



CÓD: OP-095AB-24  
7908403552351

# **OURINHOS-SP**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE OURINHOS – SÃO PAULO**

Técnico Municipal de Nível Médio- NT-  
Auxiliar de Enfermagem (Para atuar em UBS)

**EDITAL Nº 01/2024**

## ***Língua Portuguesa***

1. Interpretação de Texto.....	5
2. Significação das palavras: sinônimos, antônimos, parônimos, homônimos, sentido próprio e figurado das palavras.....	5
3. Ortografia Oficial.....	6
4. Pontuação.....	7
5. Acentuação.....	10
6. Emprego das classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição, conjunção (classificação e sentido que imprime às relações entre as orações).....	11
7. Concordância verbal e nominal.....	17
8. Regência verbal e nominal.....	19
9. Colocação pronominal.....	20
10. Crase.....	21
11. Sintaxe.....	21

## ***Matemática***

1. Resolução de situações-problema.....	31
2. Números Inteiros: Operações, Propriedades, Múltiplos e Divisores; Números Racionais: Operações e Propriedades.....	33
3. Razões e Proporções.....	39
4. Divisão Proporcional.....	41
5. Regra de Três Simples.....	43
6. Porcentagem.....	45
7. Juros Simples.....	46
8. Sistema de Medidas Legais.....	49
9. Conceitos básicos de geometria: cálculo de área e cálculo de volume.....	51
10. Relação entre grandezas: tabelas e gráficos.....	61
11. Raciocínio Lógico.....	64

## ***Conhecimentos Específicos Técnico Municipal de Nível Médio - NT - Auxiliar de Enfermagem (Para atuar em UBS)***

1. Ações de prevenção, promoção, proteção, reabilitação e recuperação da saúde.....	69
2. Acolhimento.....	69
3. Preparação do paciente para consultas, exames e tratamentos.....	75
4. Reconhecimentos e descrição de sinais e sintomas, bem como suas respectivas terminologias.....	95
5. Higiene e alimentação do paciente.....	95
6. Controle hídrico.....	98
7. Cálculo e administração de medicamentos, soluções e imunobiológicos. Vias de administração.....	99
8. Preparo, limpeza e esterilização de material, instrumental, ambientes e equipamentos hospitalares. Infecção hospitalar.....	107
9. Controle de abastecimento e estoque de materiais médico-hospitalares e medicamentos.....	114

---

---

## ÍNDICE

---

10. Curativos e higiene dos pacientes.....	115
11. Sono e nutrição.....	116
12. Oxigenoterapia .....	118
13. Nebulização.....	125
14. Enteroclistma .....	126
15. Assistência de enfermagem na saúde pública, saúde do adulto, do idoso, da mulher, da criança e do adolescente .....	127
16. Atenção Primária .....	200
17. Humanização da assistência em saúde.....	201
18. Novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017 .....	201
19. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 .....	207
20. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013.....	211

---

### Sofrimento Fetal Agudo (SFA)

O sofrimento fetal agudo (SFA) indica que a saúde e a vida do feto estão sob-risco, devido à asfixia causada pela diminuição da chegada do oxigênio ao mesmo, e à eliminação do gás carbônico.

As trocas metabólicas existentes entre o sangue materno e o fetal, realizadas pela circulação placentária, são indispensáveis para manter o bem-estar do feto. Qualquer fator que, por um período provisório ou permanente de carência de oxigênio, interfira nessas trocas será causa de SFA.

O sofrimento fetal pode ser diagnosticado através de alguns sinais, como frequência cardíaca fetal acima de 160 batimentos ou abaixo de 120 por minuto, e movimentos fetais inicialmente aumentados e posteriormente diminuídos.

Durante essa fase, o auxiliar de enfermagem deve estar atento aos níveis pressóricos da gestante, bem como aos movimentos fetais. Nas condutas medicamentosas, deve atuar juntamente com a equipe de saúde.

Nos casos em que se identifique sofrimento fetal e a gestante esteja recebendo infusão venosa contendo ocitocina, tal fato deve ser imediatamente comunicado à equipe e a solução imediatamente suspensa e substituída por solução glicosada ou fisiológica pura.

A equipe responsável pela assistência deve tranquilizar a gestante, ouvindo-a e explicando - a ela e à família - as características do seu quadro e a conduta terapêutica a ser adotada, o que a ajudará a manter o controle e, conseqüentemente, cooperar. A transmissão de calma e a correta orientação amenizarão o medo e a ansiedade pela situação.

A gestante deve ser mantida em decúbito lateral esquerdo, com o objetivo de reduzir a pressão que o feto realiza sobre a veia cava inferior ou cordão umbilical, e melhorar a circulação materno-fetal. Segundo prescrição, administrar oxigênio (O<sub>2</sub> úmido) para melhorar a oxigenação da gestante e do feto e preparar a parturiente para intervenção cirúrgica, de acordo com a conduta indicada pela equipe responsável pela assistência.

### Parto e Nascimento Humanizado

Até o século XVIII, as mulheres tinham seus filhos em casa; o parto era um acontecimento domiciliar e familiar. A partir do momento em que o parto tornou-se institucionalizado (hospitalar) a mulher passou a perder autonomia sobre seu próprio corpo, deixando de ser ativa no processo de seu parto.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que apenas 10% a 20% dos partos têm indicação cirúrgica. Isto significa que deveriam ser indicados apenas para as mulheres que apresentam problemas de saúde, ou naqueles casos em que o parto normal traria riscos ao recém-nascido ou a mãe. Entretanto, o que verificamos é a existência de um sistema de saúde voltado para a atenção ao parto e nascimento pautado em rotinas de intervenções, que favorece e conduz ao aumento de cesáreas e de possíveis iatrogenias que, no pós-parto, geram complicações desnecessárias.

Nós, profissionais de saúde, devemos entender que o parto não é simplesmente “abrir uma barriga”, “tirar um recém-nascido de dentro”, afastá-lo da “mãe” para colocá-lo num berço solitário, enquanto a mãe dorme sob o efeito da anestesia.

A enfermagem possui importante papel como integrante da equipe, no sentido de proporcionar uma assistência humanizada e qualificada quando do parto, favorecendo e estimulando a participação efetiva dos principais atores desse fenômeno – a gestante, seu acompanhante e seu filho recém-nascido.

Precisamos valorizar esse momento pois, se vivenciado harmoniosamente, favorece um contato precoce mãe-recém-nascido, estimula o aleitamento materno e promove a interação com o acompanhante e a família, permitindo à mulher um momento de conforto e segurança, com pessoas de seu referencial pessoal.

Os profissionais devem respeitar os sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais, ajudando-a a diminuir a ansiedade e insegurança, o medo do parto, da solidão do ambiente hospitalar e dos possíveis problemas do bebê.

A promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo de parto e nascimento ocorre mediante informações e orientações permanentes à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo-lhe o papel principal nesse processo e até mesmo aceitando sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor; além disso, deve-se oferecer espaço e apoio para a presença do(a) acompanhante que a parturiente deseja.

Qualquer indivíduo, diante do desconhecido e sozinho, tende a assumir uma postura de defesa, gerando ansiedade e medos. A gestante não preparada desconhece seu corpo e as mudanças que o mesmo sofre.

O trabalho de parto é um momento no qual a mulher se sente desprotegida e frágil, necessitando apoio constante.

O trabalho de parto e o nascimento costumam desencadear excitação e apreensão nas parturientes, independente do fato de a gestante ser primípara ou múltipara. É um momento de grande expectativa para todos, gestante, acompanhante e equipe de saúde.

O início do trabalho de parto é desencadeado por fatores maternos, fetais e placentários, que se interagem.

Os sinais do desencadeamento de trabalho de parto são:

- eliminações vaginais, discreto sangramento, perda de tampão mucoso, eliminação de líquido amniótico, presente quando ocorre a ruptura da bolsa amniótica - em condições normais, apresenta-se claro, translúcido e com pequenos grumos semelhantes a pedaços de leite coalhado (vérnix);

- contrações uterinas inicialmente regulares, de pequena intensidade, com duração variável de 20 a 40 segundos, podendo chegar a duas ou mais em dez minutos;

- desconforto lombar;

- alterações da cérvix, amolecimento, apagamento e dilatação progressiva;

- diminuição da movimentação fetal.

A duração de cada trabalho de parto está associada à paridade (o número de partos da mulher), pois as primíparas demandam maior tempo de trabalho de parto do que as múltiparas; à flexibilidade do canal de parto, pois as mulheres que exercitam a musculatura pélvica apresentam maior flexibilidade do que as sedentárias; às contrações uterinas, que devem ter intensidade e frequência apropriadas; à boa condição psicológica da parturiente durante o trabalho de parto, caso contrário dificultará o nascimento do bebê; ao estado geral da cliente e sua reserva orgânica para atender ao esforço do trabalho de parto; e à situação e apresentação fetais (transversa, acromial, pélvica e de face).

Caso haja suspeita de hemorragia, o auxiliar de enfermagem deve avisar imediatamente a equipe, auxiliando na assistência para reverter o quadro instalado, atentando, sempre, para a possibilidade de choque hipovolêmico. Deve, ainda, providenciar um acesso venoso permeável para a administração de infusão e medicações; bem como aplicar bolsa de gelo sobre o fundo do útero, massageando-o suavemente para estimular as contrações, colher sangue para exames laboratoriais e prova cruzada, certificar-se de que no banco de sangue existe sangue compatível (tipo e fator Rh) com o da mulher - em caso de reposição - e preparar a puérpera para a intervenção cirúrgica, caso isto se faça necessário.

Complementando esta avaliação, também há verificação dos sinais vitais, considerando-se que a frequência cardíaca diminui para 50 a 70 bpm (bradicardia) nos primeiros dias após o parto, em vista da redução no volume sanguíneo. Uma taquicardia pode indicar perda sanguínea exagerada, infecção, dor e até ansiedade. A pressão sanguínea permanece estável, mas sua diminuição pode estar relacionada à perda de sangue excessivo e seu aumento é sugestivo de hipertensão. É também importante observar o nível de consciência da puérpera e a coloração das mucosas.

Outros cuidados adicionais são: observar o períneo, avaliando a integridade, o edema e a episiorrafia; aplicar compressas de gelo nesta região, pois isto propicia a vasoconstrição, diminuindo o edema e hematoma e evitando o desconforto e a dor; avaliar os membros inferiores (edema e varizes) e oferecer líquidos e alimentos sólidos à puérpera, caso esteja passando bem.

Nos casos de cesárea, atentar para todos os cuidados de um parto normal e mais os cuidados de um pós-operatório, observando as características do curativo operatório. Se houver sangramento e/ou queixas de dor, comunicar tal fato à equipe.

No puerpério mediato, a puérpera permanecerá no alojamento conjunto até a alta hospitalar. Neste setor, inicia os cuidados com o bebê, sob supervisão e orientação da equipe de enfermagem – o que lhe possibilita uma assistência e orientação integral.

No alojamento conjunto, a assistência prestada pelo auxiliar de enfermagem baseia-se em observar e registrar o estado geral da puérpera, dando continuidade aos cuidados iniciados no puerpério imediato, em intervalos mais espaçados. Deve também estimular a deambulação precoce e exercícios ativos no leito, bem como observar o estado das mamas e mamilos, a sucção do recém-nascido (incentivando o aleitamento materno), a aceitação da dieta e as características das funções fisiológicas, em vista da possibilidade de retenção urinária e constipação, orientando sobre a realização da higiene íntima após cada eliminação e enfatizando a importância da lavagem das mãos antes de cuidar do bebê, o que previne infecções.

O alojamento conjunto é um espaço oportuno para o auxiliar de enfermagem desenvolver ações educativas, buscando valorizar as experiências e vivências das mães e, com as mesmas, realizando atividades em grupo de forma a esclarecer dúvidas e medos. Essa metodologia propicia a detecção de problemas diversos (emocionais, sociais, etc.), possibilitando o encaminhamento da puérpera e/ou família para uma tentativa de solução.

O profissional deve abordar assuntos com relação ao relacionamento mãe-filho-família; estímulo à amamentação, colocando em prática a técnica de amamentação; higiene corporal da mãe e do bebê; curativo da episiorrafia e cicatriz cirúrgica; repouso, alimentação e hidratação adequada para a nutriz; uso de medicamentos

nocivos no período da amamentação, bem como álcool e fumo; importância da deambulação para a involução uterina e eliminação de flatos (gases); e cuidados com recém-nascido.

A mama é o único órgão que após o parto não involui, enchendo-se de colostro até trinta horas após o parto. A apojadura, que consiste na descida do leite, ocorre entre o 3º ou 4º dia pós-parto.

A manutenção da lactação depende do estímulo da sucção dos mamilos pelo bebê.

As mamas também podem apresentar complicações:

-ingurgitamento mamário - em torno do 3º ao 7º dia pós-parto, a produção láctea está no auge, ocasionando o ingurgitamento mamário. O auxiliar de enfermagem deve estar atento para as seguintes condutas: orientar sobre a pega correta da aréola e a posição adequada do recém-nascido durante a mamada; o uso do sutiã firme e bem ajustado; e a realização de massagens e ordenha sempre que as mamas estiverem cheias;

-rachaduras e/ou fissuras - podem aparecer nos primeiros dias de amamentação, levando a nutriz a parar de amamentar.

Procurando evitar sua ocorrência, o auxiliar de enfermagem deve orientar a mãe a manter a amamentação; incentivá-la a não usar sabão ou álcool para limpar os mamilos; a expor as mamas ao sol por cerca de 20 minutos (antes das 10 horas ou após às 15 horas); e a alternar as mamas em cada mamada, retirando cuidadosamente o bebê. Nesse caso, devem ser aplicadas as mesmas condutas adotadas para o ingurgitamento mamário.

-mastite - é um processo inflamatório que costuma se desenvolver após a alta e no qual os microrganismos penetram pelas rachaduras dos mamilos ou canais lactíferos. Sua sintomatologia é dor, hiperemia e calor localizados, podendo ocorrer hipertermia. A puérpera deve ser orientada a realizar os mesmos cuidados adotados nos casos de ingurgitamento mamário, rachaduras e fissuras.

Por ocasião da alta hospitalar, especial atenção deve ser dada às orientações sobre o retorno à atividade sexual, planejamento familiar, licença-maternidade de 120 dias (caso a mulher possua vínculo empregatício) e importância da consulta de revisão de pós-natal e puericultura.

A consulta de revisão do puerpério deve ocorrer, preferencialmente, junto com a primeira avaliação da criança na unidade de saúde ou, de preferência, na mesma unidade em que efetuou a assistência pré-natal, entre o 7º e o 10º dia pós-parto.

Até o momento, foi abordado o atendimento à gestante e ao feto com base nos conhecimentos acumulados nos campos da obstetrícia e da perinatologia. Com o nascimento do bebê são necessários os conhecimentos de um outro ramo do saber – a neonatologia.

Surgida a partir da pediatria, a neonatologia é comumente definida como um ramo da medicina especializado no diagnóstico e tratamento dos recém-nascidos (RNs). No entanto, ela abrange mais do que isso — engloba também o conhecimento da fisiologia dos neonatos e de suas características.

#### **Classificação dos Recém-Nascidos (RNS)**

Os RNs podem ser classificados de acordo com o peso, a idade gestacional (IG) ao nascer e com a relação entre um e outro.

A classificação dos RNs é de fundamental importância pois ao permitir a antecipação de problemas relacionados ao peso e/ou à IG quando do nascimento, possibilita o planejamento dos cuidados e tratamentos específicos, o que contribui para a qualidade da assistência.

Se a desordenação avança 2/3 proximais da membrana estamos diante de uma Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau II - NIC II – Alto Grau. Na Neoplasia Intra-epitelial Cervical Grau III - NIC III – Alto Grau, o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal.

A coilocitose, alteração que sugere a infecção pelo HPV, pode estar presente ou não. Quando as alterações celulares se tornam mais intensas e o grau de desarranjo é tal que as células invadem o tecido conjuntivo do colo do útero abaixo do epitélio, temos o carcinoma invasor. Para chegar a câncer invasor, a lesão não tem, obrigatoriamente, que passar por todas essas etapas.

#### Fatores de Risco Associados ao Câncer do Colo do Útero

Os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento do câncer do colo do útero são:

- Infecção pelo Papiloma Vírus Humano – HPV - sendo esse o principal fator de risco;
- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados;
- Baixa condição sócio-econômica;
- Imunossupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;
- Higiene íntima inadequada

#### Manifestações Clínicas

- O câncer do colo do útero é uma doença de crescimento lento e silencioso;
- Existe uma fase pré-clínica, sem sintomas, com transformações intra-epiteliais progressivas importantes, em que a detecção de possíveis lesões precursoras são por meio da realização periódica do exame preventivo do colo do útero.
- Progredir lentamente, por anos, antes de atingir o estágio invasor da doença, quando a cura se torna mais difícil, se não impossível. Nessa fase os principais sintomas são sangramento vaginal, corrimento e dor.

#### Linha de Cuidado



#### Promoção

Incentivo à mulher a adotar hábitos saudáveis de vida, ou seja, estímulo à exposição aos fatores de proteção. Dicas que podem ajudar na prevenção de várias doenças, inclusive do câncer:

- Uma alimentação saudável pode reduzir as chances de câncer em pelo menos 40%. Comer mais frutas, legumes, verduras, cereais e menos alimentos gordurosos, salgados e enlatados. A dieta deveria conter diariamente, pelo menos, cinco porções de frutas, verduras e legumes. Dar preferência às gorduras de origem vegetal como o azeite extra virgem, óleo de soja e de girassol, entre outros, lembrando sempre que não devem ser expostas a altas temperaturas. Evitar gorduras de origem animal – leite e derivados, carne de porco, carne vermelha, pele de frango, entre outros – e algumas gorduras vegetais como margarinas e gordura vegetal hidrogenada.
- Atividade física regular, qualquer atividade que movimente seu corpo;
- Evitar ou limitar a ingestão de bebidas alcoólicas;
- Parar de fumar!

#### Tabagismo e a mulher

Uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento, como o Brasil.

O tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer.

Os estudos têm demonstrado que, na ausência de tratamento, o tempo mediano entre a detecção de HPV, NIC I e o desenvolvimento de carcinoma in situ é de 58 meses, enquanto para NIC II esse tempo é de 38 meses e, para NIC III, de 12 meses. Em geral, estima-se que a maior parte das lesões de baixo grau regredirá espontaneamente, enquanto cerca de 40% das lesões de alto grau não tratadas evoluirão para câncer invasor em um período médio de 10 anos. Por outro lado, o Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos calcula que somente 10% dos casos de carcinoma in situ evoluirão para câncer invasor no primeiro ano, enquanto que 30% a 70% terão evoluído decorridos 10 a 12 anos, caso não seja oferecido tratamento. Segundo a OMS, estudos quantitativos têm demonstrado que, nas mulheres entre 35 a 64 anos, depois de um exame citopatológico do colo do útero negativo, um exame subsequente pode ser realizado a cada três anos, com a mesma eficácia da realização anual. Conforme apresentado abaixo, a expectativa de redução percentual no risco cumulativo de desenvolver câncer, após um resultado negativo, é praticamente a mesma, quando o exame é realizado anualmente – redução de 93% do risco – ou quando ele é realizado a cada 3 anos – redução de 91% do risco.

Efeito protetor do rastreamento para câncer do colo do útero de acordo com o intervalo entre os exames, em mulheres de 35 a 64 anos.

Intervalo entre os exames	Redução na incidência cumulativa
1 ano	93
2 anos	93
3 anos	91
5 anos	84
10 anos	64

Fonte: van Oortmarssen et al., 1992.

No Brasil observa-se que, a maior parte do exame preventivo do colo do útero, é realizada em mulheres com menos de 35 anos, provavelmente naquelas que comparecem aos serviços de saúde para cuidados relativos à natalidade. Isso leva a subaproveitar a rede, uma vez que não estão sendo atingidas as mulheres na faixa etária de maior risco.

A identificação das mulheres na faixa etária de maior risco, especialmente aquelas que nunca realizaram exame na vida, é o objetivo da captação ativa. As estratégias devem respeitar as peculiaridades regionais envolvendo lideranças comunitárias, profissionais de saúde, movimentos de mulheres, meios de comunicação entre outros.

Em relação às mulheres acima da faixa etária recomendada, torna-se imperativo que sejam levados em consideração: (1) os fatores de risco, (2) a frequência de realização dos exames, (3) os resultados dos exames anteriores. A frequência do rastreamento deverá ser para cada caso individualizado. É fundamental que a equipe de saúde incorpore na atenção às mulheres no climatério, orientação sobre o que é e qual a importância do exame preventivo do colo do útero, pois a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero na população de risco.

#### Idade média da incidência máxima das lesões



Fonte : Potén, J., Adami, H. Bergström R et al 1996 Mitchell and Schottenfeld

#### Situações Especiais

**Mulher grávida:** não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento. Pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês. Não está contra-indicada a realização do exame em mulheres grávidas, a coleta deve ser feita com a espátula de Ayre e não usar escova de coleta endocervical. **Mulheres virgens:** a coleta em virgens não deve ser realizada na rotina. A ocorrência de condilomatose genitália externa, principalmente vulvar e anal, é um indicativo da necessidade de realização do exame do colo, devendo-se ter o devido cuidado e respeitando a vontade da mulher.

#### Mulheres submetidas a histerectomia:

- Histerectomia total recomenda-se a coleta de esfregaço de fundo de saco vaginal.
- Histerectomia subtotal: rotina normal

- Avental/ camisola para a mulher. Os aventais devem ser, preferencialmente, descartáveis. Nesse caso, após o uso, deverão ser desprezadas em local apropriado. Caso seja reutilizável, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem, segundo rotina da Unidade Básica de Saúde;

- Lençóis: Os lençóis devem ser preferencialmente descartáveis. Nesse caso, após o uso, deverão ser desprezados em local apropriado. Caso seja reutilizável, devem ser encaminhados à rouparia para lavagem e esterilização;

*b) Preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológico – colo do útero*

É de fundamental importância o correto preenchimento do formulário de requisição do exame citopatológico – colo do útero, pois a falta ou os dados incompletos poderá comprometer por completo a coleta do material, o acompanhamento, o tratamento e outras ações de controle do câncer do colo do útero, conforme anexo 4.

*c) Preparação da Lâmina*

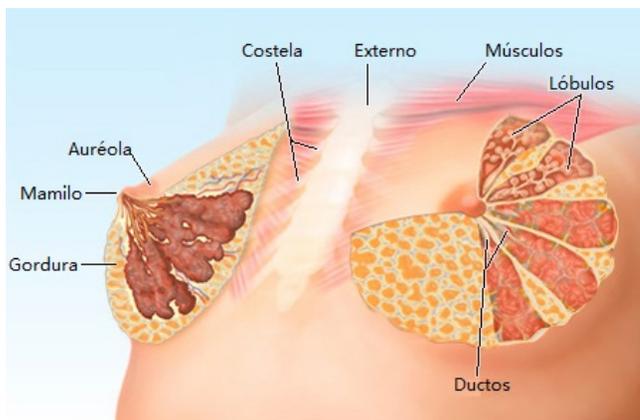
A lâmina e o frasco que serão utilizados para colocar o material a ser examinado devem ser preparados previamente:

- O uso de lâmina com bordas lapidadas e extremidade fosca é obrigatório;
- Identificar a lâmina escrevendo as iniciais do nome da mulher e o seu número de registro da Unidade, com lápis preto nº2 ou grafite, na extremidade fosca, previamente a coleta;
- Identificar a caixa do porta-lâmina.
- Não usar caneta hidrográfica, esferográfica, etc., pois leva à perda da identificação do material. Essas tintas se dissolvem durante o processo de coloração das lâminas no laboratório

Manter os frascos de acondicionamentos, fechados permanentemente a não ser na hora de inserir as lâminas. No preparo da lâmina ver se ela está limpa sem a presença de artefatos, caso necessário limpar com gaze.

**CONTROLE DO CÂNCER DA MAMA**

As mamas são constituídas de gordura, tecido conectivo e tecido glandular que contém lóbulos e ductos. Os lóbulos são as estruturas anatômicas onde o leite é produzido. Uma rede de ductos conecta os lóbulos ao mamilo.



Raramente uma mama é do mesmo tamanho da outra, podendo apresentar-se de forma diferente de acordo com o período menstrual. O tecido mamário se estende (sob a pele) até a região

da axila. Um sistema de linfonodos é responsável pela drenagem linfática da mama, principalmente os linfonodos axilares e da cadeia mamária interna.

**Câncer da Mama**

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal.

Esse tipo de câncer representa nos países ocidentais, uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam o aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. O câncer de mama permanece como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres.

Apesar de ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.

**História Natural**

Desde o início da formação do câncer até a fase em que ele pode ser descoberto pelo exame físico (tumor subclínico) isto é, a partir de 1 cm de diâmetro, passam-se, em média, 10 anos.

Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses. No início da fase subclínica (impalpável), tem-se a impressão de crescimento lento, porque as dimensões das células são mínimas. Porém, depois que o tumor se torna palpável, a duplicação é facilmente perceptível. Se não for tratado, o tumor desenvolve metástases (focos de tumor em outros órgãos), mais comumente para os ossos, pulmões e fígado. Em 3-4 anos do descobrimento do tumor pela palpação, ocorre o óbito.

**Fatores de Risco**

- História familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade;
- Entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama;
- A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade;
- A menarca precoce (idade da primeira menstruação);
- A menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade);
- A ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos;
- A nuliparidade;
- Ainda é controversa a associação do uso de contraceptivos orais com o aumento do risco para o câncer de mama, apontando para certos subgrupos de mulheres como as que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, as que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez.

**Prevenção**

A prevenção do linfedema pode ser conseguida por meio de uma série de cuidados, que se iniciam a partir do diagnóstico de câncer de mama. As cirurgias devem ser o mais conservadoras possíveis, e o linfonodo sentinela pode representar um importante aliado na diminuição do linfedema. A radioterapia axilar deve ser restrita a casos em que há um extenso comprometimento ganglionar, sendo a dose limitada a 45 – 50 Gy. As pacientes obesas devem ser incentivadas a restringir o peso corporal.

Após o tratamento cirúrgico, as pacientes devem ser orientadas sobre os cuidados com a pele e o membro superior homolateral ao câncer de mama, a fim de evitar possíveis traumas e ferimentos. Os cuidados, entretanto, devem ser repassados de forma bastante tranquila para que não haja um sentimento de incapacidade e impotência física. As orientações com relação à vida doméstica, a profissional e de lazer devem ser direcionadas às rotinas das pacientes e condutas alternativas devem ser ensinadas quando forem realmente necessárias.

As mulheres devem ter conhecimento sobre os sinais e sintomas iniciais dos processos infecciosos e do linfedema, para que comuniquem o profissional assistente e uma correta conduta terapêutica seja implantada. A equipe de saúde deve estar preparada para diagnosticar e intervir precocemente.

**Orientações após linfadenectomia axilar**

As mulheres devem ser informadas em relação aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, visando prevenir quadros infecciosos e linfedema. Entretanto, deve-se tomar o cuidado para não provocar sensação de incapacidade e impotência funcional. Elas devem ser encorajadas a retornarem as atividades de vida diária e devem ser informadas sobre as opções para os cuidados pessoais.

Recursos fisioterapêuticos que produzam calor, tais como infravermelho, ultra-som, ondas curtas, microondas, forno de Bier, compressas quentes, turbilhão, parafina entre outros, devem ser evitados nas áreas de drenagem para a axila homolateral, devido ao aumento do risco de desenvolvimento de linfedema. Nas regiões distantes, desde que não haja neoplasia em atividade, os recursos podem ser realizados seguindo as devidas precauções.

**Procedimentos após linfadenectomia axilar**

**EVITAR**

- Micoses nas unhas e no braço;
- Traumatismos cutâneos (cortes, arranhões, picadas de inseto, queimaduras, retirar cutícula e depilação da axila);
- Banheiras e compressas quentes, saunas e exposição solar;
- Apertar o braço do lado operado (blusas com elástico; relógios, anéis e pulseiras apertadas; aferir a pressão arterial);
- Receber medicações por via subcutânea, intramuscular e endovenosa e coleta de sangue;
- Movimentos bruscos, repetidos e de longa duração;
- Carregar objetos pesados no lado da cirurgia.
- Deitar sobre o lado operado

**FAZER**

- Manter a pele hidratada e limpa;
- Usar luvas de proteção ao fazer as atividades do lar (cozinhar, jardinagem, lavar louça e contato com produtos químicos);

- Durante a execução de atividades, promova intervalos para descanso;
- Ao fazer a unha do lado operado, utilize removedor de cutículas;
- Para retirada de pelo da axila do lado operado, utilize cremes depilatórios, tesoura ou máquina de cortar cabelo;
- Ficar atenta aos sinais de infecção no braço (vermelhidão, inchaço, calor local);
- Durante viagens aéreas, usar malha compressiva.

**Diagnóstico**

Na maioria das vezes, a presença do linfedema é verificada por intermédio do diagnóstico clínico.

Os exames complementares como tonometria, ressonância magnética, ultra-sonografia e linfocintigrafia, são utilizados quando se objetiva verificar a eficácia de tratamentos ou para analisar patologias associadas.

**Tratamento fisioterapêutico**

O tratamento do linfedema está baseado em técnicas já bem aceitas e descritas na literatura mundial.

Este tratamento consiste de várias técnicas que atuam conjuntamente, dependendo da fase em que se encontra o linfedema, incluindo: cuidados com a pele, drenagem linfática manual (DLM), contenção na forma de enfaixamento ou por luvas/braçadeiras e cinesioterapia específica. Outros tratamentos têm sido descritos na literatura, porém, seus resultados não são satisfatórios quando comparados ao tratamento supra citado:

**SAÚDE DO HOMEM**

Diferentemente das mulheres, os homens não costumam procurar os serviços de saúde. A baixa procura tem o fator cultural como uma das explicações: o homem é criado para ser provedor, ser forte, não chorar, não adoecer. Para muitos, doença é sinal de fragilidade, de fraqueza. Isso faz com que não busquem antecipadamente ajuda nos serviços de saúde, levando-os à morte por doenças que, se diagnosticadas mais cedo, poderiam ser evitadas.

É importante reverter o preconceito e sensibilizar os homens para a mudança dessa forma de pensar e agir.

Os homens estão mais expostos aos riscos de adoecerem por problemas relacionados à falta de exercícios físicos, alimentação com excesso de gordura, aumento de peso e à violência por causas externas (brigas, acidentes no trânsito, assassinatos, homicídios etc.).

É preciso que você os oriente a procurar a UBS para prevenir e tratar doenças como pressão alta, alteração do colesterol, diabetes, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, infarto, derrame, problemas respiratórios, câncer, uso de álcool, tabaco e outras drogas, entre outras.

Orientar sobre a sexualidade saudável, sem riscos de adquirir doenças sexualmente transmissíveis.

Orientar sobre a paternidade responsável, estimulando para que ele participe do pré-natal, do parto, do pós-parto e nas visitas ao pediatra e na criação dos filhos.

O ACS, juntamente com a equipe de saúde, deve realizar ações (por exemplo: semana de promoção da saúde do homem, campanhas voltadas para esse público, distribuição de cartilhas informativas, reuniões com os homens, entre outras estratégias) que estimulem o homem a se cuidar e a buscar uma vida mais saudável, enfrentando principalmente o alcoolismo, o tabagismo, a hipertensão e a obesidade.

### **Abandono / redução do consumo de bebidas alcoólicas**

Nos indivíduos com hábito de ingestão de quantidades maiores de álcool, propõe-se que cada progresso no sentido de redução seja apontado como positivo, e que gradualmente se alcance a situação de abandono do hábito.

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais, e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos, que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas.

Recomenda-se avaliar a necessidade de encaminhamento aos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS/AD) nas situações de falta de controle quanto à ingestão.

- Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia.
- Não pule as refeições.
- Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições.
- Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
- Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana.
- Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
- Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos.
- Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis.
- Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina.
- Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
- Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
- Diminua a quantidade de sal na comida e retire o sal de mesa.
- Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.
- Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia.
- Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
- Dê preferência pelos temperos naturais, em substituição aos temperos industriais que contém grande quantidade de sal.

### **Abandono do tabagismo**

O tabagismo é um poderoso fator de risco de doença cardiovascular.

Os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.

É indispensável que o cliente tabagista assimile que este é, isoladamente, o mais importante fator de risco modificável para a doença coronariana.

Indivíduos que fumam mais de vinte cigarros por dia têm risco cinco vezes maior de morte súbita que indivíduos não fumantes.

O tabagismo age sinergicamente com os contraceptivos orais, aumentando consideravelmente o risco de doença arterial coronariana.

Adicionalmente, colabora para os efeitos adversos da terapêutica de redução de lipídios e induz a resistência ao efeito de fármacos anti-hipertensivos.

Além disso, há clara associação entre tabagismo e doenças pulmonares crônicas, assim como a neoplasia pulmonar. Deve ser instituído o aconselhamento precoce, insistente e consistente até o abandono definitivo.

### **Orientações para abandono do tabagismo**

#### **Redução**

Uma abordagem gradual para deixar de fumar é a redução.

Reduzir significa contar os cigarros e fumar um número menor, predeterminado, a cada dia.

#### **Adiamento**

Uma segunda abordagem gradual para deixar de fumar é o adiamento, que significa adiar a hora na qual o cliente começa a fumar, por um número de horas predeterminado a cada dia. Ao começar a fumar em cada dia, o cliente não deve contar seus cigarros nem se preocupar em reduzir o número que fuma. Assim, ele deve tomar a decisão de adiar a hora na qual começa a fumar por duas horas a cada dia, por seis dias, até a sua data de parar de fumar.

#### **Prática de Atividade Física**

A prática regular de atividade física promove efeito protetor para a doença cardiovascular.

A recomendação da atividade física como ferramenta de promoção de saúde e prevenção de doenças baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização.

Portanto, a atividade física deve ser realizada durante, pelo menos, 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5) de forma contínua ou acumulada.

Realizando-se desta forma, obtêm-se os benefícios desejados à saúde e a prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com a redução do risco de eventos cardiocirculatórios, como infarto e acidente vascular cerebral.

#### **A orientação ao cliente deve ser clara e objetiva.**

As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar, sempre que possível, pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana).

O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (ex: manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite). Dessa maneira, atenua-se ou elimina-se a principal barreira à aquisição do hábito da realização da atividade física devido à falta de tempo.