CÓD: OP-053MR-23
7908403534388

GHC

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO – GHC
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.

Técnico de Enfermagem (Intensivista Adulto)

EDITAL N° 01/2023

ÍNDICE

Língua Portuguesa

1. Leitura e compreensão de textos: Assunto. Estruturação do texto. Ideias principais e secundárias. Relação entre as ideias. Efeitos de sentido. Recursos de argumentação. Informações implícitas: pressupostos e subentendidos. 7
2. Figuras de linguagem. 15
3. Coesão e coerência textuais. 17
4. Léxico: Significação de palavras e expressões no texto. Substituição de palavras e de expressões no texto. 18
5. Estrutura e formação de palavras. Aspectos linguísticos: Relações morfossintáticas. 19
6. Ortografia: emprego de letras e acentuação gráfica sistema oficial vigente (inclusive o Acordo Ortográfico vigente, conforme Decreto 7.875/12). 20
7. Relações entre fonemas e grafias. 21
8. Flexões e emprego de classes gramaticais. Vozes verbais e sua conversão. 21
9. Concordância nominal e verbal. 27
10. Regência nominal e verbal 29
11. Inclusive emprego do acento indicativo de crase 30
12. Coordenação e subordinação: emprego das conjunções, das locuções conjuntivas e dos pronomes relativos. 31
13. Pontuação. 33

Políticas Públicas da Saúde

1. Política Nacional de Atenção Básica aprovada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Diretrizes e Normas para a Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS número 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 43
2. Estatuto da Pessoa Idosa. BRASIL. Lei n° 10.741/2003 - e suas alterações - Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. 71
3. Pacto pela Saúde 2006 e consolidação do SUS. BRASIL. Portaria n° 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. 82
4. BRASIL. Lei no 8069 de 13 de julho de 1990. 120
5. Constituição Federal: Artigos 196, 197, 198, 199 e 200. 159
6. Organização do Sistema Único de Saúde - SUS, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 161
7. Lei Orgânica da Saúde e condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e suas alterações posteriores. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 165
8. Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 173

Informática

1. CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS XP: (1) Área de Trabalho (Exibir, Classificar, Atualizar, Resolução da tela, Gadgets) e Menu Iniciar (Documentos, Imagens, Computador, Painel de Controle, Dispositivos e Impressoras, programa Padrão, Ajuda e Suporte, Desligar, Todos os programas, Pesquisar programa e Arquivos e Ponto de Partida): saber trabalhar, exibir, alterar, organizar, classificar, ver as propriedades, identificar, usar e configurar, utilizando menus rápidos ou suspensos, painéis, listas, caixa de pesquisa, menus, ícones, janelas, teclado e/ou mouse; (2) Propriedades da Barra de Tarefas, do Menu Iniciar e do Gerenciador de Tarefas: saber trabalhar, exibir, alterar, organizar, identificar, usar, fechar programa e configurar, utilizando as partes da janela (botões, painéis, listas, caixa de pesquisa, caixas de marcação, menus, ícones e etc.), teclado e/ou mouse; (3) Janelas (navegação no Windows e o trabalho com arquivos, pastas e bibliotecas), Painel de Controle e Lixeira: saber exibir, alterar, organizar, identificar, usar e configurar ambientes, componentes da janela, menus, barras de ferramentas e ícones; usar as funcionalidades das janelas, programa e aplicativos utilizando as partes da janela (botões, painéis, listas, caixa de pesquisa, caixas de marcação, menus, ícones e etc.), teclado e/ou mouse; (4) Bibliotecas, Arquivos, Pastas, Ícones e Atalhos: realizar ações e operações sobre bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos: localizar, copiar, mover, criar, criar atalhos, criptografar, ocultar, excluir, recortar, colar, renomear, abrir, abrir com, editar, enviar para, propriedades e etc.; e (5) Nomes válidos: identificar e utilizar nomes válidos para bibliotecas, arquivos, pastas, ícones e atalhos. 177

2. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT WORD 2016: (1) Ambiente e Componentes do Programa: saber identificar, caracterizar, usar, alterar, configurar e personalizar o ambiente, componentes da janela, funcionalidades, menus, ícones, barra de ferramentas, guias, grupos e botões, incluindo número de páginas e palavras, erros de revisão, idioma, modos de exibição do documento e zoom; (2) Documentos: abrir, fechar, criar, excluir, visualizar, formatar, alterar, salvar, configurar documentos, utilizado as barras de ferramentas, menus, ícones, botões, guias e grupos da Faixa de Opções, teclado e/ou mouse; (3) Barra de Ferramentas: identificar e utilizar os botões e ícones das barras de ferramentas das guias e grupos Início, Inserir, Layout da Página, Referências, Correspondências, Revisão e Exibição, para formatar, personalizar, configurar, alterar e reconhecer a formatação de textos e documentos; e (4) Ajuda: saber usar a Ajuda. 185

3. CONHECIMENTOS SOBRE O PROGRAMA MICROSOFT EXCEL 2016: (1) Ambiente e Componentes do Programa: saber identificar, caracterizar, usar, alterar, configurar e personalizar o ambiente, componentes da janela, funcionalidades, menus, ícones, barra de ferramentas, guias, grupos e botões; (2) Elementos: definir e identificar célula, planilha e pasta; saber selecionar e reconhecer a seleção de células, planilhas e pastas; (3) Planilhas e Pastas: abrir, fechar, criar, visualizar, formatar, salvar, alterar, excluir, renomear, personalizar, configurar planilhas e pastas, utilizar fórmulas e funções, utilizar as barra de ferramentas, menus, ícones, botões, guias e grupos da Faixa de Opções, teclado e/ou mouse; (4) Barra de Ferramentas: identificar e utilizar os ícones e botões das barras de ferramentas das guias e grupos Início, Inserir, Layout da Página, Fórmulas, Dados, Revisão e Exibição, para formatar, alterar, selecionar células, configurar, reconhecer a formatação de textos e documentos e reconhecer a seleção de células; (5) Fórmulas: saber o significado e resultado de fórmulas; e (6) Ajuda: saber usar a Ajuda. 192

4. GOOGLE CHROME VERSÃO ATUALIZADA: (1) Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; (2) Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Google Chrome. 199

5. MOZZILLA FIREFOX VERSÃO ATUALIZADA: (1) Ambiente e Componentes do Programa: identificar o ambiente, características e componentes da janela principal; (2) Funcionalidades: identificar e saber usar todas as funcionalidades do Mozilla Firefox..... 202

Raciocínio Lógico

1. Proposições simples; Proposições compostas; Conectivos (conjunção, disjunção, disjunção exclusiva, condicional e bicondicional); Valor lógico de proposições e construção de tabelas-verdade; Álgebra proposicional; Equivalências lógicas; Negações dos conectivos (conjunção, disjunção, disjunção exclusiva, condicional e bicondicional); Tautologia, contradição e contingência; Diagramas lógicos; Lógica de argumentação. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios; deduzir novas informações das relações fornecidas e avaliar as condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações. 219

Conhecimentos Específicos
Técnico de Enfermagem (Intensivista Adulto)

1. Atendimento a múltiplas vítimas 245
2. Prevenção do trauma 247
3. Biomecânica do trauma 252
4. Avaliação e atendimento inicial às emergências 256
5. Trauma torácico 257
6. Alterações Circulatórias 260
7. Trauma abdominal 263
8. Trauma Cranioencefálico 267
9. Trauma raquimedular 274
10. Trauma Musculoesquelético 280
11. Trauma Térmico 281
12. Trauma na Criança 283
13. Trauma no Idoso 286
14. Triagem, transporte, Materiais e equipamentos para sala de emergência 290
15. Queimaduras - tratamento e condutas de enfermagem 292
16. Síndrome de Abstinência do álcool condutas de enfermagem, Alterações metabólicas 295
17. Ética profissional, Psiquiatria condutas do enfermagem/abordagem 297
18. Administração de drogas em urgência e emergência 314
19. ECG – alterações básicas 317
20. Desfibrilação Automática Externa. 319
21. Cuidados e procedimentos gerais desenvolvidos pelo profissional Técnico de Enfermagem. 320
22. O que são DSTs, sintomas, modos de transmissão. AIDS: Sintomas e fases da doença, tratamento. 320
23. Hepatites: Vacinas disponíveis, sintomas da doença. 327
24. Câncer do colo de útero e mamas: Prevenção, detecção precoce, tratamento fornecido pela equipe de saúde, sintomas da doença. 330
25. Lavagem das mãos e suas implicações. 339
26. Controle de Infecção. 342
27. Segurança do Paciente. 349
28. Sistematização da assistência de enfermagem 353
29. Responsabilidade ética e profissional em Enfermagem. 353
30. Cuidados de enfermagem com movimentação, deambulação, aplicação de medicamentos, higiene e conforto de pacientes acamados 360
31. Preparo de doentes para cirurgias, enfermagem no centro cirúrgico. 375
32. Relacionar vacinas às doenças, seu armazenamento, calendário e vias de administração. 381
33. Realização de curativos, vias de administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, registro no prontuário, cálculo de diluição de medicações, transformação de grandezas matemáticas (miligramas, mililitros, gotas, horas, minutos) e suas combinações no preparo e administração de medicações. 394
34. Classificação de risco nos serviços de urgência e emergência. 407
35. Doenças de notificação compulsória em território nacional. 408
36. Termos utilizados em enfermagem e seus conceitos. 418

37. Atendimento, orientação e acompanhamento à pacientes portadores de ostomias. 420
38. MENDES, Eugenio Vilaça. Rede de atenção à Saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011. 2ª edição. 422
39. Lei nº 7498/1986 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 422
40. Estrutura, organização e gestão da Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Admissão e alta do paciente na Unidade de Terapia Intensiva Adulto. 424
41. Aspectos éticos e legais no atendimento ao adulto. Processo de enfermagem aplicada à saúde do adulto. 428
42. Reconhecimento e manejo do paciente crítico. 438
43. Assistência de enfermagem a condições crônicas e agudas de saúde. 441
44. Assistência de enfermagem a pacientes com risco para infecção relacionada à assistência a saúde. 442
45. Assistência de enfermagem no centro cirúrgico. 442
46. Assistência de enfermagem a pacientes adultos submetidos à anestesia. 442
47. Assistência de enfermagem a pacientes adultos com dor (aguda ou crônica). 443
48. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças hematológicas e oncológicas. 444
49. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema respiratório. 457
50. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema cardiovascular. 463
51. Assistência de enfermagem a pacientes em desequilíbrio eletrolítico e ácido-básico. 475
52. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema digestório. 475
53. Assistência de enfermagem a pacientes em situações emergenciais. 483
54. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema músculo esquelético. 529
55. Assistência de enfermagem a pacientes com risco para integridade da pele e integridade tissular prejudicada. 538
56. Assistência de enfermagem a pacientes com doenças do sistema urinário. 545
57. Assistência de enfermagem a usuários com infecções adquiridas na comunidade. 551
58. Assistência de enfermagem a pacientes com distúrbios vasculares e cerebrais. 556
59. Assistência de enfermagem a pacientes com intoxicação exógena e que sofreram acidentes por animais peçonhentos. ... 562
60. Farmacologia aplicada a enfermagem de terapia intensiva. 563
61. Assistência de enfermagem a pacientes Vítimas de Trauma. 567
62. Cuidados com hemodiálise contínua e intermitente. 567
63. Transporte de pacientes graves. 571
64. Monitoração da função respiratória, cardiovascular, neurológica, renal, gastrointestinal, hepática e endócrina. 572
65. Suporte Básico de Vida. Atendimento a paciente em parada cardiorrespiratória. 572

- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

ARGUMENTAÇÃO

O ato de comunicação não visa apenas transmitir uma informação a alguém. Quem comunica pretende criar uma imagem positiva de si mesmo (por exemplo, a de um sujeito educado, ou inteligente, ou culto), quer ser aceito, deseja que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

Se essa é a finalidade última de todo ato de comunicação, todo texto contém um componente argumentativo. A argumentação é o conjunto de recursos de natureza linguística destinados a persuadir a pessoa a quem a comunicação se destina. Está presente em todo tipo de texto e visa a promover adesão às teses e aos pontos de vista defendidos.

As pessoas costumam pensar que o argumento seja apenas uma prova de verdade ou uma razão indiscutível para comprovar a veracidade de um fato. O argumento é mais que isso: como se disse acima, é um recurso de linguagem utilizado para levar o interlocutor a crer naquilo que está sendo dito, a aceitar como verdadeiro o que está sendo transmitido. A argumentação pertence ao domínio da retórica, arte de persuadir as pessoas mediante o uso de recursos de linguagem.

Para compreender claramente o que é um argumento, é bom voltar ao que diz Aristóteles, filósofo grego do século IV a.C., numa obra intitulada "Tópicos: os argumentos são úteis quando se tem de escolher entre duas ou mais coisas".

Se tivermos de escolher entre uma coisa vantajosa e uma desvantajosa, como a saúde e a doença, não precisamos argumentar. Suponhamos, no entanto, que tenhamos de escolher entre duas coisas igualmente vantajosas, a riqueza e a saúde. Nesse caso, precisamos argumentar sobre qual das duas é mais desejável. O argumento pode então ser definido como qualquer recurso que torna uma coisa mais desejável que outra. Isso significa que ele atua no domínio do preferível. Ele é utilizado para fazer o interlocutor crer que, entre duas teses, uma é mais provável que a outra, mais possível que a outra, mais desejável que a outra, é preferível à outra.

O objetivo da argumentação não é demonstrar a verdade de um fato, mas levar o ouvinte a admitir como verdadeiro o que o enunciador está propondo.

Há uma diferença entre o raciocínio lógico e a argumentação. O primeiro opera no domínio do necessário, ou seja, pretende demonstrar que uma conclusão deriva necessariamente das premissas propostas, que se deduz obrigatoriamente dos postulados admitidos. No raciocínio lógico, as conclusões não dependem de crenças, de uma maneira de ver o mundo, mas apenas do encadeamento de premissas e conclusões.

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

A é igual a B.

A é igual a C.

Então: C é igual a B.

Admitidos os dois postulados, a conclusão é, obrigatoriamente, que C é igual a A.

Outro exemplo:

Todo ruminante é um mamífero.

A vaca é um ruminante.

Logo, a vaca é um mamífero.

Admitidas como verdadeiras as duas premissas, a conclusão também será verdadeira.

No domínio da argumentação, as coisas são diferentes. Nele, a conclusão não é necessária, não é obrigatória. Por isso, deve-se mostrar que ela é a mais desejável, a mais provável, a mais plausível. Se o Banco do Brasil fizer uma propaganda dizendo-se mais confiável do que os concorrentes porque existe desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, ele estará dizendo-nos que um banco com quase dois séculos de existência é sólido e, por isso, confiável. Embora não haja relação necessária entre a solidez de uma instituição bancária e sua antiguidade, esta tem peso argumentativo na afirmação da confiabilidade de um banco. Portanto é provável que se creia que um banco mais antigo seja mais confiável do que outro fundado há dois ou três anos.

Enumerar todos os tipos de argumentos é uma tarefa quase impossível, tantas são as formas de que nos valemos para fazer as pessoas preferirem uma coisa a outra. Por isso, é importante entender bem como eles funcionam.

Já vimos diversas características dos argumentos. É preciso acrescentar mais uma: o convencimento do interlocutor, o auditório, que pode ser individual ou coletivo, será tanto mais fácil quanto mais os argumentos estiverem de acordo com suas crenças, suas expectativas, seus valores. Não se pode convencer um auditório pertencente a uma dada cultura enfatizando coisas que ele abomina. Será mais fácil convencê-lo valorizando coisas que ele considera positivas. No Brasil, a publicidade da cerveja vem com frequência associada ao futebol, ao gol, à paixão nacional. Nos Estados Unidos, essa associação certamente não surtiria efeito, porque lá o futebol não é valorizado da mesma forma que no Brasil. O poder persuasivo de um argumento está vinculado ao que é valorizado ou desvalorizado numa dada cultura.

Tipos de Argumento

Já verificamos que qualquer recurso linguístico destinado a fazer o interlocutor dar preferência à tese do enunciador é um argumento. Exemplo:

Argumento de Autoridade

É a citação, no texto, de afirmações de pessoas reconhecidas pelo auditório como autoridades em certo domínio do saber, para servir de apoio àquilo que o enunciador está propondo. Esse recurso produz dois efeitos distintos: revela o conhecimento do produtor do texto a respeito do assunto de que está tratando; dá ao texto a garantia do autor citado. É preciso, no entanto, não fazer do texto um amontoado de citações. A citação precisa ser pertinente e verdadeira. Exemplo:

"A imaginação é mais importante do que o conhecimento."

Quem disse a frase aí de cima não fui eu... Foi Einstein. Para ele, uma coisa vem antes da outra: sem imaginação, não há conhecimento. Nunca o inverso.

Alex José Periscinoto.
In: Folha de S. Paulo, 30/8/1993, p. 5-2

IV - apresentar à Autoridade Central Federal Brasileira, a cada ano, relatório geral das atividades desenvolvidas, bem como relatório de acompanhamento das adoções internacionais efetuadas no período, cuja cópia será encaminhada ao Departamento de Polícia Federal; (Incluída pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

V - enviar relatório pós-adotivo semestral para a Autoridade Central Estadual, com cópia para a Autoridade Central Federal Brasileira, pelo período mínimo de 2 (dois) anos. O envio do relatório será mantido até a juntada de cópia autenticada do registro civil, estabelecendo a cidadania do país de acolhida para o adotado; (Incluída pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

VI - tomar as medidas necessárias para garantir que os adotantes encaminhem à Autoridade Central Federal Brasileira cópia da certidão de registro de nascimento estrangeira e do certificado de nacionalidade tão logo lhes sejam concedidos. (Incluída pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 5 ºA não apresentação dos relatórios referidos no § 4 ºdeste artigo pelo organismo credenciado poderá acarretar a suspensão de seu credenciamento. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 6 ºO credenciamento de organismo nacional ou estrangeiro encarregado de intermediar pedidos de adoção internacional terá validade de 2 (dois) anos. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 7 ºA renovação do credenciamento poderá ser concedida mediante requerimento protocolado na Autoridade Central Federal Brasileira nos 60 (sessenta) dias anteriores ao término do respectivo prazo de validade. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 8 ºAntes de transitada em julgado a decisão que concedeu a adoção internacional, não será permitida a saída do adotando do território nacional. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 9 ºTransitada em julgado a decisão, a autoridade judiciária determinará a expedição de alvará com autorização de viagem, bem como para obtenção de passaporte, constando, obrigatoriamente, as características da criança ou adolescente adotado, como idade, cor, sexo, eventuais sinais ou traços peculiares, assim como foto recente e a aposição da impressão digital do seu polegar direito, instruindo o documento com cópia autenticada da decisão e certidão de trânsito em julgado. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 10. A Autoridade Central Federal Brasileira poderá, a qualquer momento, solicitar informações sobre a situação das crianças e adolescentes adotados (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 11. A cobrança de valores por parte dos organismos credenciados, que sejam considerados abusivos pela Autoridade Central Federal Brasileira e que não estejam devidamente comprovados, é causa de seu descredenciamento. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 12. Uma mesma pessoa ou seu cônjuge não podem ser representados por mais de uma entidade credenciada para atuar na cooperação em adoção internacional. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 13. A habilitação de postulante estrangeiro ou domiciliado fora do Brasil terá validade máxima de 1 (um) ano, podendo ser renovada. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 14. É vedado o contato direto de representantes de organismos de adoção, nacionais ou estrangeiros, com dirigentes de programas de acolhimento institucional ou familiar, assim como com crianças e adolescentes em condições de serem adotados, sem a devida autorização judicial. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 15. A Autoridade Central Federal Brasileira poderá limitar ou suspender a concessão de novos credenciamentos sempre que julgar necessário, mediante ato administrativo fundamentado. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

Art. 52-A. É vedado, sob pena de responsabilidade e descredenciamento, o repasse de recursos provenientes de organismos estrangeiros encarregados de intermediar pedidos de adoção internacional a organismos nacionais ou a pessoas físicas. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

Parágrafo único. Eventuais repasses somente poderão ser efetuados via Fundo dos Direitos da Criança e do Adolescente e estarão sujeitos às deliberações do respectivo Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

Art. 52-B. A adoção por brasileiro residente no exterior em país ratificante da Convenção de Haia, cujo processo de adoção tenha sido processado em conformidade com a legislação vigente no país de residência e atendido o disposto na Alínea "c" do Artigo 17 da referida Convenção, será automaticamente recepcionada com o reingresso no Brasil. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 1 ºCaso não tenha sido atendido o disposto na Alínea "c" do Artigo 17 da Convenção de Haia, deverá a sentença ser homologada pelo Superior Tribunal de Justiça. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 2 ºO pretendente brasileiro residente no exterior em país não ratificante da Convenção de Haia, uma vez reingressado no Brasil, deverá requerer a homologação da sentença estrangeira pelo Superior Tribunal de Justiça. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

Art. 52-C. Nas adoções internacionais, quando o Brasil for o país de acolhida, a decisão da autoridade competente do país de origem da criança ou do adolescente será conhecida pela Autoridade Central Estadual que tiver processado o pedido de habilitação dos pais adotivos, que comunicará o fato à Autoridade Central Federal e determinará as providências necessárias à expedição do Certificado de Naturalização Provisório. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 1 ºA Autoridade Central Estadual, ouvido o Ministério Público, somente deixará de reconhecer os efeitos daquela decisão se restar demonstrado que a adoção é manifestamente contrária à ordem pública ou não atende ao interesse superior da criança ou do adolescente. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 2 ºNa hipótese de não reconhecimento da adoção, prevista no § 1 ºdeste artigo, o Ministério Público deverá imediatamente requerer o que for de direito para resguardar os interesses da criança ou do adolescente, comunicando-se as providências à Autoridade Central Estadual, que fará a comunicação à Autoridade Central Federal Brasileira e à Autoridade Central do país de origem. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

Art. 52-D. Nas adoções internacionais, quando o Brasil for o país de acolhida e a adoção não tenha sido deferida no país de origem porque a sua legislação a delega ao país de acolhida, ou, ainda,

Em relação aos níveis sanguíneos e sinais de intoxicação alcoólica, podemos utilizar a seguinte tabela:

Níveis Sangüíneos	Sinais de Intoxicação Alcóolica
30 mg/dl	Euforia em indivíduos sem tolerância prévia.
50 mg/dl	Efeitos depressores no SNC mais proeminentes: prejuízo cognitivo, dificuldades motoras.
60 mg/dl	Limite para condução de veículo estabelecido pelo Código de Trânsito brasileiro (1997) - Art. 297.
80-100 mg/dl	Limite legal para intoxicação nos EUA.
200 mg/dl	Náuseas e vômitos, acentuação da ataxia, diploplia.
300 mg/dl	Hipotermia, disartria, amnésia, estágio 1 de anestesia.
400-700 mg/dl	Coma, falência respiratória, morte.

As pessoas que estão acostumadas a fazer uso de doses diárias de álcool, quando são levadas a parar ou reduzir a ingestão desta bebida, em questão de horas ou dias, desenvolvem a síndrome de abstinência, quadro que pode levar à morte.

Nesta síndrome, o paciente fica ansioso, irritado, com sensação de desconforto, falta de sono e dificuldade de ficar parado em um mesmo lugar. Na parte física, libera adrenalina, resultando em sudorese, taquicardia, tremores, náuseas e vômitos. A progressão leva a crises convulsivas, rebaixamento do nível de consciência com agitação psicomotora e desorientação evoluindo para alucinações visuais ou táteis em forma de insetos na parede ou na pele. A este conjunto de sintomas é que se dá o diagnóstico de Delirium tremens.

O tratamento desta síndrome depende da história anterior. Pacientes com história de crises convulsivas devem ser tratados com um anticonvulsivante, como a FenitoínaR. Algumas dessas crises podem ser prevenidas pela reposição de magnésio juntamente com os fluidos endovenosos administrados durante oito horas.

Em casos de agitação e/ou violência, a restrição medicamentosa e mecânica faz-se necessária. Além disso, a equipe de enfermagem deve dar ênfase à hidratação, a tiamina para melhorar os sintomas neurológicos e manter próximo do leito a cânula de Guedel, para, em casos de convulsões, proteger de trauma a mucosa oral.

O uso de estimulantes como cocaína, anfetaminas e fenciclidina é mais frequente entre os jovens e desenvolve uma série de complicações clínicas e psiquiátricas. Independente da potência de cada substância, as pessoas que as usam buscam um “grande barato”, ou seja, buscam uma viagem expressa em forma de alucinação.

Quando chegam às emergências, apresentam hipervigilância, aumento da ansiedade, midríase e complicações clínicas graves, como convulsões, infarto do miocárdio, arritmias e acidente vascular cerebral. O tratamento deve ser conduzido como o da ansiedade, com benzotiazídicos. A agitação psicomotora e os quadros de delírios paranoides requerem uso de antipsicóticos. Lógico que as falências neurológicas e cardiovasculares devem ser tratadas em primeiro lugar,evitando a morte súbita.

Aquelas pessoas que usam barbitúricos, como benzodiazepínicos, indiscriminadamente, correm risco de quadros de abstinência grave, semelhantes à do álcool, quando decidem não mais utilizá-los. Essas medicações por vezes são frequentemente prescritas pelos profissionais médicos sem orientação apropriada quanto a seus riscos de dependência e abstinência.

A redução desta medicação deve ser realizada através de um plano terapêutico que interaja benzodiazepínicos de curta e longa duração.

Sempre que um paciente chega confuso nas emergências, é bom desconfiar de ingestão de substâncias sedativas. Além dos procedimentos usuais, como lavagem gástrica, a equipe pode utilizar substâncias antagônicas. Como exemplo, podemos citar o NaloxoneR EV para reverter sobredosagem de heroína, e o FlumazenilR para reverter superdosagem por uso de benzodiazepínicos. Embora as prescrições medicamentosas sejam feitas pela equipe médica, a previsão da demanda medicamentosa é uma importante atribuição da enfermagem para a eficiência no atendimento.

Em casos de abstinências a opiáceos como a heroína, o desconforto é maior do que os riscos da letalidade apresentada na abstinência do álcool. O usuário desta droga, ao parar de usá-la, sente náuseas, vômito, diarreia, dores musculares, piloereção (arrepio), rinorréia (coriza) ou lacrimejamento e mal-estar generalizado. A melhor opção terapêutica é o uso de ClonidinaR, cujo principal problema é a queda da pressão arterial, fato que exige o controle rigoroso dos sinais vitais.

Outras substâncias, como maconha e inalantes, levam vários jovens aos serviços de emergência, principalmente nas madrugadas de sexta-feira e sábado, quando as festas estão em seu auge. O uso de maconha pode desencadear quadros de ansiedade, e o uso de maconha de excelente qualidade, sem mistura, pode desencadear um quadro psicótico.

Por outro lado, inalantes como colas, tintas, removedores e gasolina são solventes, ou seja, são substâncias capazes de dissolver gordura. Como grande parte do cérebro é formado da gordura mielina, o uso crônico destas substâncias pode, paulatinamente, ocasionar sérias consequências neurológicas. O tratamento, nestes casos, é voltado para os sintomas apresentados, impondo à equipe maior poder de observação para retirá-lo da crise.

Percebe-se que os limites entre os transtornos psiquiátricos e clínicos são de difícil delimitação. Na verdade, a grande maioria dos quadros atendidos nas emergências são manifestações agudas de problemas crônicos. Diante desta realidade, o sucesso do atendimento depende da abordagem sistemática realizada por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar sensível, atuando simultaneamente e consciente da sua função no processo de preservação imediata da vida.

Manifestações clínicas[53]

• Cirrose compensada: comumente descoberta em consequência de um exame físico de rotina; sinais e sintomas vagos, incluindo febre baixa intermitente, aranhas vasculares, eritema palmar, epistaxe sem causa aparente, edema maleolar, indigestão matinal vaga, dispepsia flatulenta, dor abdominal, esplenomegalia e fígado aumentado e de consistência firme;

• Cirrose descompensada: sintomas de diminuição das proteínas, fatores de coagulação e outras substâncias e manifestações de hipertensão porta;

• 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 gonadal;

• Obstrução porta e ascite: sinais tardios em que os órgãos sofrem congestão, causando indigestão, alteração da função intestinal e ascite;

• Infecção e peritonite: os sinais clínicos podem estar ausentes, peritonite bacteriana espontânea ou formação de abscesso, exigindo paracentese para estabelecer o diagnóstico e podendo causar insuficiência hepatorrenal;

• 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.

Tratamento[54]

As metas do tratamento incluem a prevenção do estresse adicional sobre a função hepática e o reconhecimento e o tratamento precoce das complicações. As funções hepáticas sob estresse incluem o metabolismo nutricional, a depuração de medicamentos e produtos residuais metabólicos e a formação de fatores de coagulação.

As intervenções incluem monitoração dos marcadores nutricionais e fornecimento da nutrição; monitoração do balanço hídrico, débito urinário, exames eletrolíticos e de bioquímica, tipo de medicamento e requisitos de dose; monitoração dos tempos de sangramento, função plaquetária e hematócrito; e detecção dos sinais de sangramento. Podem ser prescritos regimes de limpeza intestinal.

O reconhecimento precoce das complicações inclui a detecção de sinais da insuficiência hepática iminente: alterações no estado neurológico e mental, ascite crescente e síndrome hepatorrenal. O paciente criticamente doente com insuficiência hepática frequentemente apresenta algum estado de inconsciência, com pele e escleras ictéricas.

O tempo de coagulação está prolongado, de modo que o sangramento tende a originar-se de diversas fontes. Existe um risco de úlceras e ruptura da pele por causa do estado debilitado do paciente. A manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico requer avaliação contínua de enfermagem.

O distúrbio pode resultar de terapia de reposição, desnutrição, drenagem gástrica por sucção, diuréticos, vômitos, diaforese, ascite, diarreia, ingestão inadequada de líquidos e níveis elevados de aldosterona.

O paciente pode queixar-se de cefaleia, fraqueza, dormência e formigamento dos membros, contraturas musculares, sede, náuseas ou cãibras musculares, podendo ficar confuso. Deve-se monitorar o peso e a Pressão Venosa Central (PVC) para ajudar a determinar a retenção de líquidos e a sobrecarga vascular.

Outros indícios de avaliação a serem monitorados incluem aumento ou diminuição no débito urinário, arritmias cardíacas, alterações no estado mental e nível de consciência, vômitos prolongados ou fezes líquidas frequentes, tremores musculares, espasmos, edema ou turgor cutâneo deficiente.

O processamento prejudicado do sal e da água pelo rim e outras anormalidades na homeostasia dos líquidos predispõem o paciente à ascite, um acúmulo de líquido no peritônio. Essa complicação pode ser problemática porque pode restringir o movimento do diafragma, causando comprometimento do padrão respiratório do paciente. Portanto, a monitoração do estado respiratório pela enfermagem é crítica.

A ascite é tratada com repouso no leito, dieta hipossódica sem ultrapassar 2.000mg/dia, restrição de líquidos e terapia com diuréticos. Demonstrou-se que a absorção da ascite possui um limite superior de 700 a 900mL/dia durante a terapia com diuréticos. Quando a diurese excede esse limite, isso pode ocorrer à custa do volume intravascular e pode potencializar a instabilidade hemodinâmica.

A diurese com espironolactona, um antagonista da aldosterona, é a terapia diurética de primeira linha para a ascite, embora a terapia combinada com furosemida seja mais efetiva. É essencial a monitoração de distúrbio eletrolítico, principalmente de hipocalemia. Além do balanço rigoroso da ingesta e excreção e dos pesos diários, o perímetro abdominal deverá ser medido diariamente.

Insuficiência Hepática Fulminante[55]

Insuficiência hepática fulminante é a síndrome clínica de comprometimento súbito e grave da função hepática em um indivíduo previamente saudável. A insuficiência hepática fulminante desenvolve-se em 8 semanas após os primeiros sintomas de icterícia, com padrões de progressão para a encefalopatia, de acordo com classificações com base no tempo.

Três categorias são frequentemente citadas: a insuficiência hepática hiperaguda (0 a 7 dias), a aguda (8 a 28 dias) e a subaguda (28 a 72 dias). A lesão hepática é potencialmente reversível e as taxas de sobrevida são de aproximadamente 20 a 50%, dependendo, em grande parte, da etiologia da insuficiência hepática.

Os pacientes que não sobrevivem morrem de lesão hepatocelular maciça e necrose. A hepatite viral constitui uma causa comum; outras causas incluem medicamentos e substâncias químicas, distúrbios metabólicos e alterações estruturais.

Manifestações clínicas

• Icterícia e anorexia profunda;

• Frequentemente acompanhada de defeitos da coagulação, insuficiência renal e distúrbios eletrolíticos, anormalidades cardiovasculares, infecção, hipoglicemia, encefalopatia e edema cerebral.

53 *BUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Guanabara Koogan, 2015.*

54 *MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. Cuidados Críticos de Enfermagem. Guanabara Koogan, 2017.*

55 *BUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Manual de enfermagem médico-cirúrgica. Guanabara Koogan, 2019.*