
	Tireotropina (TSH)	Estimula na tireóide a produção do T ₃ e T ₄
	Adenocorticotrófico (ACTH)	Estimula o funcionamento das supra-renais
Neurohipófise (hipófise posterior)	Ocitocina (produzido pelo hipotálamo, porém liberado e armazenado pela neurohipófise).	Atua principalmente na contração uterina, na ejeção do leite materno e estimula as sensações de prazer
	Antidiurético (ADH) ou vasopressina (produzido pelo hipotálamo, porém liberado e armazenado pela neurohipófise)	Aumenta a retenção hídrica e conseqüentemente eleva a PA.
Tireóide	Triiodotironina (T ₃) e Tiroxina (T ₄).	Regula o metabolismo de proteínas, carboidratos e gorduras.
	Calcitonina	Reduz levemente os níveis de cálcio no sangue ao diminuir a velocidade de decomposição dos ossos.



Paratireóide	Paratormonio	Estimula a captação de cálcio para o meio extracelular, aumentando sua concentração no sangue, diminuindo o fosfato. Além disso atua na síntese de calcitriol.
Supra-renais	Cortisol	Possui efeito anti-inflamatório (reduz os sinais flogísticos) e imunossupressor.
	Adrenalina e Noradrenalina	Atuam no aumento do energético para produzir uma rápida resposta em situações de estresse.
Pâncreas	Insulina	Permite a entrada da glicose nas células do corpo.
	Glucagon	Aumenta a concentração de glicose no sangue
Ovários	Estrógeno	Estimula o desenvolvimento das características sexuais femininas.
	Progesterona	Atua no ciclo mesntrual, prepara o corpo feminino para gestação.
Testículos	Testosterona (principal)	Características secundárias masculinas.

Para os nossos concursos, as principais patologias associadas a este sistema são a diabetes, o hipo e hiper tireoidismo. Falaremos sobre cada uma delas. :)

Diabetes Mellitus

Diabetes é definida pelo Ministério da Saúde (2003), como um **grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sangüíneos.**

Essa alteração pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.



O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das **principais causas de mortalidade**, insuficiência renal, **amputação de membros inferiores**, cegueira e doença cardiovascular.

Como sabemos, a probabilidade de apresentar diabetes ou um estado intermediário de glicemia depende da presença de fatores de risco.

O público-alvo para o **rastreamento do DM** preconizado pela Associação Americana de Diabetes é:

Pessoas com excesso de peso (IMC >25 kg/m²) associado a um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL)
- Exame prévio de HbA1c $\geq 5,7\%$, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, acanthosis nigricans;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;
- **OU Idade ≥ 45 anos;**
- **OU Risco cardiovascular moderado.**

As pessoas com **fatores de risco para DM** deverão ser encaminhados para uma consulta de rastreamento e **solicitação do exame de glicemia**. Em caso de resultados negativos podem ser testadas a cada 3 a 5 anos.



Na maior parte dos casos a diabetes pode ser **classificada** em: **Tipo 1 e Tipo 2** (90 % dos casos). Além desses tipos, o **diabetes gestacional** também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto.

Diabetes tipo 1

- ✓ A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, **acometendo** principalmente **crianças e adolescentes sem excesso de peso**.
- ✓ Na maior parte dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para **cetoacidose**, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse.
- ✓ Assim, o traço clínico que mais **define o tipo 1** é a **tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose**.
- ✓ O termo "tipo 1" indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de **deficiência absoluta de insulina**, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose.
- ✓ A **destruição das células beta** é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B).
- ✓ A destruição das células beta em geral é **rapidamente progressiva**, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (**pico de incidência entre 10 e 14 anos**), mas pode ocorrer também em adultos.

Diabetes tipo 2

- ✓ O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e **sintomas mais brandos**. Manifesta-se, em geral, em **adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2**. Porém, com o aumento da obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes.
- ✓ O termo "tipo 2" é usado para designar uma **deficiência relativa de insulina**, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1.



- ✓ Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer **insulina** para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas **alcançar o controle do quadro hiperglicêmico**.
- ✓ A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Diagnóstico

Os **sinais e sintomas** característicos que levantam a suspeita de diabetes são os **"quatro P's"**: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso.

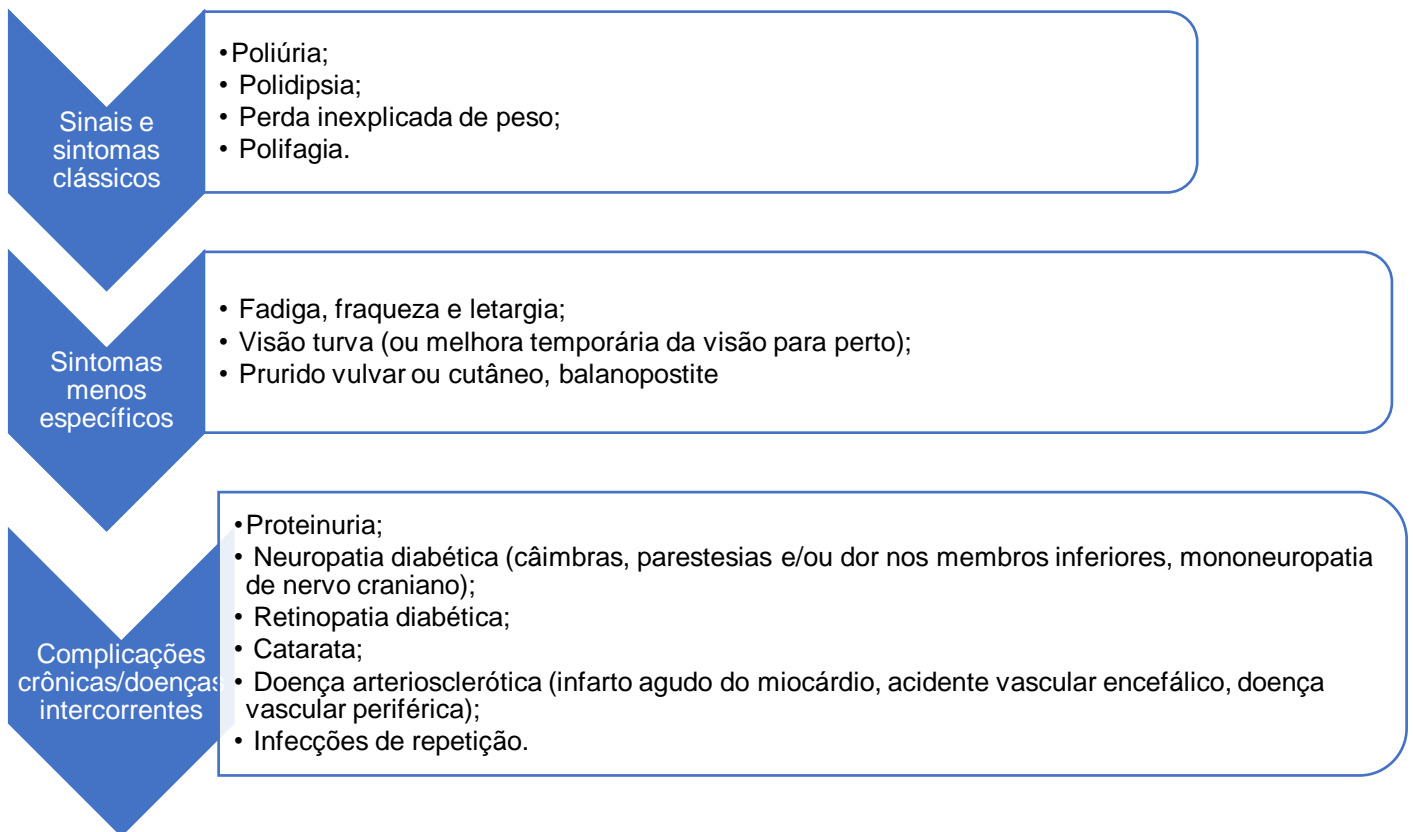
Esses sinais são mais **agudos no tipo 1**, podendo progredir para **cetose, desidratação e acidose metabólica**, especialmente na presença de estresse agudo.

Sintomas menos específicos também podem estar presentes, como **prurido, visão turva e fadiga**.

Em alguns casos a **suspeita da doença** é feita pela presença de uma complicação tardia, como **proteinúria, retinopatia, neuropatia periférica**, doença arteriosclerótica ou então por **infecções de repetição**.

Para melhor compreensão, vejamos a figura abaixo:





Existem quatro **tipos de exames** que podem ser utilizados no diagnóstico do DM:

- ✓ **glicemia casual,**
- ✓ **glicemia de jejum,**
- ✓ **teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas (TTG) e,**
- ✓ **hemoglobina glicada (HbA1c).**

Caso a pessoa precise de **diagnóstico imediato** e o serviço dispõe de laboratório com determinação glicêmica imediata ou de glicosímetro e tiras reagentes, a **glicemia casual** é o primeiro exame a ser solicitado, pois fornece um resultado na própria consulta.

Veremos agora quais são os valores de referência para o **diagnóstico de diabetes**:

Critérios	Comentários
A1C $\geq 6,5\%$	A hemoglobina glicada, mede o nível médio de glicose durante dois ou três meses. Pode ser utilizada tanto para o diagnóstico quanto para avaliação do controle glicêmico.
Glicemia de jejum ≥ 126	O período de jejum deve ser definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os



mg/dL resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes

= ou =

Glicemia 2 h após Em teste oral de tolerância à glicose. Esse teste deverá ser conduzido com a sobrecarga com 75 g de ingestão de uma sobrecarga de 75 g de glicose anidra dissolvida em água em glicose: ≥ 200 mg/dL todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL.

= ou =

Glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dL Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica.

Outra condição que também chama atenção é a **pré-diabetes**. Nesse caso o paciente não tem níveis de glicose que caracterizam diabetes, porém os níveis glicêmicos apresentam-se **acima dos limites de normalidade**.

Alguns estudos relatam que os pacientes diagnosticados como pré-diabéticos correm o risco de desenvolverem diabetes do tipo 2 cerca de **10 anos após o diagnóstico**.

Para diagnóstico de **pré-diabetes** utilizamos os seguintes valores:

Critérios	Comentários
A1C entre 5,7% e 6,4%	De acordo com recomendação recente para o uso da A1C no diagnóstico do diabetes e do pré-diabetes

Glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL	Condição anteriormente denominada "glicemia de jejum alterada".
---	---

= ou =

Glicemia 2 h após sobrecarga com 75 g de glicose: entre 140 mg/dL e 199 mg/dL	Em teste oral de tolerância à glicose. Condição anteriormente denominada "tolerância diminuída à glicose".
---	--

Tratamento do Diabetes

O principal ponto do tratamento do diabetes é o **controle glicêmico**, podendo ser monitorado por glicemias de jejum, teste **pré-prandial** (antes das refeições) e **pós-prandial** (2 horas após o café, almoço e jantar) e pela hemoglobina glicada.





Em alguns casos inclusive, são necessários testes adicionais (HGT) para paciente do tipo 1 ou 2 usuário de insulina na **hora de dormir e na madrugada** (3 horas da manhã)

As metas¹⁵ laboratoriais para um bom controle glicêmico no adulto e no idoso são:

Parâmetro	Metas terapêuticas	Níveis toleráveis
Hemoglobina glicada	Por volta de 7% em adultos. Entre 7,5% e 8,5% em idosos, (dependendo do estado de saúde).	As metas devem ser individualizadas de acordo com: • duração do diabetes; • idade/expectativa de vida; • comorbidades; • doença cardiovascular; • complicações microvasculares; • hipoglicemia não percebida.
Glicemia de jejum	<100 mg/dL	<130 mg/dL
Glicemia pré-prandial	<100 mg/dL	<130 mg/dL
Glicemia pós-prandial	<160 mg/dL	<180 mg/dL

Além disso, o manejo da diabetes envolve também o tratamento não medicamentoso (alimentação adequada e atividade física regular, evitar o fumo e o excesso de álcool e estabelecer metas de controle de peso) e em alguns casos uso de medicamentos.

¹⁵ Sociedade Brasileira de Diabetes (2019). Disponível em:
https://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/sbd_dm2_2019_2.pdf



O tratamento do **DM tipo 1**, além da terapia não farmacológica, **exige sempre a administração de insulina em esquema intensivo**, de três a quatro doses de insulina/ dia, divididas em insulina basal e insulina prandial, cujas doses são ajustadas de acordo com as glicemias capilares, realizadas ao menos três vezes ao dia.

O **DM tipo 2**, que acomete a grande maioria dos indivíduos com diabetes, exige tratamento não farmacológico, em geral complementado com **antidiabético oral** e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença.

✚ Tratamento farmacológico: 1ª linha

- ✓ Caso o paciente não alcance a meta glicêmica em **até três meses** com as medidas não farmacológicas, o tratamento preferencial é acrescentar a metformina.
- ✓ A metformina aumenta a captação da glicose e sua utilização na musculatura esquelética, reduzindo a resistência à insulina, e diminuindo a produção hepática de glicose.

✚ Tratamento farmacológico: 2ª linha

- ✓ Se as metas de controle não forem alcançadas após três a seis meses de uso de metformina, pode-se associar uma sulfonilureia, seus maiores efeitos adversos são hipoglicemia e ganho de peso.

✚ Tratamento farmacológico: 3ª linha

- ✓ Se o controle metabólico não for alcançado após o uso de metformina em associação com uma sulfonilureia por três a seis meses, deve ser considerado o uso da insulina de ação intermediária ou longa.

Insulinoterapia

Pessoal, alguns aspectos referentes ao uso da insulina são bastante vistos em concursos, por isso atenção total!



Geralmente a via de administração usual da insulina é a via subcutânea, mas a **insulina regular** também pode ser aplicada por **vias intravenosa e intramuscular**, em situações que requerem um efeito clínico imediato.

Para os concursos é importante que saibamos as informações da tabela a seguir, atenção total para a NPH e Regular. ;)

Medicação/Insulina	Tempo de ação	Início da ação	Pico de ação	Duração do efeito	Horário de aplicação
Apidra® (Glulisina)	Ultrarrápida	10 a 15 min	1-2 horas	3-5 horas	Deve ser injetada imediatamente antes das refeições.
Humalog® (Lispro)	Ultrarrápidos				
NovoRapid® (Asparte)					
Insulina Humana Regular	Ação rápida	30 minutos	2-3 horas	6 horas e 30 minutos	Deve ser injetada entre 30 e 45 minutos antes do início das refeições.
Ação intermediária (NPH – humana)	Ação intermediária	1-3 horas	5-8 horas	Até 18 horas	Frequentemente, a aplicação começa uma vez ao dia, antes de dormir.
Longa duração (Análogos lentos)	Longa duração (Análogos lentos)	90 minutos	Sem pico	Lantus: até 24 horas Levemir: de 16 a 24 horas Degludeca: > 24h	Frequentemente, a aplicação começa uma vez ao dia, antes de dormir. Levemir pode ser indicada uma ou duas vezes ao dia. Tresiba é utilizada sempre uma vez ao dia, podendo variar o horário de
Lantus® (Glargina)					
Levemir® (Detemir)					
Tresiba® (Degludeca)					



aplicação. Não é específica para refeições.

Armazenamento da Insulina

- ✓ **Quando o frasco está lacrado** devem ser **mantidas refrigeradas** entre 2°C a 8°C;
- ✓ **Após aberto** pode ser mantido em **temperatura ambiente** para minimizar dor no local da injeção, entre 15°C e 30°C, ou **também em refrigeração**, entre 2°C a 8°C;
- ✓ **Não congelar a insulina** e deve ser **descartada após um mês** do início do uso (perde sua potência)
- ✓ **Orientar sobre o aspecto normal** das insulinas e sua observação antes da aplicação, descartando o frasco em caso de anormalidades.

Transporte e viagens:

- ✓ Colocar o **frasco em bolsa térmica** ou caixa de isopor, **sem gelo comum ou gelo seco**;
- ✓ Se não tiver bolsa térmica ou caixa de isopor, o transporte pode ser realizado em bolsa comum, desde que a insulina não seja exposta à luz solar ou calor excessivo;
- ✓ Em **viagens de avião**, **não despachar o frasco** com a bagagem, visto que a baixa temperatura no compartimento de cargas pode congelar a insulina.

Seringas e agulhas:

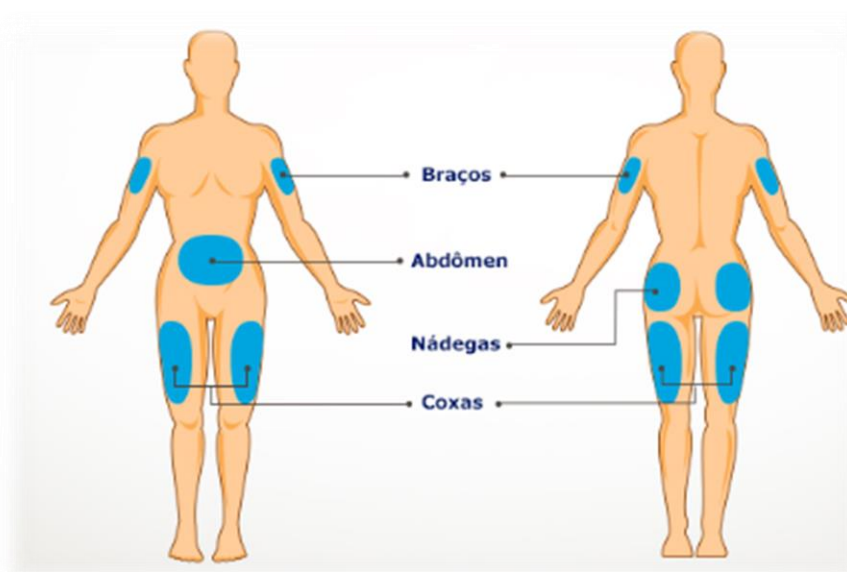
- ✓ As seringas com agulhas acopladas podem ser **reutilizadas pela própria pessoa**, desde que a agulha e a capa protetora não tenham sido contaminadas;
- ✓ O número de reutilizações é variável, de acordo com o fabricante, mas deve ser trocada quando a agulha começar a causar desconforto durante a aplicação (considera-se adequada a reutilização por **até oito aplicações**, sempre pela mesma pessoa);
- ✓ A seringa e a agulha em uso podem ser mantidas em temperatura ambiente;
- ✓ Após o uso, a seringa deve ser "recapada" pela pessoa;
- ✓ Não se recomenda higienização da agulha com álcool;
- ✓ O descarte da seringa com agulha acoplada deve ser realizado em recipiente próprio para material perfurocortante, fornecido pela Unidade Básica de Saúde (UBS), ou em recipiente rígido resistente, como frasco de amaciante.



Preparação e aplicação

Pessoal, vamos abordar alguns pontos em relação à aplicação que podem ser cobrados no seu concurso:

- ✓ O frasco de insulina deve ser **rolado gentilmente entre as mãos** para misturá-la, antes de aspirar seu conteúdo;
- ✓ Em caso de combinação de dois tipos de insulina, **aspirar antes a insulina de ação curta** (regular) para que o frasco não se contamine com a insulina de ação intermediária (NPH);
- ✓ **Não é necessário limpar o local** de aplicação com álcool;
- ✓ O local deve **ser pinçado levemente entre dois dedos** e a agulha deve ser introduzida completamente, em ângulo de **90 graus**; (em crianças ou **indivíduos muito magros** podem-se utilizar agulhas mais curtas ou ângulo de **45 graus**)
- ✓ **Não é necessário puxar o êmbolo** para verificar a presença de sangue;
- ✓ Esperar **cinco segundos** após a aplicação antes de se **retirar a agulha do subcutâneo**, para garantir injeção de toda a dose de insulina;
- ✓ É importante **mudar sistematicamente o local de aplicação** de insulina de modo a manter uma **distância mínima de 1,5 cm** entre cada injeção. Orientar a pessoa a organizar um esquema de administração que previna reaplicação no mesmo local em menos de **15 a 20 dias**, para prevenção da **ocorrência de lipodistrofia**.



7.5- Complicações do Diabetes



Complicações Agudas do diabetes

As **complicações agudas** do DM incluem a descompensação **hiperglicêmica aguda**, com glicemia casual **superior a 250 mg/dl**, que pode evoluir para complicações mais graves **como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica**, e a **hipoglicemia**, com glicemia casual **inferior a 60 mg/dL**.

- **Cetoacidose:**

- Comum em pacientes com DM do tipo 1 (sendo geralmente a primeira manifestação da doença).
- É uma **emergência endocrinológica** decorrente da **deficiência absoluta ou relativa de insulina**, potencialmente letal, com mortalidade em torno de 5%.
- Em alguns casos é ocasionada por infecção, má aderência ao tratamento (omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar), uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves (AVC, IAM ou trauma).





Os **principais sintomas** são: polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental. O diagnóstico é realizado por hiperglicemia (**glicemia maior de 250 mg/dl**), cetonemia e acidose metabólica (**pH <7,3 e e bicarbonato <15 mEq/l**).

As **principais complicações** são: choque, distúrbio hidroeletrólítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração, síndrome de angústia respiratória do adulto e edema cerebral em crianças.



Pessoal, gostaria de relembrar com vocês a **Respiração de Kussmaul**.

A **Respiração de Kussmaul** é um padrão respiratório profundo e trabalhoso, caracterizado por inspirações profundas seguidas de pausa - expirações curtas também seguidas de pausa.

E porque estamos falando desse padrão respiratório?

Pois ele está associado com **acidose metabólica grave**, particularmente com a **ceetoacidose diabética**, e também com a insuficiência renal. ;)

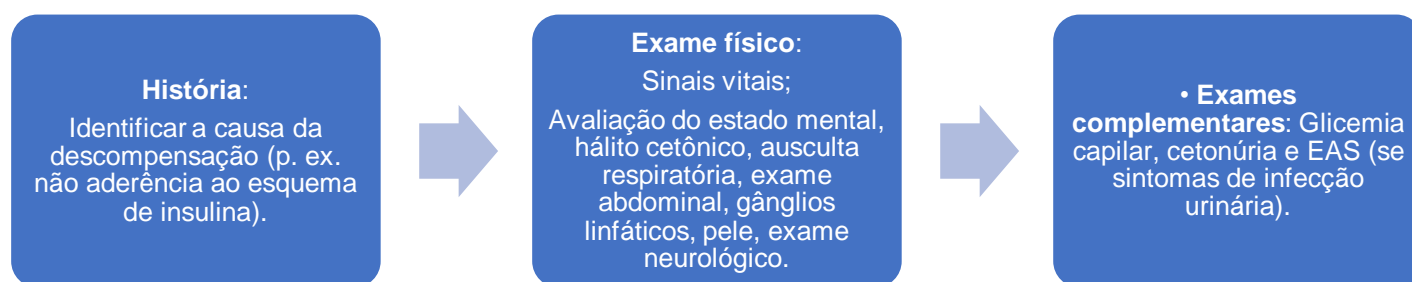


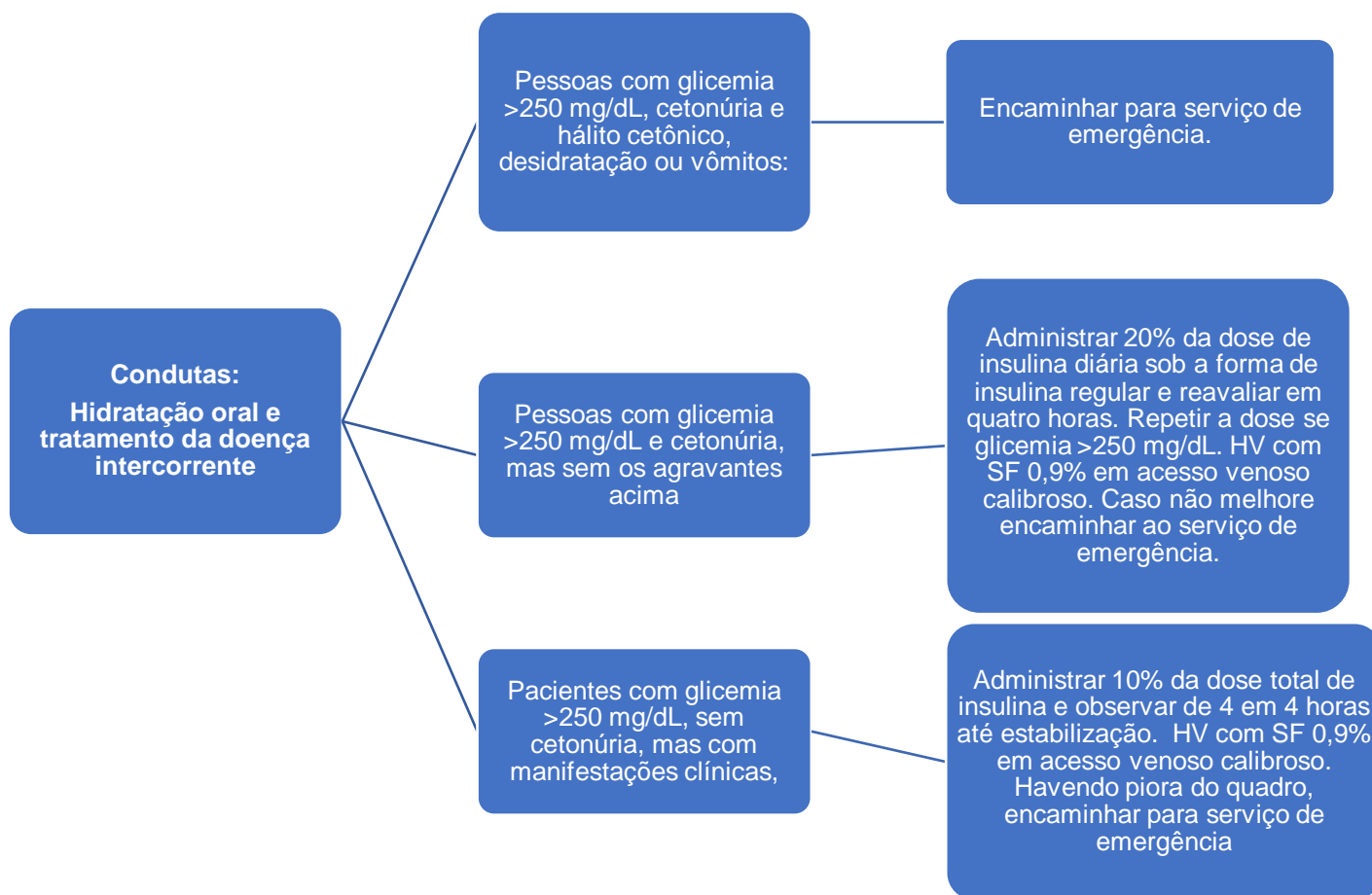
- **Síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica**

- Hiperglicemia grave (**superior a 600 mg/dl a 800 mg/dL**) acompanhada de **desidratação e alteração do estado mental, na ausência de cetose.**
- Ocorre **apenas no diabetes tipo 2**, em que um mínimo de ação insulínica preservada pode prevenir a cetogênese.
- A mortalidade é mais elevada que nos casos de cetoacidose diabética devido à idade mais elevada dos pacientes e à gravidade dos fatores precipitantes.
- Os indivíduos de **maior risco são os idosos, cronicamente doentes, debilitados ou institucionalizados, com mecanismos de sede ou acesso à água prejudicados.**
- Os fatores precipitantes são doenças agudas como AVC, IAM ou infecções, particularmente a pneumonia, **uso de glicocorticoides ou diuréticos**, cirurgia, ou elevadas doses de glicose (por meio de nutrição enteral ou parenteral ou, ainda, de diálise peritoneal).

Os pontos relevantes a serem observados na avaliação da descompensação hiperglicêmica, bem como as principais condutas são:

Avaliação diagnóstica e condutas





• Hipoglicemia

- É considerado **hipoglicemia**, valores **abaixo de 70 mg/dL**, porém os **sintomas clínicos** geralmente ocorrem quando a glicose plasmática é **menor de 60 mg/dl a 50 mg/dl**.
- Os **sintomas** são: **neuroglicopênicos** (fome, tontura, fraqueza, dor de cabeça, confusão, coma, convulsão) e relacionados à liberação do **sistema simpático** (sudorese, taquicardia, apreensão, tremor).
- Os **fatores de risco** para hipoglicemia são: **idade avançada, abuso de álcool, desnutrição, insuficiência renal**, atraso ou omissão de refeições, exercício



vigoroso, consumo excessivo de álcool e erro na administração de insulina ou de hipoglicemiante oral.

- O **tratamento** precisa ser imediato, com pequena dose de **carboidrato simples (10 g a 20g)**, repetindo em 15 minutos, se necessário. Em geral, 10 g de carboidrato simples estão presentes em duas colheres de chá de açúcar, 100 ml de suco de fruta ou duas balas.

Complicações crônicas do diabetes

As complicações crônicas **microvasculares** são específicas do diabetes, como a **retinopatia**, a **nefropatia e a neuropatia diabética**. Já as macrovasculares, mesmo não sendo específicas do diabetes, são mais graves nos indivíduos acometidos, sendo a principal causa da morbimortalidade associada ao diabetes.

- **Retinopatia diabética**



A retinopatia diabética é a **primeira causa de cegueira adquirida após a puberdade**. A retinopatia é **assintomática nas suas fases iniciais**, não sendo possível detectá-la sem a realização de fundoscopia. **Após 20 anos do diagnóstico**, quase todos os indivíduos com DM tipo 1 e mais do que 60% daqueles com DM tipo 2 apresentam **alguma forma de retinopatia**.

Além da retinopatia e edema macular, outras doenças oculares são encontradas com maior frequência no diabetes, como a **catarata e o glaucoma de ângulo aberto**. Pode haver também oftalmoplegia, com paralisia de músculos extraoculares, envolvendo o terceiro, o quarto e o sexto pares cranianos.

- **Nefropatia diabética**

A nefropatia diabética é uma complicação microvascular do diabetes associada com morte prematura por uremia ou problemas cardiovasculares. É a **principal causa de doença renal crônica** em pacientes que ingressam em serviços de diálise

A nefropatia diabética é classificada em fases: **normoalbuminúria**, **microalbuminúria** (ou nefropatia incipiente) e **macroalbuminúria** (nefropatia clínica ou estabelecida ou proteinúria clínica) de acordo com valores crescentes de excreção urinária de albumina.

O **rastreamento** da nefropatia diabética inicia no **diagnóstico do DM tipo 2** e **cinco anos após** o diagnóstico no **DM tipo 1**. No caso de exame normal, este deve ser repetido anualmente.

- **Neuropatia Diabética**

A neuropatia diabética apresenta um quadro variado, com múltiplos sinais e sintomas, dependentes de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas. A neuropatia pode variar de assintomática até fisicamente incapacitante. O controle glicêmico estrito previne a neuropatia clínica.

A **forma mais comum é a neuropatia simétrica sensitivomotora distal**. Pode se manifestar por sensação de **queimação, choques, agulhadas, formigamentos, dor a estímulos não-dolorosos**, câimbras, fraqueza ou **alteração de percepção da temperatura**, pode ser em repouso, com exacerbação à noite e melhora com movimentos.

Sintomas da **neuropatia autonômica** devem ser pesquisados, periodicamente, durante avaliação clínica. As principais manifestações incluem **taquicardia em repouso, intolerância ao exercício**, hipotensão ortostática, constipação, e sintomas de gastroparesia, disfunção erétil, disfunção sudomotora, **bexiga neurogênica, hipoglicemia despercebida**, entre outros.



- **Pé diabético**¹⁶

Pessoal, chamamos de Pé Diabético a presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica em pessoas com DM.

- ✚ O Pé Diabético pode ser classificado, segundo sua etiopatogenia, em: **Neuropático**, **Vascular** (também chamado isquêmico) ou **Misto** (neurovascular ou neuroisquêmico).

Vamos ver os sinais e sintomas de cada um?

Sinal e Sintoma	Neuropático	Vascular (também chamado isquêmico).
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital; sem anel querotásico; dolorosas

Evidências científicas mostram que os cuidados que mais **produzem impacto positivo** na saúde da pessoa com DM são frequentemente negligenciados (como, por exemplo, a abordagem para **cessação do tabagismo e avaliação dos pés**).

A **periodicidade** da avaliação dos pés depende da classificação de risco do Pé Diabético:

¹⁶ Ministério da Saúde- Manual do Pé diabético (2016). http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf



Categoria de risco	Periodicidade de acompanhamento recomendada
0	Anualmente de preferência com médico ou enfermeiro da AB
1	A cada 3 a 6 meses, com médico ou enfermeiro da AB.
2	A cada 2 a 3 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB. Avaliar necessidade de encaminhamento para outro ponto de atenção
3	A cada 1 a 2 meses, com médico e/ou enfermeiro da AB, ou equipe especializada.

• Classificação de risco do Pé Diabético

São **fatores de risco** para desenvolvimento de úlceras e amputações (as duas principais complicações do Pé Diabético):

- ✚ História de ulceração ou amputação prévia.
- ✚ Neuropatia periférica.
- ✚ Deformidade dos pés.
- ✚ Doença vascular periférica.
- ✚ Baixa acuidade visual.
- ✚ Nefropatia diabética (especialmente nos pacientes em diálise).
- ✚ Controle glicêmico insatisfatório.
- ✚ Tabagismo.

Quanto maior o grau classificado, **maior o risco** do indivíduo em desenvolver uma úlcera e/ou requerer uma amputação ao longo do tempo. Essa classificação deve ser usada para nortear a conduta de cuidado e de acompanhamento do profissional após a avaliação inicial.

Categoria de risco	Situação Clínica
Grau 0	Neuropatia ausente.
Grau 1	Neuropatia presente com ou sem deformidades (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot).
Grau 2	Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente.
Grau 3	História de úlcera e/ou amputação.

Avaliação do Pé Diabético

Para a avaliação do Pé Diabético **a anamnese é fundamental**, pois através identifica-se a presença e a gravidade de complicações, como neuropatia e vasculopatia.

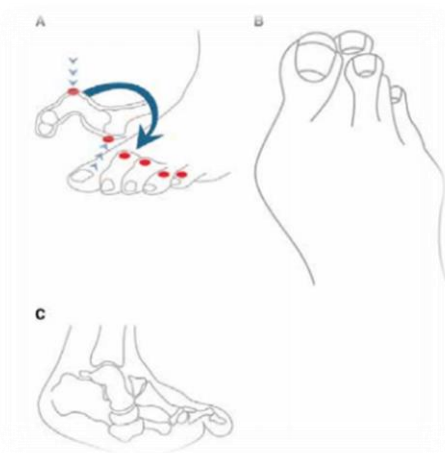


Os **pontos principais** durante a anamnese são: identificar o tempo de Diabetes Mellitus e controle glicêmico, **história de complicações micro e macrovasculares**, história de úlceras, de **amputações ou by-pass** em membros, história de tabagismo, **dor ou desconforto** em membros inferiores (pode-se utilizar escalas visuais analógicas - Escala de Faces ou escalas numéricas).

Exame físico dos pés

Os principais pontos do exame físico dos pés são:

- **Anatomia do pé:** A neuropatia diabética predispõe às deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra.



- **Hidratação:** Na presença de neuropatia diabética, os pés frequentemente encontram-se com a pele ressecada (xerodermia), o que predispõe às fissuras e às ulcerações.
- **Coloração, temperatura, distribuição dos pelos:** anormalidades da coloração da pele (pele pálida, avermelhada, azulada ou arroxeadada), pele fria e rarefação de pelos são sinais de insuficiência arterial e devem ser complementados com o exame da palpação dos pulsos.
- **Integridade de unhas e pele**
 - Atrofia de pele e/ou unhas (pele e/ou unhas quebradiças) pode ser um **sinal de insuficiência arterial**.

- Lesões esfoliativas, úmidas nos espaços interdigitais habitualmente (mas não obrigatoriamente) pruriginosas podem ser encontradas, **indicativas de dermatofitose** (tinea pedis ou micose superficial).
- Distrofias ungueais. É suspeita de **onicomicose**, devendo ser confirmada por raspado ungueal.
- O corte das unhas deve ser avaliado quanto a sua técnica. Elas devem ser **cortadas sempre retas**.



- Calosidades. são mais comuns em áreas de alta pressão na região plantar. São frequentemente predispostos por **uso de calçado inadequado**.

Avaliação Neurológica

É a avaliação da sensibilidade (tátil, dolorosa-térmica e vibratória), a avaliação de reflexos tendíneos e a avaliação da função motora. Seu objetivo principal a identificação da perda da sensibilidade protetora dos pés, para classificação de risco e prevenção de complicações.



Os testes mais úteis para identificar a neuropatia periférica são as avaliações de sensibilidade tátil com monofilamento e vibratória.

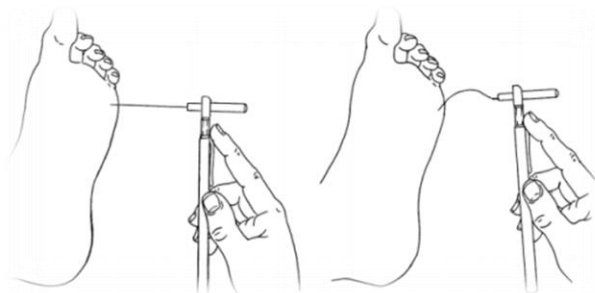
A ausência total ou parcial do reflexo Aquileu é sinal preditivo de processos ulcerativos nos pés e deve ser periodicamente avaliado.

Avaliação da sensibilidade tátil com monofilamento de Semmes-Weinstem

- ✓ Utiliza-se o monofilamento de 10 gramas (5,07 U) de Semmes-Weinstem.
- ✓ É o método de escolha recomendado como exame de rastreamento de neuropatia diabética.

Técnica para avaliação da sensibilidade protetora utilizando o monofilamento de 10 grama:

- ❖ Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitar ao mesmo que diga "sim" cada vez que perceber o contato com o monofilamento.
- ❖ Aplicar o monofilamento adequado (10 gramas) perpendicular à superfície da pele, sem que a pessoa examinada veja o momento do toque;
- ❖ Pressionar com força suficiente apenas para encurvar o monofilamento, sem que ele deslize sobre a pele.



- ❖ O tempo total entre o toque para encurvar o monofilamento e sua remoção não deve exceder **2 segundos**.
- ❖ Perguntar, aleatoriamente, se o paciente sentiu ou não a pressão/toque (SIM ou NÃO) e onde está sendo tocado (Pé Direito ou Esquerdo).
- ❖ Serão pesquisados quatro pontos em ambos os pés (vermelhos mais escuros).



- ❖ Aplicar duas vezes no mesmo local, alternando com pelo menos uma vez simulada (não tocar), contabilizando no mínimo três perguntas por aplicação.
- ❖ A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.
- ❖ A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

Avaliação do reflexo tendíneo Aquileu

- ✓ É obtido por meio da percussão com o martelo de reflexos ou com a digitopercussão do tendão de Aquiles.
- ✓ O teste é considerado alterado quando a flexão plantar reflexa do pé está ausente ou diminuída.

Método de avaliação do reflexo tendíneo Aquileu

Esclarecer o paciente sobre o teste. O paciente deve estar sentado, com o pé pendente, ou ajoelhado sobre uma cadeira.

O pé da pessoa examinada deve ser mantido relaxado, passivamente em discreta dorsoflexão. Aplicar um golpe suave com martelo de reflexos ou com digitopercussão sobre o tendão Aquileu.



A resposta esperada é a **flexão plantar reflexa do pé**, conseqüente à percussão do tendão. O teste está alterado quando o reflexo está ausente ou diminuído.

Avaliação da sensibilidade vibratória com diapásão de 128 Hz

- ✓ É avaliada com o uso de um diapásão de 128 Hz.
- ✓ O local de escolha para o teste é a parte óssea no lado dorsal da falange distal do hálux, em ambos os pés, mas alternativamente o maléolo lateral pode ser utilizado.
- ✓ O teste é positivo (alterado) se o paciente responde de forma incorreta em pelo menos duas de três aplicações, e negativo (normal) com duas das três respostas corretas.
- ✓ Caso alterado o teste deve ser repetido em local mais proximal (maléolo ou tuberosidade tibial).

Método de avaliação da sensibilidade vibratória utilizando o diapásão de 128 Hz

- ❖ Esclarecer o paciente sobre o teste. Solicitá-lo que informe quando começar e quando deixar de sentir a vibração.
- ❖ Segurar o cabo do diapásão com uma mão e aplicar sobre a palma da outra mão um golpe suficiente para produzir a vibração das hastes superiores.
- ❖ **Aplicar a ponta do cabo** do diapásão perpendicularmente e com **pressão constante sobre a falange distal do hálux.**



- ❖ A pessoa examinada não deve ser capaz de ver se ou onde o examinador aplica o diapásão.
- ❖ Manter o cabo do diapásão até que a pessoa informe **não sentir mais a vibração.**
- ❖ Repetir a aplicação mais duas vezes, em ambos os pés, mas alternando-as com pelo menos uma aplicação "simulada" em que o diapásão não esteja vibrando.
- ❖ O teste é considerado **anormal** quando a pessoa **perde a sensação da vibração** enquanto o examinador ainda percebe o diapásão vibrando.
- ❖ A percepção da sensibilidade protetora está presente se duas respostas forem corretas das três aplicações.



- ❖ A percepção da sensibilidade protetora está ausente se duas respostas forem incorretas das três aplicações.

Avaliação Vascular

- ✓ O exame físico do componente vascular deve contemplar, no mínimo, a **palpação dos pulsos pediosos e tibiais posteriores**.



- ✓ Os achados da palpação vascular devem ser correlacionados com os achados gerais na avaliação de pele e unhas.
- ✓ Caso o exame clínico levante a suspeita de vasculopatia (por exemplo, pulsos diminuídos ou não palpáveis) e não consiga se palpar os pulsos, o paciente deve ser encaminhado para avaliação vascular complementar.

Cuidados gerais com os pés

- ✓ Examinar os pés **diariamente**. Se necessário, pedir ajuda a familiar ou **usar espelho**.
- ✓ Comunicar a equipe se tiver **calos, rachaduras, alterações de cor ou úlceras**.
- ✓ Vestir sempre meias limpas, preferencialmente de lã, algodão, sem elástico.
- ✓ Calçar sapatos que não apertem, de couro macio ou tecido. Não usar sapatos sem meias.
- ✓ Sapatos novos devem ser usados aos poucos. Usar inicialmente, em casa, por algumas horas.
- ✓ Nunca andar descalço mesmo em casa.
- ✓ Lavar os pés diariamente, com água morna e sabão neutro. Evitar água quente. Secar bem os pés, especialmente entre os dedos.
- ✓ Após lavar os pés, usar um creme hidratante à base de lanolina, vaselina líquida ou glicerina. Não usar entre os dedos.



- ✓ **Cortar as unhas de forma reta, horizontalmente.**
- ✓ **Não remover calos ou unhas encravadas** em casa; procurar equipe de saúde para orientação.

Hipertireoidismo

O **hipertireoidismo**, um distúrbio endócrino e tem como **causa mais comum a doença de Graves**.



A **doença de Graves** é um distúrbio autoimune que resulta de **débito excessivo de hormônios tireoidianos**, causado pela estimulação anormal da glândula tireoide por imunoglobulinas circulantes. Outra doença da tireoide chamada Bócio multinodular também pode produzir hormônios em excesso.

O hipertireoidismo afeta mais as mulheres que os homens e observa-se um pico entre a 2º e a 4º década de vida.

Segundo Brunner, as manifestações clínicas do hipertireoidismo englobam um grupo característico de sinais e sintomas (tireotoxicose), como por exemplo:

- ❖ **Nervosismo** (cliente emocionalmente hiperexcitável), irritabilidade, apreensão;
- ❖ **Incapacidade de permanecer sentado** tranquilamente; ocorrência de palpitações; pulso rápido em repouso e aos esforços;
- ❖ **Pouca tolerância ao calor**; sudorese excessiva; pele ruborizada, com coloração de salmão típica; tende a estar quente, macia e úmida;
- ❖ **Pele seca e prurido difuso**;
- ❖ **Tremor fino das mãos**
- ❖ **Exoftalmia (protrusão dos olhos em alguns clientes)**



- ❖ **Aumento do apetite e aporte nutricional, perda de peso progressiva**, fadigabilidade muscular anormal, fraqueza, amenorreia e alterações da função intestinal (constipação intestinal ou diarreia)
- ❖ **Osteoporose e fratura**
- ❖ **Efeitos cardíacos**: fibrilação atrial, taquicardia sinusal ou arritmias, aumento da pressão do pulso e palpitações; hipertrofia miocárdica e insuficiência cardíaca (IC) (particularmente em clientes idosos, que podem ocorrer se o hipertireoidismo for grave e não for tratado)
- ❖ Possível ocorrência de remissões e exacerbações, terminando com a recuperação espontânea em alguns meses ou anos;
- ❖ Pode evoluir de modo inexorável, causando emagrecimento excessivo, nervosismo intenso, delirium, desorientação e, por fim, IC.

Avaliação e achados diagnósticos

A glândula **tireoide está aumentada**; apresenta-se macia e pode pulsar; pode-se perceber um frêmito, e um sopro é ouvido sobre as artérias tireóideas

Os exames laboratoriais revelam **diminuição do nível sérico de hormônio tireoestimulante (TSH)**, aumento da T4 livre e aumento na captação de iodo radioativo.

Tratamento

O tratamento é direcionado para **reduzir a hiperatividade da tireoide** a fim de aliviar os sintomas e evitar as complicações. Existem quatro modos de tratamento primário:

- ✚ Terapia com iodo radioativo para efeitos destrutivos sobre a glândula tireoide
- ✚ Medicamentos antitireóideos
- ✚ Remoção cirúrgica da maior parte da glândula tireoide
- ✚ Agentes bloqueadores beta-adrenérgicos (p. ex., propranolol, atenolol, metoprolol) como terapia adjuvante para alívio sintomático, particularmente na tireoidite transitória.



Pacientes **idosos** podem apresentar sinais e sintomas atípicos, vagos e inespecíficos. As únicas manifestações de apresentação podem consistir em **anorexia, perda de peso, ausência de sinais oculares ou fibrilação atrial isolada**.

Vamos seguir!

Hipotireoidismo e mixedema

Pessoal, o hipotireoidismo resulta de **níveis diminuídos de hormônio tireoidiano**. O principal tipo é o **hipotireoidismo primário**, que se refere à disfunção da glândula tireoide.

O hipotireoidismo ocorre com mais frequência em **mulheres de idade mais avançada**. As causas incluem tireoidite autoimune (**tireoidite de Hashimoto**, que é o tipo mais comum em adultos).



O termo **mixedema** refere-se ao acúmulo de mucopolissacarídeos no tecido subcutâneo e em outros tecidos intersticiais, e esse termo só é utilizado para descrever os **sintomas extremos de hipotireoidismo grave**.

As manifestações clínicas do hipotereoidismo incluem:

- ❖ Fadiga extrema
- ❖ **Queda dos cabelos, unhas quebradiças**, pele seca, dormência e formigamento dos dedos das mãos
- ❖ Voz rouca
- ❖ Distúrbios menstruais (p. ex., menorragia ou amenorreia); perda da libido
- ❖ **Hipotireoidismo grave**: temperatura e frequência do pulso subnormais; ganho de peso sem aumento concomitante no consumo de alimentos; caquexia; nível sérico elevado de colesterol; **aterosclerose**; doença arterial coronariana; **deficiência da função ventricular esquerda**;



- ❖ Espessamento da pele, adelgaçamento dos cabelos ou alopecia; face sem expressão e semelhante a uma máscara
- ❖ **Sensação de frio em ambiente aquecido**
- ❖ Respostas emocionais reprimidas com a evolução do distúrbio; processos mentais embotados e apatia;
- ❖ Fala lenta; aumento da língua, das mãos e dos pés; constipação intestinal; possivelmente surdez
- ❖ **Hipotireoidismo avançado**: alterações da personalidade e cognitivas, **derrame pleural**, derrame pericárdico e fraqueza dos músculos respiratórios
- ❖ **Hipotermia**: sensibilidade anormal aos sedativos, opioides e agentes anestésicos (devem ser administrados com extrema cautela)
- ❖ **Coma mixedematoso** (raro): sinais iniciais de depressão, diminuição do estado cognitivo, letargia e sonolência; progressão, resultando em **depressão respiratória**, hiponatremia, hipoglicemia, hipoventilação, hipotensão arterial, bradicardia e hipotermia.



Em **todos os pacientes com hipotireoidismo**, os **efeitos dos analgésicos, sedativos e agentes anestésicos são prolongados**; é necessário ter **cautela especial** na administração desses agentes a **clientes idosos** devido à ocorrência de alterações concomitantes na função hepática e renal.

Tratamento

- ✓ A **levotiroxina sintética** constitui o tratamento comum para o hipotireoidismo e para suprimir o bócio atóxico;
- ✓ Recomenda-se a administração de **glicocorticoides** (hidrocortisona) em altas doses, a cada 8 a 12 h, durante 24 h, seguida de tratamento em doses baixas até que se exclua a possibilidade de insuficiência suprarrenal coexistente;
- ✓ Pode-se administrar glicose hipertônica se a hipoglicemia for evidente;



- ✓ Existindo coma mixedematoso, o hormônio tireoidiano é administrado por via intravenosa até a restauração da consciência.



14- (CESPE/CEBRASPE-2018) Uma paciente, que foi submetida a tireoidectomia, dissecação e esvaziamento cervical com a remoção de linfonodos e platíma por neoplasia maligna de tireoide, encontra-se no primeiro dia de pós-operatório.

Julgue o item que se segue, acerca desse caso clínico.

A prescrição de analgésicos para esta paciente deve ter maior periodicidade, pois o hipotireoidismo reduz a duração do efeito analgésico.

Certo

Errado

Comentários

Errado. Nos pacientes com hipotireoidismo, os efeitos dos analgésicos, sedativos e agentes anestésicos são prolongados, portanto questão incorreta

Retomando nossa teoria... Vamos para o nosso próximo tema!

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

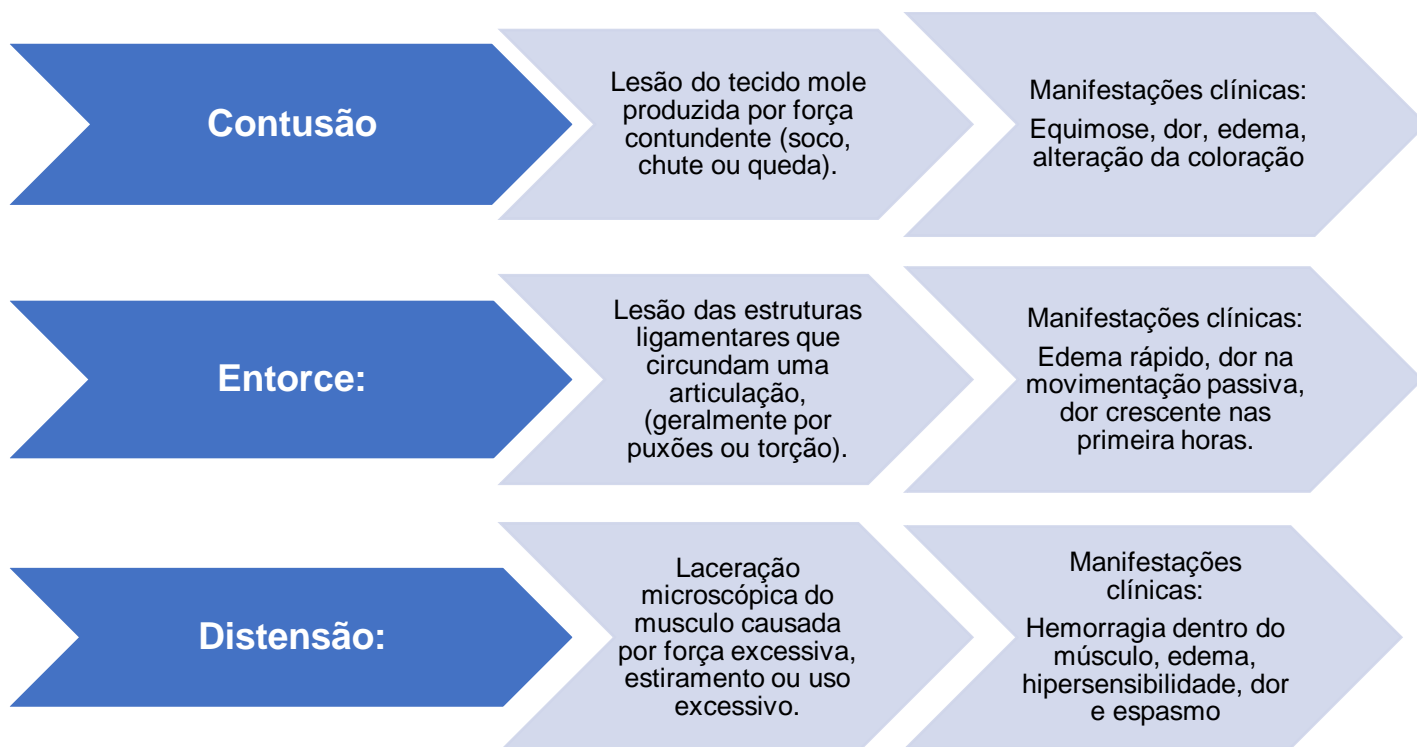
Galera, vamos falar sobre os distúrbios musculoesqueléticos?

O nosso sistema musculoesquelético tem como principais **funções** a **sustentação e o movimento** do corpo. Quando algum distúrbio acomete o paciente pode dificultar o desenvolvimento de suas atividades cotidianas.



Basicamente, tais problemas podem ser de causa traumática ou crônica. Falaremos então sobre os mais relevantes para os nossos concursos. Vamos lá?

Contusões, distensões e entorces

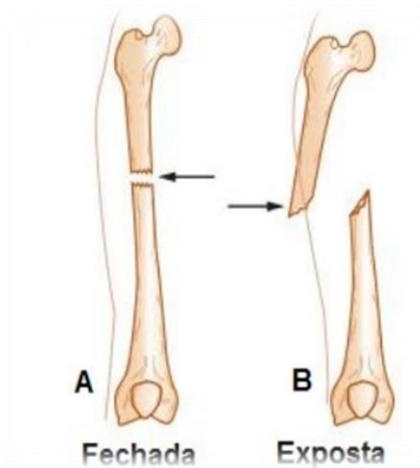


As principais **condutas de enfermagem** nesses casos envolvem **avaliação do estado neurovascular** do membro envolvido, **palpar bilateralmente os pulsos**, verificar o enchimento capilar, observar edema incomum na área afetada e **controle da dor**.

Fraturas

Pessoal, a fratura consiste em quebra da continuidade do osso. Segundo Brunner, os tipos de fratura são:





- + **Fratura completa:** ruptura em toda a secção transversal do osso, que frequentemente é deslocado de sua posição normal
- + **Fratura incompleta:** ruptura que ocorre apenas em parte da secção transversal do osso
- + **Fratura fechada (fratura simples):** não produz ruptura da pele
- + **Fratura aberta (exposta/ fratura composta /complexa):** ruptura em que a ferida na pele ou nas mucosas se estende até o osso fraturado; graduada da seguinte maneira:
 - Grau I: ferida limpa com menos de 1 cm de comprimento
 - Grau II: ferida maior sem lesão extensa dos tecidos moles
 - Grau III: ferida altamente contaminada com extensa lesão dos tecidos moles (trata-se do tipo mais grave).

As fraturas também são descritas de acordo com a localização anatômica dos fragmentos, particularmente se houver ou não luxação. Segundo Brunner, os padrões de fratura são:



Galho-verde
Transversa

Um lado do osso é rompido e o outro fica encurvado
Reto através do osso

Oblíqua	Em ângulo através do osso
Espiral	Roda ao redor da diáfise do osso
Cominutiva:	Osso estilhaçado em mais de 3 fragmentos
Deprimida:	Os fragmentos são puxados para dentro (comuns na fratura de crânio e dos ossos da face).
Compressiva	O osso colaba-se sobre si mesmo (p.ex. fratura de vértebra).
Avulsão	O fragmento ósseo é tracionado para fora pelo ligamento ou inserção tendinosa.
Impactada:	Fragmento do osso encunhado dentro de outro ligamento ósseo.
Fratura por estresse	Pequena fissura no osso causada por esforço repetitivo ou força, muitas vezes por excesso de uso.

As condutas para o tratamento variam por local específico de cada uma delas. No geral são as opções são:

1. **Redução fechada**- os fragmentos são colocados em aposição manualmente e utilizam tala ou aparelhos gessado para imobilização.



2. **Tração:** A força da tração é aplicada para efetuar e manter a redução e o alinhamento.
3. **Redução aberta com fixação interna**- intervenção cirúrgica para conseguir a redução, alinhamento e estabilização.
4. **Substituição por endoprótese**- Usado quando a fratura rompe a nutrição do osso ou o tratamento de escolha é a substituição óssea.



5. **Dispositivo de fixação externa**- Estabilização de fraturas complexas e abertas com o uso de estruturas de metal e sistema de pinos.

Na maioria dos casos as **manifestações clínicas** apresentadas nas fraturas são:

- ❖ Dor aguda e perda da função
- ❖ Deformidade, encurtamento do membro
- ❖ Crepitação
- ❖ Edema e equimose localizados.



Evitar a avaliação da existência de **crepitação**, visto que o teste pode causar maior lesão tissular.

Alterações sutis da personalidade, inquietação, irritabilidade ou confusão em um cliente que sofreu fratura constituem indicações de **gasometria imediata**.

As **complicações precoces** das fraturas incluem **choque**, **síndrome de embolia gordurosa** (SEG), síndrome compartimental, **coagulação intravascular disseminada** (CID) e **tromboembolia venosa** (trombose venosa profunda [TVP], embolia pulmonar [EP]).

As **complicações tardias** consistem em **união tardia**, **união defeituosa**, não união, necrose avascular (NAV) do osso, **reação aos dispositivos internos** de fixação, síndrome dolorosa regional complexa (SDRC), anteriormente denominada distrofia simpática reflexa (DSR), e ossificação heterotópica.



Os idosos (particularmente mulheres) que apresentam baixa densidade óssea causada por osteoporose e que tendem a sofrer quedas frequentes exibem alta incidência de fratura do quadril.

Vamos ver alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">✓ Risco de déficit de volume hídrico à hemorragia e ao choque.✓ Comprometimento da troca gasosa relacionado à embolia e potencial embolia pulmonar ou embolia gordurosa.✓ Dor relacionada à lesão.✓ Risco da síndrome do desuso ligado à lesão e à imobilização.✓ Resposta pós-trauma.	<p>As intervenções de enfermagem tem como objetivos MONITORAR A TROCA GASOSA, PREVINIR O COMPROMETIMENTO NEUROVASCULAR, são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Monitorar os sinais vitais, observando hipotensão, pele fria, taquicardia.✓ Avaliar as alterações no estado mental✓ Observar se há alteração da sensibilidade, hipoestasia e coloração da pele.

Vamos fazer mais uma questão sobre o que acabamos de ver?



15- (COVEST/UFPE -2019) Acerca das fraturas, assinale a alternativa correta.

- a) Uma fratura transversa ocorre em ângulo através do osso.
- b) Na fratura por avulsão, um fragmento de osso é puxado por um tendão e sua fixação, o que leva o tendão a se separar do osso.
- c) Uma fratura oblíqua é uma fratura que é reta através da diáfise óssea.
- d) Uma fratura de estresse é a que ocorre numa área de osso doente.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Uma fratura transversa ocorre reta através do osso



A **alternativa B** está correta. Na fratura por avulsão, um fragmento de osso é puxado por um tendão e sua fixação.

A **alternativa C** está incorreta. Uma fratura oblíqua ocorre em ângulo através do osso

A **alternativa D** está incorreta. Pequena fissura no osso causada por esforço repetitivo ou força.

Seguindo nossa aula, vamos falar de osteoporose!

Osteoporose

Pessoal, a **osteoporose** caracteriza-se por **redução da massa óssea, deterioração da matriz óssea e diminuição da força arquitetural do osso**, ou seja, a taxa de reabsorção óssea é maior que a taxa de formação óssea.

Com o passar do tempo os ossos tornam-se porosos, quebradiços e frágeis e facilmente sofrem fratura. Múltiplas fraturas por compressão das vértebras resultam em deformidade esquelética (cifose). Essa **cifose está associada à perda de altura**.

Grupo de risco

- Mulheres na pós-menopausa;
- Mulheres brancas e não obesas de pequena constituição corporal.

Fatores de Risco

- Aporte inadequado de vitamina D e cálcio.
- Tabagismo, consumo de cafeína e de bebidas alcoólicas;
- Genética;
- Sedentarismo.
- Uso de glicocorticoides e anticonvulsivantes

A **perda óssea** relacionada com a idade, começa logo depois de se alcançar a massa óssea máxima (na **quarta década de vida**).

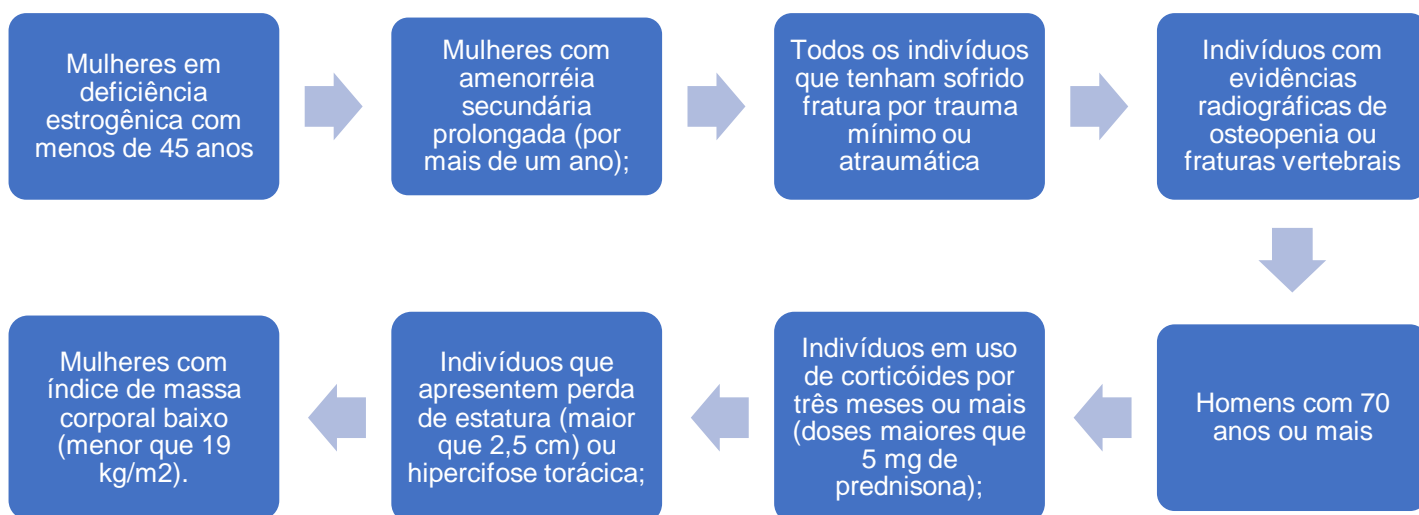


A **retirada dos estrogênios** na menopausa (ou com a ooforectomia) provoca **diminuição da calcitonina e reabsorção óssea acelerada**, que continua



durante os anos de menopausa, por isso, **mulheres que apresentam menopausa precoce** tem um **risco aumentado** para osteoporose.

O **diagnóstico** da osteoporose em geral é **clínico**, porém a **desintometria óssea** pode auxiliar nesse processo. Em regra todas as pessoas maiores de 65 anos devem fazer esse exame. Porém, existem ainda outras recomendações para realização de densitometria óssea em indivíduos considerados de risco:¹⁷



O **manejo clínico** da osteoporose inclui:

- ✓ Dieta rica em **cálcio e vitamina D**
- ✓ Aporte aumentado de cálcio na adolescência, idade adulta jovem e meia-idade, ou prescrição de suplemento de cálcio com as refeições ou **bebidas ricas em vitamina C**.

¹⁷ Biblioteca virtual de saúde. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/qual-a-melhor-forma-custobeneficio-de-rastreamento-para-osteopenia-e-osteoporose-em-adultos-acima-de-50-anos-de-idade-ha-evidencias-para-que-seja-utilizado-o-raio-x-como-exame-para-rastreamento-de/>



- ✓ Exercício físico regular de **sustentação de peso para promover formação óssea** (20 a 30 min de exercício aeróbico, 3 vezes/semana)
- ✓ Outros medicamentos: alendronato, risedronato, ibandronato e ácido zoledrônico; calcitonina; moduladores seletivos dos receptores de estrogênio.

Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecimento deficiente relacionado com o processo osteoporótico e o esquema de tratamento. ✓ Dor aguda relacionada com a fratura e o espasmo muscular. ✓ Risco de constipação intestinal relacionado com a imobilidade ou o desenvolvimento de íleo. ✓ Risco de lesão relacionado com a osteoporose. 	<p>As intervenções de enfermagem tem como objetivos PROMOÇÃO DA COMPREENSÃO DA OSTEOPOROSE E DO ESQUEMA DE TRATAMENTO, ALÍVIO DA DOR, MELHORA DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL, PREVENÇÃO DAS LESÕES, são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar o cliente a realizar exercícios isométricos para fortalecer os músculos do tronco. ✓ Incentivar deambulação, boa mecânica corporal e boa postura. ✓ Incentivar o cliente a usar uma cinta lombossacral para imobilização e suporte temporário, quando estiver fora da cama.

Vamos ver uma questão sobre este tema?



16- (COMPERVE/ SESAP-RN -2018) A osteoporose é a doença óssea mais prevalente no mundo. Compete à enfermeira identificar os pacientes com fatores de risco para a osteoporose e, para aqueles já diagnosticados, orientar sobre a doença e os cuidados. Nesse contexto, analise as recomendações abaixo.

I Orientar adolescentes com osteoporose e em uso de anticonvulsivantes a aumentar o consumo de cálcio e de fosfato e diminuir o consumo de vitamina C que interfere na absorção do anticonvulsivante. (Algumas doenças (p. ex., doença celíaca, hipogonadismo) e o uso de alguns medicamentos (p. ex., corticosteroides, anticonvulsivantes) podem afetar o metabolismo do osso)



II Orientar o paciente com fratura vertebral espontânea sobre as características da doença, o esquema de tratamento, as estratégias para o alívio da dor e a melhora na eliminação intestinal e a prevenção de fraturas adicionais.

III Orientar mulheres na menopausa ou na pós-menopausa a praticar exercícios de sustentação de peso, pelo menos 3 vezes por semana, uma vez que a formação do osso aumenta com o estresse do peso e a atividade muscular.

IV Orientar homens idosos sobre o fato de que a perda óssea ocorre devido à diminuição da testosterona e aumento do estrogênio, e que as causas das fraturas estão relacionadas à diminuição da mobilidade decorrente da própria idade.

Em relação aos pacientes com osteoporose, estão corretas as recomendações presentes nos itens

a) II e III.

b) III e IV.

c) I e IV.

d) I e II.

Comentários:

A **afirmativa I** está incorreta. É recomendado o aporte aumentado de cálcio na adolescência, idade adulta jovem e meia-idade, ou prescrição de suplemento de cálcio com as refeições ou bebidas ricas em vitamina C.

A **afirmativa II** está correta. Faz parte das intervenções de enfermagem orientar o paciente com fratura vertebral espontânea sobre as características da doença, o esquema de tratamento, as estratégias para o alívio da dor e a melhora na eliminação intestinal e a prevenção de fraturas adicionais.

A **afirmativa III** está correta. Devemos orientar mulheres na menopausa ou na pós-menopausa a praticar exercícios de sustentação de peso, pelo menos 3 vezes por semana, uma vez que a formação do osso aumenta com o estresse do peso e a atividade muscular.

A **afirmativa IV** está incorreta. A retirada dos estrogênios que provoca diminuição da calcitonina e reabsorção óssea acelerada e não da testosterona como afirmou a questão.



Gabarito: **Alternativa A**

Está tudo certo até aqui? Vamos falar de alterações neurológicas!

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

Concurseiros, Segundo Brunner, as **manifestações mais comuns** da disfunção neurológica consistem em **déficits motores, sensoriais, autônicos e cognitivos**.

Podemos dizer que **exame neurológico** (p. ex., observar a marcha e a estabilidade, a função cognitiva; avaliar propriocepção e percepção vibratória) é a **parte mais importante da avaliação** de um indivíduo portador de manifestações neurológicas.

Esta regra não é bem aplicável no **caso da epilepsia**, que na maioria das vezes a **anamnese é suficiente** para confirmação diagnóstica.

Em relação ao início dos sintomas, quando ocorrem de forma súbita são sugestivos de causas vasculares, contrastando com o caráter lentamente progressivo de doenças degenerativas.

Veremos agora as principais patologias neurológicas e as ações de enfermagem pertinentes a cada uma, vamos lá?

Doença de Parkinson

A **doença de Parkinson** é um distúrbio neurológico degenerativo de **progressão lenta**, que afeta os centros cerebrais responsáveis pelo controle e pela regulação do movimento. A **forma degenerativa ou idiopática** da doença de Parkinson é a **mais comum**.

Esta doença tem sua etiologia desconhecida, porém alguns estudos sugerem alguns fatores causais, como por exemplo: aterosclerose, infecções virais e traumatismo cranioencefálico.

É uma patologia **comum em pessoas idosas** (geralmente aparece na quinta década de vida), e está associada a níveis diminuídos de dopamina, em consequência da destruição das células



neurônios pigmentados na substância nigra localizada na região dos núcleos da base do cérebro.

As **manifestações clínicas** dessa doença incluem **tremores, rigidez, bradicinesia** (movimentos anormalmente lentos) e instabilidade postural.

A marcha arrastada e perda do equilíbrio (dificuldade em girar em torno de um eixo); em virtude dos problemas posturais e de marcha, aumentam o de quedas.

O **diagnóstico** é apontado caso o paciente apresente **duas das quatro manifestações principais – tremores, rigidez, bradicinesia e alterações posturais**.

Os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem são:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Mobilidade física prejudicada, relacionada com rigidez muscular e fraqueza motora• Déficit de autocuidado (alimentar-se, beber, vestir-se, fazer higiene), relacionados com os tremores e o distúrbio motor• Constipação intestinal, relacionada com a medicação e a redução da atividade• Nutrição desequilibrada, menor do que as necessidades corporais, relacionada com os tremores, a lentidão durante a alimentação, a dificuldade de mastigação e a deglutição	<p>As intervenções de enfermagem têm como objetivos: a MELHORA DA MOBILIDADE, AUMENTO DAS ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO, MELHORA DA ELIMINAÇÃO INTESTINAL, MELHORA DA DEGLUTIÇÃO E NUTRIÇÃO, são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Instruir o cliente a respeito dos exercícios de alongamento e de amplitude de movimento para aumentar a flexibilidade articular;• Incentivar os exercícios posturais para combater a tendência da cabeça e do pescoço a ficar inclinados para frente e para baixo.• Promover a deglutição e evitar a aspiração, ensinando o cliente a sentar-se em posição ereta durante as refeições• Fornecer uma dieta semissólida com líquidos espessos, que são mais fáceis de deglutir

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer (DA) é a **quinta causa principal de morte de indivíduos idosos** e por mais que essa patologia atinja esta população, ela não constitui parte normal do processo de envelhecimento.



A DA é **um dos tipos mais comuns de demência**, é considerada uma **doença neurológica degenerativa progressiva e irreversível**, que começa de modo insidioso e que se caracteriza por **perdas graduais da função cognitiva** (memória, atenção, linguagem, orientação, percepção, raciocínio e pensamento) **e por distúrbios no comportamento e afeto**.

É um distúrbio cerebral complexo, **causado por uma combinação de diversos fatores** (**genética**, alterações de neurotransmissores, anormalidades vasculares, **hormônios do estresse**, alterações circadianas, traumatismo cranioencefálico e presença de transtornos convulsivos) podendo ser classificada em **dois tipos: DA familiar ou de início precoce e a DA esporádica ou de início tardio**.



Na doença de Alzheimer ocorre **lesão neuronal principalmente no córtex cerebral**, resultando em **diminuição do tamanho do encéfalo**. São encontradas alterações semelhantes no tecido cerebral normal de idosos, porém em menor grau.

Nos estágios iniciais, podem ocorrer esquecimento e perda de memória sutil, como pequenas dificuldades nas atividades de trabalho ou sociais

O estágio terminal pode durar meses ou anos, nesse tempo geralmente o paciente fica imóvel e necessita de cuidado total.

- A morte costuma ocorrer em consequência das complicações de pneumonia, desnutrição ou desidratação.



O **diagnóstico definitivo** de DA somente pode ser estabelecido na **necropsia**. Porém o diagnóstico **clínico** pode ser baseado na **exclusão de outras causas** de demência.

Durante o **exame físico** é fundamental que seja avaliado o estado de saúde funcional e mental, para auxiliar nessa avaliação utiliza-se, por exemplo, a **Escala de Depressão Geriátrica e o Mini exame do Estado Mental**.



O **mini exame do Estado Mental** é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não precisando de nenhum material específico¹⁸.

Este exame não serve como teste diagnóstico, mas sim pra indicar funções que precisam ser investigadas. É considerado um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

O MEEM é constituído de duas partes, uma que **abrange orientação, memória e atenção**, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda **habilidades específicas como nomear e compreender**, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos¹⁹.

Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Confusão crônica, relacionada com o declínio da função cognitiva• Risco de lesão, relacionado	As intervenções de enfermagem têm como objetivos: o SUPORTE DA FUNÇÃO COGNITIVA, PROMOÇÃO DA SEGURANÇA FÍSICA, PROMOÇÃO DA NUTRIÇÃO ADEQUADA e PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO, são

¹⁸Biblioteca virtual de saúde. Disponível em: <https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/?page=11>

¹⁹ USP – Mini exame do Estado Mental. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/ebooks/MiniExamedoEstado%20Mentalebook%20dezembro%5B1%5D.pdf>



<p>com o declínio da função cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade, relacionada com os processos de pensamento confusos • Nutrição desequilibrada, menor do que as necessidades corporais, relacionada com o declínio cognitivo 	<p>exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o uso de auxílios e indícios de memória, tais como relógios, calendários e uso de codificação com cores para indicar as entradas; • Evitar quedas e outras lesões removendo perigos óbvios, providenciando uma iluminação adequada e instalando corrimãos na casa • Permanecer calmo e tranquilo, particularmente se o cliente apresentar um estado agitado e agressivo, conhecido como reação catastrófica (hiper-reação à estimulação excessiva).
---	---



17- (MDS/Prefeitura de Bom Repouso- 2019) Quando é solicitado ao idoso falar três vezes os objetos que o profissional de saúde relatou, com um intervalo de 3 minutos e o idoso é incapaz de repetir, uma ação deve ser aplicada pelo profissional, sendo esta:

- MEEM – Mini exame de estado mental
- MEE – Mini exame de estado
- EE – Exame de estado
- ME – Mini exame

Comentários

Como acabamos de ver Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste mais utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não precisando de nenhum material específico, além de ser adaptado para a população brasileira.

Gabarito: **Alternativa A.**

Ficou fácil, não é? Vamos dar continuidade...



Epilepsias

Pessoal, segundo Brunner, as epilepsias consistem em um **complexo sintomático de várias disfunções, caracterizadas por distúrbios paroxísticos e transitórios não provocados da função cerebral.**

Nesse quadro pode haver **perda associada da consciência, movimentos em excesso ou perda do tônus muscular ou do movimento e distúrbios do comportamento, humor, sensação e percepção.**

A epilepsia pode ser **primária** (idiopática) ou **secundária** (quando a epilepsia é um sintoma de outra condição como um tumor cerebral).

Nas epilepsias, o **problema central**, consiste em **distúrbio (disritmia) das células nervosas em uma parte do cérebro**, causando descargas elétricas anormais, recorrentes e descontroladas.

As **manifestações** das epilepsias variam desde episódios **simples de olhar fixo** até movimentos **convulsivos prolongados**, com perda da consciência.

As convulsões são **classificadas** em **parciais, generalizadas e não classificadas**, de acordo com a área acometida do cérebro.

Classificação das Convulsões	Características
Crises parciais simples	<ul style="list-style-type: none">✓ Apenas um dedo ou uma das mãos podem sofrer abalo; a boca pode tremer de modo incontrolável✓ O cliente pode falar de maneira ininteligível, apresentar tontura ou experimentar visões, sons, odores ou paladares inusitados ou desagradáveis – sem perda da consciência
Crises parciais complexas	<ul style="list-style-type: none">✓ O paciente permanece imóvel, ou move-se automaticamente, mas de modo inapropriado para o momento e o local✓ Pode apresentar emoções excessivas de medo, raiva, euforia ou irritabilidade✓ Não se lembra do episódio quando tiver cessado
Crises generalizadas	<ul style="list-style-type: none">✓ Intensa rigidez de todo o corpo, seguida de relaxamento e contração



(Convulsões tipo grande mal)

- musculares alternadas (**contração tônico-clônica generalizada**);
- ✓ Contrações simultâneas do diafragma e dos músculos torácicos, produzindo o **grito epiléptico característico**;
 - ✓ Mastigação da língua; cliente com incontinência urinária e fecal;
 - ✓ Os movimentos convulsivos têm **1 ou 2 min de duração**;
 - ✓ Relaxamento seguido de coma **profundo e respiração ruidosa**; respirações principalmente abdominais.

Estado pós-ictal

- ✓ Após a convulsão, o cliente frequentemente fica confuso e com dificuldade de despertar, podendo dormir por várias horas. Por vezes apresentam relatos de cefaleia, musculatura dolorida, fadiga e depressão



O estado de mal epiléptico (uma atividade convulsiva prolongada aguda) é uma emergência médica, caracterizada por convulsões clínicas ou elétricas contínuas de **pelo menos 30 min de duração**.

Os **fatores comuns** que precipitam o estado de mal epiléptico incluem **interrupção dos medicamentos** anticonvulsivantes, **febre e infecção** concomitante.

Alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem:

Diagnósticos de enfermagem	Principais Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• Confusão crônica, relacionada com o declínio da função cognitiva• Risco de lesão, relacionado com o declínio da função cognitiva• Ansiedade, relacionada com os processos de pensamento confusos	<p>As intervenções de enfermagem têm como objetivos: o SUPORTE DA FUNÇÃO COGNITIVA, PROMOÇÃO DA SEGURANÇA FÍSICA, PROMOÇÃO DA NUTRIÇÃO ADEQUADA e PROMOÇÃO DO EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO, são exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Incentivar o uso de auxílios e indícios de memória, tais como relógios, calendários e uso de codificação com cores para indicar as entradas;• Evitar quedas e outras lesões removendo perigos óbvios, providenciando uma



<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição desequilibrada, menor do que as necessidades corporais, relacionada com o declínio cognitivo 	<p>iluminação adequada e instalando corrimãos na casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permanecer calmo e tranquilo, particularmente se o cliente apresentar um estado agitado e agressivo, conhecido como reação catastrófica (hiper-reação à estimulação excessiva).
---	---

Tudo ok até aqui? Vamos adiante!

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar.

Em 19 de outubro de 2006, foi publicada a Portaria nº 2.528, recomendando aos órgãos e entidades do Ministério da Saúde com ações relacionadas ao tema, Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, **estabelece como meta** a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, considerando a condição de funcionalidade, entendendo que a incapacidade funcional e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento, embora reconheça que a prevalência de incapacidade aumente com a idade e que esse fator sozinho não prediz incapacidade.

Assim, a PNSPI estabelece como suas **diretrizes**:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável;

Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;

Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;

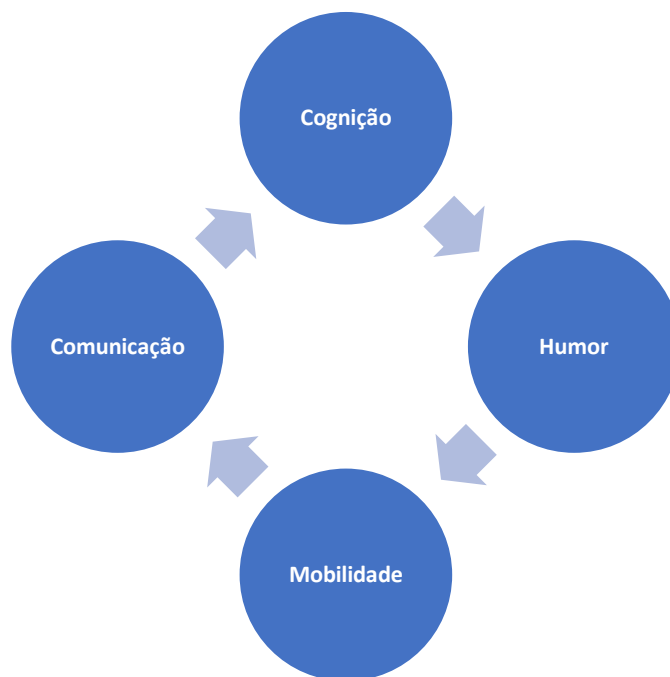
Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;



- Divulgação e informação* sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação* nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento* de estudos e pesquisas.

Segundo o Ministério da Saúde (2016) A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar **suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma**, mesmo que tenha doenças

A **independência e autonomia** estão intimamente relacionadas ao **funcionamento integrado e harmonioso** dos seguintes **sistemas funcionais principais**:



O **perfil epidemiológico** da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. Mas devemos destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social.

Por isso, A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reforça a importância de implementar a avaliação funcional individual e coletiva. Considerando **três categorias** de pessoas idosas: **Idoso independente, Idosos com potencial para desenvolver fragilidade, Idosos frágeis ou em situação de fragilidade.**

Idoso independente	Idosos com potencial para desenvolver fragilidade	Idosos frágeis ou em situação de fragilidade
<ul style="list-style-type: none">• Aquele capaz de realizar sem dificuldades e sem ajuda todas as atividades de vida diária;	<ul style="list-style-type: none">• São independentes, mas apresentam algumas dificuldades nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD).	<ul style="list-style-type: none">• São os que vivem acamados, estiveram hospitalizados recentemente por qualquer razão, apresentam doenças causadoras de incapacidade funcional.



Por **critério etário**, a literatura estabelece como **frágeis os idosos com 75 anos ou mais.**

Assim, ficam estabelecidos **dois grandes eixos** norteadores para a **integralidade de ações**: o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, família, cuidadores e sistemas de saúde e promoção da saúde e da integração social, em todos os pontos de atenção.

Por isso, precisamos estar atentos aos conceitos de SENESCÊNCIA e SENILIDADE:

SENESCÊNCIA É o processo de envelhecimento NORMAL, que atinge a todos os seres humanos de maneira gradual e acumulativa.	SENILIDADE É o processo de envelhecimento patológico, caracterizada por alterações decorrentes de doenças como consequência de hábitos de vida não saudáveis e fatores genéticos e ambientais.
--	--

Falaremos agora sobre o atendimento ao idoso, vamos lá!



Pessoa idosa na Atenção Básica

Humanização no acolhimento

Pessoal, para a **o acolhimento** da pessoa idosa, os profissionais de saúde devem estabelecer uma relação respeitosa, **nunca se dirigir primeiramente a seu acompanhante**, chamar a pessoa idosa **pelo nome** (ou da maneira que ela preferir) utilizando sempre uma **linguagem clara**.

Alimentação Saudável para Pessoas Idosas

A alimentação da pessoa idosa saudável pode ser trabalhada por meio dos "Dez Passos para uma Alimentação Saudável"



1º PASSO	• FAÇA PELO MENOS 3 REFEIÇÕES (CAFÉ DA MANHÃ, ALMOÇO E JANTAR) E 2 LANCHES SAUDÁVEIS POR DIA. NÃO PULE AS REFEIÇÕES!
2º PASSO	• INCLUA DIARIAMENTE 6 PORÇÕES DO GRUPO DOS CEREAIS , TUBÉRCULOS, NAS REFEIÇÕES. DÊ PREFERÊNCIA AOS GRÃOS INTEGRAIS E AOS ALIMENTOS NA SUA FORMA MAIS NATURAL.
3º PASSO	• COMA DIARIAMENTE PELO MENOS 3 PORÇÕES DE LEGUMES E VERDURAS COMO PARTE DAS REFEIÇÕES E 3 PORÇÕES OU MAIS DE FRUTAS NAS SOBREMESAS E LANCHES.
4º PASSO	• COMA FEIJÃO COM ARROZ TODOS OS DIAS OU, PELO MENOS, 5 VEZES POR SEMANA.
5º PASSO	• CONSUMA DIARIAMENTE 3 PORÇÕES DE LEITE E DERIVADOS E 1 PORÇÃO DE CARNES, AVES, PEIXES OU OVOS. RETIRAR A GORDURA APARENTE DAS CARNES E A PELE DAS AVES
6º PASSO	• CONSUMA, NO MÁXIMO, 1 PORÇÃO POR DIA DE ÓLEOS VEGETAIS , AZEITE, MANTEIGA OU MARGARINA
7º PASSO	• EVITE REFRIGERANTES E SUCOS INDUSTRIALIZADOS, E OUTRAS GULOSEIMAS. COMA-OS, NO MÁXIMO, 2 VEZES POR SEMANA.
8º PASSO	• DIMINUA A QUANTIDADE DE SAL NA COMIDA E RETIRE O SALEIRO DA MESA
9º PASSO	• BEBA PELO MENOS 2 LITROS (6 A 8 COPOS) DE ÁGUA POR DIA. DÊ PREFERÊNCIA NOS INTERVALOS DAS REFEIÇÕES.
10º PASSO	• PRATIQUE PELO MENOS 30 MINUTOS DE ATIVIDADE FÍSICA TODOS OS DIAS E EVITE AS BEBIDAS ALCOÓLICAS E O FUMO

Atribuição dos profissionais na no atendimento ao idoso

Pessoal, como nosso foco é enfermagem, falaremos prioritariamente da nossa equipe e das atividades comuns a todos os profissionais.



Atribuições Comuns a todos os Profissionais da Equipe

- **Planejar, programar e realizar as ações** que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência, conforme orientação deste Caderno.
- **Identificar e acompanhar** pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização.
- Alimentar e analisar **dados dos Sistemas de Informação em Saúde** - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e outros para planejar, programar e avaliar as ações relativas à saúde da pessoa idosa.
- **Conhecer os hábitos de vida**, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade.
- **Acolher a pessoas idosas de forma humanizada**, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito.
- **Prestar atenção contínua às necessidades** de saúde da pessoa idosa, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal – ao longo do tempo.
- **Preencher, entregar e atualizar a Caderneta de Saúde** da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico.
- **Realizar e participar das atividades de educação** permanente relativas à saúde da pessoa idosa.
- **Desenvolver ações educativas** relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe.

Atribuições do Enfermeiro



- Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- **Realizar assistência domiciliar**, quando necessário.
- **Realizar consulta de enfermagem**, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e **prescrever medicações**, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.



- **Supervisionar e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem.**
- **Realizar atividades de educação permanente** e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta **utilização dos medicamentos.**

Atribuições do Auxiliar/Técnico de Enfermagem

- Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.
- Participar das atividades de assistência básica, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e quando indicado, ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

Vamos a uma questão?



18- (FUNDATEC/IMESF- 2019) As ações da Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa estão previstas para serem desenvolvidas por cada profissional da equipe multiprofissional. Assinale a alternativa INCORRETA para as atribuições do enfermeiro.

- a) Realizar assistência domiciliar
- b) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa a serviços de referências de alta complexidade, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.
- c) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- d) Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.
- e) Realizar avaliação multidimensional e, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos estabelecidos pelo gestor municipal.



Comentários

Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa a serviços de referências de alta complexidade, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento não faz parte das atribuições do enfermeiro e sim do profissional médico.

Gabarito: **Alternativa: B.**

Vamos adiante!

AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA IDOSA

Galera, a avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com **ênfase na funcionalidade**. A presença de **declínio funcional** pode sugerir a **presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas**.

A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para os idosos, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu **estado funcional e à sua qualidade de vida**.

Durante atendimento ao idoso deve-se fazer uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas que estão ativas. Devem ser sempre investigadas sistematicamente, para serem descartadas:



Especial atenção deve ser dada na prevenção de iatrogenias assistenciais relacionadas ao uso de **polifármacos**. Os medicamentos em uso pela pessoa idosa, tanto os prescritos por profissional de saúde quanto os adquiridos pelo próprio idoso, sem prescrição, devem ser investigados.





A **polifarmácia** é uso concomitante de **cinco ou mais medicamentos**. Essa situação pode acarretar o aumento do **risco de reações adversas** e interações medicamentosas elevando o risco de doenças e/ou óbitos.

Devemos sempre verificar também a circulação periférica, devido à alta prevalência da insuficiência venosa, causa comum de edema em membros inferiores (MMII). A presença de **doença arterial periférica** é um marcador de **aterosclerose** com maior risco de **lesões coronarianas e cerebrais**.

O profissional deve atuar de forma sistematizada avaliando as diversas áreas para facilitar a identificação de problemas. Cabe ressaltar que o profissional **só utilizará as escalas que envolvam o problema específico identificado na avaliação rápida**.

Alimentação e Nutrição

A antropometria é muito útil para o diagnóstico nutricional dos idosos. Nos procedimentos de diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos, utilizará como **critério prioritário** a **classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)**, considerando os pontos de corte diferentes dos adultos devido alterações fisiológicas nos idosos:



- **o declínio da altura** é observado com o avançar da idade, em decorrência da compressão vertebral, mudanças nos discos intervertebrais, perda do tônus muscular e alterações posturais;



- **o peso pode diminuir com a idade**, porém, com variações segundo o sexo. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino;
- **alterações ósseas em decorrência da osteoporose**;
- mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo.
- **redução da massa muscular** devida à sua transformação em gordura intramuscular, o que leva à alteração na elasticidade e na capacidade de compressão dos tecidos.

Os **pontos de corte do IMC** para pacientes idosos são:

IMC	Diagnóstico nutricional
<ou = 22	Baixo peso
> 22 e <27	Adequado ou eutrófico
>27	Sobrepeso

Recomenda-se que o **registro das medidas antropométricas** na Caderneta do Idoso e/ou no prontuário **seja semestral**.

Acuidade Visual

A maior parte das pessoas idosas necessita do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Ao avaliar essa função, **pergunte à pessoa idosa se ela sente dificuldade** ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que responderem afirmativamente devem ser **avaliados com o uso do Cartão de Jaeger**.

Acuidade Auditiva

A **presbiacusia** (perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência) é uma das **causa mais comuns** relacionadas a essa queixa. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referi-la. Para auxiliar nessa verificação pode-se utilizar o **“teste do sussurro”**.





Quedas

Concurseiros, as quedas são um grande problema para as pessoas idosas devido as suas conseqüências (injúria, incapacidade, institucionalização e morte) que são **resultado da combinação de alta incidência com alta suscetibilidade à lesões**.

As **causas mais comuns** relacionadas às quedas de pessoas idosas na comunidade são: Relacionadas ao ambiente; Fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha; Tontura/vertigem.; Alteração postural/hipotensão ortostática; Lesão no SNC; Síncope e Redução da visão.

Os **fatores de risco** podem ser divididos em **intrínsecos e extrínsecos**.

Os **Fatores intrínsecos** estão relacionados com alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade, presença de doenças, de fatores psicológicos e de reações adversas de medicações em uso. Por exemplo, **idosos com mais de 80 anos**; sexo feminino; imobilidade; equilíbrio diminuído; fraqueza muscular de MMII e MMSS (hand grip); **polifarmácia**; entre outros.

Já os **fatores extrínsecos** são relacionados aos comportamentos e atividades das pessoas idosas e ao meio ambiente. Ambientes inseguros e mal iluminados, mal planejados e mal construídos, com barreiras arquitetônicas representam os principais fatores de risco para quedas. Como por exemplo: **presença de tapetes** pequenos e capachos em superfícies lisas; carpetes soltos ou com dobras, **pisos escorregadios** (encerados, por exemplo); **ambientes desorganizados** com móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão.



As **principais complicações** das quedas envolvem lesões de partes moles, restrição prolongada ao leito, hospitalização, institucionalização, risco de doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte.



São exemplos de medidas práticas para minimizar as quedas e suas consequências entre as pessoas idosas:

- ✓ Educação para o autocuidado.
- ✓ Utilização de dispositivos de auxílio à marcha (quando necessário) como bengalas, andadores e cadeiras de rodas.
- ✓ Utilização criteriosa de medicamentos evitando-se, em especial, as que podem causar hipotensão postural.
- ✓ Adaptação do meio ambiente (residência e locais públicos).



19- (IADES/ SMS-GO- 2019) Quedas são frequentes em pessoas idosas, mas podem ser evitadas com alguns cuidados. Geralmente, esses tombos provocam fraturas, traumatismo craniano, contusão muscular e, principalmente, o medo de cair novamente. Assinale a alternativa que apresenta uma medida para evitar que tais situações aconteçam e coloquem a qualidade de vida da pessoa idosa em questão.

- a) Usar tapetes soltos.
- b) Colocar o telefone em local acessível.
- c) Usar sapatos abertos com solados de borracha.
- d) Encerar a casa.
- e) Evitar tapete antiderrapante no banheiro.

Comentários

As alternativas **A, C, D e E** trazem medidas que podem aumentar o risco de quedas nos idosos. A única alternativa que se refere a uma medida que reduz esse risco é a alternativa B (colocar o telefone em local acessível).

Gabarito: **Alternativa B**



Tenho certeza que você acertou! Vamos retomar falando a respeito da avaliação funcional no idoso!

Avaliação funcional

Pessoal, quando falamos de avaliação funcional e processos incapacitantes, três conceitos apresentam-se interligados e interdependentes. São eles: autonomia, independência e dependência.



Autonomia – pode ser definida como auto-governo e se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões.

Independência – significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa.

Dependência – significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa.

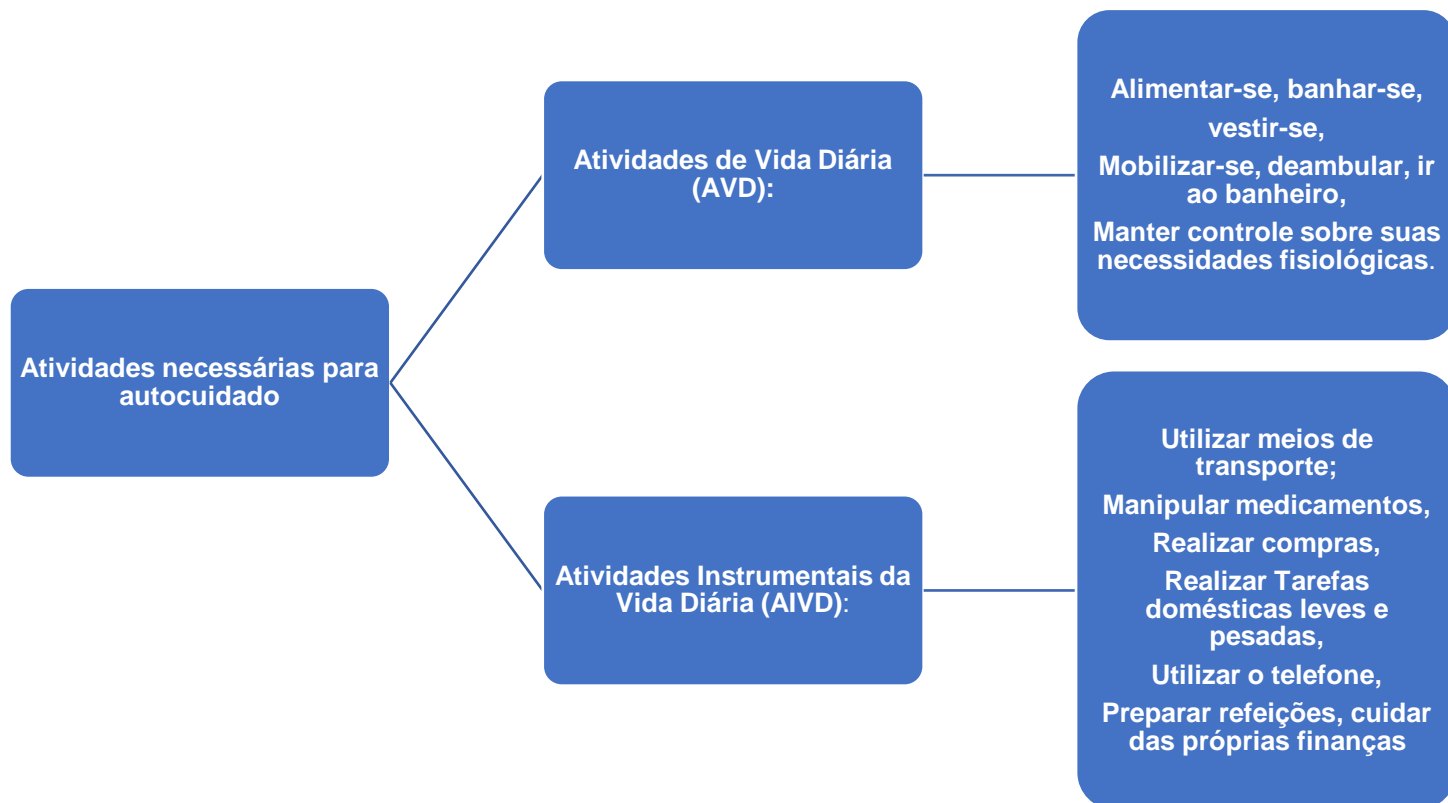
A **avaliação funcional** representa uma maneira de **medir se uma pessoa é ou não capaz** de desempenhar as **atividades necessárias para cuidar de si**.

Essas atividades são **subdivididas em**:

Atividades de Vida Diária (AVD): que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las.

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade.





Algumas escalas são utilizadas para fazer essa avaliação, a primeira escala desenvolvida, e a que é até os dias de hoje mais citada e utilizada, é a **Escala de Katz** planejada para **medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas** de forma independente e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação.



A **escala de Katz** avalia especificamente aspectos relacionados ao **banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência** (p.ex. capacidade de sair da cama e sentar na cadeira), **continência e alimentação**.



Lawton propôs outro instrumento para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente **relacionada com a capacidade de vida comunitária** independente.

A **escala de Lawton** escala avalia a capacidade do idoso de **usar o telefone, preparar suas refeições, arrumar a casa, lavar e passar** as próprias roupas e controlar **as finanças**.

O terceiro instrumento de avaliação funcional que vem sendo gradativamente adotado é a **Medida de Independência Funcional (MIF)** onde é possível identificar se a **pessoa precisa de ajuda ou não**, procurando quantificar a ajuda necessária mostrando-se, muito útil no planejamento assistencial.

A **MIF** avalia aspectos relacionados ao **autocuidado, controle dos esfíncteres, transferência, locomoção, comunicação e cognição social**.

QUESTÕES COMENTADAS

20-- (IBADE/Prefeitura de Vilhena- 2019) Lesão com perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Marque a alternativa que caracteriza a classificação da lesão por pressão descrita.

- a) Lesão por pressão 1
- b) Lesão por pressão 2
- c) Lesão por pressão 3
- d) Lesão por pressão 4
- e) Lesão por pressão não classificável



Comentários

Pela descrição a lesão é classificada em estágio 4, visto que possui perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.

Gabarito: **Alternativa D**

21- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) Considerando o novo sistema de classificação de lesão por pressão, julgue o item seguinte.

Considera-se que todas as pessoas que se encontram internadas em serviços de saúde estão em risco no que se refere ao desenvolvimento de lesão por pressão.

Certo

Errado

Comentarios

Errada. Nem todas as pessoas internadas estão em risco no que se refere ao desenvolvimento de lesão por pressão. Para avaliação desse risco utilizamos a escala de Braden.

22- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) A escala de Braden é um dos principais instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão e deve ser aplicada em pessoas com risco para desenvolvimento dessa lesão no momento da admissão para internação hospitalar e em intervalos regulares.

Certo

Errado

Comentários

Errada. Escala de Braden deve ser aplicada em pessoas com risco para desenvolvimento de lesão por pressão no momento da admissão para internação hospitalar, a cada 48 horas, ou se houver qualquer alteração no quadro clínico.



23- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) O estágio 1 da lesão por pressão é caracterizado por pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura, podendo as mudanças visuais serem precedidas de alteração de sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento).

Certo

Errado

Comentarios

Certo. O estágio 1 da lesão por pressão é caracterizado por pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. A presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais.

24-(SMS-RJ/SMS-RJ-2018) Ascite, icterícia, fraqueza, perda de peso e febre baixa contínua caracterizam a patologia denominada:

- a) colelitíase
- b) hepatite viral
- c) colecistite
- d) cirrose hepática

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Os sintomas típicos de colelitíase são dor abdominal e náusea. Outros sintomas podem incluir vômitos e inchaço. A dor pode ser pior depois de comer, especialmente depois da ingestão de alimentos gorduroso.

A **alternativa B** está incorreta. São doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas, mas, quando estes aparecem, podem ser cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjojo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

A **alternativa C** está incorreta. Os sintomas da colecistite são dor abdominal e náusea.



A **alternativa D** está correta. São características da cirrose hepática: aumento do fígado no início da evolução (esteatose hepática); posteriormente, o fígado diminui de tamanho em consequência do tecido cicatricial, ascite, icterícia, fraqueza, debilidade muscular, perda de peso, febre baixa e contínua, baqueteamento digital com unhas brancas (unhas de Terry – leuconiquia), púrpura, equimoses espontâneas, epistaxe, hipotensão, pelos corporais escassos e atrofia gonádica.

25-(COSEAC / UFF- 2019) A ferramenta mais utilizada para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, a qual caracteriza o paciente em risco baixo, moderado, alto ou muito alto, é o(a):

- a) score de Framingham.
- b) escala de Braden.
- c) ferramenta de Huap.
- d) tabela de Glasgow.
- e) escala de Fugulin.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. O Score de Risco de Framingham é um método que avalia o risco de doença cardiovascular de acordo com a presença ou não de fatores de risco.

A **alternativa B** está correta. Escala de Braden é um instrumento que serve para avaliar e identificar o risco potencial para o desenvolvimento de úlceras de pressão.

A **alternativa C** está incorreta. Essa ferramenta não está presente na literatura.

A alternativa D está incorreta. A escala de coma de Glasgow (ECG) é uma escala neurológica para registrar o nível de consciência.

A **alternativa E** está incorreta. A escala de Fugulin visa classificar o cliente quanto ao grau de dependência em relação à enfermagem, complexidade assistencial

26- (FUNDEP /Prefeitura de Barão de Cocais - MG -2020) Durante o exame físico, o enfermeiro utiliza alguns testes para fazer a avaliação do paciente. Existe um teste indicado para avaliação abdominal, que é a pesquisa de sinal clínico indicativo de ascite.



Trata-se de um impulso percebido por meio da transmissão pelo líquido acumulado no abdome, a partir de uma percussão em um dos flancos.

Esse teste é o:

- a) Sinal do Piparote
- b) Sinal de Blumberg
- c) Sinal de Kerning
- d) Sinal de Giordano

Comentários

A **alternativa A** está correta. É um teste para identificar a presença de ascite. Trata-se de um impulso percebido por meio da transmissão pelo líquido acumulado no abdome, a partir de uma percussão em um dos flancos.

A **alternativa B** está incorreta. É um teste para identificar apendicite. O sinal de Blumberg é caracterizado por dor ou piora da dor à compressão e descompressão súbita do ponto de McBurney (quadrante inferior direito do abdome).

A **alternativa C** está incorreta. É sinal indicativo de meningite e que consiste no despertar de uma contractura dolorosa da região lombar, quando se faz a flexão da coxa sobre a bacia com a perna em extensão.

A **alternativa D** está incorreta. O sinal de Giordano é feito para identificar a probabilidade de doença renal (litíase e pielonefrite aguda).

27- (CESPE/CEBRASPE/UFOP-2018) A discussão sobre a prestação de cuidados à saúde, aliada à segurança do paciente e à qualidade da assistência, tem recebido destaque nos últimos anos. A Lesão por Pressão, quando ocorrida após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, é reconhecida com um evento adverso potencialmente evitável e também considerada um marcador da qualidade da atenção à saúde. Assim, sobre esse tema, julgue o item a seguir:



Lesão por pressão Estágio 4 compreende perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes e não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

Certo

Errado

Comentários

Errado. Na lesão por pressão estágio 4 há exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.

28-(COTEC/Prefeitura de Lagoa Grande - MG -2019) A intolerância à lactose, também conhecida como deficiência de lactase, é a incapacidade que o corpo tem de digerir lactose – um tipo de açúcar encontrado no leite e outros produtos lácteos. A lactase é a responsável por decompor a lactose, um dissacarídeo, em unidades mais simples. É CORRETO afirmar que essa enzima é produzida no

- a) estômago.
- b) fígado.
- c) intestino grosso.
- d) intestino delgado.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. No estômago são produzidas as enzimas Pepsina e Renina.

A **alternativa B** está incorreta. O fígado produz a bile.

A **alternativa C** está incorreta. O intestino grosso tem como função reabsorver água e sais minerais dos alimentos.

A **alternativa D** está correta. Como vimos a lactose é produzida no intestino delgado.

29-(SMS-RJ/ Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ – 2019) O abdome é a região do tronco compreendida entre o diafragma, o músculo que o separa do tórax e a pelve. Para um



exame sistematizado do abdome, utilizam-se técnicas instrumentais, obedecendo à sequência:

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

Comentários

A **alternativa C** está correta. No exame físico abdominal devemos seguir a sequência inspeção, ausculta, percussão e palpação, pois a movimentação abdominal ocasionada pela palpação e percussão pode aumentar a intensidade dos movimentos hidroaéreos, interferindo na avaliação.

30- (CS-UFG /UFG- 2017) Mais de 90% dos pacientes com cálculo na vesícula biliar apresentam inflamação aguda da vesícula. Essa afecção provoca dor, hipersensibilidade e rigidez da parte superior do abdome que, geralmente, é acompanhada de náuseas e vômitos. A cirurgia realizada para a retirada da vesícula biliar é a

- a) colectomia.
- b) colecistectomia.
- c) colostomia.
- d) coledocostomia.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Colectomia é a retirada cirúrgica total ou parcial do cólon.

A **alternativa B** está correta. Colecistectomia é a retirada cirúrgica da vesícula biliar.

A **alternativa C** está incorreta. A colostomia é a exteriorização no abdome de uma parte do intestino grosso para eliminação de fezes.

A **alternativa D** está incorreta. A coledocostomia refere-se a uma formação cirúrgica de uma abertura no colédoco.



31- (FAURGS/HCPA -2016) Chamamos de _____ a eliminação de fezes escuras, resultantes de sangue desnaturado. _____ é a coloração amarelada da pele e escleróticas. _____ é a transferência passiva de conteúdo gástrico para o esôfago e boca. _____ é a dificuldade para deglutir.

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas dos parágrafos acima.

- a) Melena – Refluxo – Icterícia – Hematêmese
- b) Hematêmese – Refluxo – Icterícia – Melena
- c) Melena – Icterícia – Refluxo – Disfagia
- d) Refluxo – Icterícia – Melena – Hematêmese
- e) Disfagia – Icterícia – Refluxo – Melena

Comentários

A **alternativa C** está correta. Melena /Icterícia /Refluxo/ Disfagia

32- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Para responder a questão, considere o relato a seguir.

Em 20.06.2018, após ter sua gravidez confirmada, A.A., 37 anos, casada, compareceu à USF para a primeira consulta de pré-natal. Ao realizar o histórico de enfermagem, o enfermeiro foi informado que o primeiro dia da sua última menstruação fora 29.01.2018 e que seus ciclos menstruais eram regulares, a cada 28 dias. A gestante afirmou que era imigrante de um país da América do Sul, havia chegado ao município há cerca de 30 dias e que, ao entrar no Brasil em dezembro de 2017, havia recebido a vacina contra o sarampo, desconhecendo ter recebido qualquer outra vacina em seu país de origem. Ao exame físico, o enfermeiro não observou anormalidades. Após realização dos testes rápidos, o enfermeiro constatou que o resultado era reagente para sífilis e não reagente para o HIV. Questionada, a gestante informou desconhecer ser portadora de sífilis e nunca ter sido tratada para essa doença.

Frente ao resultado obtido no teste rápido para sífilis, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, entre outras ações, o enfermeiro deve



- a) iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI.
- b) encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, para tratamento e acompanhamento.
- c) tratar a gestante e o companheiro com primeira dose de penicilina G benzatina 1 200 000 UI, por via intramuscular profunda.
- d) repetir duas vezes, em dias alternados, a realização do teste rápido para sífilis para confirmação do resultado.
- e) tratar a gestante com penicilina cristalina 2 400 000 UI, em dose única, e encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

Comentários

A **alternativa A** está correta. Deve-se iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI. Lembrando que a testagem para sífilis está preconizada na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre, no momento do parto ou em caso de aborto.

A **alternativa B** está incorreta. O pré-natal de alto risco só deve ser indicado caso a gestante fosse portadora de sífilis terciária. Os casos de sífilis terciária geralmente são sintomáticos, por isso a gestante estaria apresentando manifestações clínicas como: lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas. Na questão o enfermeiro relata que o exame físico não apresentava normalidades, portanto, não é um caso de sífilis terciária.

A **alternativa C** está incorreta. O tratamento para sífilis recente, primária e secundária e latente recente é com penicilina G benzatina, 2 400 000 UI e não com 1.200.000UI conforme afirmou a questão.

A **alternativa D** está incorreta. O tratamento para sífilis deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

A **alternativa E** está incorreta. O tratamento para sífilis recente, primária e secundária e latente recente é com penicilina G benzatina e não com penicilina cristalina. A penicilina cristalina só é utilizada nos casos de neurosífilis.

33- (COCP/ IFMT – 2019) As vulvovaginites representam uma das queixas mais frequentes em ginecologia, tendo no corrimento vaginal sua maior expressão clínica. De acordo com



os protocolos da atenção básica e com a atenção integral à saúde das mulheres na atenção básica, são afirmações corretas, EXCETO:

- a) A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras
- b) O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginose bacterianas e candidíase.
- c) A cervicite é o principal sintoma nas infecções por *Gardnerella vaginalis*, e, quando acompanhada de dor acentuada após o coito, pode ser indicativa de doença inflamatória pélvica (DIP).
- d) Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse.
- e) No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

Comentários

A **alternativa A** está correta. A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras

A **alternativa B** está correta. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginose bacterianas e candidíase. No tratamento de corrimento vaginal e cervicite as parcerias sexuais devem ser tratadas nos casos de infecção por Gonorreia e Clamídia e Tricomoníase. Vale ressaltar que a exceção para tratar o parceiro com candidíase é quando o parceiro apresenta a forma sintomática.

A **alternativa C** está incorreta. Portanto é o gabarito da questão. As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as



principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica.

A **alternativa D** está correta. Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse (hipersensibilidade ao álcool que ocasiona reações como náuseas e vômitos, e em casos mais graves depressão respiratória e arritmias cardíacas.

A **alternativa E** está correta. No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

34-(FEPESE/ Prof Videira-2018) Com relação ao corrimento vaginal e cervicite, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Infecção/Inflamação

1. Candidíase vulvovaginal
2. Tricomoníase
3. Vaginose bacteriana
4. Vaginose citolítica

Coluna 2: Sinais

- () A secreção vaginal é branca e grumosa.
- () A secreção vaginal é acinzentada e cremosa.
- () A secreção vaginal é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.



() O corrimento é branco e abundante, que piora na fase lútea.

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 2 • 3 • 4
- b) 1 • 3 • 2 • 4
- c) 2 • 3 • 4 • 1
- d) 3 • 2 • 1 • 4
- e) 4 • 3 • 2 • 1

Comentários

Afirmativa 1: As manifestações clínicas da Candidíase vulvovaginal são: Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; sem odor; prurido vaginal intenso; edema de vulva; hiperemia de mucosa; dispareunia de introito.

Afirmativa 2: As manifestações clínicas da Tricomoníase são: Secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida. Outros sintomas que podem ocorrer são: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em "framboesa", e com menos frequência pode ocorrer disúria.

Afirmativa 3: As manifestações clínicas da Vaginose bacteriana são: Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual, sem sintomas inflamatórios.

Afirmativa 4: As manifestações clínicas da Vaginose citolítica são: Prurido vaginal; queimação vaginal; dispareunia; disúria terminal e corrimento branco abundante (que piora na fase lútea).

Portanto, a sequência correta é 1 - 3 - 2 - 4.

Gabarito: **Alternativa B**

35- (FEPESE/Pref Florianópolis- 2019) Analise a frase abaixo:



O climatério ocorre habitualmente entre os _____anos. A menopausa, é a interrupção _____ da menstruação, sendo caracterizado por _____meses consecutivos de amenorreia.

Assinale a alternativa que completa corretamente as lacunas do texto.

- a) 40 e 65 • temporária • 6 meses
- b) 40 e 65 • permanente • 12 meses
- c) 45 e 65 • permanente • 12 meses
- d) 48 e 50 • permanente • 12 meses
- e) 50 e 65 • temporária • 6 meses

Comentários

A alternativa A está incorreta. Como vimos o climatério inicia por volta dos 40 anos e se estende até os 65 anos e menopausa é a interrupção permanente da menstruação, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade. Portanto, a alternativa que representa corretamente as descrições é a

Alternativa B.

36- (ADM&TEC/ Pref Major Isidoro- 2019) Leia as afirmativas a seguir:

I. A Política Nacional de Saúde da Mulher busca reduzir a mortalidade feminina por causas evitáveis.

II. A mamografia é um exame complexo que consiste em um raio-X do tórax e apenas permite descobrir o câncer quando o tumor já está em estágio bastante avançado.

III. Com relação ao câncer de mama, recomenda-se que a mulher, na faixa de 50 a 69 anos, além do exame clínico da mama anual, evite fazer uma mamografia a cada dois anos.



Marque a alternativa CORRETA:

- a) Nenhuma afirmativa está correta.
- b) Está correta a afirmativa I, apenas.
- c) Está correta a afirmativa II, apenas.
- d) Está correta a afirmativa III, apenas.
- e) Todas as afirmativas estão corretas.

Comentários

Afirmativa I: Correta. São objetivos gerais da Política Nacional de Saúde da Mulher: 1- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. 2- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. 3- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Afirmativa II: Incorreta. A mamografia é um exame radiológico da mama, realizado num mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a permitir a captação de melhores imagens, portanto, amplia-se a capacidade de diagnóstico. É o único exame utilizado no rastreamento que tem a capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama.

Afirmativa III: Incorreta. A mamografia deve ser recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

Portanto, está correta somente a alternativa I.

Gabarito da questão: **Alternativa B**



37- (COVEST-COPSET /UFPE- 2019) Acerca das enfermidades cardiovasculares é correto afirmar:

a) no tratamento da angina estável, são usados os betabloqueadores: eles reduzem a contratilidade miocárdica, aumentam a frequência cardíaca e a pressão arterial, diminuindo, assim, o consumo de oxigênio pelo miocárdio.

b) A angina estável é caracterizada por precordialgia típica, que é provocada por estresse emocional ou esforço físico. É aliviada com o uso de nitrato sublingual ou repouso, e dura geralmente de 2 a 5 minutos.

d) o ECG de repouso não é indicado no início da investigação, contudo ele afasta o diagnóstico, já que se encontra alterado em mais de 50%.

e) os testes não invasivos constituem os mais seguros e eficazes, são eles: coronariografia, angiografia quantitativa e ultrassonografia intravascular.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Os betabloqueadores diminuem a frequência cardíaca.

A **alternativa B** está correta. A angina estável é caracterizada por precordialgia típica, que é provocada por estresse emocional ou esforço físico. É aliviada com o uso de nitrato sublingual ou repouso, e dura geralmente de 2 a 5 minutos.

A **alternativa C** está incorreta. O ECG de repouso é indicado para investigar doenças que acometem o músculo do coração, sendo indicado ECG é indicado nos pacientes com suspeita de causa cardíaca para dor torácica.

A **alternativa D** está incorreta. Os exames listados na questão são métodos invasivos.

38- (IAUPE / Pref Recife-2018) O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das maiores causas de morte no Brasil e no mundo. Sobre IAM, é CORRETO afirmar que

a) a taxa de mortalidade geral do IAM tanto extra como intra-hospitalar ainda é muito alta, por volta de 50%, cerca de 30- 40% dos pacientes morrem antes do atendimento.



b) os IAM são causados por oclusões agudas nas coronárias epicárdicas; em 95% das vezes, a oclusão coronariana tem como causa a aterotrombose, formação de trombo sobre a placa de ateroma que sofreu a ruptura.

c) quanto aos sintomas, a dor do IAM irradia para baixo do umbigo e para os trapézios, podendo também irradiar para o epigástrico, membros superiores e pescoço.

d) no IAM, os exames solicitados para o diagnóstico são apenas marcadores de necrose miocárdica e RX de tórax.

e) quando é indicada a terapia de reperfusão, esta só pode ser realizada após 24 horas do evento. Existem duas estratégias de reperfusão: trombolíticas e angioplastia com balão.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. A maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença. Assim, a maior parte das mortes por IAM acontece fora do ambiente hospitalar. A modalidade mais frequente de parada cardiorrespiratória nas primeiras horas do IAM é a fibrilação ventricular.

A **alternativa B** está correta. O IAM é causado por oclusões agudas nas coronárias epicárdicas; em 95% das vezes, a oclusão coronariana tem como causa a aterotrombose, formação de trombo sobre a placa de ateroma que sofreu a ruptura.

A **alternativa C** está incorreta. Os sintomas mais comuns do IAM são: Dor aguda no peito, que perdura por mais de 20 minutos e pode se irradiar para pescoço, mandíbula, costas, braço ou ombro esquerdo

A **alternativa D** está incorreta. Os exames solicitados incluem Troponina, CK, CK-MB e ECG.

A **alternativa E** está incorreta. Caso a terapia trombolítica seja a indicada, só haverá sua efetivação se o tempo 1º contato médico-agulha < 30 min, ou seja, o hiato de tempo entre o atendimento/realização do ECG e o início da infusão do trombolítico deve ser o mais breve possível.



39- (CESPE/CEBRASPE/ Instituto Hospital Base do Distrito Federal – 2018) Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir.

No caso de administração de dois tipos de insulina na mesma seringa, pode-se associar a insulina intermediária com a insulina rápida, e a insulina intermediária com análogo de insulina ultrarrápida, para uso imediato após o preparo.

Certo

Errado

Comentários

Certo. Podemos associar a insulina NPH com uma insulina rápida (regular ou ultrarrápida). Essas podem ser aplicadas no mesmo momento, numa mesma seringa, desde que seguida a técnica correta. Somente as insulinas Glargina e Detemir não podem ser misturadas com nenhuma outra insulina na mesma seringa.

40- (CESPE/CEBRASPE/ Instituto Hospital Base do Distrito Federal – 2018) Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir.

Para o controle glicêmico em portadores de diabetes melito tipo 2, é recomendado que os pacientes sejam submetidos a testes de glicemia capilar pós-prandiais trinta minutos após a ingestão de alimentos no café da manhã, no almoço e no jantar.

Certo

Errado

Comentários

Errado. Os testes pós-prandiais devem ser feitos 2 horas após o café, do almoço e do jantar.

41- (CESPE/CEBRASPE/ Instituto Hospital Base do Distrito Federal – 2018) Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir.



Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir:

Em se tratando de crianças e adolescentes com diabetes melito, valores entre 60 mg/dL e 70 mg/dL obtidos em teste de glicemia capilar indicam risco de hipoglicemia grave.

Certo

Errado

Comentários

Certo. A hipoglicemia é caracterizada por níveis abaixo de 70mg/dL. Tais valores indicam **risco** de hipoglicemia grave.

42- (CESPE/CEBRASPE/ Instituto Hospital Base do Distrito Federal – 2018) Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir:

A ação da insulina de ação intermediária (NPH – neutral protamina Hagedorn) inicia-se entre 0,5 h e 1 h após a administração por via subcutânea, tem pico de ação entre 4 h e 10 h, e seu efeito dura entre 10 h e 18 h.

Certo

Errado

Comentários

Errado. A insulina NPH inicia a sua ação entre 1 e 3 horas após a aplicação SC. Além disso o pico de ação ocorre entre 5 e 8 horas.

43- (IADES/ SES-GO- 2019)Tipo de síndrome demencial que causa degeneração progressiva dos neurônios do cérebro e comprometimento das respectivas funções cognitivas, como memória, atenção, linguagem, orientação, percepção, raciocínio e pensamento, além de necessitar de cuidados paliativos, pois não tem cura.

A definição apresentada refere-se ao (à)

a) mal de Alzheimer



- b) síndrome de Guillain-Barré.
- c) síndrome de Cushing.
- d) síndrome de Creutzfeldt-Jakob.
- e) narcolepsia.

Comentários

A **alternativa A** está correta. A DA é um dos tipos mais comuns de demência, é considerada uma doença neurológica degenerativa progressiva e irreversível, que começa de modo insidioso e que se caracteriza por perdas graduais da função cognitiva (memória, atenção, linguagem, orientação, percepção, raciocínio e pensamento) e por distúrbios no comportamento e afeto.

A **alternativa B** está incorreta. A síndrome de Guillain-Barré pode ser desencadeada por uma infecção bacteriana ou viral aguda. Tem como sintomas fraqueza muscular ascendente: começam pelas pernas, podendo, em seguida, progredir ou afetar o tronco, braços e face, com redução ou ausência de reflexos

A **alternativa C** está incorreta. Os sinais e sintomas típicos da Síndrome de Cushing incluem face em lua e obesidade do tronco, hematoma fácil e pernas e braços finos.

A **alternativa D** está incorreta. A Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) é uma desordem cerebral degenerativa rara e fatal caracterizada por rápida neurodegeneração incapacitante, que provoca movimentos involuntários. Afeta um em cada milhão de habitantes por ano, geralmente começa entre 50 a 70 anos e 90% morrem em menos de um ano

A **alternativa E** está incorreta. Narcolepsia é um distúrbio do sono que causa sonolência excessiva.

44- (NUCEPE/ FMS – 2017) A doença de Alzheimer (DA) é uma das causas principais de morte entre idosos. Sobre essa doença, analise os itens abaixo:



I- É uma doença neurológica progressiva, irreversível e degenerativa que começa insidiosamente e é caracterizada por perdas graduais na função cognitiva e transtornos de comportamento e afeto.

II- Pode ser classificada em dois tipos: familiar (ou de origem precoce) e esporádica (ou de início tardio).

III- É um transtorno cerebral complexo, causado por uma combinação de fatores que podem incluir aspectos genéticos, alterações de neurotransmissores, alterações vasculares, hormônios de estresse, oscilações circadianas, traumatismo cranioencefálico e distúrbios convulsivos.

IV- O dano neuronal da DA ocorre principalmente no córtex cerebral e resulta em diminuição no tamanho do encéfalo.

Os itens CORRETOS são:

- a) I, II e III
- b) I, II, IV
- c) II, III e IV
- d) I, III e IV
- e) I, II, III e IV

Comentários

As afirmativas I. II. III. e IV estão corretas.

Gabarito: **Alternativa E**

45 - (CESPE/ CEBRASPE/ HUB -2018) A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) consiste no registro direto da pressão arterial durante doze horas, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono.

Certo



Errado

Comentários

Errado. O mapa consiste no registro direto da pressão arterial durante 24 horas.

46 - (CESPE/ CEBRASPE/ HUB -2018) Nas pseudocrises hipertensivas, a pressão arterial elevada pode ser consequência de outras situações clínicas, como quadros álgicos, ansiosos e vertiginosos. Nesse caso, os pacientes devem receber medicamentos sintomáticos e ser reavaliados posteriormente.

Certo

Errado

Comentários

Certo. Na pseudocrise hipertensiva, a elevação deve-se exclusivamente a um estresse físico ou psicológico (por exemplo: dor).

47 - (CESPE/ CEBRASPE/ EBSERH-2018) Um paciente de quarenta e cinco anos de idade apresentou, durante visita domiciliar do agente comunitário de saúde, pressão arterial registrada de 162 mmHg × 102 mmHg e foi rastreado como suspeito de ser hipertenso. Na consulta, a pressão arterial aferida, nos dois braços, foi de 175 mmHg × 105 mmHg (média de 3 medidas), e o paciente afirmou que esses eram os valores cotidianos de sua pressão arterial.

Acerca desse caso clínico, julgue o item a seguir.

De acordo com a classificação da pressão arterial medida no consultório, trata-se de um paciente com diagnóstico de hipertensão arterial no estágio 2.

Certo

Errado

Comentário



Certo. Segundo o Ministério da Saúde valores de PAS: de 160 a 179 mmHg e PAD: de 100 a 109 mmHg são referentes ao estágio 2 de hipertensão.

48 - (CESPE/ CEBRASPE/SEDF -2018) Tratando-se de urgência hipertensiva, é comum o aumento crítico da pressão arterial do paciente, com quadro clínico grave e com progressiva lesão de órgãos alvo, além de risco de morte. Nessa situação, exige-se a imediata redução da pressão arterial com medicamentos por via parenteral.

Certo

Errado

Comentário

Errado. O quadro clínico descrito pela banca é de Emergência hipertensiva e não de Urgência hipertensiva.

49 - (CESPE/ CEBRASPE/SEDF -2017) Em se tratando de emergência hipertensiva, embora haja aumento significativo da pressão arterial do paciente, a condição clínica é estável e não há comprometimento de órgão alvo. Nessa situação, a pressão arterial deve ser reduzida em até 24 horas, em geral com medicamentos administrados por via oral.

Certo

Errado

Comentário

Errado. Na emergência hipertensiva há comprometimento de órgão alvo. A banca descreveu a urgência hipertensiva.

50 - (CESPE/ CEBRASPE/STJ -2018) Mulher de trinta e nove anos de idade, hipertensa e diabética, internada na clínica médica de um hospital, recebe a seguinte medicação: insulina NPH 30 unidades pela manhã, enoxaparina 40 mg e solução fisiológica 0,9% intravenosa a 30 mL/h.



Considerando o caso clínico apresentado, julgue o item seguinte.

A insulina utilizada é da classe dos hipoglicemiantes e, nesse caso, pode ser administrada pelas vias subcutânea ou intramuscular.

Certo

Errado

Comentário

Errado. A via usual para aplicação de insulina é a subcutânea (SC) em casos específicos a insulina de ação rápida pode ser aplicada por via IM e por via endovenosa (EV).

51- (Prefeitura do RJ/ SMS-RJ-2019) Síndrome clínica caracterizada por crise de dor, queimação ou sensação de pressão na região do tórax. É causada por uma obstrução transitória das coronárias. A causa da dor é o fornecimento inadequado de sangue ao coração, resultando no suprimento insuficiente de oxigênio e de nutrientes para o miocárdio. Essa síndrome é:

- a) Infarto agudo do miocárdio
- b) Endocardite
- c) Angina pectoris
- d) Miocardite

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Pessoal, as características do infarto agudo do miocárdio e da angina são muito semelhantes e ambas se originam de um inadequado fluxo de sangue nas artérias coronárias. A diferença é que no IAM a alteração do fluxo ocasiona necrose do tecido miocárdico.

A **alternativa B** está incorreta. A endocardite é a inflamação do tecido que reveste o interior do coração. Geralmente, é provocada por uma infecção ocasionada por microorganismos, podendo causar febre e calafrios, fadiga, falta de ar, dores nos músculos e articulações, sudorese e tosse noturnas.



A **alternativa C** está correta. As características tem relação com a Angina.

A **alternativa D** está incorreta. Miocardite é a inflamação do miocárdio. (músculo responsável pela contração cardíaca). Esta inflamação provoca arritmias e insuficiência cardíaca, pode ter como sintomas: dispneia, edema e hepatomegalia.

52- (CESPE/ EBSERH- 2018) No que concerne a diabetes melito, julgue o item seguinte.

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Certo

Errado

Comentários.

Certo. O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

LISTA DE QUESTÕES

1- (SMS-RJ/ Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ – 2019) A gastrite é um distúrbio inflamatório da mucosa gástrica. Surge de forma súbita, podendo ser aguda, crônica ou mesmo evoluir para uma úlcera. As gastrites crônicas estão mais relacionadas com a presença da bactéria:

- a) Bordetella pertussis
- b) Helicobacter pylor
- c) Clostridium botulinum
- d) Enterococcus faecium

2- (COVEST-COPSET/UFPE-2019)A cirrose é uma condição crônica degenerativa, caracterizada pela substituição do tecido hepático funcional por fibrose. A doença é



responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade, hospitalizações consecutivas, absenteísmo no trabalho e maiores gastos sociais. A cirrose hepática é um problema de saúde pública e é a segunda causa de morte entre as doenças gastrointestinais. Com o avanço da doença, os pacientes podem enfrentar complicações associadas, tais como,

- a) Icterícia.
- b) Rubor.
- c) Nutrição calórica.
- d) Hiperglicemia.
- e) Perda da visão.

3- (AOCP/Prefeitura de Belém- 2018) Na diálise peritoneal, o peritônio (membrana que reveste o abdômen e os órgãos abdominais) funciona como um filtro permeável. Sobre as técnicas de diálise peritoneal, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

- 1. Diálise peritoneal manual intermitente.
- 2. Diálise peritoneal intermitente com ciclagem automatizada.
- 3. Diálise peritoneal contínua ambulatorial.
- 4. Diálise peritoneal contínua auxiliada por um dispositivo de ciclagem.

() O líquido é mantido no interior da cavidade abdominal durante intervalos extremamente longos. Comumente o líquido é drenado e repostado quatro a cinco vezes ao dia.

() Pode ser realizada em casa pelo próprio indivíduo, eliminando a necessidade de atenção constante de pessoal especializado. Um aparelho com relógio automático bombeia automaticamente o líquido e o drena da cavidade peritoneal.

() As bolsas que contêm o líquido são aquecidas até a temperatura corpórea. A seguir, o líquido é infundido no interior da cavidade peritoneal durante 10 minutos, sendo mantido na cavidade durante 60 a 90 minutos e, a seguir, ele é drenado durante um período de 10 a 20 minutos.



() Utiliza um dispositivo de ciclagem automática para realizar trocas curtas à noite, durante o sono, enquanto as trocas mais longas são realizadas durante o dia, sem o dispositivo de ciclagem.

a) 3 – 1 – 4 – 2.

b) 2 – 1 – 3 – 4.

c) 4 – 2 – 1 – 3.

d) 1 – 2 – 4 – 3.

e) 3 – 2 – 1 – 4.

4- (COVEST-COPSET/UFPE-2019) Acerca da assistência de enfermagem à pessoa idosa com incontinência esfinteriana, é correto afirmar que:

a) a incontinência de esforço é a queixa de qualquer perda involuntária da urina, causada por infecção do trato urinário, aumento da próstata e tumores pélvicos e de bexiga.

b) a incontinência por transbordamento é a queixa de qualquer perda involuntária de urina durante o esforço, exercícios, ao espirrar e tossir.

c) a incontinência funcional é causada por demências, incapacidade de uso independente do vaso sanitário ou do banheiro, sedação e medicamentos que prejudicam a cognição.

d) a incontinência fecal consiste na capacidade de controlar de forma involuntária a passagem das fezes, apesar de não haver alteração da inervação e da musculatura que diminuem os movimentos esfinterianos.

5-(CEBRASPE-CESPE/ HUB-2017) Para enfrentar a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, estabeleceu-se, desde o ano de 1996, o tratamento antirretroviral (TARV). A partir da introdução do TARV, houve um decréscimo na mortalidade anual associada à AIDS, ou seja, a doença tornou-se crônica, com a necessidade de reestruturação do cuidado direcionado às pessoas portadoras de HIV/AIDS. Acerca desse tema, julgue o próximo item.

A transmissão vertical do HIV/AIDS é um problema de saúde pública que pode ser evitado com a profilaxia no parto e puerpério. O uso de AZT no recém-nascido deve ser iniciado ainda na sala de parto.

Certo



Errado

6-(FEPESE/Pref Florianópolis-2019) Quanto ao sinais e sintomas apresentados por mulheres com corrimento vaginal ou cervicites, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Cervicites ou corrimento vaginal

1. Candidíase
2. Vaginose bacteriana

Coluna 2: Sinais e sintomas

- I- () Prurido vulvar
- II-() Teste do KOH negativo
- III-() Corrimento acinzentado
- IV-() Corrimento grumoso
- V-() Teste do KOH positivo

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 1 • 2 • 1 • 2
- b) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
- c) 1 • 2 • 2 • 1 • 2
- d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
- e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

7-(FCC/ALESE - 2018) A síndrome HELLP, uma emergência hipertensiva específica da gravidez, é caracterizada por

- a) pressão arterial diastólica maior ou igual a 100 mmHg, proteinúria e alta contagem de plaquetas.
- b) eritrocitose, dor torácica típica e síndrome de pânico associados à pressão arterial elevada.
- c) pressão arterial sistólica maior ou igual a 120 mmHg sem lesão de órgão-alvo e trombocitose.



d) hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas.

e) leucocitose, bradicardia fetal e enzimas cardíacas elevadas.

8-(CONSULPLAN/ Pref Sabará- 2017) O aborto é definido como a interrupção da gravidez até a 22ª semana ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm. Sobre a sintomatologia da ameaça do aborto, assinale a afirmativa correta.

a) O abortamento inevitável apresenta sinais de peritonite com secreções purulentas.

b) O abortamento incompleto apresenta pequena hemorragia mesclada a fragmentos do ovo e cólicas discretas.

c) O aborto retido revela morte fetal, habitualmente sem sangramento vaginal, sem cólicas e volume do útero menor que o correspondente à idade gestacional.

d) Na ameaça de aborto, a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la.

9-(FEPES/ SES SC- 2019) Relacione as colunas 1 e 2 abaixo, com relação aos sinais e sintomas de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e a Placenta Prévia (PP).

Coluna 1

1. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP).

2. Placenta Prévia (PP)

Coluna 2: Sinais e Sintomas

1-()Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável.

2-()Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável.



- 3-() Na fase inicial, ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina.
- 4-() O volume e tono uterinos estão normais e frequentemente a apresentação fetal é anômala.
- 5-() Pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire).

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 1 • 2 • 2 • 1
- b) 1 • 2 • 1 • 2 • 1
- c) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
- d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
- e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

10- (IADES/SES Distrito Federal -2018) A dor torácica pode ser classificada em quatro categorias com base nas respectivas características clínicas, independentemente dos exames complementares. Ao exame físico, o enfermeiro identifica a dor torácica como possivelmente associada à angina estável na presença de determinado(s) sintoma(s). Assinale a alternativa que indica esse(s) sintoma(s).

- a) Dor aguda pleurítica agravada pelas modificações na posição, com duração altamente variável.
- b) Dor muito intensa, lacerante, de início abrupto, na parte anterior do tórax, frequentemente se irradiando para o dorso.
- c) Pressão torácica retroesternal, queimação ou peso, irradiada ocasionalmente para pescoço, mandíbula, epigástrico, ombros ou braço esquerdo.
- d) Pressão torácica subesternal exacerbada pelo esforço.
- e) Desconforto em queimação em linha média.

11- (COVEST-COPSET/ UFPE- 2019) Sobre doenças cardiovasculares, analise as proposições a seguir.

- 1) A insuficiência cardíaca (IC) é a condição em que o coração é incapaz de garantir o débito cardíaco adequado.



2) A IC constitui uma condição clínica cada vez mais comum, respondendo por uma parcela considerável dos óbitos devido às doenças cardiovasculares e tornou-se relevante diante do envelhecimento populacional.

3) A IC apresenta duas alterações básicas: débito cardíaco insuficiente e síndrome congestiva.

4) São características da insuficiência ventricular esquerda: refluxo hepatojugular, sinal de Kussmaul, ascite e derrame pleural.

Estão corretas, apenas:

a) 1 e 2.

b) 1 e 3.

c) 2, 3 e 4.

d) 1, 2 e 4.

e) 1, 2 e 3.

12- (CESPE/CEBRASPE/ EBSERH-2018) Julgue o item seguinte:

Feito o diagnóstico de um quadro de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (STEMI), a anamnese de enfermagem pode identificar contraindicações absolutas ao uso de fibrinolíticos — ou trombolíticos — como: história prévia de acidente vascular encefálico hemorrágico, gastrite moderada a grave e hemofilia, entre outros.

a) Certo

b) Errado

13-(AOCPE/SES-PE/2018) A compreensão da estratificação do risco cardiovascular para classificação de um paciente é importante para definir estratégias de cuidado e prevenção. Existem vários escores de risco utilizados na prática clínica. A respeito dos escores de risco cardiovasculares, assinale a alternativa correta:

a) O escore de risco de Framingham estima a probabilidade de ocorrer infarto agudo do miocárdio ou morte por doença coronária.

b) O escore de risco de Reynolds não contempla a história familiar.



- c) O escore de risco de Framingham tem como diferencial a utilização da proteína C reativa.
- d) O escore de risco de Framingham contempla a história familiar da doença coronariana.
- e) O escore de risco de Reynolds não estima o risco de morte em 10 anos.

14- (CESPE/CEBRASPE-2018) Uma paciente, que foi submetida a tireoidectomia, dissecação e esvaziamento cervical com a remoção de linfonodos e platisma por neoplasia maligna de tireoide, encontra-se no primeiro dia de pós-operatório.

Julgue o item que se segue, acerca desse caso clínico.

A prescrição de analgésicos para esta paciente deve ter maior periodicidade, pois o hipotireoidismo reduz a duração do efeito analgésico.

Certo

Errado

15- (COVEST/UFPE -2019) Acerca das fraturas, assinale a alternativa correta.

- a) Uma fratura transversa ocorre em ângulo através do osso.
- b) Na fratura por avulsão, um fragmento de osso é puxado por um tendão e sua fixação, o que leva o tendão a se separar do osso.
- c) Uma fratura oblíqua é uma fratura que é reta através da diáfise óssea.
- d) Uma fratura de estresse é a que ocorre numa área de osso doente.

16- (COMPERVE/ SESAP-RN -2018) A osteoporose é a doença óssea mais prevalente no mundo. Compete à enfermeira identificar os pacientes com fatores de risco para a osteoporose e, para aqueles já diagnosticados, orientar sobre a doença e os cuidados. Nesse contexto, analise as recomendações abaixo.

I Orientar adolescentes com osteoporose e em uso de anticonvulsivantes a aumentar o consumo de cálcio e de fósforo e diminuir o consumo de vitamina C que interfere na absorção do anticonvulsivante. (Algumas doenças (p. ex., doença celíaca, hipogonadismo) e o uso de alguns medicamentos (p. ex., corticosteroides, anticonvulsivantes) podem afetar o metabolismo do osso)



II Orientar o paciente com fratura vertebral espontânea sobre as características da doença, o esquema de tratamento, as estratégias para o alívio da dor e a melhora na eliminação intestinal e a prevenção de fraturas adicionais.

III Orientar mulheres na menopausa ou na pós-menopausa a praticar exercícios de sustentação de peso, pelo menos 3 vezes por semana, uma vez que a formação do osso aumenta com o estresse do peso e a atividade muscular.

IV Orientar homens idosos sobre o fato de que a perda óssea ocorre devido à diminuição da testosterona e aumento do estrogênio, e que as causas das fraturas estão relacionadas à diminuição da mobilidade decorrente da própria idade.

Em relação aos pacientes com osteoporose, estão corretas as recomendações presentes nos itens

- a) II e III.
- b) III e IV.
- c) I e IV.
- d) I e II.

17- (MDS/Prefeitura de Bom Repouso- 2019) Quando é solicitado ao idoso falar três vezes os objetos que o profissional de saúde relatou, com um intervalo de 3 minutos e o idoso é incapaz de repetir, uma ação deve ser aplicada pelo profissional, sendo esta:

- a) MEEM – Mini exame de estado mental
- b) MEE – Mini exame de estado
- c) EE – Exame de estado
- d) ME – Mini exame

18- (FUNDATEC/IMESF- 2019) As ações da Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa estão previstas para serem desenvolvidas por cada profissional da equipe multiprofissional. Assinale a alternativa INCORRETA para as atribuições do enfermeiro.

- a) Realizar assistência domiciliar
- b) Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa a serviços de referências de alta complexidade, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento.



- c) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe.
- d) Orientar o idoso, os familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos.
- e) Realizar avaliação multidimensional e, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos estabelecidos pelo gestor municipal.

19- (IADES/ SMS-GO- 2019) Quedas são frequentes em pessoas idosas, mas podem ser evitadas com alguns cuidados. Geralmente, esses tombos provocam fraturas, traumatismo craniano, contusão muscular e, principalmente, o medo de cair novamente. Assinale a alternativa que apresenta uma medida para evitar que tais situações aconteçam e coloquem a qualidade de vida da pessoa idosa em questão.

- a) Usar tapetes soltos.
- b) Colocar o telefone em local acessível.
- c) Usar sapatos abertos com solados de borracha.
- d) Encerar a casa.
- e) Evitar tapete antiderrapante no banheiro.

20-- (IBADE/Prefeitura de Vilhena- 2019) Lesão com perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Marque a alternativa que caracteriza a classificação da lesão por pressão descrita.

- a) Lesão por pressão 1
- b) Lesão por pressão 2
- c) Lesão por pressão 3
- d) Lesão por pressão 4
- e) Lesão por pressão não classificável



21- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) Considerando o novo sistema de classificação de lesão por pressão, julgue o item seguinte.

Considera-se que todas as pessoas que se encontram internadas em serviços de saúde estão em risco no que se refere ao desenvolvimento de lesão por pressão.

Certo

Errado

22- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) A escala de Braden é um dos principais instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão e deve ser aplicada em pessoas com risco para desenvolvimento dessa lesão no momento da admissão para internação hospitalar e em intervalos regulares.

Certo

Errado

23- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) O estágio 1 da lesão por pressão é caracterizado por pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura, podendo as mudanças visuais serem precedidas de alteração de sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento).

Certo

Errado

24-(SMS-RJ/SMS-RJ-2018) Ascite, icterícia, fraqueza, perda de peso e febre baixa contínua caracterizam a patologia denominada:

- a) colelitíase
- b) hepatite viral
- c) colecistite
- d) cirrose hepática



25-(COSEAC / UFF- 2019) A ferramenta mais utilizada para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, a qual caracteriza o paciente em risco baixo, moderado, alto ou muito alto, é o(a):

- a) score de Framingham.
- b) escala de Braden.
- c) ferramenta de Huap.
- d) tabela de Glasgow.
- e) escala de Fugulin.

26- (FUNDEP /Prefeitura de Barão de Cocais - MG -2020) Durante o exame físico, o enfermeiro utiliza alguns testes para fazer a avaliação do paciente. Existe um teste indicado para avaliação abdominal, que é a pesquisa de sinal clínico indicativo de ascite. Trata-se de um impulso percebido por meio da transmissão pelo líquido acumulado no abdome, a partir de uma percussão em um dos flancos.

Esse teste é o:

- a) Sinal do Piparote
- b) Sinal de Blumberg
- c) Sinal de Kerning
- d) Sinal de Giordano

27- (CESPE/CEBRASPE/UFOP-2018) A discussão sobre a prestação de cuidados à saúde, aliada à segurança do paciente e à qualidade da assistência, tem recebido destaque nos últimos anos. A Lesão por Pressão, quando ocorrida após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, é reconhecida com um evento adverso potencialmente evitável e também considerada um marcador da qualidade da atenção à saúde. Assim, sobre esse tema, julgue o item a seguir:

Lesão por pressão Estágio 4 compreende perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbolo (lesão com bordas enroladas) estão presentes e não há exposição de fásia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.



Certo

Errado

28-(COTEC/Prefeitura de Lagoa Grande - MG -2019) A intolerância à lactose, também conhecida como deficiência de lactase, é a incapacidade que o corpo tem de digerir lactose – um tipo de açúcar encontrado no leite e outros produtos lácteos. A lactase é a responsável por decompor a lactose, um dissacarídeo, em unidades mais simples. É CORRETO afirmar que essa enzima é produzida no

- a) estômago.
- b) fígado.
- c) intestino grosso.
- d) intestino delgado.

29-(SMS-RJ/ Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ – 2019) O abdome é a região do tronco compreendida entre o diafragma, o músculo que o separa do tórax e a pelve. Para um exame sistematizado do abdome, utilizam-se técnicas instrumentais, obedecendo à sequência:

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

30- (CS-UFG /UFG- 2017) Mais de 90% dos pacientes com cálculo na vesícula biliar apresentam inflamação aguda da vesícula. Essa afecção provoca dor, hipersensibilidade e rigidez da parte superior do abdome que, geralmente, é acompanhada de náuseas e vômitos. A cirurgia realizada para a retirada da vesícula biliar é a

- a) colectomia.
- b) colecistectomia.
- c) colostomia.



d) coledocostomia.

31- (FAURGS/HCPA -2016) Chamamos de _____ a eliminação de fezes escuras, resultantes de sangue desnaturado. _____ é a coloração amarelada da pele e escleróticas. _____ é a transferência passiva de conteúdo gástrico para o esôfago e boca. _____ é a dificuldade para deglutir.

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas dos parágrafos acima.

- a) Melena – Refluxo – Icterícia – Hematêmese
- b) Hematêmese – Refluxo – Icterícia – Melena
- c) Melena – Icterícia – Refluxo – Disfagia
- d) Refluxo – Icterícia – Melena – Hematêmese
- e) Disfagia – Icterícia – Refluxo – Melena

32- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Para responder a questão, considere o relato a seguir.

Em 20.06.2018, após ter sua gravidez confirmada, A.A., 37 anos, casada, compareceu à USF para a primeira consulta de pré-natal. Ao realizar o histórico de enfermagem, o enfermeiro foi informado que o primeiro dia da sua última menstruação fora 29.01.2018 e que seus ciclos menstruais eram regulares, a cada 28 dias. A gestante afirmou que era imigrante de um país da América do Sul, havia chegado ao município há cerca de 30 dias e que, ao entrar no Brasil em dezembro de 2017, havia recebido a vacina contra o sarampo, desconhecendo ter recebido qualquer outra vacina em seu país de origem. Ao exame físico, o enfermeiro não observou anormalidades. Após realização dos testes rápidos, o enfermeiro constatou que o resultado era reagente para sífilis e não reagente para o HIV. Questionada, a gestante informou desconhecer ser portadora de sífilis e nunca ter sido tratada para essa doença.

Frente ao resultado obtido no teste rápido para sífilis, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, entre outras ações, o enfermeiro deve

- a) iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI.
- b) encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, para tratamento e acompanhamento.



c) tratar a gestante e o companheiro com primeira dose de penicilina G benzatina 1 200 000 UI, por via intramuscular profunda.

d) repetir duas vezes, em dias alternados, a realização do teste rápido para sífilis para confirmação do resultado.

e) tratar a gestante com penicilina cristalina 2 400 000 UI, em dose única, e encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

33- (COCP/ IFMT – 2019) As vulvovaginites representam uma das queixas mais frequentes em ginecologia, tendo no corrimento vaginal sua maior expressão clínica. De acordo com os protocolos da atenção básica e com a atenção integral à saúde das mulheres na atenção básica, são afirmações corretas, EXCETO:

a) A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras

b) O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginose bacterianas e candidíase.

c) A cervicite é o principal sintoma nas infecções por Gardnerella vaginalis, e, quando acompanhada de dor acentuada após o coito, pode ser indicativa de doença inflamatória pélvica (DIP).

d) Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse.

e) No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

34-(FEPESE/ Pref Videira-2018) Com relação ao corrimento vaginal e cervicite, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Infecção/Inflamação

1. Candidíase vulvovaginal



2. Tricomoniíase
3. Vaginose bacteriana
4. Vaginose citolítica

Coluna 2: Sinais

- () A secreção vaginal é branca e grumosa.
- () A secreção vaginal é acinzentada e cremosa.
- () A secreção vaginal é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.
- () O corrimento é branco e abundante, que piora na fase lútea.

Assinale a alternativa que indica a sequência correta, de cima para baixo.

- a) 1 • 2 • 3 • 4
- b) 1 • 3 • 2 • 4
- c) 2 • 3 • 4 • 1
- d) 3 • 2 • 1 • 4
- e) 4 • 3 • 2 • 1

35- (FEPESE/Pref Florianópolis- 2019) Analise a frase abaixo:

O climatério ocorre habitualmente entre os _____ anos. A menopausa, é a interrupção _____ da menstruação, sendo caracterizado por _____ meses consecutivos de amenorreia.

Assinale a alternativa que completa corretamente as lacunas do texto.



- a) 40 e 65 • temporária • 6 meses
- b) 40 e 65 • permanente • 12 meses
- c) 45 e 65 • permanente • 12 meses
- d) 48 e 50 • permanente • 12 meses
- e) 50 e 65 • temporária • 6 meses

36- (ADM&TEC/ Pref Major Isidoro- 2019) Leia as afirmativas a seguir:

I. A Política Nacional de Saúde da Mulher busca reduzir a mortalidade feminina por causas evitáveis.

II. A mamografia é um exame complexo que consiste em um raio-X do tórax e apenas permite descobrir o câncer quando o tumor já está em estágio bastante avançado.

III. Com relação ao câncer de mama, recomenda-se que a mulher, na faixa de 50 a 69 anos, além do exame clínico da mama anual, evite fazer uma mamografia a cada dois anos.

Marque a alternativa CORRETA:

- a) Nenhuma afirmativa está correta.
- b) Está correta a afirmativa I, apenas.
- c) Está correta a afirmativa II, apenas.
- d) Está correta a afirmativa III, apenas.
- e) Todas as afirmativas estão corretas.

37- (COVEST-COPSET /UFPE- 2019) Acerca das enfermidades cardiovasculares é correto afirmar:

a) no tratamento da angina estável, são usados os betabloqueadores: eles reduzem a contratilidade miocárdica, aumentam a frequência cardíaca e a pressão arterial, diminuindo, assim, o consumo de oxigênio pelo miocárdio.



b) A angina estável é caracterizada por precordialgia típica, que é provocada por estresse emocional ou esforço físico. É aliviada com o uso de nitrato sublingual ou repouso, e dura geralmente de 2 a 5 minutos.

d) o ECG de repouso não é indicado no início da investigação, contudo ele afasta o diagnóstico, já que se encontra alterado em mais de 50%.

e) os testes não invasivos constituem os mais seguros e eficazes, são eles: coronariografia, angiografia quantitativa e ultrassonografia intravascular.

38- (IAUPE / Pref Recife-2018) O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é uma das maiores causas de morte no Brasil e no mundo. Sobre IAM, é CORRETO afirmar que

a) a taxa de mortalidade geral do IAM tanto extra como intra-hospitalar ainda é muito alta, por volta de 50%, cerca de 30- 40% dos pacientes morrem antes do atendimento.

b) os IAM são causados por oclusões agudas nas coronárias epicárdicas; em 95% das vezes, a oclusão coronariana tem como causa a aterotrombose, formação de trombo sobre a placa de ateroma que sofreu a ruptura.

c) quanto aos sintomas, a dor do IAM irradia para baixo do umbigo e para os trapézios, podendo também irradiar para o epigástrio, membros superiores e pescoço.

d) no IAM, os exames solicitados para o diagnóstico são apenas marcadores de necrose miocárdica e RX de tórax.

e) quando é indicada a terapia de reperfusão, esta só pode ser realizada após 24 horas do evento. Existem duas estratégias de reperfusão: trombolíticas e angioplastia com balão.

39- (CESPE/CEBRASPE/ Instituto Hospital Base do Distrito Federal – 2018) Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir.

No caso de administração de dois tipos de insulina na mesma seringa, pode-se associar a insulina intermediária com a insulina rápida, e a insulina intermediária com análogo de insulina ultrarrápida, para uso imediato após o preparo.



Certo

Errado

40- (CESPE/CEBRASPE/ Instituto Hospital Base do Distrito Federal – 2018) Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir.

Para o controle glicêmico em portadores de diabetes melito tipo 2, é recomendado que os pacientes sejam submetidos a testes de glicemia capilar pós-prandiais trinta minutos após a ingestão de alimentos no café da manhã, no almoço e no jantar.

Certo

Errado

41- (CESPE/CEBRASPE/ Instituto Hospital Base do Distrito Federal – 2018) Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir.

Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir:

Em se tratando de crianças e adolescentes com diabetes melito, valores entre 60 mg/dL e 70 mg/dL obtidos em teste de glicemia capilar indicam risco de hipoglicemia grave.

Certo

Errado

42- (CESPE/CEBRASPE/ Instituto Hospital Base do Distrito Federal – 2018) Em relação à assistência de enfermagem ao paciente com disfunção endócrina, julgue o item a seguir:

A ação da insulina de ação intermediária (NPH – neutral protamina Hagedorn) inicia-se entre 0,5 h e 1 h após a administração por via subcutânea, tem pico de ação entre 4 h e 10 h, e seu efeito dura entre 10 h e 18 h.

Certo

Errado



43- (IADES/ SES-GO- 2019) Tipo de síndrome demencial que causa degeneração progressiva dos neurônios do cérebro e comprometimento das respectivas funções cognitivas, como memória, atenção, linguagem, orientação, percepção, raciocínio e pensamento, além de necessitar de cuidados paliativos, pois não tem cura.

A definição apresentada refere-se ao (à)

- a) mal de Alzheimer
- b) síndrome de Guillain-Barré.
- c) síndrome de Cushing.
- d) síndrome de Creutzfeldt-Jakob.
- e) narcolepsia.

44- (NUCEPE/ FMS – 2017) A doença de Alzheimer (DA) é uma das causas principais de morte entre idosos. Sobre essa doença, analise os itens abaixo:

I- É uma doença neurológica progressiva, irreversível e degenerativa que começa insidiosamente e é caracterizada por perdas graduais na função cognitiva e transtornos de comportamento e afeto.

II- Pode ser classificada em dois tipos: familiar (ou de origem precoce) e esporádica (ou de início tardio).

III- É um transtorno cerebral complexo, causado por uma combinação de fatores que podem incluir aspectos genéticos, alterações de neurotransmissores, alterações vasculares, hormônios de estresse, oscilações circadianas, traumatismo cranioencefálico e distúrbios convulsivos.

IV- O dano neuronal da DA ocorre principalmente no córtex cerebral e resulta em diminuição no tamanho do encéfalo.

Os itens CORRETOS são:

- a) I, II e III



- b) I, II, IV
- c) II, III e IV
- d) I, III e IV
- e) I, II, III e IV

45 - (CESPE/ CEBRASPE/ HUB -2018) A monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) consiste no registro direto da pressão arterial durante doze horas, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais durante os períodos de vigília e sono.

Certo

Errado

46 - (CESPE/ CEBRASPE/ HUB -2018) Nas pseudocrises hipertensivas, a pressão arterial elevada pode ser consequência de outras situações clínicas, como quadros algícos, ansiosos e vertiginosos. Nesse caso, os pacientes devem receber medicamentos sintomáticos e ser reavaliados posteriormente.

Certo

Errado

47 - (CESPE/ CEBRASPE/ EBSEH-2018) Um paciente de quarenta e cinco anos de idade apresentou, durante visita domiciliar do agente comunitário de saúde, pressão arterial registrada de 162 mmHg × 102 mmHg e foi rastreado como suspeito de ser hipertenso. Na consulta, a pressão arterial aferida, nos dois braços, foi de 175 mmHg × 105 mmHg (média de 3 medidas), e o paciente afirmou que esses eram os valores cotidianos de sua pressão arterial.

Acerca desse caso clínico, julgue o item a seguir.

De acordo com a classificação da pressão arterial medida no consultório, trata-se de um paciente com diagnóstico de hipertensão arterial no estágio 2.

Certo



Errado

48 - (CESPE/ CEBRASPE/SEDF -2018) Tratando-se de urgência hipertensiva, é comum o aumento crítico da pressão arterial do paciente, com quadro clínico grave e com progressiva lesão de órgãos alvo, além de risco de morte. Nessa situação, exige-se a imediata redução da pressão arterial com medicamentos por via parenteral.

Certo

Errado

49 - (CESPE/ CEBRASPE/SEDF -2017) Em se tratando de emergência hipertensiva, embora haja aumento significativo da pressão arterial do paciente, a condição clínica é estável e não há comprometimento de órgão alvo. Nessa situação, a pressão arterial deve ser reduzida em até 24 horas, em geral com medicamentos administrados por via oral.

Certo

Errado

50 - (CESPE/ CEBRASPE/STJ -2018) Mulher de trinta e nove anos de idade, hipertensa e diabética, internada na clínica médica de um hospital, recebe a seguinte medicação: insulina NPH 30 unidades pela manhã, enoxaparina 40 mg e solução fisiológica 0,9% intravenosa a 30 mL/h.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue o item seguinte.

A insulina utilizada é da classe dos hipoglicemiantes e, nesse caso, pode ser administrada pelas vias subcutânea ou intramuscular.

Certo

Errado

51- (Prefeitura do RJ/ SMS-RJ-2019) Síndrome clínica caracterizada por crise de dor, queimação ou sensação de pressão na região do tórax. É causada por uma obstrução

216



transitória das coronárias. A causa da dor é o fornecimento inadequado de sangue ao coração, resultando no suprimento insuficiente de oxigênio e de nutrientes para o miocárdio. Essa síndrome é:

- a) Infarto agudo do miocárdio
- b) Endocardite
- c) Angina pectoris
- d) Miocardite

52- (CESPE/ EBSERH- 2018) No que concerne a diabetes melito, julgue o item seguinte.

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Certo

Errado

GABARITO

- | | |
|----------|------------|
| 1. A | 7. D |
| 2. A | 8. E |
| 3. E | 9. B |
| 4. C | 10. C |
| 5. Certo | 11. E |
| 6. A | 12. Errado |



- | | |
|------------|------------|
| 13. A | 33. C |
| 14. Errado | 34. B |
| 15. B | 35. B |
| 16. A | 36. B |
| 17. A | 37. B |
| 18. B | 38. B |
| 19. B | 39. Certo |
| 20. D | 40. Errado |
| 21. Errado | 41. Certo |
| 22. Errado | 42. Errado |
| 23. Certo | 43. A |
| 24. D | 44. E |
| 25. B | 45. Errado |
| 26. A | 46. Certo |
| 27. Errado | 47. Certo |
| 28. D | 48. Errado |
| 29. C | 49. Errado |
| 30. B | 50. Errado |
| 31. C | 51. C |
| 32. A | 52. Certo |



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.