



CÓD: OP-060JH-23
7908403537648

CAMPINAS-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS – SÃO PAULO – SP

Enfermeiro

EDITAL Nº 01/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários)	5
2. Sinônimos e antônimos. Sentido próprio e figurado das palavras.....	16
3. Pontuação	17
4. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, artigo, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem. Colocação pronominal.....	18
5. Concordância verbal e nominal	24
6. Regência verbal e nominal.....	26

Matemática e Raciocínio Lógico

1. Resolução de situações-problema, envolvendo: adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação ou radiciação com números racionais, nas suas representações fracionária ou decimal; Mínimo múltiplo comum; Máximo divisor comum	31
2. Porcentagem.....	40
3. Razão e proporção	42
4. Regra de três simples.....	44
5. Equação do 1.º grau.....	45
6. Grandezas e medidas – quantidade, tempo, comprimento, superfície, capacidade e massa	50
7. Relação entre grandezas – tabela ou gráfico	52
8. Noções de geometria plana – forma, área, perímetro e Teorema de Pitágoras	56
9. Raciocínio Lógico: Estruturas lógicas, lógicas de argumentação, diagramas lógicos, sequências	69

Legislação

1. Lei Federal nº 8.080/90 e alterações vigentes.	93
2. Lei Federal nº 8.142/90.....	102
3. Estatuto do Servidor Público de Campinas – Lei Municipal nº 1.399/55 (Artigo 15 e artigos 184 a 204)	104
4. Decreto Municipal nº 21.019/20, que Regulamenta o Programa de Avaliação Probatória no Município de Campinas	106
5. Manual de Ética da Prefeitura Municipal de Campinas	111

Conhecimentos Específicos Enfermeiro

1. Política Nacional de Humanização do SUS.....	117
2. Política Nacional da Atenção Básica.....	122
3. Modelo de Saúde Estratégia de Saúde da Família	149
4. Noções sobre Políticas de Saúde no Brasil.....	157
5. Ética profissional e responsabilidade civil/criminal	181
6. negligência, imperícia e imprudência	191
7. Trabalho em equipe multiprofissional	192
8. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem.....	192
9. Farmacologia aplicada à enfermagem em situações clínicas e cirúrgicas.....	192
10. Enfermagem em clínica médico-cirúrgica.	202

ÍNDICE

11. Assistência de enfermagem nas doenças respiratórias, cardiovasculares, crônicas degenerativas, metabólicas, genitúrinárias, musculoesqueléticas e transmissíveis	205
12. Assistência de enfermagem ao paciente crítico e semicrítico, nas urgências e emergências e nos transtornos mentais	222
13. Assistência de enfermagem à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso. Aleitamento materno, principais intercorrências na infância e principais riscos de doença na adolescência (IST, AIDS, sexualidade, gravidez, drogadição e violência).....	271
14. Conhecimento do Estatuto da Criança, do Adolescente e do Idoso	312
15. Planejamento familiar, pré-natal, parto, puerpério e climatério, prevenção do câncer uterino e de mama. Relação binômio mãe-bebê.....	364
16. Vigilância alimentar e nutricional na Atenção Básica	395
17. Vigilância à saúde: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador.....	401
18. Programa Nacional de Imunização (PNI), gerenciamento, doenças de notificação compulsória, ações de controle e biossegurança	419
19. Administração e gerenciamento no serviço de enfermagem	432
20. Lei do Exercício Profissional	433
21. deontologia de enfermagem	435
22. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	436
23. Responsabilidade Técnica	436
24. Visita domiciliar, ações educativas.	437
25. Relação população/serviço de saúde.	438
26. Relação paciente/profissional.	439
27. Política Nacional de Saúde do Trabalhador.....	441
28. Higiene e Segurança do trabalho: acidentes do trabalho, doenças profissionais e do trabalho.....	441
29. Toxicologia Ambiental e Ocupacional.	448
30. Educação para a Saúde: campanhas de prevenção de acidentes do trabalho.....	455
31. Psicopatologia do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico no trabalho	469
32. Ergonomia Aplicada ao Trabalho. Metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho.....	469
33. Gerenciamento de absenteísmo.....	470
34. Campanhas de Saúde e Promoção à Saúde	471
35. Normas Regulamentadoras (NR) 4 (SEMT), NR-7 (PCMSO), NR-5 (CIPA), NR-6 (EPI), NR-32 (Saúde e segurança nos serviços de Saúde)	484

Gênero Textuais: referem-se às formas de organização dos textos de acordo com as diferentes situações de comunicação. Podem ocorrer nas diferentes esferas de comunicação (literária, jornalística, digital, judiciária, entre outras). São exemplos de gêneros textuais: romance, conto, receita, notícia, bula de remédio.

Gênero Literário – são os gêneros textuais em que a constituição da forma, a aplicação do estilo autoral e a organização da linguagem possuem uma preocupação estética. São classificados de acordo com a sua forma, podendo ser do gênero lírico, dramático ou épico. **Pode-se afirmar que todo gênero literário é um gênero textual, mas nem todo gênero textual é um gênero literário.**

Tipo Textual - é a forma como a linguagem se estrutura dentro de cada um dos gêneros. Refere-se ao emprego dos verbos, podendo ser classificado como narrativo, descritivo, expositivo, dissertativo-argumentativo, injuntivo, preditivo e dialogal. Cada uma dessas classificações varia de acordo como o texto se apresenta e com a finalidade para o qual foi escrito.

Exporemos abaixo os gêneros discursivos mais comuns. Cada um dos gêneros são agrupados segundo a predominância do tipo textual.

A classificação dos gêneros textuais se dá a partir do reconhecimento de certos padrões estruturais que se constituem a partir da função social do texto. No entanto, sua estrutura e seu estilo não são tão limitados e definidos como ocorre na tipologia textual, podendo se apresentar com uma grande diversidade. Além disso, o padrão também pode sofrer modificações ao longo do tempo, assim como a própria língua e a comunicação, no geral.

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- 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.

Gêneros Textuais e Gêneros Literários

Conforme o próprio nome indica, os gêneros textuais se referem a qualquer tipo de texto, enquanto os gêneros literários se referem apenas aos textos literários.

Os gêneros literários são divisões feitas segundo características formais comuns em obras literárias, agrupando-as conforme critérios estruturais, contextuais e semânticos, entre outros.

- Gênero lírico;
- Gênero épico ou narrativo;
- Gênero dramático.

Gênero Lírico

É certo tipo de texto no qual um eu lírico (a voz que fala no poema e que nem sempre corresponde à do autor) exprime suas emoções, ideias e impressões em face do mundo exterior. Normalmente os pronomes e os verbos estão em 1ª pessoa e há o predomínio da função emotiva da linguagem.

Elegia

Um texto de exaltação à morte de alguém, sendo que a morte é elevada como o ponto máximo do texto. O emissor expressa tristeza, saudade, ciúme, decepção, desejo de morte. É um poema melancólico. Um bom exemplo é a peça *Roan e Yufa*, de William Shakespeare.

Epitalâmia

Um texto relativo às noites nupciais líricas, ou seja, noites românticas com poemas e cantigas. Um bom exemplo de epitalâmia é a peça *Romeu e Julieta nas noites nupciais*.

Ode (ou hino)

É o poema lírico em que o emissor faz uma homenagem à pátria (e aos seus símbolos), às divindades, à mulher amada, ou a alguém ou algo importante para ele. O hino é uma ode com acompanhamento musical.

Idílio (ou écloga)

Poema lírico em que o emissor expressa uma homenagem à natureza, às belezas e às riquezas que ela dá ao homem. É o poema bucólico, ou seja, que expressa o desejo de desfrutar de tais belezas e riquezas ao lado da amada (pastora), que enriquece ainda mais a paisagem, espaço ideal para a paixão. A écloga é um idílio com diálogos (muito rara).

Sátira

É o poema lírico em que o emissor faz uma crítica a alguém ou a algo, em tom sério ou irônico. Tem um forte sarcasmo, pode abordar críticas sociais, a costumes de determinada época, assuntos políticos, ou pessoas de relevância social.

Acalanto

Canção de ninar.

Acróstico

Composição lírica na qual as letras iniciais de cada verso formam uma palavra ou frase. Ex.:

Amigos são

Muitas vezes os

Irmãos que escolhemos.

Zelosos, eles nos

Ajudam e

Dedicam-se por nós, para que nossa relação seja verdadeira e

Eterna

<https://www.todamateria.com.br/acrostico/>

Balada

Uma das mais primitivas manifestações poéticas, são cantigas de amigo (elegias) com ritmo característico e refrão vocal que se destinam à dança.

Canção (ou Cantiga, Trova)

Poema oral com acompanhamento musical.

Gazal (ou Gazel)

Poesia amorosa dos persas e árabes; odes do oriente médio.

Soneto

É um texto em poesia com 14 versos, dividido em dois quartetos e dois tercetos.

Vilancete

São as cantigas de autoria dos poetas vilões (cantigas de escárnio e de maldizer); satíricas, portanto.

Gênero Épico ou Narrativo

Na Antiguidade Clássica, os padrões literários reconhecidos eram apenas o épico, o lírico e o dramático. Com o passar dos anos, o gênero épico passou a ser considerado apenas uma variante do gênero literário narrativo, devido ao surgimento de concepções de prosa com características diferentes: o romance, a novela, o conto, a crônica, a fábula.

Épico (ou Epopéia)

Os textos épicos são geralmente longos e narram histórias de um povo ou de uma nação, envolvem aventuras, guerras, viagens, gestos heroicos, etc. Normalmente apresentam um tom de exaltação, isto é, de valorização de seus heróis e seus feitos. Dois exemplos são *Os Lusíadas*, de Luís de Camões, e *Odisseia*, de Homero.

Ensaio

É um texto literário breve, situado entre o poético e o didático, expondo ideias, críticas e reflexões morais e filosóficas a respeito de certo tema. É menos formal e mais flexível que o tratado.

Consiste também na defesa de um ponto de vista pessoal e subjetivo sobre um tema (humanístico, filosófico, político, social, cultural, moral, comportamental, etc.), sem que se pautem em formalidades como documentos ou provas empíricas ou dedutivas de caráter científico. Exemplo: *Ensaio sobre a tolerância*, de John Locke.

Gênero Dramático

Trata-se do texto escrito para ser encenado no teatro. Nesse tipo de texto, não há um narrador contando a história. Ela “acontece” no palco, ou seja, é representada por atores, que assumem os papéis das personagens nas cenas.

Tragédia

É a representação de um fato trágico, suscetível de provocar compaixão e terror. Aristóteles afirmava que a tragédia era “uma representação duma ação grave, de alguma extensão e completa, em linguagem figurada, com atores agindo, não narrando, inspirando dó e terror”. Ex.: *Romeu e Julieta*, de Shakespeare.

Farsa

A farsa consiste no exagero do cômico, graças ao emprego de processos como o absurdo, as incongruências, os equívocos, a caricatura, o humor primário, as situações ridículas e, em especial, o engano.

Comédia

É a representação de um fato inspirado na vida e no sentimento comum, de riso fácil. Sua origem grega está ligada às festas populares.

Tragicomédia

Modalidade em que se misturam elementos trágicos e cômicos. Originalmente, significava a mistura do real com o imaginário.

Poesia de cordel

Texto tipicamente brasileiro em que se retrata, com forte apelo linguístico e cultural nordestinos, fatos diversos da sociedade e da realidade vivida por este povo.

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.

Na prática vínculos temporários e frágeis são estabelecidos com médicos reguladores, sem estímulo ao seu trabalho, sem educação permanente e sem retaguarda institucional frequente, levando a uma grande rotatividade destes profissionais.

IV. Educação permanente ineficaz (NEU e NEP)

A educação permanente encontra-se ineficaz tanto pelo não cumprimento do previsto nas portarias ministeriais, caracterizando até o momento uma ação individual e não institucional. Os Núcleos de Educação em Urgência e os Núcleos de Educação Permanente carecem até o momento tanto de legislação específica como de incentivo financeiro para a execução de suas tarefas.

V. Manutenção e renovação da frota

O critério de renovação de frota com 300.000 km rodados tem levado a um sucateamento de grande parte da frota e a gastos desnecessários de manutenção das unidades. Caso isto fosse reduzido para 200.000 km rodados, poderíamos ter um custo menor, uma frota mais nova e uma segurança para as equipes maior.

c. Componente Hospitalar:

I. Financiamento insuficiente e inexistentes para as Unidades de Urgência

O pagamento por procedimento, realizado pelo SUS, leva a uma cultura de quanto mais, melhor, estimula o reembolso dos procedimentos e é contraproducente para a organização de uma rede que deve garantir a resposta aos casos realmente urgentes e emergentes. Assim, tem-se de ter uma ampla discussão de incentivo financeiro para as portas de entrada da rede de urgência, abolindo-se o pagamento por procedimento mas garantindo a resposta às necessidades regionais. Minas Gerais tem tido, a partir da Secretaria de Estado da Saúde uma experiência exitosa neste sentido carecendo até o momento de qualquer apoio federal para tal.

II. Dificuldade na contra referência

Se não temos referências bem delimitadas e que por muitas vezes impõem dificuldades para o acolhimento das urgências, inexistente, por outro lado, um contra-referenciamento discutido e pactuado na maior parte do país. Isto leva a uma retenção maior dos clientes na rede hospitalar assim como uma descontinuidade de tratamento posterior a uma internação.

III. Leitos de retaguarda em número insuficiente e com complexidade de assistência incompatível com as necessidades dos pacientes atendidos nas grandes emergências

A rede de urgência não tem sido na maior parte das vezes discutida e planejada, com seus pontos de atenção tendo papéis definidos, com fluxos pactuados além de leitos de retaguarda assim como leitos de unidades semi-intensiva que poderiam desafogar os hospitais de referência não tem sido implantados. Isto mantém a situação de superlotação nestes hospitais e dificultando o referenciamento dos casos que necessitam do aporte especializado do hospital de referência.

IV. Necessidade de implantação de equipe para classificação de risco

Igualmente necessitamos, dentro da rede hospitalar assim como na atenção básica, de capacitação e estruturação para realização de classificação de risco objetiva, tal como a de Manchester,

para termos uma linguagem única na rede assim como poderemos dar equidade e resolução à distribuição das situações nos pontos de atenção.

d. Outras Fragilidades:

I. Fragilidade no processo de acolhimento/humanização na alta hospitalar

Outra fragilidade da política de urgência que podemos apontar é o processo de humanização na alta hospitalar, fazendo com que o paciente que egresse de uma unidade ter descontinuidade de seu tratamento e não aderindo aos cuidados que deveriam ser preconizados. Acrescente-se a isto a dificuldade até o momento, por falta de legislação própria, de internação domiciliar.

II. Processo de regulação da urgência e emergência insuficiente tanto na referência quanto na contra referência

Com já dito, sem um planejamento com pontos de atenção e papéis na rede definidos assim como fluxos pactuados, criando uma linha guia de ação, cabe aos médicos reguladores, a partir de sua experiência e contatos pessoais, definir o fluxo e o ponto de atenção para o atendimento de uma necessidade.

III. Baixo nível de organização e de resolutividade dos pronto atendimentos em nível local

Os pronto-atendimentos em nível local tem baixa resolutividade em parte podendo ser devida ao isolamento deste tipo de unidade dentro de uma rede assim como o não apoio direto de uma unidade hospitalar. Podemos dizer que o ideal seria que cada pronto-atendimento deveria ser uma porta avançada de uma unidade hospitalar, se possível com um corpo clínico que trabalhasse em ambas, comprometendo-se com os resultados em cada uma das unidades.

IV. Financiamento insuficiente e inexistentes para os Pronto Socorros

Não existe até o momento qualquer incentivo financeiro para as portas hospitalares (unidades de urgência ou prontos-socorros), mantendo a mesma sem estrutura, perspectiva e servindo não para o trabalho dos mais experientes mas sim para o trabalho dos iniciantes, que tem a porta da emergência como possibilidade de entrada no hospital para seu trabalho atual e futuro. Além disto, sem identidade, os próprios trabalhadores destas unidades não se interessam em organizá-la como igualmente não buscam capacitação específica visto que sua atividade principal e foco é outra. Acrescente-se a isto que o financiamento é feito por procedimento o que estimula a produção, independente da necessidade real ou não de ser atendido em uma porta hospitalar, sobrecarregando as unidades de urgência e deixando muitas vezes para trás um caso realmente urgente.

V. Ausência de linguagem única e distribuição dos pacientes de acordo com a gravidade

Uma das maiores dificuldades é definir-se a prioridade para o atendimento e de que esta prioridade seja, dentro da rede de atenção, vista e compreendida da mesma maneira, dentro de uma mesma linguagem.

A especificidade do ECG de admissão para ausência de IAM varia de 80 a 95% 15,31,47-49. Seu valor preditivo positivo para IAM está ao redor de 75-85% quando se utiliza o supradesnível do segmento de ST como critério diagnóstico, e o valor preditivo negativo é de cerca de 85-95%. Embora a probabilidade de infarto agudo do miocárdio em pacientes com ECG normal seja pequena (5%), o diagnóstico de angina instável é um fato possível (e estes pacientes têm uma taxa de 5 a 20% de evolução para infarto agudo do miocárdio ou morte cardíaca ao final de 1 ano).

Se o método não tem acurácia diagnóstica suficiente para IAM ou angina instável, ele por si só é capaz de discriminar os pacientes de alto risco daqueles de não-alto risco de complicações cardíacas, inclusive em pacientes com síndrome coronariana aguda sem supradesnível de ST. Mesmo em pacientes com supradesnível do segmento ST na admissão, subgrupos de maior risco podem ser identificados pelo ECG.

Monitorização da tendência do segmento ST - Em virtude da natureza dinâmica do processo trombótico coronariano, a obtenção de um único ECG geralmente não é suficiente para avaliar um paciente no qual haja forte suspeita clínica de isquemia aguda do miocárdio. O recente desenvolvimento e adoção da monitorização contínua da tendência do segmento ST têm sido demonstrados como de valiosa importância na identificação precoce de isquemia de repouso.

Em pacientes com dor torácica, sua sensibilidade para detectar pacientes com IAM foi significativamente maior do que a do ECG de admissão (68% vs 55%, $p < 0,0001$), com uma elevadíssima especificidade (95%), o mesmo se observando para o diagnóstico de síndrome coronariana aguda (sensibilidade = 34%, especificidade = 99,5%).

A acurácia diagnóstica do monitor de ST também tem se mostrado muito boa para detectar reoclusão coronariana pós-terapia de reperfusão, com sensibilidade de 90% e especificidade de 92%. Além disso, a demonstração de estabilidade do segmento ST mostrou 100% de sensibilidade e especificidade para detecção de obstrução coronariana subtotal em relação à obstrução total.

O monitor de ST também tem-se mostrado como método de grande utilidade para estratificação de risco em pacientes com angina instável ou mesmo com dor torácica de baixo risco e de etiologia a ser esclarecida, constituindo-se num preditor independente e altamente significativo de morte, infarto agudo do miocárdio não-fatal ou isquemia recorrente.

Assim é recomendado:

1) Todo paciente com dor torácica visto na sala de emergência deve ser submetido imediatamente a um ECG, o qual deverá ser prontamente interpretado (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

2) Um novo ECG deve ser obtido no máximo 3h após o 1º em pacientes com suspeita clínica de síndrome coronariana aguda ou qualquer outra doença cardiovascular aguda, mesmo que o ECG inicial tenha sido normal, ou a qualquer momento em caso de recorrência da dor torácica ou surgimento de instabilidade clínica (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

3) Devido à sua baixa sensibilidade para o diagnóstico de síndrome coronariana aguda, o ECG nunca deve ser o único exame complementar utilizado para confirmar ou afastar o diagnóstico da doença, necessitando de outros testes simultâneos, como marcadores de necrose miocárdica, monitor do segmento ST, ecocardiograma e testes de estresse (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B e D);

4) Se disponível, o monitor de tendência do segmento ST deve ser utilizado, simultaneamente, ao ECG em pacientes com dor torácica e suspeita clínica de síndrome coronariana aguda sem supradesnível do segmento ST para fins diagnóstico e prognóstico (Grau de Recomendação I, Nível de Evidência B);

5) Para pacientes com IAM com supradesnível do segmento ST que tenham recebido terapia de reperfusão coronariana o monitor do segmento ST poderá ser utilizado para detectar precocemente a ocorrência de recanalização ou o fenômeno de reoclusão coronariana (Grau de Recomendação IIb, Nível de Evidência

Papel diagnóstico e prognóstico dos marcadores de necrose miocárdica

Os marcadores de necrose miocárdica têm um papel importante não só no diagnóstico como também no prognóstico da síndrome coronariana aguda.

Mioglobina - Esta é uma proteína encontrada tanto no músculo cardíaco como no esquelético, que se eleva precocemente após necrose miocárdica, podendo ser detectada no sangue de vários pacientes, já na primeira hora pós-oclusão coronariana.

A mioglobina tem uma sensibilidade diagnóstica para o IAM significativamente maior, que a da creatinofosfoquinase-MB (CK-MB) nos pacientes que procuram a sala de emergência com menos de 4h de início dos sintomas. Estudos têm demonstrado uma sensibilidade para a mioglobina de 60-80% imediatamente após a chegada do paciente ao hospital 60-62. Sua relativamente baixa especificidade (80%), resultante da alta taxa de resultados falso-positivos, encontrados em pacientes com trauma muscular, convulsões, cardioversão elétrica ou insuficiência renal crônica, limitam o seu uso isoladamente. Entretanto, um resultado positivo obtido 3-4h após a chegada ao hospital sugere fortemente o diagnóstico de IAM (valor preditivo positivo ³ 95%). Da mesma forma, um resultado negativo obtido 3-4h após a chegada torna improvável o diagnóstico de infarto (valor preditivo negativo ³ 90%), principalmente em paciente com baixa probabilidade pré-teste de doença (valor preditivo negativo ³ 95%).

Creatinofosfoquinase-MB (CK-MB) - A creatinofosfoquinase é uma enzima que catalisa a formação de moléculas de alta energia e, por isso, encontrada em tecidos que as consomem (músculos cardíaco e esquelético e tecido nervoso).

A sensibilidade de uma única CK-MB obtida imediatamente na chegada ao hospital em pacientes com dor torácica para o diagnóstico de IAM é baixa (30-50%). Já a sua utilização dentro das primeiras 3h de admissão aumenta esta sensibilidade para cerca de 80 a 85%, alcançando 100% quando utilizada de forma seriada, a cada 3-4h, desde a admissão até a 9ª hora (ou 12h após o início da oclusão coronariana) 17,63-66.

Da mesma forma, o valor preditivo negativo da CK-MB obtida até a 3ª hora pós-admissão ainda é sub-ótimo (95%), apesar de subgrupos de pacientes com baixa probabilidade de IAM já terem este valor preditivo ³ 97% neste momento 16,17,66. Pacientes com média e alta probabilidade só alcançam 100% de valor preditivo negativo ao redor da 9 à 12ª hora. Estes dados apontam para a necessidade de uma avaliação por pelo menos 9h para confirmar ou afastar o diagnóstico de IAM nestes pacientes. A especificidade da CK-MB de 95% decorre de alguns resultados falso-positivos encontrados principalmente quando a metodologia é a da atividade da CK-MB e não da massa.

Placenta Prévia (PP)

É uma intercorrência obstétrica de risco caracterizada pela implantação da placenta na parte inferior do útero. Com o desenvolvimento da gravidez, a placenta evolui para o orifício do canal de parto.

Pode ser parcial (marginal), quando a placenta cobre parte do orifício, ou total (oclusiva), quando cobre totalmente o orifício. Ambas as situações provocam risco de vida materna e fetal, em vista da hemorragia – a qual apresenta sangramento de cor vermelho vivo, indolor, constante, sem causa aparente, aparecendo a partir da 22ª semana de gravidez.

Após o diagnóstico de PP, na fase crítica, a internação é a conduta imediata com a intenção de promover uma gravidez a termo ou o mais próximo disso. A supervisão deve ser constante, sendo a gestante orientada a fazer repouso no leito com os membros discretamente elevados, evitar esforços físicos e observar os movimentos fetais e características do sangramento (quantidade e frequência). A conduta na evolução do trabalho de parto dependerá do quadro clínico de cada gestante, avaliando o bem-estar materno e fetal.

Prenhez Ectópica ou Extrauterina

Consiste numa intercorrência obstétrica de risco, caracterizada pela implantação do ovo fecundado fora do útero, como, por exemplo, nas trompas uterinas, ovários e outros.

Como sinais e sintomas, tal intercorrência apresenta forte dor no baixo ventre, podendo estar seguida de sangramento em grande quantidade.

O diagnóstico geralmente ocorre no primeiro trimestre gestacional, através de ultrassonografia. A equipe de enfermagem deverá estar atenta aos possíveis sinais de choque hipovolêmico e de infecção.

A conduta obstétrica é cirúrgica.

Doenças Hipertensivas Específicas da Gestação (DHEG)

A hipertensão na gravidez é uma complicação comum e potencialmente perigosa para a gestante, o feto e o próprio recém-nascido, sendo uma das causas de maior incidência de morte materna, fetal e neonatal, de baixo peso ao nascer e prematuridade. Pode apresentar-se de forma leve, moderada ou grave.

Existem vários fatores de risco associados com o aumento da DHEG, tais como: adolescência/idade acima de 35 anos, conflitos psíquicos e afetivos, desnutrição, primeira gestação, história familiar de hipertensão, diabetes mellitus, gestação múltipla e polidrâmnia.

A DHEG aparece após a 20ª semana de gestação, como um quadro de hipertensão arterial, acompanhada ou não de edema e proteinúria (pré-eclâmpsia), podendo evoluir para convulsão e coma (DHEG grave ou eclâmpsia).

Durante uma gestação sem intercorrências, a pressão permanece normal e não há proteinúria. É comum a maioria das gestantes apresentarem edema nos membros inferiores, devido à pressão do útero grávido na veia cava inferior e ao relaxamento da musculatura lisa dos vasos sanguíneos, não sendo este um sinal diferencial.

Já o edema de face e de mãos é um sinal de alerta diferencial, pois não é normal, podendo estar associado à elevação da pressão arterial. Um ganho de peso de mais de 500 g por semana deve ser observado e analisado como um sinal a ser investigado.

O exame de urina, cujo resultado demonstre presença de proteína, significa diminuição da função urinária. A elevação da pressão sistólica em mais de 30 mmHg, ou da diastólica em mais de 15

mmHg, representa outro sinal que deve ser observado com atenção. A gestante o companheiro e a família devem estar convenientemente orientados quanto aos sinais e sintomas da DHEG.

Todos esses sinais são motivos de preocupação, devendo ser pesquisados e avaliados através de marcação de consultas com maior frequência, para evitar exacerbação dessa complicação em uma gravidez de baixo risco, tornando-a de alto risco – o que fará necessário o encaminhamento e acompanhamento pelo pré-natal de alto risco.

A pré-eclâmpsia leve é caracterizada por edema e/ou proteinúria, e mais hipertensão. À medida que a doença evolui e o vaso espasmo aumenta, surgem outros sinais e sintomas. O sistema nervoso central (SNC) sofre irritabilidade crescente, surgindo cefaleia occipital, tonteiras, distúrbios visuais (moscas volantes). As manifestações digestivas - dor epigástrica, náuseas e vômitos - são sintomas que revelam comprometimento de outros órgãos.

Com a evolução da doença pode ocorrer a convulsão ou coma, caracterizando a DHEG grave ou eclâmpsia, uma das complicações obstétricas mais graves. Nesta, a proteinúria indica alterações renais, podendo ser acompanhada por oligúria ou mesmo anúria.

Com o vaso espasmo generalizado, o miométrio torna-se hipertônico, afetando diretamente a placenta que, dependendo da intensidade, pode desencadear seu deslocamento prematuro. Também a hipertensão materna prolongada afeta a circulação placentária, ocorrendo o rompimento de vasos e acúmulo de sangue na parede do útero, representando outra causa do deslocamento da placenta.

Um sinal expressivo do descolamento da placenta é a dor abdominal súbita e intensa, seguida por sangramento vaginal de coloração vermelha-escuro, levando a uma movimentação fetal aumentada, o que indica sofrimento fetal por diminuição de oxigênio (anoxia) e aumento excessivo das contrações uterinas que surgem como uma defesa do útero em cessar o sangramento, agravando o estado do feto. Nesses casos, indica-se a intervenção cirúrgica de emergência – cesariana -, para maior chance de sobrevivência materna e fetal.

Os fatores de risco que dificultam a oxigenação dos tecidos e, principalmente, o tecido uterino, relacionam-se à: superdistensão uterina (gemelar, polidrâmnia, fetos grandes); aumento da tensão sobre a parede abdominal, frequentemente observado na primeira gravidez; doenças vasculares já existentes, como hipertensão crônica, neuropatia; estresse emocional, levando à tensão muscular; alimentação inadequada.

A assistência pré-natal tem como um dos objetivos detectar precocemente os sinais da doença hipertensiva, antes que evolua. A verificação do peso e pressão arterial a cada consulta servirá para a avaliação sistemática da gestante, devendo o registro ser feito no Cartão de Pré-Natal, para acompanhamento durante a gestação e parto. O exame de urina deve ser feito no primeiro e terceiro trimestre, ou sempre que houver queixas urinárias ou alterações dos níveis da pressão arterial.

A equipe de enfermagem deve orientar a gestante sobre a importância de diminuir a ingesta calórica (alimentos ricos em gordura, massa, refrigerantes e açúcar) e não abusar de comidas salgadas, bem como sobre os perigos do tabagismo, que provoca vasoconstrição, diminuindo a irrigação sanguínea para o feto, e do alcoolismo, que provoca o nascimento de fetos de baixo peso e abortamento espontâneo.

cas e culturais. Deve permitir também o conhecimento das causas (variáveis) e consequências de seus agravos de saúde, e como estes influenciam e são influenciados por fatores econômicos, políticos e de organização dos serviços de saúde e da sociedade.

Ao pensar em uma ação educativa problematizadora, participativa e dialógica, com o propósito de intervenção para mudanças, pressupõe-se o desencadeamento de ações para o diagnóstico da situação.

“Como agir sobre uma realidade, para transformá-la, sem conhecê-la? E como conhecê-la sem estudá-la? A ação participativa, portanto, se inicia e se fundamenta na investigação da realidade feita pelos sujeitos dessa realidade. É, pois, uma atividade coletiva, feita não pelos técnicos sobre a população, mas pelos técnicos e a população sobre a realidade compartilhada.”

O diagnóstico é o momento da identificação dos problemas, suas causas e consequências, e principais características. É o momento em que também se buscam explicações para os problemas identificados.

Fases do Diagnóstico

Coleta de Dados: A coleta de dados deve propiciar a leitura da realidade concreta, a sua compreensão, a identificação dos problemas e necessidades de saúde de determinados grupos e/ou população. Deve também obter dados para o conhecimento de suas características socioeconômicas, culturais e epidemiológicas, entre outras. Direta ou indiretamente, fornece subsídios sobre as principais causas dos agravos de saúde e sua inter-relação com os fatores relacionados à organização de serviços de saúde e outros, mostrando, também, como todos os envolvidos agem e reagem frente aos problemas identificados. As fontes de dados podem ser boletins epidemiológicos, relatórios, planilhas, fichas, prontuários, artigos científicos, livros de atas, e outros à disposição. Neste caso, podemos utilizá-los selecionando os dados que sejam úteis para o diagnóstico pretendido. A este tipo de dados damos o nome de “secundários”.

Os dados chamados “primários” são aqueles que necessitam ser coletados, no momento do diagnóstico, junto ao grupo ou população. Podem ser recolhidos por meio de diferentes instrumentos e/ou técnicas (questionário, formulário, ficha de observação, entrevista, observação participante, dramatização e outros). A sua adequação deverá ser constantemente avaliada, permitindo que os dados colhidos se aproximem o mais possível da realidade concreta.

É comum, num diagnóstico, utilizarmos dados primários e secundários para o conhecimento mais global da problemática da saúde/doença de uma determinada população-alvo. Existem formas diferentes de se colher dados para o diagnóstico de uma situação.

Discussão, Análise e Interpretação dos Dados: Vários fatores influenciam a definição da forma de coletar dados, assim como os instrumentos e técnicas a serem utilizados. Esta definição também influi na análise e interpretação de dados ou fatos, nas relações de causa-e-efeito, assim como nas propostas de intervenção.

Entre outros, temos:

- a postura e visão daqueles que são os responsáveis pelo desencadeamento das ações de diagnóstico de uma dada situação problema;

- o tipo de dados a serem coletados;
- a situação-problema ser ou não emergencial;
- a postura e visão da população a ser envolvida;
- o compromisso com a participação real.

Esses fatores direcionam para um diagnóstico descritivo/analítico e/ou participativo. Quando definimos qual será nossa prática a partir de um modelo de pensamento uni casual, além de podermos incorrer no equívoco de colocar em execução um plano de ação baseado em prioridades e objetivos que dificilmente terão como produto final a resolução do problema, ainda corremos o risco de dirigir recursos, profissionais e ações para áreas que extrapolam o nosso poder de decisão.

Essa forma de diagnóstico pode também levar o profissional de saúde a uma falsa percepção de suas possibilidades de ação. Pode também, ingenuamente, achar que somente com ações educativas irá resolver os problemas relacionados à saúde coletiva.

Uma nova forma de interpretação e análise dos dados: “Neste modelo, o pressuposto é de um conjunto de variáveis, que se relacionam e determinam entre si, produzindo um efeito. Há variáveis que têm um peso maior na produção do efeito, assim como há outras que atuam mais ou menos diretamente sobre ele.” Procura saber “o quê influi em quê”, e descobre que as prioridades para a solução do problema envolvem ações educativas, de reorganização do Posto de Saúde, de treinamento dos profissionais de saúde, além da dificuldade econômica da família, das condições de trabalho, da falta de creche, pré-escola e outras. Este modelo ou forma de análise e interpretação dos dados coletados define: Múltiplas causas - de diferentes naturezas, mas com pesos iguais, e um efeito - ida ao Pronto-Socorro. É a interpretação “Multicausal”.

A partir dessa análise e interpretação, a equipe e demais envolvidos podem estabelecer prioridades, no seu nível de resolutividade, para atenuar o problema da família e de outras com problemas semelhantes e, assim, contribuir para uma melhoria nas condições de saúde. Neste caso, o grupo responsável pela intervenção consegue identificar o ponto-chave do problema, encontrar estratégias de ação que viabilizam intervenções sucessivas e complementares, ao mesmo tempo em que permite um trabalho interinstitucional, com a participação dos profissionais de saúde, usuários e grupos interessados. Neste caso, pode haver confronto, conflito, pessimismo, otimismo, consenso, mas não imobilismo.

As ações educativas previstas são partes do processo de Ação - Análise - Reflexão - Decisão - Ação. Esta forma de interpretação define: múltiplas causas - de diferentes naturezas e com diferentes pesos, e vários efeitos - interdependentes.

Estabelecimento de Prioridades: É a última fase do diagnóstico. Neste momento, equipe de saúde, grupos e população interessada definem, entre os problemas identificados, aqueles que são passíveis de intervenção, no nível da organização de serviços, de socialização do conhecimento científico atual, da participação da população, em nível individual e/ou coletivo, que contribuirão para a melhoria da saúde da comunidade. A partir dessa decisão, o próximo passo é a elaboração do Plano de Ação, detalhando as atividades que deverão ser desenvolvidas, definindo: objetivos, população-alvo, recursos humanos, materiais e financeiros necessários, estratégias de execução e critérios de avaliação.

O acesso à informação em saúde

É fundamental para reduzir iniquidades e promover transformações sociais necessárias para a qualidade de vida e o bem-estar mais democrático das populações. O conceito ampliado de “saúde”, tão discutido nos debates que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), está intimamente relacionado à ideia de cidadania. É uma das bases essenciais ao exercício pleno da cidadania e do direito à saúde é o direito à comunicação e à informação.