



CÓD: OP-1210T-23
7908403544349

SANTARÉM-PA

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTARÉM - PARÁ

Técnico de Enfermagem

CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2023

Língua Portuguesa

1. Interpretação e Compreensão de texto	5
2. Ortografia Oficial.	5
3. Acentuação Gráfica.	6
4. Emprego de letras e divisão silábica.	6
5. Pontuação.	7
6. Classes e emprego de palavras.	10
7. Morfologia.	17
8. Vozes do Verbo. Emprego de tempo e modo verbais	18
9. Sintaxe.	18
10. Concordância Nominal e Verbal.	23
11. Significado das palavras: sinônimos, antônimos.....	25
12. Crase.	25
13. Regência Nominal e Verbal.	26
14. Análise Sintática: coordenação e subordinação.....	27
15. Morfologia e Sintaxe.	27

Informática básica

1. Conceitos básicos do hardware e periféricos de um microcomputador.	33
2. Browsers Internet Explorer, Firefox e Chrome. Ferramentas e aplicações de informática.....	33
3. Windows 10 ou superior.	39
4. Conceitos de organização e de gerenciamento de arquivos e pastas, usando o mouse, trabalhando com Janelas, configurando a barra de tarefas, configurando o computador: Configurações regionais, data e hora do sistema, mouse, teclado, organizando o computador, modos de visualização, acessando unidade de disco, Windows Explorer, lixeira, calculadora, Paint.	42
5. Linux.	44
6. Correio eletrônico.	46
7. Procedimento para a realização de cópia de segurança (backup).	48
8. Microsoft Office (Word, Excel, PowerPoint 2010 ou superior). Conceitos de organização de arquivos e métodos de acesso..	50
9. Conceitos e tecnologias relacionados à Internet e Intranet.	55
10. Segurança Virtual. Malwares. Antivírus. Firewall.....	55
11. Outlook 2010 ou superior.	55

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Conhecimentos específicos em técnicas básicas: importância da limpeza terminal, concorrente e arrumação de cama	59
2. higiene oral e corporal	59
3. prevenção de deformidade e úlcera de pressão.....	61
4. controles de sinais vitais	61

ÍNDICE

5. controle de eliminações e ingestões.....	64
6. balanço hídrico.....	64
7. Enteroclisma e Enema.....	66
8. Posições para exame.....	68
9. cuidados para coleta de sangue, fezes e urina.....	78
10. Ergonomia.....	89
11. Princípios de infecção hospitalar.....	92
12. técnicas de curativo.....	99
13. administração de dietas.....	101
14. Cuidados com drenagens.....	105
15. Assistência de enfermagem em centro cirúrgico, centro obstétrico.....	107
16. Central de material e esterilização: conceitos de desinfecção e esterilização, procedimentos, cuidados com materiais e soluções utilizadas, tipos de esterilização, armazenamento e transporte.....	113
17. Noções de farmacologia, interações medicamentosas e reações adversas, hemoterapia e cuidados específicos na administração. Medicamentos: parenteral e enteral: diluições, rediluições, gotejamento de soro e vias de administração.....	116
18. Noções de imunização, cadeia de frio, tipos de vacina: dose e via de administração, esquema de vacinação do ministério da saúde.....	126
19. doenças de notificação compulsória.....	139
20. Noções de enfermagem nas urgências e emergências: primeiros socorros, hemorragias, choques, traumatismos e queimaduras.....	141
21. Noções de enfermagem aos pacientes com afecções dos sistemas: respiratório, cardiovascular, digestório, renal, urinário, reprodutor, musculoesquelético, neurológico e nos órgãos dos sentidos.....	188
22. Noções de assistência de enfermagem nas moléstias infectocontagiosas.....	257
23. Noções de enfermagem a portadores de patologias clínicas e cirúrgicas.....	278
24. Código de Ética.....	278
25. Política de Saúde e Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS.....	283
26. Cálculo de Medicamento.....	291
27. Lei nº 14.899, de 28 de janeiro de 1994 - Regime Jurídico Único Dos Servidores Públicos Do Município De Santarém.....	291
28. Lei nº 16.060, de 12 de janeiro de 1998 - Plano De Cargos, Carreiras E Vencimentos Da Administração Pública Direta, Autárquica E Fundacional Do Município De Santarém, E Dá Outras Providências.....	307

que possui ambos os efeitos (Grau de Recomendação I e Nível de Evidência C e D). Nos pacientes com contra-indicação ao uso de betabloqueadores podemos utilizar o enalaprilato venoso. O controle da dor deve ser feito com sulfato de morfina, que também auxilia na redução da pressão arterial e estabilização da dissecação. Os pacientes deverão ser submetidos à monitorização oxi-dinâmica, do débito urinário e da pressão arterial, e encaminhados à unidade de terapia intensiva e/ou ao centro cirúrgico tão logo indicado e possível. Aqueles com instabilidade hemodinâmica deverão ser colocados em suporte ventilatório e submetidos a monitorização invasiva da pressão arterial e das pressões do coração direito para melhor controle das pressões de enchimento e do débito cardíaco, além das variáveis de oxigenação tissular.

O tratamento cirúrgico imediato é reservado para as dissecações agudas que envolvam a aorta ascendente ou o arco aórtico (tipo A de DeBakey) e para dissecações distais complicadas (oclusão de um ramo aórtico importante, extensão da dissecação e evidências de ruptura aórtica) ou não estabilizadas com o tratamento clínico. (Grau de Recomendação I e Nível de Evidência C e D). Em pacientes com dissecação não complicada que poupem a aorta ascendente (tipo B) e com dissecação crônica da aorta o tratamento clínico é o passo inicial. (Grau de Recomendação I e Nível de Evidência C e D).

4) suporte de vida em situações de edema agudo de pulmão;

O edema agudo de pulmão (EAP) é um evento que acontece e forma clínica, e que é caracterizado por um acúmulo súbito e anormal de líquido nos espaços extra vasculares do pulmão, que representa uma das mais dolorosas e dramáticas síndromes cardiorrespiratórias, e que ocorre de maneira muito frequente nas unidades de emergência e de terapia intensiva. Na maioria das vezes é consequência da insuficiência cardíaca esquerda, onde a elevação da pressão no átrio esquerdo e capilar pulmonar é o principal fator responsável pela transpiração de líquido para o interstício e interior dos alvéolos, com interferência nas trocas gasosas pulmonares e redução da pressão parcial de oxigênio no sangue arterial (TARANTINO, 2007).

O fluxo aumentado de líquidos, que são provenientes dos capilares pulmonares para o espaço intersticial e alvéolos, que se acumulam nessas regiões ao ultrapassarem a capacidade de drenagem dos vasos linfáticos, promovendo uma troca alvéolo-capilar de forma inadequada (FARIA ET AL, 2010).

Com base nestes contextos, analisar a participação da equipe de enfermagem no sentido de reabilitação do paciente no decorrer deste acontecimento que ocorre de forma frequente, embora seja ele um evento que requer cuidados minuciosos é imprescindível. Segundo Marsella (2012), as principais patologias que determinam o EAP são: Isquemia miocárdica aguda (com ou sem infarto prévio), hipertensão arterial sistêmica, doença valvar, doença miocárdica primária, cardiopatias congênitas e arritmias cardíacas, principalmente as de frequência muito elevada.

Sallum (2013) salienta que a causa mais comum do EAP é insuficiência ventricular esquerda, onde há uma incapacidade desta cavidade em bombear o sangue para fora do coração. Esta pode ocorrer por diversos motivos, entre eles estão à hipertensão arterial, doenças das válvulas cardíacas, doenças do músculo cardíaco, arritmias cardíacas e distúrbios da condução elétrica do coração, entre outras doenças cardíacas. Sendo que em algumas situações, a infusão excessiva de líquidos, pode acarretar um quadro de edema agudo de pulmão.

A formação de edema nos pulmões ocorre do mesmo modo que em outras partes do corpo. Qualquer fator que faça com que a pressão do líquido intersticial pulmonar passe de negativa para positiva, provoca uma súbita inundação dos espaços intersticiais e dos alvéolos, com grande quantidade de líquido livre, tendo como causas mais comuns a insuficiência cardíaca esquerda ou doença valvular mitral com conseqüente aumento na pressão capilar pulmonar e inundação dos espaços intersticiais e alveolares. Também a lesão da membrana dos capilares pulmonares, causada por infecções como pneumonias ou pela inalação de substâncias nocivas como os gases cloro ou dióxido de enxofre, acarreta a rápida saída de líquido e de proteínas plasmáticas de dentro dos capilares. (GUYTON, 2006).

EDEMA AGUDO DE PULMÃO

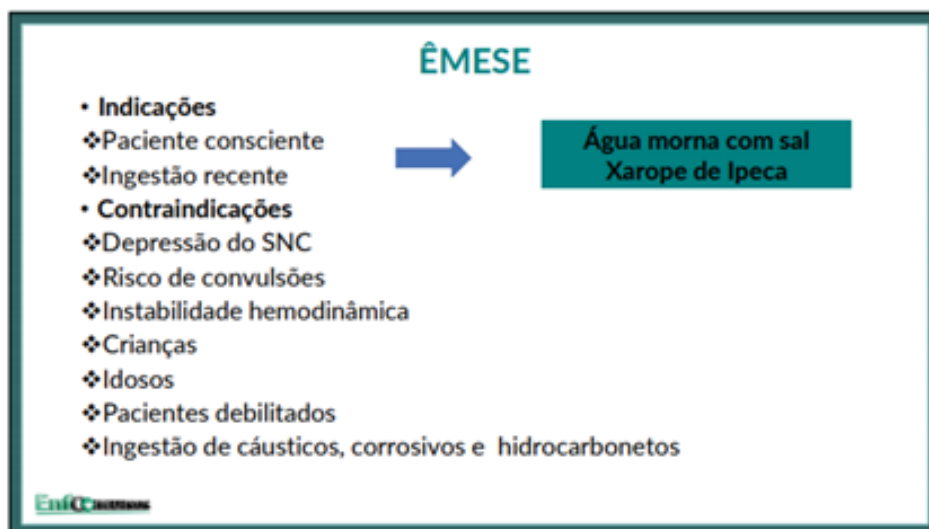
O edema pulmonar uma condição definida pelo acúmulo anormal de líquido no tecido pulmonar, no espaço alveolar ou em ambos, se apresentando como uma condição grave. Ocorre, na maioria dos casos, em consequência do aumento da pressão microvascular proveniente da função ventricular esquerda inadequada, o que leva ao refluxo de sangue para dentro da vasculatura pulmonar (BRUNNER &SUDDARTH, 2009).

PRINCIPAIS SINTOMAS

As principais manifestações clínicas do edema agudo de pulmão são: dispnéia intensa, ortopnéia, tosse, escarro cor de rosa e espumoso. Em geral o paciente apresenta-se ansioso, agitado, sentado com membros inferiores pendentes e utilizando intensamente a musculatura respiratória acessória. Há dilatação das asas do nariz, retração intercostal e da fossa supraclavicular. A pele e as mucosas tornam-se frias, acinzentadas, às vezes pálidas e cianóticas, com sudorese fria sistêmica. Pode haver referência de dor subesternal irradiada para o pescoço, mandíbula ou face medial do braço esquerdo em casos de isquemia miocárdica ou IAM. No exame físico, pode-se constatar taquicardia, ritmo de galope, B2 hiperfônica, pressão arterial elevada ou baixa (IAM, choque cardiogênico), estertores subcrepantes inicialmente nas bases, tornando-se difusos com a evolução do quadro. Roncos e sibilos difusos indicam quase sempre broncoespasmo secundário. O quadro clínico agrava-se progressivamente, culminando com insuficiência respiratória, hiperventilação, confusão mental e morte por hipoxemia (PORTO, 2005).

Deve-se basear no achado das seguintes alterações: paciente com queixa de dispnéia, geralmente de início súbito, associada à tosse e a sinais de liberação adrenérgica (taquicardia, palidez cutânea, sudorese fria, hipertensão e ansiedade). Sinais de esforço da musculatura inspiratória, com uso dos músculos acessórios da respiração, tiragem intercostal e batimento de asas de nariz. Taquipnéia e expiração forçada, inclusive com presença de respiração abdominal. Ausculta pulmonar variada, podendo-se encontrar, mais comumente, estertores inspiratórios e expiratórios de médias e grossas bolhas. Também é comum o encontro de murmúrio vesicular mais rude, com roncos e sibilos. Outros achados que podem ajudar a definir etiologia do EAP são: presença de dor torácica compatível com insuficiência coronariana, galope cardíaco (B3 e/ou B4), sopros cardíacos e deslocamento da posição do ictus cardíaco (sinal de aumento da área cardíaca) (MASELLA, 2012).

- Anamnese – 5 Ws (Quem, o que, onde, quando, por que?)
- Antídoto
- Diluição?
- Êmese
- Lavagem Gástrica



Diluição:

Imediatamente

- Álcalis
- Ácidos fracos
- Hidrocarbonetos

Nunca

- Ácidos concentrados
- Substâncias cáusticas
- Inconsciência
- Reflexo da deglutição diminuído
- Depressão respiratória
- Dor abdominal

Lavagem Gástrica:

- Recém-Nascido: 500 ml
- Lactentes: 2 a 3 litros
- Pré-Escolares: 4 a 5 litros
- Escolares: 5 a 6 litros
- Adultos: 6 a 10 litros.

Solução utilizada: Soro Fisiológico a 0,9%.

- Volume por Vez

Crianças: 5ml/Kg •Adultos: 250ml.

Carvão ativado

- Crianças < 12 anos = 1g/kg
- Adultos até 1g/kg
- Dose de ataque = 50 a 60g em 250ml SF
- Manutenção = 0,5g/kg – 4 a 6h

O ECG de repouso é o registro gráfico linear da atividade elétrica gerada pelo coração, obtido na superfície corporal por meio de eletrodos que são posicionados em pontos pré-estabelecidos.

Normalmente os eletrodos são colocados na superfície do tórax e dos membros, no entanto, existem situações onde se usam eletrodos no interior do esôfago (derivação esofágica), no interior do coração (derivação endocárdica) ou na superfície do coração (derivação epicárdica).

Derivações unipolares e bipolares: uma derivação é dita unipolar quando um eletrodo explorador faz o registro da atividade elétrica cardíaca (exemplo: V1 a V6 e aVR, aVL e aVF). As derivações aVR, aVL e aVF são denominadas derivações unipolares aumentadas dos membros.

Derivação bipolar é aquela em que o registro se faz por meio de dois eletrodos situados à mesma distância do coração (exemplo: DI, DII e DIII).

Plano frontal e plano horizontal: para o registro do ECG padrão usamos doze derivações; seis derivações cobrem o plano frontal ou vertical (aVR, aVL, aVF, DI, DII e DIII) e seis cobrem o plano horizontal ou precordial (V1 a V6) numa tentativa de registrar a atividade elétrica cardíaca em vários ângulos diferentes.

Eventualmente, podem ser utilizadas derivações precordiais adicionais para uma melhor visualização da parede posterior do coração (V7 e V8) e do ventrículo direito (V3R e V4R). Derivações precordiais direitas altas podem ser adotadas para melhor avaliação da via de saída do ventrículo direito.

Abordaremos a seguir os parâmetros utilizados no eletrocardiograma.

Frequência Cardíaca (FC)

A FC pode ser estimada no ECG em bpm por meio de duas regras práticas:

1) Regra dos 300: basta dividir 300 pelo número de cinco quadros (que perfazem 0,20s) que contêm o intervalo RR ou PP.

2) Regra dos 1.500: basta dividir 1.500 pelo número de quadros menores (unidade menor = 0,04s) que contêm o intervalo RR ou PP.

Ondas, Segmentos e Intervalos do ECG

As deflexões ECG decorrentes da despolarização e repolarização de átrios e ventrículos são designadas sucessivamente pelas letras do alfabeto: P, QRS, T e U. Entre as ondas de despolarização atrial (onda P) e ventricular (complexo QRS) encontram-se os segmentos PR e ST, além de dois espaços sucessivos denominados intervalos PR e QT.

Após a onda T e antes da onda P do ciclo seguinte pode ser registrada a onda U, que, quando presente, possui 10% da voltagem da onda T.

Ondas do ECG
P: representa a onda de despolarização da câmara biatrial
Q: primeira deflexão negativa da despolarização ventricular (do QRS) seguida de uma deflexão positiva r ou R. Se isolada será QS
R, R' e R'': primeira, segunda e terceira deflexão positiva do QRS ou despolarização ventricular

S, S' e S'': primeira, segunda e terceira deflexão negativa após a primeira, segunda ou terceira onda positiva do QRS
T: onda que representa a repolarização ventricular
U: última onda, tem pequena magnitude e é inconstante
Ta ou Tp: onda não visível normalmente. Oculta pelo QRS. Re apresenta a repolarização atrial

Caracterização da Onda P

A onda P deve ser caracterizada conforme 4 aspectos:

1) Polaridade ou eixo: eixo da onda P ou SÂP varia normalmente de - 30 a + 90 graus no PF.

2) Amplitude (voltagem): normalmente varia de 0,5 a 2,5mm (0,05 a 0,25mV).

3) Duração: normal até 0,08s.

4) Morfologia: tipicamente monofásica. O formato da onda P é arredondado, podendo existir pequenos entalhes, sendo que a distância entre esses entalhes não deve ultrapassar 30ms (0,03s). Entalhes na onda P com distância entre os ápices de 40ms (0,04s) ou mais indicam sobrecarga atrial esquerda (SAE) ou distúrbio de condução interatrial devido a bloqueio do fascículo de Bachman. Entalhes na onda P são comumente vistos em vagotônicos.

Onda Ta: não visível normalmente, pois coincide temporalmente com o QRS. Representa a repolarização atrial, sua polaridade é oposta à da onda P e sua magnitude é de até 200µV. Eventualmente pode aparecer no segmento ST durante o exercício, ocasionar depressão tipo côncava e simular isquemia miocárdica.

Condução Atrioventricular

Intervalo PR: intervalo que deve ser medido do início da onda P ao início do complexo QRS. Seus valores são diretamente proporcionais à idade e inversamente proporcionais à frequência cardíaca.

Segmento PR, PQ, PRs PQ ou STp. Vai do fim da onda P ao início do complexo QRS. O ponto de união entre o fim da onda P e o início do segmento PRs denomina-se ponto **Ja**. Habitualmente o PRs é isoelétrico. O aumento da frequência cardíaca pode produzir um infradesnívelamento fisiológico do PRs.

Ativação Ventricular

Complexo QRS: é um conjunto de deflexões ou ondas que representam a despolarização dos ventrículos direito e esquerdo.

Componentes do Complexo QRS

Onda Q ou q: primeira onda negativa do complexo QRS seguida de uma onda R ou r. Ondas de voltagem reduzida escrevem-se com letra minúscula (q) e as de grande profundidade com letra maiúscula (Q).

Onda R ou r: é a primeira onda positiva do complexo QRS precedida ou não de Q ou q e sucedida ou não de S ou s.

Onda R, R' e R'': primeira, segunda e terceira deflexão positiva do QRS.

Ondas S, S' e S: primeira, segunda e terceira deflexão negativa após a primeira, segunda ou terceira onda positiva do QRS.

tos do mar, nozes), exercícios físicos, estresse, fatores hormonais, medicamentos, infecções virais das vias respiratórias e refluxo gastroesofágico.

A asma é uma reação inflamatória reversível e difusa das vias respiratórias, que leva a estreitamento prolongado destas, o qual é exacerbado por várias alterações nas vias respiratórias, incluindo broncoconstrição e edema, hiperresponsividade e remodelagem de tais vias. A interação desses fatores determina as manifestações clínicas e a gravidade da asma.

Os mastócitos, os macrófagos, os linfócitos T, os neutrófilos e os eosinófilos têm participação essencial na reação inflamatória da asma. Quando ativados, os mastócitos liberam mediadores químicos, incluindo histamina, bradicinina, prostanoídes, citocinas e leucotrienos, que perpetuam a resposta inflamatória, causando aumento do fluxo sanguíneo, vasoconstrição, extravasamento de líquido da vasculatura, atração dos leucócitos para a área, secreção de muco e broncoconstrição.

À medida que a asma se torna mais persistente, a inflamação progride, e outros fatores atuam na limitação do fluxo de ar. Tais fatores incluem edema das vias respiratórias, hipersecreção de muco e formação de tampões ou rolhas de muco. Pode ocorrer “remodelagem” das vias respiratórias em resposta à inflamação crônica, causando mais estreitamento das vias respiratórias.

Manifestações clínicas

- Os sinais/ sintomas mais comuns da asma consistem em tosse (com ou sem produção de muco), dispneia e sibilos (inicialmente na expiração e, em seguida, possivelmente durante a inspiração também);
- As crises de asma ocorrem frequentemente à noite ou no início da manhã;
- A exacerbação da asma é frequentemente precedida por sintomas crescentes nos dias anteriores, mas pode começar de maneira abrupta;
- Há sensação de “aperto torácico” e dispneia;
- A expiração exige esforço e torna-se prolongada;
- À medida que a exacerbação progride, podem ocorrer sudorese, taquicardia e pressão diferencial alargada e cianose central secundária à hipóxia grave;
- Os sinais/ sintomas da asma induzida por exercício são máximos durante a atividade, ausentes à noite e, algumas vezes, levam apenas à descrição de sensação de “sufocação” durante o exercício.

Prevenção

A avaliação do comprometimento e a realização de testes para identificar possíveis causas, incluindo exposições no local de trabalho, constituem os métodos essenciais para assegurar o controle em clientes com asma recorrente. A asma relacionada com o trabalho deve constituir parte do diagnóstico diferencial de todos os casos de asma com início na idade adulta.

A obtenção de uma história ocupacional detalhada é essencial para identificar a asma ocupacional. O tratamento imediato visa remover ou diminuir a exposição no ambiente do cliente, e este tem acompanhamento contínuo. São prescritos medicamentos padrão para asma a fim de minimizar a broncoconstrição e a inflamação das vias respiratórias.

Complicações

As complicações da asma incluem estado de mal asmático, insuficiência respiratória, pneumonia e atelectasia. Com frequência, os episódios agudos de asma resultam em hipoxemia, devido à obstrução das vias respiratórias, e em desidratação, em consequência da sudorese. É necessário que haja a administração de oxigênio e o monitoramento da oximetria de pulso, da GA e da volemia.

Manejo de enfermagem

O cuidado de enfermagem imediato dos clientes com asma depende da intensidade dos sintomas. Uma abordagem calma constitui um importante aspecto do tratamento bem-sucedido tanto para o cliente ambulatorial com sintomas leves, quanto para o cliente hospitalizado com sintomas agudos e graves. Em geral, a enfermagem deve realizar o seguinte:

- Avaliar o estado respiratório do cliente por meio de monitoramento da intensidade dos sinais/sintomas, sons respiratórios, oximetria de pulso e sinais vitais;
- Obter história de reações alérgicas a medicamentos antes da administração das medicações;
- Identificar os medicamentos que o cliente faz uso atualmente;
- Administrar os medicamentos, conforme prescrito, e monitorar as respostas do cliente a esses medicamentos, incluindo qualquer antibiótico se o cliente tiver uma infecção respiratória subjacente;
- Administrar líquidos, caso o cliente esteja desidratado;
- Auxiliar no procedimento de intubação, se necessário, enquanto é realizado monitoramento rigoroso do cliente, mantendo a família informada.

Bronquiectasia

A bronquiectasia refere-se à dilatação crônica e irreversível dos brônquios e bronquíolos, sendo considerada como processo morbido distinto da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). O resultado consiste em retenção das secreções, obstrução e, por fim, colapso alveolar.

A bronquiectasia pode ser causada por inúmeras condições, incluindo: obstrução das vias respiratórias; lesão difusa das vias respiratórias; infecções pulmonares e obstrução do brônquio ou complicações de infecções pulmonares a longo prazo; distúrbios genéticos (p. ex., fibrose cística); defesa anormal do hospedeiro (p. ex., discinesia ciliar ou imunodeficiência humoral); e causas idiopáticas.

Em geral, a bronquiectasia é localizada, acometendo um segmento ou lobo de um pulmão, mais frequentemente os lobos inferiores. Os indivíduos podem ser predispostos à bronquiectasia em consequência de infecções respiratórias recorrentes no início da infância, sarampo, influenza, tuberculose ou distúrbios de imunodeficiência. A idade média em que ocorre morte é de aproximadamente 55 anos.

Manifestações clínicas

- Tosse crônica e produção substancial de escarro purulento;
- Hemoptise, baqueteamento dos dedos das mãos e episódios repetidos de infecção pulmonar.

Manifestações clínicas

- Erupção eritematosa em placas ou generalizada, acompanhada de calafrios, febre, mal-estar, prostração, toxicidade grave, descamação pruriginosa da pele e, em certas ocasiões, sintomas gastrintestinais;
- Perda profunda do estrato córneo (camada mais externa da pele), causando extravasamento capilar, hipoproteinemia e equilíbrio nitrogenado negativo;
- Dilatação disseminada dos vasos cutâneos, resultando em grandes quantidades de calor corporal perdido;
- A coloração da pele modifica-se de rosada para vermelho-escuro; depois de 1 semana, a esfoliação (descamação) começa na forma de lâminas finas, que deixam a pele subjacente lisa e avermelhada, como formação de novas escamas à medida que as antigas se desprendem;
 - Possível perda dos pelos;
 - É comum a ocorrência de recidiva;
 - Efeitos sistêmicos: insuficiência cardíaca de alto débito, outras disfunções gastrintestinais, aumento das mamas, hiperuricemia, distúrbios da temperatura.

Manejo de enfermagem

- Efetuar avaliação de enfermagem contínua para detectar a existência de infecção;
 - Administrar os antibióticos prescritos com base nos resultados de cultura e do antibiograma;
 - Avaliar a ocorrência de hipotermia, visto que o aumento do fluxo sanguíneo na pele, associado à perda aumentada de calor e de água através da pele, leva a perda de calor por radiação, convulsão e evaporação;
 - Monitorar rigorosamente e notificar quaisquer alterações nos sinais vitais;
 - Usar terapia tópica prescrita para proporcionar alívio sintomático;
 - Recomendar banhos relaxantes, compressas e lubrificação com emolientes para o tratamento da dermatite extensa;
 - Administrar anti-histamínicos sedativos antes de deitar, conforme prescrição, para aliviar o prurido e promover o sono;
 - Administrar corticosteroides orais ou tópicos prescritos quando a doença não for controlada por meio de terapia mais conservadora;
 - Aconselhar o paciente a evitar todos os irritantes, particularmente medicamentos.

Dermatoses Seborreicas

A seborreia refere-se à produção excessiva de sebo (secreção das glândulas sebáceas). A dermatite seborreica tem predisposição genética; os hormônios, o estado nutricional, a presença de infecção e o estresse emocional têm influência em sua evolução. As remissões e as exacerbações dessa afecção são a regra; no entanto, a condição é crônica.

A dermatite seborreica é uma doença inflamatória crônica da pele, com predileção por áreas que estão bem supridas por glândulas sebáceas ou que se localizam entre pregas cutâneas, em que a contagem de bactérias é alta. As áreas mais frequentemente afetadas são: face, couro cabeludo, bochechas, orelhas, axilas e várias pregas cutâneas.

Podem ocorrer duas formas de dermatite seborreica: uma oleosa e outra seca. Ambas podem começar na infância, com descamação fina do couro cabeludo ou de outras áreas, e continuar durante toda a vida.

Manejo de enfermagem

- Aconselhar o paciente a evitar irritantes externos, calor excessivo e transpiração; esfregar e arranhar prolongam o distúrbio;
- Instruir o paciente a evitar infecções secundárias, arejando a pele e mantendo as pregas cutâneas limpas e secas;
- Reforçar as instruções sobre o uso de xampus medicamentosos; o uso frequente de xampu é contrário a algumas práticas culturais - respeitar essas diferenças quando instruir o paciente a respeito do cuidado domiciliar;
 - Avisar o paciente de que a dermatite seborreica é um problema crônico, que tende a reaparecer. A meta consiste em mantê-la sob controle;
 - Incentivar o paciente a aderir ao programa de tratamento;
 - Tratar os pacientes com sensibilidade e perceber suas necessidades de expressar seus sentimentos, particularmente quando ficam desmotivados em consequência do efeito do distúrbio sobre a imagem corporal.

Impetigo

O impetigo é uma infecção superficial da pele causada por estafilococos, estreptococos ou múltiplas bactérias. As áreas expostas do corpo, como a face, as mãos, o pescoço e os membros, são mais frequentemente acometidas.

Essa infecção é contagiosa e pode espalhar-se para outras partes da pele; além disso, pode disseminar-se para outros membros da família que entrem em contato físico com o paciente ou que usem toalhas ou pentes contaminados com exsudato das lesões.

O impetigo é observado em indivíduos de todas as raças e idades. É particularmente comum em crianças que vivem em condições precárias de higiene. Problemas de saúde crônicos, higiene deficiente e desnutrição podem predispor os adultos ao impetigo. É mais prevalente em climas quentes e úmidos.

A ruptura da integridade da pele possibilita a colonização de bactérias abaixo da superfície cutânea. Os sintomas resultantes consistem em manifestações da infecção bacteriana. As bactérias podem disseminar-se na pele por autoinoculação (por arranhadura da própria pessoa e disseminação das bactérias da lesão original para uma área diferente).

Os fatores de risco incluem imunossupressão (em consequência do uso de medicamentos ou presença de doença sistêmica), traumatismo, picadas de insetos ou qualquer circunstância que cause ruptura da integridade da pele.

Manifestações clínicas

- As lesões começam como pequenas máculas avermelhadas, que se transformam em vesículas separadas e de paredes finas. Essas vesículas sofrem ruptura e ficam cobertas por uma crosta melicérica (cor de mel);
 - Essas crostas, quando removidas, revelam superfícies úmidas, avermelhadas e lisas sobre as quais formam-se novas crostas;
 - O impetigo bolhoso, que é uma infecção da pele de localização profunda causada pelo *Staphylococcus aureus*, caracteriza-se pela formação de bolhas a partir das vesículas originais. As bolhas se rompem, deixando uma área desnuda e hiperemiada.

Também podem aparecer neoplasias como sarcoma de Kaposi, linfomas não Hodgkin e câncer de colo de útero.

Como é o tratamento da doença: os tratamentos empregados para a AIDS visam prolongar e melhorar a qualidade de vida do paciente não só com a redução da carga viral no sangue, mas também, com a reconstituição do seu sistema imunológico. No Brasil, o tratamento da doença é garantido e integralmente oferecido e pelo SUS.

Como a doença pode ser prevenida: a AIDS pode ser facilmente evitada com a adoção de estratégias simples como usar preservativos masculinos e femininos, realizar a triagem e testagem dos doadores de sangue, esperma e órgãos, seguir corretamente as recomendações específicas para procedimentos que utilizam materiais perfurocortantes, usar EPIs (equipamentos de proteção individual) limpos e esterilizados ou descartáveis quando possível.

ATENÇÃO

No caso de gestantes HIV positivas, é fundamental iniciar a profilaxia da transmissão a partir da 14ª semana de gravidez.

Dengue

A dengue é uma doença viral que se manifesta principalmente por febre alta, dores musculares, dor de cabeça, dor atrás dos olhos, náuseas, vômito, diarreia e outros.

Alguns sinais podem indicar dengue hemorrágica ou choque.

A – Sinais de dengue hemorrágica: dor abdominal, vômito persistente, hemorragia, sonolência, queda da temperatura corporal, diminuição de plaquetas, entre outros.

B – sinais de choque: hipotensão arterial (pressão arterial baixa), extremidades frias (mãos e pés), pulso rápido etc.

Quem causa a doença: a doença é causada pelo Arbovírus do gênero *Flavivirusa*.

Quem transmite a doença: quem transmite o vírus da dengue é o mosquito *Aedes aegypti*, ou seja, o mosquito é o vetor da doença.

Como a doença é transmitida: a transmissão da dengue se dá pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Ao picar um indivíduo doente, o mosquito contrai o vírus, podendo transmiti-lo para outra pessoa em uma nova picada.

Em quanto tempo aparecem os sintomas: os sintomas da dengue aparecem em 3 a 15 dias.

A partir de quando a doença pode ser transmitida: o mosquito contrai o vírus de um homem doente durante o período de viremia (vai de um dia antes da febre até o sexto dia da doença).

Como é feito o diagnóstico da doença: o diagnóstico é feito a partir dos sintomas em conjunto com a prova do laço e a confirmação laboratorial.

É importante realizar a prova do laço em todos os casos de suspeita de dengue. Para isso, basta:

A – Desenhar um quadro de 2,5 x 2,5 no antebraço do indivíduo;

B – Verificar a pressão arterial (PA) com o indivíduo deitado ou sentado;

C – Calcular o valor médio da PA com o seguinte cálculo (pressão arterial sistólica + pressão arterial diastólica / 2);

D – Insuflar novamente o manguito até atingir o valor médio obtido com o cálculo e manter por 5 minutos (adultos) ou 3 minutos (crianças) até o aparecimento de petéquias (pequenos pontos vermelhos ou roxos);

E – Contar o número de petéquias no interior do quadrado. A prova do laço será positiva para dengue se o número de petéquias for igual ou maior que 20 em adultos ou 10 em crianças.

Como é o tratamento da doença: o tratamento é realizado com base nos sintomas apresentados pelo doente. Normalmente são usados analgésicos e antitérmicos, além da indicação de hidratação.

Como a doença pode ser prevenida: as medidas de prevenção se concentram no combate do mosquito *Aedes aegypti*. Para isso, é preciso evitar o acúmulo de água parada em vasos, garrafas, pneus e latas de lixo, impedindo o desenvolvimento do mosquito.

Febre amarela

A febre amarela é uma doença viral de curta duração e gravidade variável. É caracterizada principalmente por febre alta, calafrios, prostração, dor de cabeça, náuseas e vômito. Poucos dias após a infecção, a doença pode tanto evoluir para a cura quanto para a sua forma grave com sintomas como insuficiência hepática e renal, além de manifestações hemorrágicas.

Quem causa a doença: a doença é causada pelo vírus amarílico (arbovírus do gênero *Flavivírus*).

Quem transmite a doença: o transmissor varia conforme a forma da doença.

A – Febre amarela silvestre (FAS): normalmente, no Brasil a FAS é transmitida apenas para macacos e quem faz essa transmissão é o mosquito *Haemagogus janthinomys*.

B – Febre amarela urbana (FAU): no caso da FAU, a doença é transmitida para os seres humanos e quem faz a transmissão é o mosquito *Aedes aegypti*.

Como a doença é transmitida: a transmissão também depende da forma de febre amarela.

A – Febre amarela silvestre: o ciclo de transmissão na FAS ocorre do macaco doente para o mosquito *Haemagogus janthinomys* e do mosquito para o macaco sadio.

B – Febre amarela urbana: já na FAU, o ciclo acontece do homem doente para o mosquito *Aedes aegypti* e do mosquito para o homem sadio.

Em quanto tempo aparecem os sintomas: os sintomas da febre amarela aparecem em 3 a 6 dias após a picada do mosquito infectado.

A partir de quando a doença pode ser transmitida: o homem doente pode se tornar fonte de infecção para o mosquito no período de 24 a 48 horas antes do surgimento dos sintomas até 3 a 5 dias após o aparecimento dos mesmos.

Como é feito o diagnóstico da doença: as formas leves e moderadas da doença podem ser confundidas com outras doenças virais. Dessa maneira, o diagnóstico da febre amarela deve levar em conta não só os sinais clínicos apresentados pelo paciente, mas também, as características epidemiológicas da doença e os resultados de exames laboratoriais, quando estes indicam a presença do vírus em amostra de sangue ou de tecido hepático (tecido obtido do fígado) do indivíduo doente.

§3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§6º As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

§7º Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

Art. 109 As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 110 Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I – A gravidade da infração;
- II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;
- III – O dano causado e o resultado;
- IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 111 As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 112 São consideradas circunstâncias atenuantes:

I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

- II – Ter bons antecedentes profissionais;
- III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;

IV – Realizar atos sob emprego real de força física;
V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;
VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

Art. 113 São consideradas circunstâncias agravantes:

- I – Ser reincidente;
- II – Causar danos irreparáveis;
- III – Cometer infração dolosamente;
- IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;
- V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;
- VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;
- VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;
- VIII – Ter maus antecedentes profissionais;
- IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

CAPÍTULO V DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 114 As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 115 A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 116 A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 117 A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

Art. 118 A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

Art. 119 A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.

POLÍTICA DE SAÚDE E LEGISLAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua

c) licença por motivo de afastamento do cônjuge, companheiro ou companheira;

III- faltar ao serviço injustificadamente mais de seis dias durante o período aquisitivo.

Art. 104. Para efeito de aposentadoria e de adicional por tempo de serviço, será contado em dobro o tempo de licença prêmio que o servidor não houver gozado.

Art. 105. A requerimento do servidor, a licença poderá ser gozada em períodos não inferiores há trinta dias, observada a conveniência do serviço.

Parágrafo único. Deferida a licença, a administração terá o prazo de sessenta dias para liberar o servidor.

SEÇÃO IX DA LICENÇA PARA TRATAR DE INTERESSES PARTICULARES

Art. 106. A critério da Administração, poderá ser concedida ao servidor estável licença para tratos de assuntos particulares, pelo prazo de até dois anos consecutivos, sem remuneração.

Parágrafo único. A licença poderá ser interrompida a qualquer tempo, a pedido do servidor.

Art. 107. Só poderá ser concedida nova licença depois de decorridos dois anos do término da anterior.

SEÇÃO X DA LICENÇA PARA CONCORRER A CARGO ELETIVO

Art. 108. O servidor terá direito a licença sem remuneração, durante o período que mediar entre a sua escolha, em convenção partidária, como candidato a cargo eletivo, e à véspera do registro de sua candidatura perante a justiça eleitoral;

§1º O servidor candidato a cargo eletivo na localidade onde desempenha suas funções e que exerça cargo de direção, chefia assessoramento, arrecadação ou fiscalização, dele será afastado, à partir do dia imediato ao registro de sua candidatura perante a Justiça Eleitoral, até o décimo quinto dia seguinte ao do pleito.

§2º A partir do registro da candidatura e até o décimo quinto dia ao da eleição, o servidor fará jus à licença, como se em efetivo estivesse, com a remuneração de que trata o Artigo 47.

SEÇÃO XI DA LICENÇA PARA EXERCER MANDATO CLASSISTA

Art. 109. É assegurado ao servidor o direito a licença para o desempenho do mandato classista legalmente constituída.

§1º A licença tem duração igual prazo do mandato, podendo ser prorrogada, no caso de reeleição, e por mais uma vez.

§2º Ao servidor em licença de que trata este artigo, é assegurado todos os direitos do cargo como se estivesse exercendo.

§3º É assegura a remuneração ao mandato eletivo, com a limitação da licença até, no máximo, dois diretores por entidade.

CAPÍTULO V DAS FÉRIAS

Art. 110. Após doze meses de exercício o servidor fará jus, anualmente, a trinta dias consecutivos de férias, não podendo ser levada à conta de férias qualquer falta ao serviço.

Art. 111. O funcionário que opere direta e permanentemente com raio-x e substâncias radioativas gozará, obrigatoriamente, vinte dias consecutivos de férias por semestre de atividade profissional, proibida em qualquer hipótese a acumulação.

Art. 112. As férias do pessoal integrante do grupo magistério são de quarenta e cinco dias e coincidirão com os períodos das férias escolares, obedecendo às restrições regulamentares.

Art. 113. Cabe ao órgão competente organizar, no mês de novembro, as escalas de férias para o ano seguinte, atendendo sempre que possível a conveniência dos servidores.

Parágrafo único. Depois de programada, a escala só poderá ser modificada com a anuência do servidor interessado e da chefia de serviço.

Art. 114. É proibida a acumulação de férias, salvo por absoluta necessidade de serviço e pelo máximo de dois anos consecutivos.

Parágrafo único. Para os efeitos de aposentadoria e adicional de tempo de serviço, contar-se-á em dobro o período de férias não gozadas, mediante solicitação do servidor e após deferimento pela autoridade competente.

Art. 115. Não serão interrompidas as férias em gozo, salvo por motivo de calamidade pública, comoção interna, convocação para júri, serviço militar ou eleitoral ou por motivo relevante de superior interesse público.

CAPÍTULO VI DAS CONCESSÕES

Art. 116. Sem qualquer prejuízo, poderá o servidor ausentar-se do serviço:

I- por um dia, para doação de sangue;

II- até oito dias, por motivo de:

a) casamento;

b) falecimento do cônjuge, companheiro ou companheira, pais, madrasta, padrasto, filhos ou enteados e irmãos.

Art. 117. Poderá ser concedido horário especial ao servidor estudante de nível superior quando comprovada a incompatibilidade entre o horário escolar e o da repartição, sem prejuízo do exercício do cargo.

Parágrafo único. Para efeito no disposto deste artigo, será exigida a compensação de horários na repartição, respeitada a duração semanal de trabalho.

CAPÍTULO VII DO TEMPO DE SERVIÇO

Art. 118. O tempo de serviço prestado ao Município de Santarém, pelo servidor efetivo municipal admitido na forma da lei, será contado para todos os efeitos legais. (Artigo com redação dada pela Lei nº 17.246/2002)

Art. 119. Considera-se como tempo de serviço, os serviços prestados aos Poderes Municipais, inclusive suas autarquias, fundações públicas e sociedades de economia mista. (Artigo com redação dada pela Lei nº 17.246/2002)

Art. 120. A apuração do tempo de serviço será feita em dias, que serão convertidos em anos, considerando o ano como de trezentos e sessenta e cinco dias.

Parágrafo único. Feita a conversão, os dias restantes, até cento e oitenta dois, não serão computados, arredondando-se para um ano quando excederem este número, para efeito de aposentadoria.