

Hospital de Clínicas da Unicamp do Estado de São Paulo

HC-UNICAMP

Técnico de Enfermagem

AB085-19



Todos os direitos autorais desta obra são protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/12/1998.
Proibida a reprodução, total ou parcialmente, sem autorização prévia expressa por escrito da editora e do autor. Se você conhece algum caso de "pirataria" de nossos materiais, denuncie pelo sac@novaconcursos.com.br.

OBRA

Hospital de Clínicas da Unicamp do Estado de São Paulo

Técnico de Enfermagem

Edital Nº 004/2019

AUTORES

Conhecimentos Específicos - Prof^ª Ana Luisa M. da Costa Lacida

Referências Bibliográficas - Prof^ª Ana Maria B. Quiqueto

PRODUÇÃO EDITORIAL/REVISÃO

Elaine Cristina

Érica Duarte

Leando Filho

Karina Fávaro

DIAGRAMAÇÃO

Elaine Cristina

Thais Regis

Danna Silva

CAPA

Joel Ferreira dos Santos



www.novaconcursos.com.br

sac@novaconcursos.com.br

SUMÁRIO

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Suporte básico e avançado de vida, rápido reconhecimento das situações de gravidade; Intervenção precoce e a manutenção da estabilidade circulatória e respiratória por meio das manobras de reanimação;.....	01
Melhores práticas e recomendações para atuação da enfermagem no período perioperatório e no Centro de Material;.....	09
Soluções que promovem a segurança dos pacientes e a melhora da qualidade do cuidado prestado nos estabelecimentos de saúde;.....	24
Cuidados de enfermagem em situações clínicas, cirúrgicas, de urgência/emergência e pediátricas;	61
Atenção às pessoas com infecções;.....	89
Cuidados e prevenção das lesões de pele;.....	112
Cuidados na administração de medicamentos;.....	113
Legislação do Exercício Profissional. Valores e princípios éticos do exercício profissional;.....	120
Medidas para proteger a saúde e segurança dos trabalhadores de saúde;.....	129
Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;.....	130
Assistência de Enfermagem na saúde reprodutiva da mulher, parto, aborto, puerpério, climatério, situações de violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis; Assistência de enfermagem a mulher acometida por doenças onco-ginecológicas e onco-mamárias nas diferentes fases: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; Assistência de enfermagem ao recém-nascido de alto e de baixo risco, reanimação neonatal em sala de parto, e assistência de enfermagem no aleitamento materno. Atenção ao recém-nascido de baixo peso.	145

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American heart association - AHA. Destaques da American Heart Association 2018 -Atualização das Diretrizes da RCP e ACE. 2018.....	01
Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – SOBECC – 7 ed. São Paulo: 2017.....	01
Brasil. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2017.	02
Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2009.....	02
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 2017. (Volume único- recurso eletrônico). 2 ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.....	03
COREN-SP Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. – São Paulo: COREN-SP, 2017.....	03
COREN-SP. Livreto sobre a NR-32.....	03
COREN-SP. Código de ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem 2018.	03
Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017- 2018- São Paulo : Editora Clannad, 2017.	03
Domansky RC, Borges EL. Manual para prevenção de lesões de pele–recomendações baseadas em evidências. 2ed, 2014.....	04
Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara.....	04
Koogan, 2015. 12. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.....	09

SUMÁRIO

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.	10
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Brasília, 2013.....	10
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. Brasília, 2012.....	10
Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. Rio de Janeiro, 2008.....	10
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 60.....	10

ÍNDICE

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS – TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Suporte básico e avançado de vida, rápido reconhecimento das situações de gravidade; Intervenção precoce e a manutenção da estabilidade circulatória e respiratória por meio das manobras de reanimação;.....	01
Melhores práticas e recomendações para atuação da enfermagem no período perioperatório e no Centro de Material;	09
Soluções que promovem a segurança dos pacientes e a melhora da qualidade do cuidado prestado nos estabelecimentos de saúde;.....	24
Cuidados de enfermagem em situações clínicas, cirúrgicas, de urgência/emergência e pediátricas;	61
Atenção às pessoas com infecções;.....	89
Cuidados e prevenção das lesões de pele;.....	112
Cuidados na administração de medicamentos;.....	113
Legislação do Exercício Profissional. Valores e princípios éticos do exercício profissional;.....	120
Medidas para proteger a saúde e segurança dos trabalhadores de saúde;.....	129
Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde;.....	130
Assistência de Enfermagem na saúde reprodutiva da mulher, parto, aborto, puerpério, climatério, situações de violência sexual e doenças sexualmente transmissíveis; Assistência de enfermagem a mulher acometida por doenças onco-ginecológicas e onco-mamárias nas diferentes fases: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; Assistência de enfermagem ao recém-nascido de alto e de baixo risco, reanimação neonatal em sala de parto, e assistência de enfermagem no aleitamento materno. Atenção ao recém-nascido de baixo peso.....	145

SUPOORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA, RÁPIDO RECONHECIMENTO DAS SITUAÇÕES DE GRAVIDADE; INTERVENÇÃO PRECOCE E A MANUTENÇÃO DA ESTABILIDADE CIRCULATÓRIA E RESPIRATÓRIA POR MEIO DAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO;

1. Cuidando do cliente com agravos cardiovasculares em urgência e emergência

1.1. Arritmias cardíacas

As arritmias são distúrbios na geração, condução e/ou propagação do impulso elétrico no coração, podendo representar risco iminente de morte quando associada a agravos como insuficiência cardíaca congestiva (ICC), tromboembolismo e choque cardiogênico.

Podem ser espontâneas, denominadas primárias, ou secundárias quando vinculadas a outras patologias de base como infarto agudo do miocárdio. A incidência de arritmias é maior em adultos, relacionadas ou não a outras patologias. Em crianças, a grande maioria das arritmias tem característica secundária a patologias de base, pós-operatórias de cirurgia cardíaca, distúrbios metabólicos, hipoxemia e choque.

A eletrofisiologia cardíaca envolve todo o processo de ativação elétrica do coração, destacando-se os potenciais de ação cardíacos, a condução de ação desses potenciais ao longo dos tecidos condutores especializados, a excitabilidade e os períodos refratários, os efeitos moduladores do sistema autônomo sobre a frequência cardíaca e velocidade de condução sobre a excitabilidade.

Para que o coração funcione como bomba é necessário que os ventrículos sejam eletricamente ativados. No músculo cardíaco, a ativação elétrica é o potencial de ação do coração, que normalmente se origina no nó sinoatrial (SA), também denominado de nó sinusal, localizado no átrio direito. A seguir, é conduzido ao miocárdio em uma sequência, pois os átrios devem ser ativados à contração antes dos ventrículos, a partir do ápice em direção à base para a eficiente ejeção do sangue.

O coração consiste em dois tipos de células musculares, que são as contráteis, que compõem a maioria das células dos átrios e ventrículos levando à contração, gerando força e pressão no coração; e as condutoras, que compreendem os tecidos do nó sinoatrial, as vias internodais dos átrios, o nó atrioventricular (AV), o feixe de His e o sistema de Purkinje, que têm por objetivo propagar rapidamente o potencial de ação por todo o miocárdio.

O impulso elétrico, que normalmente se inicia no nó sinusal e se propaga pelas vias internodais, atinge os átrios direito e esquerdo e, simultaneamente, o nó atrioventricular, com velocidade de ação diminuída.

A condução lenta assegura que os ventrículos tenham tempo suficiente para se encherem de sangue antes de sua ativação e contração.

A partir do nó AV, o potencial de ação avança pelo sistema de condução ventricular, que se inicia no feixe de His, ramos esquerdos (RE) e direito (RD) dos feixes

menores do sistema de Purkinje. A condução pelo sistema His-Purkinje é muito rápida e distribui o potencial de ação aos ventrículos, permitindo a contração e ejeção eficiente do sangue caracterizando o ato mecânico da bomba cardíaca.

O eletrocardiograma (ECG) é um registro da ativação elétrica do coração.

Para que a corrente elétrica faça todo o percurso intracardiaco, cargas positivas e negativas estão contidas dentro das células especializadas do coração. Quando em repouso, o lado de fora da célula é positivo e o de dentro negativo, processo este denominado estado balanceado ou polarizado.

Ao ocorrer o estímulo destas células, sua polaridade é invertida, ou seja, positiva dentro e negativa fora, ocorrendo assim a despolarização, que reflete o fluxo de uma corrente elétrica para todas as células ao longo das vias de condução, retornando posteriormente ao seu estado original em repouso, estado este denominado de repolarização.

As propriedades das células miocárdicas, que permitem estes eventos levando à contração do músculo cardíaco, são a automaticidade ou capacidade de iniciar um impulso elétrico, a excitabilidade ou capacidade em responder a um impulso, condutividade ou capacidade de transmitir um impulso e, contratilidade ou capacidade de responder a ação de bomba cardíaca. Essas propriedades determinam a atividade elétrica do coração.

É importante que você saiba que o ECG é um galvanômetro que mede pequenas intensidades de corrente elétrica a partir de dois eletrodos dispostos no corpo, registrando a atividade elétrica cardíaca em um gráfico. As ondas originárias dessa atividade elétrica são designadas pelas letras P-Q-R-S-T.

Como as forças elétricas geradas pelo coração se espalham simultaneamente em várias direções, as ondas podem ser captadas em diferentes planos do órgão. Há três derivações dos membros denominadas bipolares I-II-III, três derivações dos membros tipo unipolares, que são AVR-AVLAVF, e seis derivações ventriculares do tipo unipolares, que são V1-V2-V3-V4-V5-V6 captadas ao longo da parede torácica. A cada uma destas derivações é atribuída uma função, como você pode ver :

Onda P: atividade elétrica que percorre os átrios;

Intervalo P-R: intervalo de tempo entre o início da despolarização atrial até o início da despolarização ventricular;

Complexo Ventricular QRS: despolarização dos ventrículos;

Onda Q: despolarização septal;

Onda R: despolarização ventricular;

Onda S: despolarização da região basal posterior do ventrículo E;

Onda T: repolarização dos ventrículos;

Segmento S-T: período de inatividade elétrica depois de o miocárdio estar despolarizado;

Intervalo Q-T: tempo necessário para despolarização e repolarização dos ventrículos.

É importante que você fique atento à instalação correta dos eletrodos e cabos do ECG, conforme abaixo, para um diagnóstico correto e o atendimento eficaz.

Localização das derivações precordiais (unipolares):

V1: 4º espaço intercostal direito do esterno

V2: 4º espaço intercostal esquerdo do esterno

V3: a meia distância entre V2 e V4

V4: 5º espaço intercostal esquerdo a partir da linha média clavicular

V5: 5º espaço intercostal esquerdo a partir da linha média clavicular

V6: linha axilar média no mesmo nível de V4

As manifestações da frequência cardíaca muito alta ou muito baixa com distúrbio de ritmo são denominadas de taquiarritmias e brade arritmias, respectivamente, podendo ocasionar alteração de nível de consciência, síncope, palpitações, parada cardiorrespiratória e, em casos extremos, morte súbita.

Observe que, nesse caso, a arritmia está sendo classificada com base na frequência cardíaca e verificada em batimento por minuto (bpm).

Outra forma conhecida de classificação é por sua localização, podendo aparecer nos átrios ou nos ventrículos. Quando os focos ectópicos, também chamados de extrassístoles (batimentos extras), estão localizados nos átrios, temos as arritmias supraventriculares ou atriais, e quando os focos se localizam nos ventrículos, as arritmias são denominadas ventriculares.

1.2. Taquicardias ou taquiarritmias

As taquicardias ou taquiarritmias são aquelas que aceleram o músculo cardíaco com frequência cardíaca superior a 100 bpm. As manifestações mais graves estão associadas ao baixo débito como sudorese, palidez, hipotensão e perfusão inadequada, e a sintomas relacionados à insuficiência cardíaca ou coronariana como dispnéia e angina. Na presença desses fatores, as arritmias são denominadas instáveis.

É importante que você observe atentamente o traçado que está monitor cardíaco, associando aos sinais e sintomas, agilizando assim o atendimento à urgência.

As principais arritmias são taquicardia sinusal, arritmia sinusal e ritmos atriais não sinusal.

As taquicardias sinusais estão relacionadas ao aumento do tônus adrenérgico como nos casos de isquemias, insuficiência respiratória, hipertireoidismo, hipotensão arterial, efeitos de drogas como broncodilatadores, drogas ilícitas, febre, hipovolemia e outras. Considerada como sinal clínico e não como arritmia, não apresentada sintomatologia específica, devendo ser avaliada a condição clínica que desencadeou a taquicardia e, portanto, o tratamento direcionado a etiologia de base.

Na arritmia sinusal, encontramos morfologia da onda P, constante com intervalo P-P variável.

É importante destacar que essa arritmia sinaliza a gravidade de outras que poderão ser desencadeadas.

1.3. Bradicardia ou bradiarritmia

Possuem frequências cardíacas menores do que 100 bpm.

Incluem bradicardia sinusal e bloqueio átrio ventricular (AV) de 1º, 2º e 3º grau. O bloqueio AV de 3º grau, denominado bloqueio átrio ventricular total, é o mais grave de todos, porque nenhum dos impulsos atriais estimula o nódulo AV.

É comum o paciente apresentar síncope, desmaio ou insuficiência cardíaca súbita.

Na bradicardia sinusal, o ritmo sinusal apresenta frequência menor do que 60 bpm no adulto e menor de 80 bpm em crianças. As causas estão relacionadas ao aumento do tônus. Exemplos: drogas, isquemias, miocardites, hipotireoidismo, treinamento físico, entre outros.

O bloqueio AV de 3º grau – Bloqueio átrio ventricular total (BAVT) caracteriza-se pela não passagem de estímulos atriais aos ventrículos. A onda P não tem relação fixa com o complexo QRS. A frequência atrial é maior que a ventricular e o intervalo P-P é normal.

1.4. Ritmos ventriculares

Os ritmos ventriculares são considerados importantes por levarem a maior número de casos de morte súbita. Por esse motivo, é importante a sua atuação como técnico na identificação desses ritmos ventriculares.

A fibrilação ventricular (FV) é desencadeada por múltiplos focos ventriculares ectópicos, levando a uma contração caótica dos ventrículos. Cada foco ectópico dispara em diferente frequência, comprometendo a musculatura ventricular e interrompendo, de forma abrupta, o débito cardíaco.

A identificação é facilitada tanto no eletrocardiograma como no monitor cardíaco, porque não há padrão característico de traçado devido à irregularidade que apresenta. Trata-se de uma emergência pela perda da função cardiovascular, podendo ser consequência do uso de drogas, de situações de trauma, patologias cardiovasculares como síndromes isquêmicas, entre outras.

1.5. Fibrilação ventricular

A taquicardia ventricular (TV) pode aparecer de forma contínua, intermitente ou sustentada, sendo este último o mais grave. A frequência oscila entre 150 a 250 batimentos por minuto, com complexo QRS alargado e de morfologia bizarra, e pode ou não afetar a atividade atrial uma vez que está dissociada da atividade ventricular.

Denominamos de Torsades de Pointes a TV sustentada, de característica polimórfica, o que justifica ter, analisando as derivações eletrocardiográficas, polaridades diferentes nos complexos QRS separados por batimentos, de maneira intermediária, com duração maior que 30 minutos, independente da morfologia elétrica.

No flutter ventricular, o ritmo é intermediário entre a taquicardia ventricular e fibrilação ventricular de evolução rápida e comprometedor da manutenção da vida do paciente. Necessita de reversão rápida, evitando-se a deterioração do sistema cardiovascular, seguido por fibrilação ventricular e PCR. A frequência cardíaca oscila de 250 a 350 bpm.

1.6. Crise Hipertensiva

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) constitui um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Representa um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cere-

bral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (MS. Caderno de Atenção Básica nº 15, 2006).

A crise hipertensiva pode surgir em qualquer idade e representa o desencadeamento da hipertensão de causas variadas. Pode ser dividida em urgência hipertensiva e emergência hipertensiva.

A urgência hipertensiva é uma situação em que ocorre aumento da pressão arterial, atingindo valores na pressão arterial diastólica (PAD) > 110 mmHg e sistólica (PAS) > 180 mmHg, sem lesão aguda a órgãos-alvo, que são olhos, coração, rim e cérebro. Os níveis pressóricos podem ser reduzidos em até 24 horas.

Ao contrário, a emergência hipertensiva é uma situação que requer redução rápida da PA, no período máximo de uma hora. Representa risco imediato à vida devido a lesões de órgão alvo com complicações do tipo encefalopatia, infarto, angina instável, edema agudo de pulmão, acidente vascular encefálico isquêmico (Avei), acidente vascular encefálico hemorrágico (Aveh), dissecação de aorta e eclampsia. Geralmente, a PAD é maior que 130 mmHg e sintomas clínicos estão presentes, o que indica a necessidade de internação hospitalar, se possível em UTI, com início imediato de drogas anti-hipertensivas por via endovenosa. Faz-se necessário ressaltar que o nível absoluto da PA não deve ser o parâmetro mais importante de diagnóstico, mas sim a presença de lesões de órgão-alvo e as condições clínicas associadas.

Nas emergências hipertensivas, ocorre injúria vascular em virtude da falha no sistema autorregulatório que, mediante níveis tensionais elevados, provoca a vasoconstrição.

Essa falha propicia o aparecimento de lesões na parede vascular, iniciando-se pelo endotélio vascular, e permitindo que o material fibrinoide penetre na parede vascular levando ao estreitamento ou obliteração do lúmen vascular.

O quadro clínico, principalmente nas emergências hipertensivas, geralmente está associado a níveis tensionais elevados, presentes em pacientes portadores de hipertensão maligna de difícil controle e portadores de hipertensão renovascular, caracterizada pelo estreitamento de uma ou mais artérias renais.

O diagnóstico é fundamentado, documentando o aumento da pressão arterial, com sinais e sintomas relevantes que indicam ou não comprometimento de órgão alvo.

A avaliação clínica minuciosa com busca de alterações dos sistemas neurológico, cardiovascular, pulmonares e vasculares é imprescindível. Exames de imagem tais como eletrocardiograma, radiografia de tórax, fundoscopia (exame de fundo de olho) e exames laboratoriais (ureia, creatinina e demais eletrólitos, urina I) colaboram na investigação diagnóstica.

Várias são as condições clínicas que podem desencadear a crise hipertensiva. Nas emergências hipertensivas, destacam-se edema agudo de pulmão, uremia de qualquer causa, hemorragia cerebral, epilepsia, encefalites, ansiedade com hiperventilação, ingestão excessiva de

drogas, dissecação de aorta, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), feocromocitoma, eclampsia e algumas colagenosomas.

Para as urgências hipertensivas, destacam-se a hipertensão maligna, suspensão abrupta do tratamento com anti-hipertensivos, cirurgias com HAS grave no período pré, trans e pós-operatório de cirurgias gerais, e pós-transplante renal.

O princípio para o tratamento da crise hipertensiva difere quanto à urgência e à emergência. O principal objetivo é o controle da pressão, evitando-se lesões orgânicas agudas com sequelas irreversíveis.

Nas urgências hipertensivas são utilizadas drogas por via oral, de ação moderada, com intuito de reduzir a pressão arterial de forma gradual. Como orientação na alta, é feito o ajuste de dose da medicação ou para pacientes que não utilizam medicações, iniciar esquema medicamentoso com drogas de ação curta administradas por via oral em horários ao longo do dia. O paciente deve ser orientado a aferir a pressão arterial uma vez ao dia até o ajuste da dose.

Acidentes com animais peçonhentos: Determinar se a cobra é venenosa ou não; Determinação do local e circunstâncias; Monitorização de sinais vitais; Proceder a tratamento de suporte antes de proceder a aplicação de soro; Solicitar exames laboratoriais; Não usar gelo torniquete ou heparina; Raramente e indicada a limpeza cirúrgica; Observar o paciente nas primeiras 6h, constantemente;

1.7. Atuação do enfermeiro no suporte básico

Conhecer a sequência do atendimento, manter certo nível de tranquilidade para poder organizar as manobras de ventilação e circulação artificiais e reunir material e equipamentos necessários para este período são condições imprescindíveis para uma boa equipe de enfermagem, principalmente porque é ela que permanece o maior tempo em contato com o paciente e, na maioria das vezes, é quem detecta a PCR. Desta forma é recomendado reciclar a equipe de enfermagem na execução das manobras de suporte básico de vida. O enfermeiro deve fornecer treinamento a sua equipe a fim de capacitá-la a realizar procedimentos altamente técnicos em situações emergenciais, uma vez que é exigido tal preparo para um atendimento eficaz. O treinamento da equipe deve ter como prioridade a redução do tempo de atendimento com medidas que permitam atuação rápida e eficiente e sistematizada, porém cumprindo todas as etapas do atendimento. Para tanto não basta apenas fornecer orientações a equipe e sim um treinamento atualizado e contínuo que abranja toda assistência, pois o profissional que cuida de pacientes com maior complexidade deve estar capacitado para atuar com competência e segurança.

Como líder, é também função do enfermeiro coordenar a equipe e gerenciar a assistência prestada ao paciente, pois consequentemente ele exerce influência não somente na equipe de enfermagem como também em outros membros que integram o serviço. O enfermeiro exerce uma liderança fundamentada no conhecimento das habilidades características individuais e necessidades

dos membros da equipe de enfermagem. No ambiente hospitalar é desenvolvido pelo enfermeiro uma gerência mais orientada para as necessidades do serviço cumprindo assim normas e tarefas produzindo o que é preconizado pela organização e por outros profissionais, incluindo a equipe médica.

É função prioritária do enfermeiro prestar assistência ao paciente grave, porém sua função frente a uma reanimação cardiopulmonar é bem mais extensa que a simples assistência cabendo a ele dar suporte a equipe providenciando recursos materiais e treinamento continuado visando adequadas condições de atendimento pela equipe em qualquer âmbito hospitalar.

Também cabe ao enfermeiro a elaboração de escala diária de modo a escalar pelo menos 3 técnicos de enfermagem e um enfermeiro com funções previamente estabelecidas, considerando que o conhecimento prévio das atividades tende a otimizar o atendimento diminuindo assim o estresse da equipe, pois o atendimento da RCP deve transcorrer em ambiente tranquilo de forma que todos ouçam o comando do líder lembrando que a postura ética deve entremear as ações durante o atendimento de emergência.

O enfermeiro tem sua atuação juntamente com a equipe multiprofissional através de seu conhecimento científico, do trabalho sincronizado e organizado. No desempenho de suas atribuições a equipe de enfermagem desenvolve uma perfeita integração com a equipe médica, objetivando a padronização da prestação da assistência de qualidade otimizando as condições de recuperação do paciente. Uma vez que a enfermagem requer habilidade de liderança, faz-se necessário que o enfermeiro atue como líder a fim de administrar a dinâmica da equipe conforme terapêutica adotada, pois a liderança tem a finalidade de proporcionar um bom trabalho em equipe.

O enfermeiro além de coordenar sua equipe atua em compressões torácicas, monitorização, desfibrilação, controle de sinais vitais, realiza anotações referentes ao atendimento da PCR, cateterização vesical e nasogástrica, preparo do transporte do paciente, comunicação e supervisão da unidade que irá receber, reposição de materiais do carro de emergência e lacre do mesmo. Para tanto é necessário seu conhecimento sobre monitor, desfibrilador, cardioversor, marca-passo externo e farmacologia.

É responsável pela avaliação do espaço físico quanto a presença de eletricidade, rede de oxigênio, vácuo, tábua de massagem, macas, carro de emergência com desfibrilador, medicamentos de emergência entre outros equipamentos para tal atendimento. É também sua responsabilidade a elaboração de uma rotina de checagem de materiais quanto a datas de validade e de manutenção preventiva, teste do desfibrilador, controle do estoque mínimo de material e equipamento de proteção e lacre do carro de emergência vez que se faz presente uma situação emergencial como a PCR faz-se necessário o atendimento apropriado para tal situação. Sendo assim o enfermeiro tem como dever fornecer um arsenal terapêutico mínimo para

atendimento emergencial e educação continuada ao pessoal da enfermagem, visando otimizar a execução dos procedimentos emergenciais como:

- compressões-torácicas;
- ventilação;
- desfibrilação.

Entre estes procedimentos há uma maior complexidade na administração da desfibrilação, devido a esta dificuldade o enfermeiro deve orientar sua equipe quanto aos possíveis riscos que este procedimento pode trazer ao paciente visto que para ocorrer a cardioversão correta e necessária a quantidade adequada de pasta condutora nas pás, pressão e localização correta das pás no tórax lembrando que uma pá libera energia e a outra recebe, portanto é essencial a distância entre uma pá e outra para que a energia passe eficazmente pelo músculo miocárdio.

É também da competência do enfermeiro fazer várias reavaliações sucessivas durante a realização dos procedimentos citados acima e identificar diagnóstico de enfermagem. Após o atendimento o enfermeiro deve reunir-se com sua equipe a fim de avaliar a atuação da mesma ressaltando os pontos positivos e negativos devendo ser estes últimos citados nos próximos treinamentos, tendo a finalidade de alertar o pessoal para que diminua estas falhas posteriormente.

A equipe de enfermagem deve estar pronta para o formato de atendimento por fases que consistem em sete etapas: antecipação, entrada, ressuscitação, manutenção, notificação da família, transferência e avaliação crítica.

A fase da antecipação acontece antes da ocorrência da PCR e é fundamental para o bom encaminhamento das ações durante o atendimento. Nesta etapa, analisam-se os dados iniciais, reúne a equipe, determina-se o líder, delinham-se as responsabilidades, os equipamentos são preparados e checados e ocorre o posicionamento de cada membro da equipe. Na fase da entrada, o primeiro membro da equipe a checar responsabiliza-se pelo posicionamento da vítima no leito em decúbito dorsal horizontal e início do CABD primário, acionando a equipe e o carro de emergência, priorizando a chegada do desfibrilador.

“A divisão da equipe de enfermagem e suas atribuições é prerrogativa de enfermeiro e deve ser realizada respeitando-se a disponibilidade de recursos humanos da unidade”

1.7.1. Suporte básico de vida

Em uma situação de parada cardiorrespiratória fora da Unidade de Saúde devemos utilizar o Suporte Básico de Vida através de seus passos chamados de “CABD primário”, em que:

- **“C”** significa Checar se a vítima responde e se há respiração, Chamar por ajuda, Checar pulso, realizar Compressões (30 compressões);
- **“A”** significa Abertura de vias aéreas;
- **“B”** significa Boa ventilação (realizar 2 ventilações);
- **“D”** significa Desfibrilação.

ÍNDICE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American heart association - AHA. Destaques da American Heart Association 2018 -Atualização das Diretrizes da RCP e ACE. 2018.....	01
Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – SOBECC – 7 ed. São Paulo: 2017.....	01
Brasil. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Brasília: ANVISA, 2017.	02
Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. Brasília: ANVISA, 2009.....	02
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 2017. (Volume único- recurso eletrônico). 2 ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.....	03
COREN-SP Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento / Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. – São Paulo: COREN-SP, 2017.....	03
COREN-SP. Livreto sobre a NR-32.....	03
COREN-SP. Código de ética e Principais Legislações para o Exercício da Enfermagem 2018.	03
Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017- 2018- São Paulo : Editora Clannad, 2017.	03
Domansky RC, Borges EL. Manual para prevenção de lesões de pele–recomendações baseadas em evidências. 2ed, 2014.....	04
Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Tratado de Enfermagem Médico- Cirúrgica. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara.....	04
Koogan, 2015. 12. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.....	09
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.	10
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Brasília, 2013.....	10
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. Brasília, 2012.....	10
Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. Rio de Janeiro, 2008.....	10
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 60.....	10

AMERICAN HEART ASSOCIATION - AHA. DESTAQUES DA AMERICAN HEART ASSOCIATION 2018 -ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES DA RCP E ACE. 2018.

As Diretrizes da American Heart Association (AHA) 2015, propõe novas recomendações sobre a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE). Uma das alterações, foi a utilização de “Cadeias de Sobrevivência” distintas para pacientes que sofrem uma PCR no ambiente intra ou extra-hospitalar. Essa alteração aconteceu devido as diferenças existentes nos processos até que os pacientes sejam encaminhados à unidade de cuidados intensivos, onde serão fornecidos os cuidados pós-PCR.

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO - SOBECC. DIRETRIZES DE PRÁTICAS EM ENFERMAGEM CIRÚRGICA E PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA A SAÚDE – SOBECC – 7 ED. SÃO PAULO: 2017

Os primeiros trabalhos da SOBECC foram coordenados por um grupo de enfermeiros atuantes no Bloco Operatório da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção São Paulo (ABEn-SP). A motivação surgiu de preocupações em promover discussões acerca de temas relevantes à prática assistencial de Enfermagem perioperatória que pudessem contribuir para melhoria de qualidade e aplicação de conhecimentos científicos atualizados.

Em 1982, o grupo foi denominado Grupo de Estudos de Enfermagem em Centro Cirúrgico e Centro de Material (GECC), evoluindo, nove anos depois, para uma Sociedade. Como resultado do seu grande desempenho na promoção, sobretudo, do desenvolvimento técnico-científico, entre outras competências, a Sociedade adquiriu a representatividade desejada entre os profissionais de Enfermagem de Bloco Operatório e, em 2011, transformou-se em uma Associação, a SOBECC.

A correlação entre teoria e prática e a interação entre as áreas de assistência, ensino e pesquisa, metas defendidas e praticadas pela Associação, resultou em publicações científicas como a Revista SOBECC e as Práticas Recomendadas da SOBECC.

No ano de 2000, durante a gestão 1999-2001, a primeira edição das Práticas Recomendadas da SOBECC contou com a participação de enfermeiros associados de todo o Brasil. À medida que os serviços de assistência à saúde incorporam novas tecnologias, recursos e pro-

cessos, a SOBECC tem a preocupação de atualizar, constantemente, as recomendações direcionadas aos profissionais de Enfermagem de Bloco Operatório.

Assim, a segunda edição foi publicada em 2003 e lançada no 6º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, durante o qual a Associação assumiu o compromisso de revisar, atualizar e reeditar com regularidade esta importante literatura e fonte de consulta, coincidindo com os Congressos Brasileiros da SOBECC, realizados sempre em anos ímpares.

Seguindo esse compromisso, a terceira edição foi publicada em 2005; a quarta edição, em 2007; e a quinta edição, em 2009, durante o 7º, o 8º e o 9º Congressos, respectivamente. A quinta edição, já lançada no formato de livro e com cadastro como tal, teve necessidade de reformulação e atualização após quatro anos. Em 2013, a SOBECC lançou a sexta edição do livro, que contou com nova apresentação visual e conteúdo totalmente revisado, tendo a sua reimpressão em 2015.

Ao longo dos 26 anos de atuação, a Associação construiu uma trajetória de sucesso pautada no tripé: ética, responsabilidade e compromisso social. Hoje, a SOBECC é uma entidade de classe reconhecida em âmbito nacional e internacional, e segue inovando e implementando iniciativas para atender as demandas da área, visando sempre a melhoria contínua da Enfermagem Perioperatória.

Este ano, a SOBECC tem a satisfação de lançar a 7ª edição, que foi renomeada como Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – SOBECC – versão 2017, com novo projeto gráfico e inteiramente revisada, atualizada e reeditada.

Agradecemos imensamente a todos os enfermeiros especialistas, mestres e doutores que participaram da elaboração dessas importantes publicações ao longo desses 17 anos de recomendações. Nossa expectativa é que esta obra sirva de guia aos enfermeiros perioperatórios, como uma fonte segura para prestação do cuidado eficiente, eficaz e embasado na competência, a fim de alcançar a tão almejada qualidade assistencial e a segurança aos nossos clientes cirúrgicos. Mais ainda, que continue sendo fonte de consulta e referência na atualização de profissionais da saúde e de instituições, quer sejam nas áreas de assistência, ensino ou pesquisa.

Neste ano, a SOBECC apresenta a 7ª edição de suas práticas recomendadas durante o 13º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, que ocorrerá de 12 a 15 de setembro, em São Paulo. Este lançamento conta com um novo título: Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde – SOBECC – 7ª edição.

Esta obra é essencial aos enfermeiros que atuam em Centro de Material de Esterilização (CME), em Centro Cirúrgico (CC) e na Recuperação Pós-anestésica (RPA), sendo útil, também, a profissionais de saúde de outras áreas, incluindo os envolvidos nas esferas de ensino e

pesquisa, uma vez que traz informações que aprofundam o conhecimento da dor e como minimizar o sofrimento do paciente.

Desde sua última versão, o conteúdo passou por uma criteriosa revisão baseada em evidências científicas, consumadas por especialistas, mestres e doutores da área, resultando nesta impressionante publicação que o leitor tem em mãos.

Com esse método de revisão construtivo, a SOBECC tem como objetivo reforçar a necessidade de uniformidade na prestação dos cuidados ao paciente cirúrgico.

Fonte: <http://sobecc.org.br/texto/7>.

BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. BRASÍLIA: ANVISA, 2017.

Agencia Nacional de Vigilância Sanitária:

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, é responsável pela proteção da saúde da população, por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.

Pela publicação de resoluções e portarias, a ANVISA, dentre diversas atribuições, estabelece normas para políticas, diretrizes e ações de vigilância sanitária, e estabelece normas e padrões sobre limites de contaminantes, resíduos tóxicos, desinfetantes, metais pesados e outros que envolvam risco à saúde.

A legislação pode ser consultada pela internet, no sítio eletrônico da ANVISA, pelo link: <http://www.anvisa.gov.br/alimentos/legis/geral.htm>.

Além da ANVISA, a vigilância sanitária estadual e municipal também normatizam suas atividades com legislações específicas.

Algumas legislações são citadas a seguir:

- Resolução RDC nº 218, de 29 de julho de 2005, que dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos higiênico-sanitários para manipulação de alimentos e bebidas preparados com vegetais;
- Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004, que dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas para os serviços de alimentação;
- Resolução RDC nº 518, de 25 de março de 2004, que estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e à vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências;

- Resolução RDC nº 352, de 23 de dezembro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico de boas práticas de fabricação para estabelecimentos produtores/industrializadores de frutas e ou hortaliças em conserva e a lista de verificação das boas práticas de fabricação para estabelecimentos produtores/ industrializadores de frutas e ou hortaliças em conserva;
- Resolução RDC nº 275, de 21 de outubro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico de procedimentos operacionais padronizados aplicados aos estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos e a lista de verificação das boas práticas de fabricação em estabelecimentos produtores/industrializadores de alimentos;
- Resolução RDC nº 12, de 2 de janeiro de 2001, que aprova o regulamento técnico sobre padrões microbiológicos para alimentos;
- Resolução RDC nº 18, de 29 de fevereiro de 2000, que dispõe sobre normas gerais para funcionamento de empresas especializadas na prestação de serviços de controle de vetores e pragas urbanas;
- Portaria nº 2.616, de 12 de março de 1998, dispõe sobre as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares;
- Vigilância sanitária de São Paulo, Portaria SMS-G nº 1.210, de 2 de agosto de 2006, que aprova o Regulamento Técnico de Boas Práticas, que estabelece os critérios e parâmetros para a produção/fabricação, importação, manipulação, fracionamento, armazenamento, distribuição, venda para o consumo final e transporte de alimentos e bebidas;
- Vigilância sanitária de São Paulo, Portaria CVS nº 18, de 9 de setembro de 2008, aprova alteração do item 4 – Controle de Saúde dos Funcionários, do item 16 – Higiene Ambiental e do subitem 16.3 da Portaria CVS nº 06, de 10 de março de 1999, que dispõe sobre o regulamento técnico que estabelece os parâmetros e critérios para o controle higiênico-sanitário em estabelecimentos de alimentos.

Medidas de Prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. SEGURANÇA DO PACIENTE EM SERVIÇOS DE SAÚDE: HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS. BRASÍLIA: ANVISA, 2009.

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.
GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 2017.
(VOLUME ÚNICO- RECURSO) 2 ED. -
BRASILIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017**

Com o objetivo de divulgar dados, propiciar a análise da sua qualidade e o cálculo de indicadores por todos os usuários do sistema e outros interessados, a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS do Ministério da Saúde criou um site do Sinan que pode ser acessado pelo endereço www.saude.gov.br/svs - sistemas de informações ou www.saude.gov.br/sinanweb. Nessa página estão disponíveis:

- Relatórios gerenciais;
- Relatórios epidemiológicos por agravo;
- Documentação do sistema (Dicionários de dados - descrição dos campos das fichas e das características da variável correspondente nas bases de dados);
- Fichas de notificação e de investigação de cada agravo;
- Instrucionais para preenchimento das Fichas;
- Manuais de uso do sistema;
- Cadernos de análise da qualidade das bases de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais;
- Produção - acompanhamento do recebimento pelo Ministério da Saúde dos arquivos de transferência de cada UF;
- Base de dados - uso da ferramenta TabNet para tabulação de dados de casos confirmados notificados no Sinan a partir de 2001.

GUIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE 2017:

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

**COREN-SP USO SEGURO DE
MEDICAMENTOS: GUIA PARA PREPARO,
ADMINISTRAÇÃO E MONITORAMENTO /
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM
DE SÃO PAULO. – SÃO PAULO: COREN-SP,
2017.**

A questão da assistência segura relacionada a medicamentos tem sido um assunto central na temática da segurança do paciente, tendo em vista o elevado potencial de risco, a frequência, a gravidade e a recorrência de danos ao paciente.

Destaca-se, ainda, que grande parte dos processos assistenciais envolvem o uso de medicamentos. Incidentes relacionados a medicamentos (IRM) estão entre os

mais comuns nos serviços de saúde. Estes podem acarretar prejuízos ao paciente e familiares nos aspectos da saúde física, mental e social, comprometer a imagem e a confiabilidade da instituição e, ainda, implicar os profissionais em processos e ações ético-moral-legais.

Incidentes relacionados a medicamentos

Quando o IRM gera dano ao paciente é denominado de evento adverso. As estatísticas envolvendo IRM variam de acordo com os estudos. Segundo o Institute of Medicine, nos Estados Unidos da América (EUA), ocorre um erro de medicação por paciente hospitalizado, por dia. Ao ano são 1,5 milhão de eventos adversos e 7.000 mortes, devido a erros relacionados a medicamentos em pacientes hospitalizados.

No Reino Unido, entre 2005 e 2010, foram notificados no Sistema Nacional de Estudos e Relatos de Incidentes 5.437.999 incidentes envolvendo pacientes, destes quase 10%, 526.186 foram de IRM. Destes 439.318 não causaram dano ao paciente, 68.578 causaram danos leves, 17.421 causaram danos moderados, 555 causaram danos severos e 271 causaram a morte.

No Brasil, existem vários estudos sobre segurança do paciente com uso de medicamentos, porém relatam experiências pontuais e não possuem uma abrangência para o país, o que indica a necessidade de mais pesquisas nesta área.

COREN-SP. LIVRETO SOBRE A NR-32.

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

**COREN-SP. CÓDIGO DE ÉTICA E
PRINCIPAIS LEGISLAÇÕES PARA O
EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM 2018.**

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

**DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA
DE DIABETES 2017- 2018- SÃO PAULO :
EDITORA CLANNAD, 2017.**

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

DOMANSKY RC, BORGES EL. MANUAL PARA PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE—RECOMENDAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS. 2ED, 2014

O Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências 2ª Edição, Revisada e Ampliada consolida os temas abordados desde a primeira publicação e avança no trabalho de cuidado com o paciente. Assim, algumas mudanças significativas aconteceram da primeira para a segunda edição, pela preocupação em buscar novas evidências, atualizações e publicações sobre os assuntos propostos. Tudo isso com o intuito de fornecer as mais sólidas e recentes evidências para o embasamento de protocolos e, principalmente, o aperfeiçoamento da prática clínica, tornando essas informações o mais próximo possível da realidade. Algumas partes da primeira edição foram revistas e reposicionadas quando necessárias, contudo sempre com a costuma preocupação quanto ao enfoque em matéria de prevenção. Buscou-se, ainda, relatar as lesões causadas por umidade de maneira mais compreensível e de acordo com novos consensos. Além disso, esta nova edição ampliou seu conteúdo em dermatites associadas à incontinência, a fim de prevenir aquelas ligadas a fatores relacionados com a umidade.

SMELTZER SC, BARE BG, HINKLE JL, CHEEVER KH. TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA. 13 ED. RIO DE JANEIRO: GUANABARA

Para realizar um bom trabalho, o agente precisa:

- Conhecer o território ;
- Conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente;
- Ser ativo e ter iniciativa;
- Gostar de aprender coisas novas;
- Observar as pessoas, as coisas, os ambientes;
- Agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais.

A atuação do ACS valoriza questões culturais da comunidade, integrando o saber popular e o conhecimento técnico.

O agente deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde. Ao identificar ou tomar conhecimento da situação-problema, precisa conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-la(los) à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada.

Caso a situação-problema seja difícil de ser abordada ou não encontre abertura das pessoas para falar sobre o assunto, deve relatar a situação para a sua equipe.

Os diferentes aspectos de um problema deverão ser examinados cuidadosamente com as pessoas, para que sejam encontradas as melhores soluções.

O agente deve orientar ações de prevenção de doenças, promoção à saúde, entre outras estabelecidas pelo planejamento da equipe.

Todas as pessoas de sua comunidade deverão ser acompanhadas, principalmente aquelas em situação de risco.

Há situações em que será necessária a atuação de outros profissionais da equipe, sendo indicado o encaminhamento para a unidade de saúde.

O agente deverá comunicar à equipe quando:

- Identificar áreas e situações de risco individual e coletivo;
- Encaminhar as pessoas aos serviços de saúde sempre que necessário;
- Orientar as pessoas, de acordo com as instruções da equipe de saúde;
- Acompanhar a situação de saúde das pessoas, para ajudá-las a conseguir bons resultados.

Todas as ações são importantes e a soma delas qualifica seu trabalho. No entanto o agente deve compreender a importância da participação popular na construção da saúde, estimulando assim as pessoas da comunidade a participarem das discussões sobre sua saúde e o meio ambiente em que vivem, ajudando a promover a saúde e a construir ambientes saudáveis.

Situações de risco são aquelas em que uma pessoa ou grupo de pessoas "corre perigo", isto é, tem maior possibilidade ou chance de adoecer ou até mesmo de morrer. Todas as pessoas são responsáveis por sua saúde e de sua comunidade.

Alguns exemplos de situação de risco:

- Bebês que nascem com menos de dois quilos e meio;
- Crianças que estão desnutridas;
- Filhos de mães que fumam, bebem bebidas alcoólicas e usam drogas na gravidez;
- Gestantes que não fazem o pré-natal;
- Gestantes que fumam;
- Gestantes com diabetes e/ou pressão alta;
- Acamados;
- Pessoas que precisam de cuidadores, mas não possuem alguém que exerça essa função;
- Pessoas com deficiência que não têm acesso às ações e serviços de saúde, sejam estes de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação;
- Pessoas em situação de violência;
- Pessoas que estão com peso acima da média e vida sedentária com ou sem uso do tabaco ou do álcool.

É necessário considerar ainda condições que aumentam o risco de as pessoas adoecerem, por exemplo:

- Baixa renda;
- Desemprego;
- Acesso precário a bens e serviços: água, luz elétrica, transporte etc.;
- Falta de água tratada;

- Lixo armazenado em locais inadequados;
- Uso incorreto de venenos na lavoura;
- Poluição do ar ou da água;
- Esgoto a céu aberto;
- Falta de alimentação ou alimentação inadequada;
- Uso inadequado de medicamentos prescritos;
- Automedicação;
- Descontinuidade de tratamento.

A situação de risco pode ser agravada por obstáculos ou fatores que dificultam ou impedem as pessoas de terem acesso às unidades de saúde, como:

- Localização do serviço com barreiras geográficas ou distante da comunidade;
- Ausência de condições para acesso das pessoas com deficiência física: falta de espaço para cadeira de rodas, banheiros não adequados;
- Serviços de transporte urbano insuficientes;
- Horários e dias de atendimento restritos ou em desacordo com a disponibilidade da população;
- Capacidade de atendimento insuficiente;
- Burocratização no atendimento;
- Preconceitos raciais, religiosos, culturais, sociais, entre outros.

Haverá acessibilidade quando esse conjunto de fatores contribuir para o acesso do usuário aos serviços de saúde. Existem situações de risco que afetam a pessoa individualmente e, portanto, têm soluções individuais. Outras atingem um número maior de pessoas em uma mesma comunidade, o que irá exigir uma mobilização coletiva, por meio da participação da comunidade integrada às autoridades e serviços públicos.

Os Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e nacional) e as Conferências são espaços que permitem a participação democrática e organizada da comunidade na busca de soluções. É importante ressaltar que essa participação não deve restringir apenas aos Conselhos e Conferências, podendo se dar de outras formas – reunião das equipes de saúde com a comunidade e associação de moradores, caixas de sugestões, ouvidoria, disque-denúncia, entre outras. Risco é qualquer tipo de “perigo” para a saúde das pessoas.

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, o agente entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história. A sensibilidade/capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança é uma das habilidades mais importantes do agente.

Isso lhe ajudará a construir o vínculo necessário ao desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação. Muitas vezes o agente pode ser a melhor companhia de um idoso ou de uma pessoa deprimida sem extrapolar os limites de suas atribuições.

O agente pode orientar como trocar a fralda de um bebê e pode ser o amigo e conselheiro. A permissão de entrada em uma casa representa algo muito significativo, que envolve confiança no agente e merece todo o respeito. É o que poderia ser chamado de “procedimento de alta complexidade” ou pelo menos de “alta delicadeza”.

Entende-se por microáreas de risco aqueles espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e acidentes.

Por exemplo: área mais propensa à inundação, áreas próximas de barreiras ou encostas, áreas com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes e acidentes.

Nem sempre é fácil separar o lado pessoal do profissional e os limites da relação agente/família. Isso pode determinar ou reorganizar seu processo de trabalho e a forma como se vincula à família.

Recomenda-se que o agente estabeleça um bom vínculo com a família, mas saiba dissociar a sua relação pessoal do seu papel como agente comunitário de saúde.

Cada família tem uma dinâmica de vida própria e, com as modificações na estrutura familiar que vêm ocorrendo nos últimos tempos, fica cada vez mais difícil classificá-la num modelo único.

Essas particularidades – ou características próprias – fazem com que determinada conduta ou ação por parte dos agentes e equipe de saúde tenha efeitos diferentes ou atinjam de modo distinto, com maior ou menor intensidade, as diversas famílias assistidas.

O agente na sua função de orientar, monitorar, esclarecer e ouvir, passa a exercer também o papel de educador. Assim, é fundamental que sejam compreendidas as implicações que isso representa. Para ser bem-feita, a visita domiciliar deve ser planejada.

Ao planejar, utiliza-se melhor o tempo e respeita-se também o tempo das pessoas visitadas. Para auxiliar no dia a dia do seu trabalho, é importante que se tenha um roteiro de visita domiciliar, o que vai ajudar muito no acompanhamento das famílias da sua área de trabalho.

Também é recomendável definir o tempo de duração da visita, devendo ser adaptada à realidade do momento. A pessoa a ser visitada deve ser informada do motivo e da importância da visita.

Chamá-las sempre pelo nome demonstra respeito e interesse por elas. Visando um maior vínculo, é interessante combinar com a família o melhor horário para realização da visita para não atrapalhar os afazeres da casa.

Na primeira visita, é indispensável que você diga seu nome, fale do seu trabalho, o motivo da visita e sempre pergunte se pode ser recebido naquele momento. Para o desenvolvimento de um bom trabalho em equipe, é fundamental que tanto o agente quanto os demais profissionais aprendam a interagir com a comunidade, sem fazer julgamentos quanto à cultura, crenças religiosas, situação socioeconômica, etnia, orientação sexual, deficiência física etc.

Todos os membros da equipe devem respeitar as diferenças entre as pessoas, adotando uma postura de escuta, tolerância aos princípios e às distintas crenças e valores que não sejam os seus próprios, além de atitudes imparciais.

Após a realização da visita, deve-se verificar se o objetivo dela foi alcançado e se foram dadas e colhidas as informações necessárias. Enfim, o agente deve avaliar e corrigir possíveis falhas. Esse é um passo muito importante que possibilitará planejar as próximas visitas.

Da mesma forma, deve partilhar com o restante da equipe essa avaliação, expondo as eventuais dúvidas, os anseios, as dificuldades sentidas e os êxitos. Toda visita

deve ser realizada tendo como base o planejamento da equipe, pautado na identificação das necessidades de cada família.

Pode ser que seja identificada uma situação de risco e isso demandará a realização de outras visitas com maior frequência. É por meio da visita domiciliar e da sua inserção na comunidade que o agente vai compreendendo a forma de viver, os códigos, as crenças, enfim, a dinâmica de vida das famílias por ele acompanhadas.

A visita domiciliar requer, contudo, um saber-fazer que se aprende no cotidiano, mas pode e deve se basear em algumas condutas que demonstrem respeito, atenção, valorização, compromisso e ética.

Por meio da visita domiciliar, é possível:

- Identificar os moradores, por faixa etária, sexo e raça, ressaltando situações como gravidez, desnutrição, pessoas com deficiência etc.;
- Conhecer as condições de moradia e de seu entorno, de trabalho, os hábitos, as crenças e os costumes;
- Conhecer os principais problemas de saúde dos moradores da comunidade;
- Perceber quais as orientações que as pessoas mais precisam ter para cuidar melhor da sua saúde e melhorar sua qualidade de vida;
- Ajudar as pessoas a refletir sobre os hábitos prejudiciais à saúde;
- Identificar as famílias que necessitam de acompanhamento mais frequente ou especial; • Divulgar e explicar o funcionamento do serviço de saúde e quais as atividades disponíveis;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população do território de abrangência da unidade de saúde;
- Ensinar medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, como os cuidados de higiene com o corpo, no preparo dos alimentos, com a água de beber e com a casa, incluindo o seu entorno;
- Orientar a população quanto ao uso correto dos medicamentos e a verificação da validade deles;
- Alertar quanto aos cuidados especiais com puérperas, recém-nascidos, idosos, acamados e pessoas portadoras de deficiências;



EXERCÍCIO COMENTADO

1. Prefeitura de Serra Alta – SC- Agente Comunitário de Saúde – Médio – ALTERNATIVE- 2018

Acerca das atribuições do cargo de Agente Comunitário de Saúde, assinale V para Verdadeiro e F para Falso:

- () Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe.
- () Administrar medicamentos por via oral e parental.
- () Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados.
- () Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

() Executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas.

() Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco.

() Colher material para exames laboratorial.

() Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe.

Respectivamente temos:

- a) F-V-V-F-F-V-V-V
- b) F-V-F-F-V-V-F-F
- c) V-V-V-F-V-F-V-V
- d) V-V-V-F-V-F-V-V
- e) V-F-V-V-F-V-F-V

Resposta: Letra E. O Agente Comunitário de Saúde é o profissional responsável por atuar na promoção e prevenção na saúde. Atua na perspectiva de promoção, prevenção e proteção da saúde, orientando e acompanhando famílias e grupos em seus domicílios e os encaminhando aos serviços de saúde, realizar mapeamento e cadastramento de dados sociais, demográficos e de saúde, consolidando e analisando as informações obtidas, fazer programação, avaliação e reprogramação do plano de ação local de saúde, participar e mobilizar a população para as reuniões do conselho de saúde, identificando indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais, sensibilizando a comunidade para a convivência.

Informática

A Informática em Enfermagem é uma área de conhecimento com mais de 30 anos de aplicação e desenvolvimento. Porém, ainda é, para muitos profissionais em nossa realidade, um desafio, uma área desconhecida e um mistério a ser respeitado e temido. Para outros, representa grande perspectiva de atuação e crescimento, utilizando seus recursos e produtos, quer seja como auxílio para o dia-a-dia na prática e no cuidado direto ao paciente, quer seja na realização de pesquisas, quer seja no ensino, como um instrumento a mais para estimular alunos e pacientes, na busca de informações com qualidade.

Os computadores entraram na enfermagem, principalmente na área de maior atuação do enfermeiro à época, ou seja, nos hospitais, na década de 50. No início, o interesse pela capacidade do hardware e do software era o maior desafio. Estes até dominavam a forma de desenvolvimento das aplicações e as áreas gerenciais eram as mais favorecidas. Hoje, embora não tenhamos que ter obrigatoriamente tanta preocupação com os recursos de hardware e software, já que as opções são as mais variadas possíveis, temos que concentrar nossa atenção para a aplicabilidade destes tantos recursos, de forma a tra-

zer vantagens e melhoria na atuação do enfermeiro, em qualquer área de especialidade. Assim, se antes tínhamos a ferramenta e queríamos saber como usá-la, atualmente, desenvolvemos ferramentas melhores e mais adequadas para satisfazer a necessidade de documentação e controle.

A curiosidade pelo novo instrumento que começava a fazer parte da gama de utensílios usados na saúde, ajudou na superação do medo e fez com que profissionais de saúde entendessem que a informática tinha vindo para ficar e teria que ser dominada. Cursos começaram a ser preparados, congressos, eventos, e outros, de tal sorte que hoje encontramos uma área bastante definida, atuante, que muitas vezes nos ajuda a melhor redesenhar a prática do cuidado, garantindo qualidade e segurança a provedores e recipientes do atendimento.

Portanto, com o evoluir das pesquisas e com o grande número de enfermeiros que resolveram se dedicar a esta área de atuação, temos um maior e melhor entendimento de informática em saúde e em enfermagem. Entendemos que o hardware e o software são meros meios para capturar, transferir, transformar o dado em informação com o objetivo de facilitar o desempenho, auxiliando a promover o melhor cuidado possível ao paciente/cliente.

Posto tais entendimentos, podemos dizer que as perspectivas da informática na enfermagem podem ser visualizadas por dois lados: o da informática e o da enfermagem. Entender as perspectivas e os impactos causados isoladamente de um ou de outro lado, não é uma tarefa fácil. É mais fácil entender o crescimento que a enfermagem e todas as outras ciências e profissões têm conseguido graças aos avanços tecnológicos, que hoje influenciam todos os setores de atividade humana. Fica assim, mais difícil elencar quais seriam os avanços que a enfermagem, enquanto ciência e arte têm conseguido obter de forma isolada, sem sofrer influência ou sem utilizar os recursos da tecnologia de informação.

Por outro lado, vale enfatizar que no enfoque enfermagemarte, podemos ter mais segurança em dizer que nada, nenhuma máquina será capaz de substituir a capacidade humana de oferecer um sorriso, um toque, um olhar de carinho,... Portanto, se isto é comportamento exclusivamente humano e não pode ser substituído, deve ser uma atitude inteligente, enfatizar e fortalecer tal comportamento, usando a tecnologia para atingir melhores níveis de resultado de nossas ações puramente humanas.

Isto têm sido muito defendido; muito se ouve falar em cuidado holístico, enfermagem humanizada e outros tantos chavões, como se a forma de cuidar de indivíduo fosse diferente dá para prestar cuidado a um indivíduo de forma não humana? Chegamos a tal ponto nos relacionamentos que agora é preciso defender posturas humanas, como se isto pudesse ser diferente?

E o que dizer do temor de sermos substituídos por uma máquina? Precisaríamos mesmo ter este temor ou nós, como cuidadores, já estávamos tão obsoletos e afastados de nossa real função, que o advento dos computadores iria apenas aumentar esta distância com o paciente já por nós, humanos, criada(1)?

Olhando de outra forma este cenário, temos a certeza de que a tecnologia serve para expandir o nosso conhecimento e o entendimento de como as pessoas buscam

informação, seja qual for. Em termos gerais, sabemos que os computadores tem a função de prover informação em tempo real, para melhoria do fluxo de trabalhos, do desempenho profissional e da qualidade do atendimento. Então, não se trata de temer, mas sim de dominar e saber como usar os computadores para tarefas exclusivas da enfermagem, fortalecendo assim, o corpo de conhecimento desta profissão de acordo com as tendências atuais.

Como os enfermeiros estão usando ou deveriam usar tais recursos? Como estão tomando as decisões e dirigindo a utilização destes recursos na profissão? Alguns, por certo, decidem, outros, esperam pela decisão. Outros, são deixados à margem do processo.

Os anos de estudos das aplicações dos recursos computacionais na enfermagem nos ensinaram que aquilo que mais importa não é necessariamente o tipo de conexão, de comunicação, o monitor, o computador. É claro que isto não pode ser um entrave e uma forma de bloquear o futuro. Por sinal, muitos avanços são bloqueados por dirigentes que insistem em manter tecnologia obsoleta. Porém, o que mais importa, é o que estamos comunicando e como esta informação pode ser a chave para a prestação de cuidado com melhores e maiores chances de sucesso.

Se olharmos para a perspectiva da informática e seus produtos, hoje podemos ir até onde nossa imaginação teria capacidade de nos levar. Alguns exemplos podem ser citados, destacando o produto, a forma de uso e a tendência para a enfermagem(2).

- Reconhecimento de voz: definido como o método pelo qual a linguagem natural ou convencional é registrada e o reconhecimento de fonemas é usado para identificar uma específica linguagem. Utiliza recursos tais como: microfone, que atua como transdutor, convertendo o som falado em sinais elétricos; o digitalizador: digitaliza o som para sinais elétricos e o software que serve como recurso para converter o dado em textos.

O reconhecimento de voz trabalha em dois estágios: 1) o sistema de reconhecimento da fala distingue as ondas geradas pelos fonemas, 2) o componente do padrão de reconhecimento identifica o fonema e mapeia em palavras. Este passo requer a integração de um dicionário fonético, listando a pronuncia fonética de cada palavra usada e um modelo, utilizando probabilidade de como as palavras serão usadas em uma seqüência. O reconhecimento de voz tem sido usado com sucesso na patologia e radiologia. Nestes setores, os médicos podem literalmente ditar seus relatórios para o computador. Existem dicionários para transcrever medicamentos, especialidades cirúrgicas, saúde familiar e outros.

Se é um recurso já usado e explorado em outras áreas da saúde, a enfermagem precisa começar a também investigar esta possibilidade. Inicialmente, a enfermagem precisa preparar os dicionários de termos se quer utilizar os recursos do reconhecimento de voz na prática. E por que não fazer isto e utilizar o reconhecimento de voz nos relatórios de evolução do paciente?

- Base de conhecimento, repositórios, "data warehouses": onde vamos encontrar a melhor evidência em enfermagem? De que forma podemos criar as melhores bases

científicas, os indicadores de qualidade e instrumentos para medir e avaliar os resultados do cuidado de enfermagem?

É muito comum ouvirmos pesquisadores em enfermagem falarem sobre pesquisa e prática baseada em evidência. A pergunta permanece: onde estão as bases de conhecimento em enfermagem que nos permitam avaliar e concluir evidências?

Outra grande tendência mundial é a ênfase na adoção de guias de conduta e protocolos multidisciplinares. Tais guias podem ser insitucionalizados ou, em alguns países, o próprio ministério da saúde disponibiliza, criando repositórios onde tais guias são armazenados de forma centralizada, o que pode permitir atualização mais rápida e eficiente. Cabe portanto, à enfermagem, descrever e esclarecer a sua responsabilidade e contribuição na adoção de tais guias. Vale acrescentar que o conteúdo tem que ser baseado em evidência, consistente com padrões de terminologias que possam medir qualidade, resultados e custo. Ainda, vale enfatizar que se não forem integrados com os sistemas de informação computadorizados utilizados pelos profissionais, pouco benefício poderão acrescentar à prática diária. Os repositórios podem ainda ser usados para: Gerenciamento de Caso, Apoio à Decisão e Controle de Qualidade.

- Projeto Genôma: genômica é a ciência que estuda os gens e suas funções. É a grande revolução do final do século e início deste novo milênio, uma vez que as descobertas podem resultar em curas de diversas doenças. Entendendo o funcionamento normal dos diferentes genes, os cientistas podem desenhar modelos para controlar este funcionamento. Doenças genéticas podem ser corrigidas intra-útero, doenças clínicas, câncer e outras tantas patologias que reduzem a vida e a qualidade de vida dos indivíduos, podem ser prevenidas de forma direta e eficaz, curadas com medicamentos específicos e individuais os chamados tratamentos customizados. Na Enfermagem, este enfoque é centenário e, de uma forma bem simples, chamamos de cuidado individualizado. Com as descobertas atuais, isto será extensivo não apenas para o cuidado das necessidades humanas básicas, mas da patologia e suas repercussões no indivíduo como um todo, e agora sim, verdadeiramente feito de forma única e direcionada.

Poder tratar e cuidar de um paciente em um futuro não muito distante, vai exigir do enfermeiro um conhecimento dos recursos da bioinformática e da genômica. Os planos de cuidado e os guias de conduta serão baseados nas interpretações dos resultados dos exames dos gens de cada paciente.

Em termos de sistemas computadorizados de informação em saúde, o prontuário eletrônico do paciente, deverá possuir recursos de integração com bases de dados moleculares, epidemiológicas e clínicas para que possa analisar os dados do paciente. Assim, integração continua a ser uma resposta eficiente para tais tendências.

Em termos de ensino, a internet continua sendo um dos mais promissores recursos disponibilizados. Permite acesso remoto a informação com alta qualidade. Vale mencionar também a grande capacidade de estoque e transferência de imagens que podem ser utilizadas para

o ensino, como por exemplo, o projeto Visible Man e Visible Woman desenvolvido pela National Library of Medicine.

Em termos de educação de pacientes, educação continuada e treinamento, os recursos da internet ainda podem e devem ser mais explorados pela Enfermagem.

O alto custo no desenvolvimento de softwares educacionais (CAIs) faz ainda mais atraente o uso dos recursos da internet. Tais informações, disponibilizadas e compartilhadas por milhares de pessoas, faz também com que os enfermeiros precisem identificar estratégias para trabalhar com o novo paciente, agora mais informado e mais responsável por sua saúde.

Na assistência, além de considerar as mudanças nas características do cliente/paciente, os enfermeiros precisam começar a definir estruturas de adaptação de novos modelos de trabalho e de atendimento ao cliente, de acordo com as tendências do modelo de saúde geral. O modelo antigo de atendimento à saúde já não encontra muito mais ressonância. As características principais deste modelo são conhecidas por nós, das quais pode-se citar:

- Cuidado fragmentado
- Autonomia do médico
- Alto custo
- Baixa qualidade
- Pouca ou nenhuma coordenação do atendimento
- Sistema de Informação Departamental

Em oposição a este modelo de serviço de saúde, começou a surgir com maior ênfase nos países desenvolvidos, no início da década de 1990, o que se pode chamar de novo modelo de atendimento à saúde. Como exemplo, pode-se mencionar algumas das características deste serviço, que também são identificadas como tendências atuais:

- Maior integração e gerenciamento do cuidado, ou seja, o cuidado tem que ser visto como um todo; a informação deve ser integrada para permitir gerenciar e analisar sucessos e fracassos do atendimento de forma continua;
- O foco atendimento é primário, entendendo que os hospitais continuam a ser um centro para cuidado cirúrgico e intensivo. Porém, muitos tratamentos podem e devem ser feitos em locais com sofisticação tecnológica adequada para o que se pretende atender. Não adianta ter mais recursos quando estes não são usados. Assim, vale o bom-senso e o equilíbrio como regras e valores;
- O pagamento do atendimento prestado é captado por gerenciamento do cuidado, onde o apropriado é melhor, encorajando a eficiência no atendimento e na utilização de recursos;
- O procedimento é baseado na melhor prática, exigindo dos profissionais maior competência e capacitação do profissional. Continuar a ser um profissional de saúde requer envolvimento e responsabilidade com os avanços da profissão. Manter-se atualizado é dever de cada profissional.
- A equipe que atende é interdisciplinar, colaborativa, conduzida por uma organização horizontal. Não existe um profissional que seja mais importante

que outro, uma vez que todos colaboram para que o paciente se restabeleça. O cliente dos serviços de saúde não é o médico e sim, o paciente.

Este modelo de atendimento utiliza a informação e a integração como elementos essenciais de organização. Neste aspecto, a estrutura computacional que surge para oferecer solução é mesmo o chamado Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), que é uma forma proposta para unir todos os diferentes tipos de dados produzidos em variados formatos, em épocas diferentes, feitos por diferentes profissionais da equipe de saúde em distintos locais. Assim, deve ser entendido como a estrutura eletrônica para manutenção de informação sobre o estado de saúde e o cuidado recebido por um indivíduo durante todo seu tempo de vida.

De modo geral, o princípio básico de construção do PEP baseia-se na integração da informação. Assim, uma vez coletada a informação, ela é registrada em um determinado formato para fins de armazenamento e tal registro para ser fisicamente distribuído entre os hospitais, agências de seguro-saúde, clínicas, laboratórios e demais setores envolvidos, sendo compartilhado entre os profissionais de saúde, de acordo com os direitos de acesso de cada um.

Embora sendo apresentado como forte tendência e artigos científicos afirmarem que todos nós se ainda não temos, vamos ter no futuro um PEP como modelo para registro de informações clínicas, a maioria dos sistemas em uso ainda não é direcionada por tal metodologia de desenvolvimento. A enfermagem ainda precisa garantir a inclusão de seus elementos.

Para tanto, precisa definir os dados mínimos de enfermagem, capazes de descrever e analisar o cuidado prestado. O uso de vocabulários na formação de bases de dados é mandatório para permitir comparações entre diferentes serviços.

Em termos de procedimentos de enfermagem, vale lembrar que os novos recursos terapêuticos trazem repercussões na forma de selecionar e executar o plano de cuidados de enfermagem. Os diagnósticos médicos não invasivos, trazem implicações para os procedimentos de enfermagem e repercutem no tempo de permanência no hospital, que hoje é reconhecido com um dos indicadores de qualidade em serviço.

Não mais a prática de enfermagem será baseada só em avaliação do paciente e planos de cuidados. Mais do que isto, sua ênfase é a fase de implantação as intervenções descrevem o cuidado e a ação do enfermeiro. Assim, os enfermeiros precisam expandir e melhorar o repertório de habilidades de intervenções. Pois estas refletem os aspectos autônomos da prática de enfermagem. Baseada no corpo de conhecimento e no julgamento profissional, as intervenções de enfermagem são complementárias dos tratamentos médicos prescritos.

Em resumo, muitos avanços científicos e tecnológicos foram conseguidos graças ao uso dos computadores, que permitem lidar com quantias massivas de informação de forma organizada e rápida. Estes avanços trouxeram mudanças para a Enfermagem. Hoje, a profissão conta com recursos que antes não existiam, encontrando portanto, novas oportunidades e novos desafios.

Como todo processo de mudança, a introdução de computadores na Enfermagem passou e ainda passa por etapas de avaliação, de tentativa, de acerto e erro. Também como todo processo de mudança, a resistência surge a toda hora. Resistir à mudança faz parte da natureza humana e na Enfermagem não poderia ser diferente. Isto não é novo. A humanidade conhece há muito tempo. Machiavel(3) (O Príncipe), em 1514 já dizia: "Tenha em mente que nada é mais difícil de se lidar, mais duvidoso de se atingir o sucesso e mais perigoso de se fazer do que iniciar um processo de mudança... O inovador se torna inimigo daqueles que estão satisfeitos com os antigos processos e, somente obtém certo apoio daqueles que acham que poderão tirar proveito com o novo. O apoio destes indivíduos é tímido parcialmente porque temem os adversários que possuem as leis a favor de si mesmos e, parcialmente, porque os homens são geralmente incrédulos, nunca confiam realmente nas coisas novas...

Mudar traz insegurança, mas é bem melhor correr o risco e assumir novos desafios do que estar destinado a mediocridade e ao desaparecimento.

A Enfermagem Brasileira, com uma história de um passado brilhante e um presente em construção e um futuro promissor, sempre ousou correr riscos e aceitar os desafios que se impõem, e vem respondendo de pronto as novas demandas na área de Informática.

< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300019

KOOGAN, 2015. 12. 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. ARQ BRAS CARDIOL 2016; 107(3SUPL.3):1-83

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: VERSÃO RESUMIDA [RECURSO ELETRÔNICO] / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS, DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE. – BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017. 51 P.

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. ATENÇÃO HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO. MÉTODO CANGURU/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. – 2. ED. BRASÍLIA, 2013.

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS AGRAVOS RESULTANTES DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES E ADOLESCENTES: NORMA TÉCNICA / MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. – 3. ED. BRASÍLIA, 2012

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O CONTROLE DO CÂNCER: UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO. / INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. – 3. ED. RIO DE JANEIRO, 2008.

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO: NORMA TÉCNICA / MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. – 2. ED. – BRASÍLIA : MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. 60

Prezado Candidato, devido a complexibilidade e formato do conteúdo em questão, disponibilizaremos o PDF em nosso site www.novaconcursos.com.br/retificacoes, para consulta.