



CÓD: OP-097NV-23  
7908403545490

# **CRUZ DAS ALMAS/BA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZ DAS ALMAS  
DO ESTADO DA BAHIA**

Técnico em Enfermagem

**EDITAL DE ABERTURA 01/2023**

## ***Língua Portuguesa***

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos.....	5
2. Vocabulário: sentido denotativo e conotativo, sinonímia, antonímia, homonímia, paronímia e polissemia.....	5
3. Ortografia: emprego das letras, das palavras e da acentuação gráfica.....	6
4. Pontuação: emprego de todos os sinais de pontuação.....	7
5. Classes de palavras: pronomes - classificação, emprego e colocação pronominal (próclise, ênclise e mesóclise); verbos - emprego dos modos e tempos, flexões dos verbos irregulares, abundantes e defectivos, e vozes verbais; preposições - relações semânticas estabelecidas pelas preposições e locuções prepositivas; conjunções - classificação, relações estabelecidas por conjunções, locuções conjuntivas; substantivos - classificação e flexões; adjetivos - classificação e flexões.....	11
6. Termos da oração: identificação e classificação. Processos sintáticos de coordenação e subordinação. Classificação dos períodos e orações.....	18
7. Concordância nominal e concordância verbal.....	22
8. Regência nominal e regência verbal.....	24
9. Emprego do acento indicativo de crase.....	25

## ***Legislação Municipal***

1. Lei Orgânica do Município de Cruz das Almas/BA.....	31
2. Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Cruz das Almas.....	60

## ***Saúde Pública***

1. A Saúde Pública no Brasil.....	75
2. História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva.....	77
3. reforma sanitária.....	77
4. Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS.....	78
5. Regulamento Técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial).....	79
6. Gestão do SUS: Diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular;.....	83
7. Responsabilidade Sanitária das instâncias gestoras do SUS;.....	85
8. Planejamento e Programação;.....	86
9. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.....	87
10. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017).....	88
11. Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.....	88
12. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças.....	110
13. Modelos de Atenção à Saúde.....	118
14. Constituição da República Federativa do Brasil (art. 196 a 200).....	120
15. Redes de Atenção à Saúde.....	120
16. Atenção Primária à Saúde.....	121
17. Vigilância em Saúde.....	121
18. Promoção à Saúde.....	127
19. Controle Social: conselhos e conferências municipais de saúde.....	127

20. Estratégia de Saúde da Família.....	128
21. Determinantes Sociais em Saúde.....	129
22. Política Nacional de Humanização.....	130
23. Sistemas de Informação em Saúde.....	134
24. Doenças de Notificação Compulsória.....	137

## ***Conhecimentos Específicos***

### ***Técnico em Enfermagem***

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem.....	143
2. Administração em Enfermagem.....	147
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem.....	148
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem.....	154
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas).....	154
6. Política Nacional de Segurança do Paciente.....	163
7. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde.....	165
8. Saúde do trabalhador em Enfermagem.....	165
9. Enfermagem em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Cuidados de Enfermagem ao recém-nato normal e de risco. Pré natal, parto, puerpério, aborto, agravos por violência sexual.....	180
10. Enfermagem em saúde do adulto e do idoso.....	228
11. Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgico.....	237
12. Feridas e curativos.....	253
13. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem.....	255
14. Cuidado ao paciente crítico.....	299
15. Ações de Enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar. Biossegurança.....	301
16. Processo de esterilização.....	315
17. Administração de medicamentos.....	317
18. Noções de Farmacologia.....	326
19. Legislação relacionada ao exercício profissional.....	333

---

V – Dois (02) equipamentos tipo seringa para infusão contínua e controlada de fluidos (“bomba de infusão”), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos;

VI – fita métrica;

VII – equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de:

a) frequência respiratória;

b) oximetria de pulso;

c) frequência cardíaca;

d) cardioscopia;

e) temperatura;

f) pressão arterial não-invasiva.

Art. 69 Cada UTI Neonatal deve dispor, no mínimo, de:

I – berços aquecidos de terapia intensiva para 10% dos leitos;

II – equipamento para fototerapia: 01 (um) para cada 03 (três) leitos;

III – estadiômetro;

IV – balança eletrônica portátil: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos;

V – oftalmoscópio;

VI – otoscópio;

VII – material para punção lombar;

VIII – material para drenagem liquórica em sistema fechado;

IX – negatoscópio;

X – capacetes e tendas para oxigenoterapia: 1 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;

XI – materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

XII – aspirador a vácuo portátil;

XIII – capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos;

XIV – ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos.

XV – equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 01(um) para cada 05 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva;

XVI – materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva (máscara ou pronga): 1 (um) por leito.

XVII – materiais para drenagem torácica em sistema fechado;

XVIII – material para traqueostomia;

XIX – foco cirúrgico portátil;

XX – materiais para acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC);

XXI – material para flebotomia;

XXII – materiais para monitorização de pressão venosa central;

XXIII – materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;

XXIV – materiais para cateterismo umbilical e exsanguíneo transfusão;

XXV – materiais para punção pericárdica;

XXVI – eletrocardiógrafo portátil disponível no hospital;

XXVII – kit (“carrinho”) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração;

XXVIII – equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na unidade;

XXIX – equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração, sendo que as tiras de teste devem ser específicas para neonatos;

XXX – materiais para curativos;

XXXI – materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado;

XXXII – incubadora para transporte, com suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos e suporte para cilindro de oxigênio: 01 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIII – equipamento(s) para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, cardioscopia) específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXIV – ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

XXXV – kit (“maleta”) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração.

XXXVI – cilindro transportável de oxigênio;

XXXVII – relógio e calendário de parede;

XXXVIII – poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração;

XXXIX – refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos: 01 (um) por unidade, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas.

Art. 70 Outros equipamentos ou materiais podem substituir os listados neste regulamento técnico, desde que tenham comprovada sua eficácia propedêutica e terapêutica e sejam regularizados pela ANVISA.

Art. 71 Os kits para atendimento às emergências referidos nos incisos XXVII e XXXV do Art 69 devem conter, no mínimo: ressuscitador manual com reservatório, cabos e lâminas de laringoscópio, tubos/cânulas endotraqueais, fixadores de tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril.

§1º Demais materiais e medicamentos a compor estes kits devem seguir protocolos assistenciais para este fim, padronizados pela unidade e baseados em evidências científicas.

§2º A quantidade dos materiais e medicamentos destes kits deve ser padronizada pela unidade, de acordo com sua demanda.

§3º Os materiais utilizados devem estar de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente (lâminas de laringoscópio, tubos endotraqueais de tamanhos adequados, por exemplo);

§4º A unidade deve fazer uma lista com todos os materiais e medicamentos a compor estes kits e garantir que estejam sempre prontos para uso.

## CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 72 Os estabelecimentos abrangidos por esta Resolução têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias do serviço para cumprimento da mesma.

§1º Para cumprimento dos artigos 13, 14 e 15 da Seção III - Recursos Humanos, assim como da Seção I - Recursos Materiais dos Capítulos III, IV e V, estabelece-se o prazo de 03 anos, ressalvados os incisos III e V do art. 14, que terão efeitos imediatos. (Redação dada pela Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012)

A morte propriamente dita é a cessação dos fenômenos vitais, por parada das funções cerebral, respiratória e circulatórias, com surgimento dos fenômenos abióticos, lentos e progressivos, que causam lesões irreversíveis nos órgãos e tecidos.

É um tema controverso que suscita nos enfermeiros sentimentos e atitudes diversas. Embora faça parte do ciclo natural da vida, a morte é, ainda, nos dias de hoje, um assunto polêmico, por vezes evitado e por muitos não compreendido, gerando medo e ansiedade. Uma vez que a enfermagem tem nos seus ideais o compromisso com a vida, lidar com a morte pode torna-se um acontecimento difícil e penoso, gerando uma multiplicidade de atitudes por parte dos profissionais de enfermagem. Neste contexto, devido à necessidade de melhor compreender este fenômeno com que os enfermeiros se confrontam no cotidiano, realizou-se um estudo de investigação relacionado com as atitudes do enfermeiro perante a morte e circunstâncias determinantes, com vista a uma reflexão acerca do tema e consequentemente a uma melhor prática profissional.

Para melhor entendimento dos vários fatores que interferem no enfrentamento da morte/morrer, tanto pelos profissionais quanto pacientes e familiares, é preciso que antes saibamos um pouco mais sobre as fases da morte e suas possíveis reações causadas pelo impacto da notícia.

Kübler-Ross (1994), em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer*, realizou um trabalho com pacientes terminais onde analisou os sentimentos do paciente e da família no processo e morrer. Ele esclarece que passamos por vários estágios quando nos deparamos com a morte, sendo que a negação é o primeiro estágio.

A 1° fase é a negação – é caracterizada como defesa temporária, onde a maioria das vezes o discurso pronunciado é “isso não está acontecendo comigo” ou “não pode ser verdade”. Outro comportamento comum nessa fase é o agir como se nada estivesse acontecendo.

“Evidentemente, se negamos a morte, se nos recusarmos a entrar em contato com nossos sentimentos, o luto será mal elaborado e teremos uma chance maior de adoecermos e cairmos em melancolia ou em outros processos substitutivos.” (CASSAROLA 1991).

Outros mecanismos de defesa que utilizamos inconscientemente ainda citando Kübler-Ross (1994), são:

A 2° fase, a ira – nesta fase prevalece a revolta, o ressentimento, e o doente passa a atacar a equipe de saúde e as pessoas mais próximas a ele. Questionam procedimentos e tratamentos e a pergunta mais comum é “porque eu?”. Podem ainda nesta fase, surgir períodos de total descrença.

A 3° fase é a barganha – o doente faz acordos em troca de mais um tempo de vida. Nessa fase são comuns as promessas, Deus se torna presente em sua vida, faz promessas de mudança se for curado.

A depressão – após a fase da barganha, o doente percebe sua doença como incurável e ciente da impossibilidade ou dificuldade de cura, deprime-se, sente-se vazio e deixa de intervir no tratamento, relaciona-se pouco com outras pessoas.

A 4° fase é a depressão – após a fase da barganha, o doente percebe sua doença como incurável e ciente da impossibilidade ou dificuldade de cura, deprime-se, sente-se vazio e deixa de intervir no tratamento, relaciona-se pouco com outras pessoas.

A 5° fase é a aceitação – o paciente entende e aceita sua situação e tenta dar um sentido para sua vida.

Segundo Bosco (2008), esses são estágios que sucedem, porém podem não aparecer necessariamente nessa ordem ou alguns indivíduos não passam por todos eles. Podem inclusive voltar a qual-

quer fase mais de uma vez. É um processo particular, onde muitos sentimentos estão envolvidos e que dependem de vários fatores, como religiosidade, estrutura familiar, cultura, por exemplo. As atitudes face à morte diferem de cultura para cultura, de país para país, de região para região e, até, de pessoa para pessoa. Tal facto, permite concluir que a forma como reagimos à morte está dependente de uma multiplicidade de factores que se relacionam principalmente com aspectos pessoais, educacionais, sócio-económicos e espaço-temporais.

Os profissionais da saúde, nomeadamente os enfermeiros, enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da experiência profissional e de vida, quase todos a encaram com um certo sentimento de incerteza, desespero e angústia. Incerteza porque não sabe se está a prestar todos os cuidados possíveis para o bem-estar do doente, para lhe prolongar a vida e para lhe evitar a morte; desespero porque se sente impotente para fazer algo que o conserve vivo; angústia porque não sabe como comunicar efectivamente com o doente e seus familiares. Todos estes factores oneram severamente o enfermeiro que procura cuidar aqueles cuja morte está eminente.

“O enfermeiro reage a estes sentimentos desligando-se do doente e da própria morte e, consciente ou inconscientemente, concentra a sua atenção no seu trabalho, no material, no processo da doença, talvez até em conversas superficiais, com o intuito de afastar expressões de temor e de morte”. Outras vezes, o enfermeiro perante o processo de morte decide evitar todo e qualquer contacto com o doente. Nesta perspectiva, o mesmo autor afirma que “afastando-se do doente através de subterfúgios, o que o enfermeiro faz é escudar-se contra sentimentos que lhe lembrem a morte e que lhe causem mal-estar”. Rees (1983),

Deste modo, sendo a morte inevitável e frequente nos serviços de saúde, nem todos os enfermeiros a compreendem, a acolhem e reagem a ela da mesma maneira. Confrontados com a doença grave e com a morte, os enfermeiros tentam proteger-se da angústia que estas situações geram, adoptando estratégias de adaptação, conscientes ou inconscientes designadas: mecanismos de defesa.

De acordo com Rosado (1991), do confronto com a morte surgem frequentemente mais problemas psicológicos do que físicos. Entre os últimos, fadiga, enxaqueca, dificuldades respiratórias, insónias e anorexia são alguns dos reconhecidos. No entanto, os mais citados são: pensamentos involuntários dedicados ao doente, sentimentos de impotência, choro e sensação de abatimento, sentimento de choque e de incredibilidade perante a perda, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade. Decorrentes destas atitudes, registam-se: absentismo, desejo de mudança de serviço, isolamento, entre outras práticas e atitudes reveladoras da situação e de insegurança. Para que o fenômeno da Morte seja encarado com serenidade pelo enfermeiro, este deve prevê-la como inevitável. Assim deve ter como atitudes, como: comunicar a situação terminal do doente, conforme a vontade e capacidade de aceitação do doente, ter respeito pela diferença, cada doente têm o seu modo de estar na vida, o doente raramente esta isolado, os familiares podem ajudar ou perturbar, compartilhar, deixar a pessoa expressar os seus temores e desejos, diminuir a dor, o sofrimento e a angustia, auxiliar corretamente o doente a assumir a morte como experiência que só ele pode viver, toda a equipa deve ter um comportamento idêntico, linguagem, em relação à informação dada ao doente para não existir contradições, promover a vivência da fase final de vida no domicilio sempre que possível.

Tabela 1 - Categorias de Triage

CATEGORIA DE TRIAGEM	PRIORIDADE	COR	CONDIÇÕES TÍPICAS
<b>Imediata</b> – lesões que impõem risco à vida, porém são compatíveis com a sobrevivência, com intervenção mínima. Os indivíduos neste grupo podem evoluir rapidamente para o nível expectante, caso o tratamento seja retardado.	1	Vermelha	Ferida torácica aspirante, obstrução de via aérea, choque, asfixia, hemotórax, pneumotórax hipertensivo, amputações incompletas, fraturas abertas dos ossos longos e queimaduras de 2º/3º grau de 15-40% da área de superfície corporal total.
<b>Tardia</b> – lesões significativas que exigem cuidados médicos, porém podem aguardar horas sem ameaçar a vida ou o membro. Os indivíduos neste grupo recebem tratamento apenas depois que os casos imediatos são tratados.	2	Amarela	Feridas abdominais estáveis sem evidência de hemorragia significativa, lesões dos tecidos moles, feridas maxilo-faciais sem comprometimento da via aérea, lesões vasculares com circulação colateral eficiente, ruptura do trato geniturinário, fraturas que precisam de redução aberta, desbridamento e fixação externa, maioria das lesões oculares e do SNC.
<b>Mínima</b> – lesões menores em que o tratamento pode ser retardado por horas a dias. Os indivíduos neste grupo devem ser transferidos da área de triagem principal.	3	Verde	Fraturas de membro superior, queimaduras menores, entorses, pequenas lacerações sem sangramento significativo, distúrbios comportamentais ou psicológicos.
<b>Expectante</b> – lesões extensas com chances de sobrevida improváveis, mesmo com o cuidado definitivo. Os indivíduos neste grupo devem ser separados dos outros casos, mas não abandonados. As medidas de conforto devem ser fornecidas quando possível.	4	Preta	Pacientes irresponsivos com lesões cranianas penetrantes ou raquimedulares altas, lesões envolvendo múltiplas áreas corporais e órgãos, queimaduras de 2º/3º grau em mais de 60% da área de superfície corporal, convulsões ou vômitos dentro de 24 horas após exposição à radiação, choque profundo com múltiplas lesões, respirações agônicas, ausência de pulso, sem pressão arterial, pupilas fixas e dilatadas.

Fonte: Adaptado de BRUNNER & SUDDARTH (2005)

O ideal é que as instituições de saúde construam e treinem seus funcionários, para que nestes casos cada profissional saiba como atuar e gerenciar.

Em situações de desastre com múltiplas vítimas, o cliente com alta prioridade no atendimento é diferente do cliente prioritário de situações emergenciais. Em acidentes catastróficos os insumos e recursos podem ter disponibilidade limitada, fazendo com que a triagem e classificação das prioridades mudem. As decisões baseiam-se na probabilidade da sobrevida e no consumo dos recursos disponíveis. O princípio fundamental que direciona o uso dos recursos é o bem máximo para o máximo de pessoas.

A triagem deve ser rapidamente realizada na cena do desastre, sendo imediatamente identificadas as vítimas prioritárias e iniciadas as intervenções necessárias, com posterior encaminhamento para as unidades de emergência.

Nos Estados Unidos é utilizado um sistema de triagem com cores para classificação da prioridade de atendimento das pessoas acidentadas (Tabela 1). Conforme a classificação, as pessoas recebem uma pulseira colorida que identifica seu nível de atenção e facilita a implementação das medidas de preservação da vida.



É grande o número de pacientes que exigem cuidados intensivos que nem sempre estes estão restritos nas unidades intensivas e sim em outros setores dos hospitais, como: emergências, enfermarias e ambulatórios.

A assistência ao ser humano unidade bio, pisco, social, espiritual, com suas necessidades básicas em seu ciclo saúde-doença-cuidado é objetivo essencial da Assistência de Enfermagem.

Com a simplificação da vida esvaia-se a essência de um ser humano total e individual, de um ser grande relacional. Não há uma preocupação em perceber o indivíduo como um ser dotado de emoções, sentimentos, intuições, espiritualidade, valores, criatividade, desejos e necessidades, mas como um robô que opera ao obedecer a comandos. Referindo-se ao indivíduo doente hospitalizado na maioria das vezes é visto por um número de: registro, leito, maca.

As doenças são apresentadas como um causa-efeito em conjunto com o agente causador e sintomas relacionados. Não se mencionam os fatores psicológicos, sociais, emocionais, ecológicos, energéticos, espirituais e outros tantos que interfere no processo da vida e doença.

Neste sentido, os profissionais de Enfermagem, que lidam diretamente com a vida humana, têm necessidade de desenvolver competências técnicas, pessoais, comunicativas, organizacionais, sócio-políticas entre outras. Com vista, a realizar uma assistência de qualidade.

A equipe de Enfermagem deve ter base de conhecimentos que facilite a capacidade de perceber uma grande variedade de questões, bem como informações altamente definidas e específicas, pois o profissional atual deve ser o mais auto realizado possível: físico, emocional e espiritual a fim de atender os desafios de cuidar daqueles gravemente enfermos.

**Médico-intensivista:** o médico intensivista é um profissional especializado e dedicado exclusivamente ao atendimento de pacientes internados em UTIs. Possui amplo conhecimento clínico e cirúrgico e é responsável por auxiliar o médico assistente na investigação diagnóstica, controlar as alterações agudas do estado clínico dos pacientes sob sua vigilância contínua (principalmente em casos de intercorrências ameaçadoras à vida) e pela realização de procedimentos complexos emergenciais.

**Médico assistente:** é o médico que solicitou a vaga do paciente na UTI ou que a família do paciente indicará para acompanhá-lo diariamente, em conjunto com a equipe da UTI e após a alta para o apartamento. É, ainda, o responsável pelos aspectos globais da condução do caso (investigação diagnóstica, plano terapêutico e alta), bem como por informar aos familiares sobre o quadro clínico do paciente.

**Enfermeiro:** possui formação para atender pacientes de alta complexidade e com grande dependência no leito. É responsável pela supervisão do grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem, assim como pela higienização e pelo controle das medicações e prescrições, tendo papel assistencial fundamental.

**Técnico de enfermagem:** responsável pelos cuidados integrais de enfermagem, incluindo realização de procedimentos de higiene e monitoração dos sinais vitais e administração de medicamentos, sempre sob supervisão de um enfermeiro.

**Fisioterapeuta:** é responsável, junto com o médico intensivista, pelo suporte respiratório por meio da monitoração dos gases que entram e saem dos pulmões e dos aparelhos utilizados para que o paciente respire melhor. Tem, também, o objetivo de trabalhar a força dos músculos, diminuir a retração de tendões e evitar os vícios posturais que podem provocar contraturas.

**Nutricionista:** é especializado no diagnóstico e na prescrição nutricional. Diariamente, faz avaliações e mantém o aporte calórico, proteico, glicêmico e vitamínico equilibrado para a manutenção das atividades vitais do organismo.

**Psicólogo:** todos os aspectos emocionais do paciente, da família e da equipe intensivista são avaliados e observados por esse profissional. Sua presença, principalmente durante as visitas, é fundamental para estabelecer a humanização, a aproximação e o apoio terapêutico necessários.

**Fonoaudiólogo:** tem como principais objetivos a avaliação, a orientação e a reabilitação da linguagem, deglutição, voz e/ou fala.

Para trabalhar numa unidade de terapia intensiva é necessário entender qual tipo de paciente poderemos encontrar nela. O paciente para ser admitido nessa área de internação precisa ser grave ou de risco, mas com possibilidade de recuperação.

- Farmacodinâmica: estimula os receptores dopadrenérgicos (rim), betadrenérgicos (coração) e alfadrenérgicos (vaso).

**Indicações:**

- Aumenta o fluxo renal de 1 a 2 mcg/kg/min (dose dopami-nérgica);  
 - Inotrópico de 2,5 a 10 mcg/kg/min e vasopressor >10mcg/kg/min;  
 ↑ Débito cardíaco, FC e PA;  
 ↑ RVS (resistência vascular sistêmica);  
 ↑ Força de contração do VE (ventrículo esquerdo);  
 - Importante ajustar a volemia antes de administrar a droga;  
 - Excreção: Urina

**Dobutamina:**

- Classificação farmacológica: adrenérgico Beta 1;  
 - Classificação terapêutica: inotrópico;  
 - Apresentação: injetável, ampolas de 20ml com 250mg;  
 - Diluição recomendada: SG5%=230ml e dobutamina=20ml = 1mg/ml;  
 - Farmacodinâmica: estimula os receptores beta 1 adrenérgi-cos.

**Indicações:**

Dose de 2,5 a 10mcg/kg/min, excepcionalmente até 40mcg/kg/min:  
 ↑ DC;  
 ↓ RVS (pós carga);  
 ↓ pressão do VE;  
 - FC estável;  
 - Excreção: bile e urina.

**Nitroglicerina:**

- Classificação farmacológica: nitrato;  
 - Classificação terapêutica: antianginoso e vasodilatador;  
 - Apresentação: injetável, ampolas de 5 e 10ml = 5mg/ml;  
 - Diluição recomendada: SG5%= 240ml e Tridil=10ml=200mcg/ml;  
 - Farmacodinâmica: ↑ a produção de óxido nítrico com ↓ do cálcio e relaxamento das veias.

**Nitroprussiato de Sódio:**

- Classificação farmacológica: vasodilatador;  
 - Classificação terapêutica: anti-hipertensivo;  
 - Apresentação: injetável, ampolas de 2ml com 50mg;  
 - Diluição recomendada: SG5%=248ml e Nipride=2ml=200mcg/ml;  
 - Farmacodinâmica: produz óxido nítrico reduzindo a disponibi-lidade de cálcio e consequentemente relaxamento da musculatura vascular;

**Indicações (subst. Fotossensível):**

- Vasodilatação venosa e arterial iniciando com 0,25mcg/kg/min;  
 ↓ RVS;  
 ↓ Níveis pressóricos, perfusão cerebral e coronariana;  
 ↓ pré e pós carga;  
 Excreção: renal.

**Bitartarato de Norepinefrina:**

- Classificação farmacológica: adrenérgico;  
 - Classificação terapêutica: vasopressor e inotrópico;  
 - Apresentação: injetável, ampolas de 4ml com 1mg/ml;  
 - Diluição recomendada: SG5%=150ml e Levophed =16ml=0,1mg/ml;  
 - Farmacodinâmica: ação vasopressora nos receptores alfa adrenérgicos e efeito inotrópico ação direta nos receptores cardí-acos beta 1.

**Cuidados na Adm. de Dietas**

- Verificar a dieta de acordo com a prescrição;  
 - Elevar o decúbito 30º para infusão das dietas;  
 - Testar a posição da sonda antes da adm. indevida da dieta, com risco de aspiração;  
 - Aspirar a sonda e avaliar resíduo, líquido de estase gástrica. Se retorno ↑ que 50% do volume infundido nas últimas 4 horas, manter a sonda fechada, e testar resíduo após 1h;  
 - Infundir a dieta lentamente, a fim de evitar distúrbios gas-trointestinais;  
 - Manter por 30 min após a infusão das dietas o decúbito ele-vado, facilitando a digestão e evitando aspiração;  
 - Observar ruídos hidroaéreos, distensão abdominal, náuseas, vômitos e diarreias.

**AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. BIOSSEGURANÇA**

Conforme conceitua o Ministério da Saúde, Biossegurança compreende um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam interferir ou comprometer a qualidade de vida, a saúde humana e o meio ambiente.

Desta forma, a biossegurança se caracteriza como estratégica e essencial para a pesquisa e o desenvolvimento sustentável, sendo de fundamental importância para avaliar e prevenir os possíveis efeitos adversos de novas tecnologias à saúde.

As ações de biossegurança em saúde são primordiais para a promoção e manutenção do bem-estar e proteção à vida. A evolu-ção cada vez mais rápida do conhecimento científico e tecnológico propicia condições favoráveis, possibilitando ações que colocam o Brasil em patamares preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à biossegurança em saúde.

No Brasil, a biossegurança começou a ser institucionalizada a partir da década de 80, quando o Brasil passou a fazer parte do Programa de Treinamento Internacional em Biossegurança, minist-rado pela OMS, que teve como objetivo estabelecer pontos focais na América Latina para o desenvolvimento do tema (BRASIL)<sup>32</sup>.

32 Texto extraído de BRASIL. Ministério da Saúde. Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Os profissionais, quando acidentados, devem comunicar seus acidentes em formulário próprio, denominado Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), no prazo de 24 horas, e encaminhá-lo aos setores competentes.

#### Glossário

- **Desinfecção:** remoção de agentes infecciosos, na forma vegetativa, de uma superfície inerte, mediante a aplicação de agentes químicos ou físicos.

- **Desinfetante:** são agentes químicos capazes de destruir micro-organismos na forma vegetativa em artigos ou superfícies, sendo divididos segundo seu nível de atividade em: alto nível, médio nível ou nível intermediário e baixo nível.

- **Detergente:** todo produto que possui como finalidade a limpeza e que contém na sua formulação tensoativos que reduzem a tensão superficial da água, facilitando sua penetração, dispersando e emulsificando a sujidade.

- **Limpeza:** consiste na remoção das sujidades mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica em um determinado período de tempo. Pode ser:

- Química - ação de produtos saneantes com a finalidade de limpar por meio da propriedade de dissolução, dispersão e suspensão da sujeira.

- Mecânica - ação física aplicada sobre a superfície para remover a sujeira resistente à ação do produto químico (esfregar, friccionar, escovar).

- Térmica - ação do calor que reduz a viscosidade da graxa e da gordura, facilitando a remoção pela ação química.

- **Medicina do Trabalho:** especialidade médica que se ocupa da promoção, preservação e monitoramento da saúde do trabalhador. Executa ações preventivas e emergenciais.

- **Produtos Saneantes:** substâncias ou preparações destinadas à higienização, desinfecção ou desinfestação domiciliar, em ambientes coletivos e/ou públicos, em lugares de uso comum e no tratamento de água.

- **Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde:** executa ações de limpeza/desinfecção preventivas e emergenciais no ambiente dos serviços de saúde.

- **Serviços de Saúde:** estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios e domicílios.

- **Risco Biológico:** risco determinado pela exposição a agentes biológicos por inalação, contato ou manuseio (direto ou indireto) de sangue e fluidos corpóreos.

#### Controle da População Microbiana<sup>34</sup>

Entendendo a estruturação da cadeia de transmissão (onde e como vivem, como se transmite) dos principais agentes infecciosos, pode-se intervir rompendo o elo e evitando a contaminação do ambiente. Dessa forma, eliminando as doenças infecciosas, procura-se aumentar o tempo de vida da espécie humana.

Sabe-se que os seres humanos apresentam necessidades de maior amplitude além das biológicas, ou seja, as de ordem social, política e econômica: moradias adequadas, boa higiene, educação, bom relacionamento social com a comunidade em que vivem e trabalham, bons serviços de assistência à saúde (profissionais e centros de saúde), escolas gratuitas e salários decentes, por exemplo.

<sup>34</sup> [http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae\\_cad3.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad3.pdf)

A carência destas necessidades implica condições diretamente relacionadas à disseminação de doenças, especialmente as parasitárias.

Considerando tais fatos, o profissional de saúde é capaz de atuar na saúde individual de forma, muitas vezes, simples, através de orientações e tratamentos, e assim prevenir e curar as doenças parasitárias.

Entretanto, quando se trata de saúde coletiva, com a participação do meio ambiente e de outros fatores de ordem socioeconômica, faz-se necessária a adoção de medidas mais complexas. Nesse caso, as decisões de natureza política exercem importante papel, de maneira direta, na relação parasito-hospedeiro-meio ambiente, intervindo e rompendo a cadeia de transmissão.

#### Saneamento Básico

Sanear quer dizer limpar. Assim, pode-se definir saneamento como o conjunto de medidas que visam tornar as condições ambientais apropriadas à vida.

O saneamento básico consiste em abastecimento e purificação da água, coleta de lixo, construção de redes de esgoto, controle da poluição, limpeza dos lugares públicos pelos órgãos do governo. Enfim, significa conservar os meios naturais e eliminar o que representa risco à saúde da população.

A água contaminada é um deles, podendo transmitir muitas doenças parasitárias como diarreias, cólera, esquistossomose (barriça d'água) e outras verminoses. Durante as chuvas, as águas de abastecimento podem vir a se contaminar pela drenagem dos campos contaminados em decorrência de enxurradas. Por sua vez, as piscinas e lagos recreativos também podem apresentar considerável contaminação, oferecendo riscos às pessoas.

Considerando tais fatos, a água deve ser sempre adequadamente tratada e, para ser ingerida, fervida ou filtrada.

#### Esterilização e Desinfecção

São procedimentos de remoção dos agentes infecciosos.

#### Esterilização

É a destruição de todas as formas de vida microbiana (matando os esporos) existentes em determinado objeto (em sua superfície ou interior). Pode ser realizada através de métodos físicos ou químicos (vapor seco e vapor saturado sob pressão e agentes químicos).

#### Desinfecção

É o processo que remove ou mata a maioria dos micro-organismos patogênicos (não necessariamente matando os esporos) existente em uma superfície inerte. Pode ser feita por vapor úmido, por processos físicos (pasteurização e água em ebulição ou fervura) ou por processos químicos por meio da imersão em soluções germicidas (álcool etílico a 70%, cloro e compostos clorados, fenólicos, formaldeído, etc.).

#### Assepsia

É um conjunto de medidas que visam reduzir o número de micro-organismos e evitar sua disseminação ou contaminação de uma área ou objeto estéril. Pode ser classificada em:

- Assepsia médica: auxilia a diminuir o número de micro-organismos, impedindo sua passagem de pessoa para pessoa (técnica asséptica);

- Assepsia cirúrgica: torna e mantém os objetos e áreas livres de todos os micro-organismos (técnica estéril).