



Estratégia
Concursos

Aula 00

*Urgência, Emergência e UTI p/ SES-MG
(Enfermagem) Com Videoaulas - 2021 -
Pré-Edital*

Autor:

Lorena Campos

26 de Junho de 2020

Introdução ao Estudo da Urgência e Emergência	6
Considerações Iniciais	6
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (RUE)	6
SÍNDROMES CORONARIANAS E TERAPIA FIBRINOLÍTICA.....	13
Achados no ECG- inversão da onda T- isquemia miocárdica	20
Localização do IAM em relação às derivações.....	21
Marcadores de necrose miocárdica	21
Intervenção farmacológica	22
Morfina.....	22
Oxigênio	23
Nitratos	23
Ácido Acetilsalicílico	23
Betabloqueador.....	23
Clexane	23
Quando usar trombolítico?.....	24
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E SUPORTE BÁSICO DE VIDA.....	25
Reconhecimento da PCR.....	27
Questões Comentadas	34
Resumo	52



APRESENTAÇÃO DO CURSO

Iniciamos nosso **Curso de Urgência e Emergência**, que será abordado a partir de teoria e questões, voltado para provas **objetivas e discursivas** de concurso público.

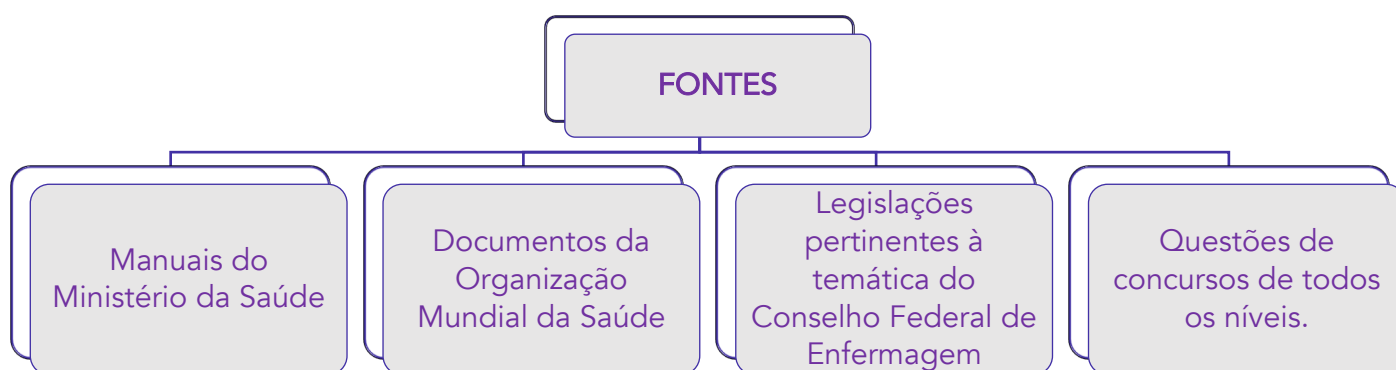
É interessante saber que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 7 milhões de pacientes sofrem algum tipo de complicação pós-operatória (complicações evitáveis) e cerca de 1 milhão destes pacientes evoluem para óbito.

Diante disto, abordaremos os tópicos mais cobrados pelas bancas, justificando-se também pela estimativa da OMS, que tem por prioridade desde 2009, reduzir os riscos cirúrgicos por meio do *checklist* para cirurgia segura (abordaremos com mais clareza e profundidade logo mais).

Nós iremos abordar todos os assuntos de forma didática, te proporcionando conhecer não apenas sobre os conceitos que eu citei acima, mas também compreender as ações da enfermagem frente a eles. Tenho a intenção de te auxiliar em três níveis de aprendizagem, sendo o conhecimento, a compreensão, e a análise. Para isso, utilizaremos de mapas conceituais, esquemas, resumos, questões e comentários.

Confira mais detalhes algumas considerações sobre a nossa **metodologia**.

Você terá nesta aula a apresentação do conteúdo a partir das seguintes “fontes”.



Para deixar nosso momento de estudo mais interessante, consideramos questões sobre as temáticas dos mais variados níveis de complexidade, com o intuito de traçarmos todas as possibilidades das bancas. Deste modo, a partir delas e com base nas literaturas acima citadas, construiremos uma base sólida para que você tenha sucesso no seu percurso de aprendizagem, bem como nas provas que fará.

Esta é a nossa proposta!



Vistos alguns aspectos gerais da matéria, tenhamos algumas considerações acerca da **metodologia de estudo**.

As aulas em *pdf* tem por característica essencial a **didática**. Pautamos principalmente nos manuais do Ministério da Saúde, bem como preconizações da Organização Mundial da Saúde, e traduzimos para o nosso curso de modo que você tenha uma leitura fácil e simplificada, facilitando o aprendizado.

Isso, contudo, não significa superficialidade. Pelo contrário, sempre que necessário e importante os assuntos serão aprofundados. A didática, entretanto, será fundamental para que diante do contingente de disciplinas, do trabalho, dos problemas e questões pessoais de cada aluno, possamos extrair o máximo de informações para hora da prova.

Para tanto, o material será permeado de **esquemas, gráficos informativos, resumos, figuras**, tudo com a pretensão de “chamar atenção” para as informações que realmente importam.

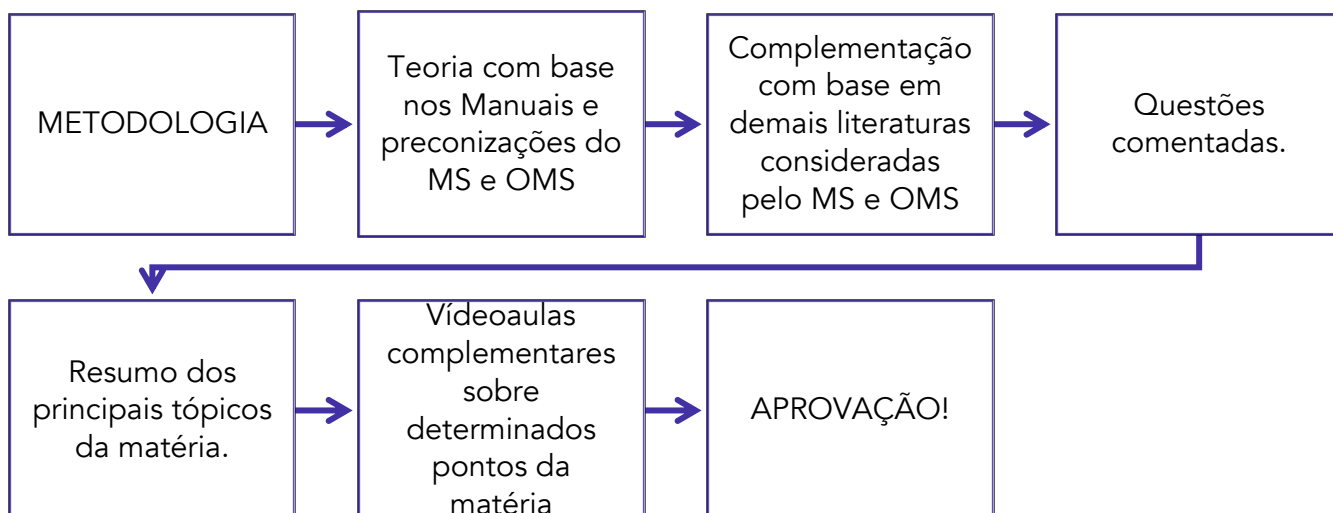
Com essa estrutura e proposta pretendemos conferir segurança e tranquilidade para uma **preparação completa**, sem **necessidade de recurso a outros materiais didáticos**.

Finalmente, destaco que um dos instrumentos mais relevantes para o estudo em .PDF é o **contato direto e pessoal com o Professor**. Além do nosso **fórum de dúvidas**, estamos disponíveis por **e-mail** e, eventualmente, pelo **Facebook**. Aluno nosso não vai para a prova com dúvida! Por vezes, ao ler o material surgem incompreensões, dúvidas, curiosidades, nesses casos basta acessar o computador e nos escrever. Assim que possível respondemos a todas as dúvidas. É notável a evolução dos alunos que levam a sério a metodologia.

Além disso, teremos vídeo aulas! Essas aulas destinam-se a complementar a preparação. Quando estiver cansado do estudo ativo (leitura e resolução de questões) ou até mesmo para a revisão, abordaremos alguns pontos da matéria por intermédio dos vídeos. Com outra didática, você disporá de um conteúdo complementar para a sua preparação. Ao contrário do PDF, evidentemente, **AS VIDEOAULAS NÃO ATENDEM A TODOS OS PONTOS QUE VAMOS ANALISAR NOS PDFS, NOSSOS MANUAIS ELETRÔNICOS**. As vídeo aulas que você terá acesso irão abordar os aspectos mais importantes do seu material em PDF, te permitindo esclarecer dúvidas de pontos essenciais e fundamentais para a sua preparação.

Assim, cada aula será estruturada do seguinte modo:





APRESENTAÇÃO PESSOAL

Para iniciarmos nossas atividades de estudo, gostaria que você me conhecesse brevemente. Me chamo **Lorena Campos Santos**, sou Enfermeira desde 2011, e me graduei no Centro Universitário Unieuro, em Brasília - DF.

Sou Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Programa de Residência da FEPECS/SESDF (2012/2014), e também especialista em Docência e Ensino Superior. Além disso, mestranda em Educação pela Universidade Católica Portuguesa, de Braga, Portugal.

Estou envolvida com docência na área da **Enfermagem** desde 2013, e tenho me dedicado ao Ensino Superior, Pós-Graduação, Formação Complementar e Concursos Públicos. Nestes âmbitos de atuação, tenho desenvolvido conteúdos específicos para UTI, saúde do adulto e idoso, SAE (sistematização da assistência de enfermagem), processo de enfermagem, e captação de órgãos e transplante (a qual também possuo experiência assistencial).

Logo abaixo, deixarei as possibilidades para que você entre em contato comigo, caso tenha alguma dúvida. Será um grande prazer te ajudar em momentos de dúvidas, e também receber sugestões para melhor te atender e te auxiliar nesse processo de aprendizagem.

E-mail: contato@ensinoeenfermagem.com.br

Instagram: <https://www.instagram.com/ensino.enfermagem/>



CRONOGRAMA DE AULAS

Essa é a distribuição dos assuntos ao longo desse nosso primeiro encontro, e tenho certeza que irá contribuir para sua trajetória de estudos.

Bom, essa foi uma parte interessante para termos gastado um pequeno tempo explicando. O seu material foi feito com muita atenção e embasado no que tem sido cobrado incisivamente. Espero que goste e que siga firme em seu propósito! Agora, vamos ao que interessa? ;)

A partir de agora, iniciaremos com Centro Cirúrgico como temática, e abordaremos tópicos importantes como zoneamento do centro cirúrgico, dimensionamento de pessoal e legislação envolvida, além de outros tópicos fundamentais, como o Protocolo de Cirurgias Seguras da Organização Mundial de Saúde.

Outros temas também serão abordados aqui, como classificação das cirurgias, posicionamentos cirúrgicos e etc.. Portanto, se acomode bem, deixe um copo de água pertinho, e bons estudos!

Um grande abraço,

Prof. Lorena Campos.



Introdução ao Estudo da Urgência e Emergência

1 - Considerações Iniciais

Olá! Estamos de volta para mais um momento de estudos.

Nesta aula aprenderemos um pouco mais sobre Urgência e Emergência, legislações envolvidas, e os principais protocolos do Ministério da Saúde para esta área.

Você vai aprender sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, bem como a Rede de Atenção às Urgências. Falaremos sobre Infarto, Acidente Vascular Encefálico, e traremos o que as bancas mais gostam de cobrar.

Boa aula!

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS, E CLASSIFICAÇÕES DE RISCO E REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE)

A política Nacional de Atenção às urgências foi reformulada pela Portaria de N° 1.600 de 2011, e institui a Rede de atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.

Para que fosse possível organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência de forma resolutiva, foi necessário considerar o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro.

Esse perfil avaliado evidenciou, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC).

Essa informação pode ser irrelevante no primeiro momento que lemos, mas é uma das mais cobradas pela banca, pois norteia a rede de cuidados, que veremos mais adiante.

Soma-se a isso o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas.



Veja na tabela abaixo as principais cargas de morbimortalidade no País por faixa etária¹:

	Faixa etária (anos)										Total
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	
1ª	Afecções Perinatais 25.637	Causas Externas 1.578	Causas Externas 1.528	Causas Externas 2.431	Causas Externas 13.595	Causas Externas 37.306	Causas Externas 24.057	DAC 20.641	DAC 40.436	DAC 241.607	DAC 314.506
2ª	Anomalia Congênita 7.973	DAR 1.162	Neoplasia 669	Neoplasia 681	Neoplasia 899	DIP 2.822	DAC 7.016	Causas Externas 17.816	Neoplasia 30.047	Neoplasia 108.857	Neoplasia 166.317
3ª	DAR 2.363	DIP 1.003	Sistema Nervoso 436	Sistema Nervoso 483	DAC 659	Neoplasia 2.665	DIP 5.832	Neoplasia 15.924	Causas Externas 11.865	DAR 81.926	Causas Externas 133.644

Considerando essas situações (causas externas, doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares e, ainda, uma carga de doenças infecciosas), justificou-se a implementação da **Rede de Atenção às Urgências e Emergências** (RUE), para articular integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

Vamos praticar um pouco, antes de resolvermos as nossas 25 questões!



1. Julgue o item seguinte, relativo à política nacional de atenção às urgências e à rede de atenção às urgências derivadas dessa política.

Fundamentada em dados nacionais, a política nacional de atenção às urgências não considera as diferenças regionais de perfis epidemiológicos.

- a) Certo

¹ Instituto Brasileiro em Geografia e Estatística. Censo 2010.



b) Errado

Comentário: Já sabemos que essa questão está incorreta, uma vez que o perfil epidemiológico fundamenta a Política de Atenção às Urgências.

Vamos adiante!

A Política também adotou algumas estratégias para a sua prática, que são fundamentais e muito cobradas. Ao final das estratégias eu te falo em qual delas você deve ficar mais atento.

Quanto às estratégias, são as principais da REU:

- Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégicas para a RUE;
- Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP);
- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica;
- Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (Emad) e das equipes multidisciplinares de apoio (Emap); e
- Articulação entre os seus componentes.

Principais diretrizes para implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE):

- Universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- Ampliação do acesso, com acolhimento, aos casos agudos e em todos os pontos de atenção;
- Formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação;
- Classificação de risco;



- Regionalização da saúde e atuação territorial;
- Regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Organização do processo de trabalho por intermédio de equipes multidisciplinares;
- Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias;
- Centralidade nas necessidades de saúde da população;
- Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- Institucionalização da prática de monitoramento e avaliação, por intermédio de indicadores de processo, desempenho e resultado que permitam avaliar e qualificar a atenção prestada;
- Articulação interfederativa;
- Participação e controle social;
- Fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas sem saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas; e
- Qualificação da assistência por meio da educação permanente em saúde para gestores e trabalhadores.

Essas diretrizes acima são apenas as principais, e a sua totalidade são 14.

Destas apresentadas, chamo atenção para a ampliação do acesso em casos agudos, participação e controle social, e indicadores de qualidade. Esses tópicos são cobrados com frequência.

É importante falarmos também dos componentes da Atenção Hospitalar, que são cobrados, e dão início ao que veremos mais adiante, e que é mais cobrado ainda, as linhas de cuidado.

A **Atenção Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências** é composta por:

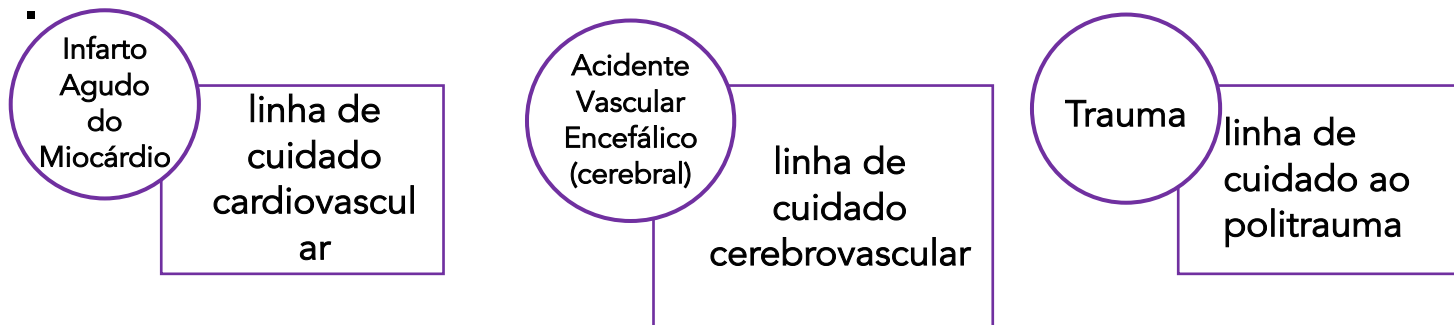
1. Portas hospitalares de urgência e emergência;
2. Enfermaria de retaguarda clínica;



3. Unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados;
4. Leitos de terapia intensiva; e
5. Organização das linhas de cuidado prioritárias:
 - LC do infarto agudo do miocárdio (IAM);
 - LC do acidente vascular cerebral (AVC);
 - LC da traumatologia.

O último tópico fala sobre as linhas de cuidados, fundamentais e que despenham nas bancas. Inclusive, fique atento, pois muitas vezes eles incluem situações epidemiológicas como linha de cuidado prioritária, e você pode acabar se confundindo.

Vamos só confirmar essa informação vendo um infográfico.



Foco na Atenção ao Infarto Agudo de Miocárdio

Nesse sentido, algumas ações estratégicas estão sendo discutidas e iniciadas nos territórios no sentido de expandir e consolidar a linha de cuidado de atenção ao IAM.

Vamos ver quais são:



- Fomentar a habilitação das unidades coronarianas (UCO);
- Normatizar a terapia trombolítica e ampliar o acesso;
- Ampliar o acesso à angiologia primária;
- Implantar protocolos de transferência e transporte para agilização do atendimento – início rápido do tratamento de reperfusão imediata dos pacientes;
- Expandir a telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce (expansão do Tele ECG nos Samu e nas UPA);
- Qualificar o atendimento ao infarto nas urgências pré-hospitalares (Samu e UPA) e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar;
- Melhorar a comunicação e a articulação entre a Central de Regulação Médica de Urgência e as UCO para o atendimento imediato;
- Garantir o fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do IAM.

Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral

O foco de atendimento ao AVC (AVE) foi instituído pela Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012, que dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como centros de atendimento de urgência aos pacientes com acidente vascular cerebral (AVC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Há uma organização das Unidades de Atendimento ao AVC, sendo:

U-AVC Agudo é a unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 5 (cinco) leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado de pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório), durante a fase aguda (até 72 horas da internação) e responsável por oferecer tratamento trombolítico endovenoso.

U-AVC Integral é a unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 (dez) leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo acidente vascular cerebral (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, à reabilitação precoce e à investigação etiológica completa.

Foco na Atenção ao Politrauma

Esta linha de cuidado possui uma portaria específica, sendo a de Nº 1.366/2013, que estabelece a organização dos centros e trauma.



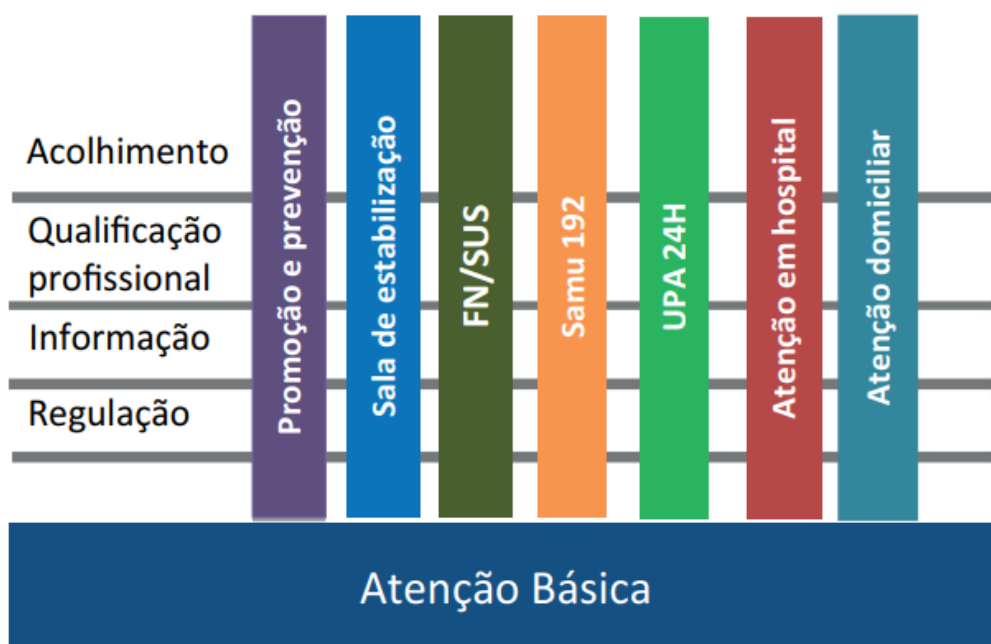
Dentre as especificações, é importante você saber de:

Para que locais sejam habilitados como **centro de trauma tipo I** vinculados à Rede, é necessário possuir equipe específica na Porta de Entrada Hospitalar de Urgência para atendimento às vítimas de trauma de média complexidade, em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas, composta pelos seguintes profissionais:

- a) clínico geral;
- b) pediatra, se o estabelecimento hospitalar for referência em atendimento na área de pediatria;
- c) ortopedista;
- d) cirurgião geral;
- e) anestesiológista com atividade no centro cirúrgico;
- f) enfermeiros;
- g) técnicos de enfermagem; e
- h) equipes para manejo de pacientes críticos.

Essas informações são as possíveis de serem cobradas.

Para finalizarmos esse tema, precisamos falar sobre os componentes da RUE, que influenciam e desenvolvem ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.



Fonte: Fonte: SAS/MS, 2011.





2. IBFC - 2018 - De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), o componente que objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos é o (a):

- a) Força Nacional de Saúde do SUS
- b) Central de Regulação Médica das Urgências
- c) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)
- d) Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h)
- e) Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Comentário

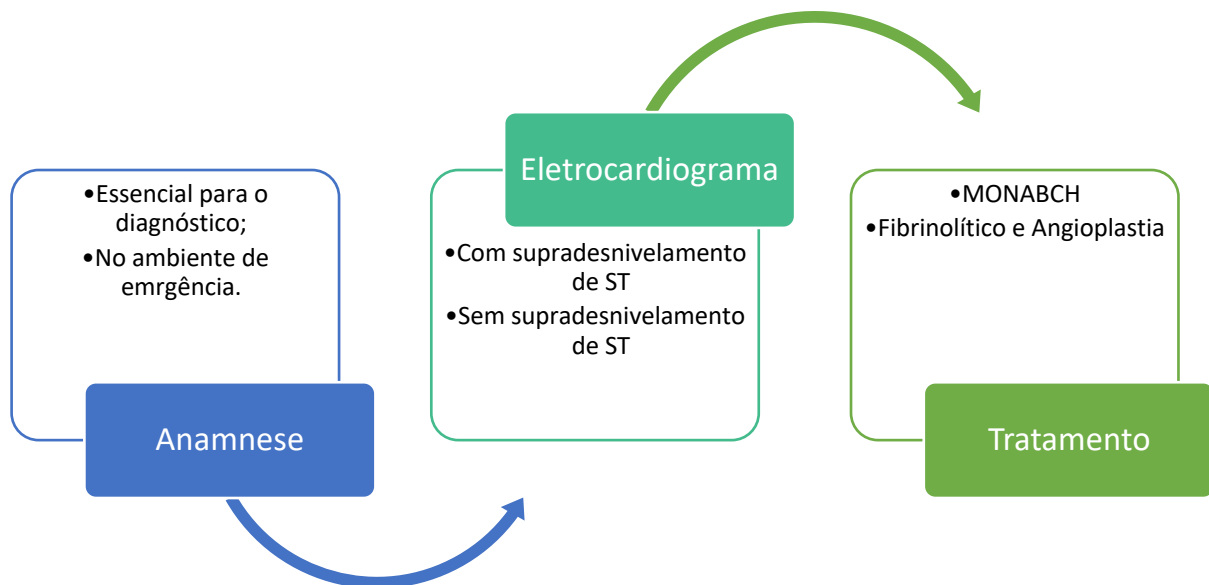
Art. 9º O Componente **Força Nacional de Saúde do SUS** objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

SÍNDROMES CORONARIANAS E TERAPIA FIBRINOLÍTICA

Nessa aula iremos apreender os parâmetros para o cuidado de enfermagem ao paciente com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), no ambiente de emergência. Na figura a seguir você pode observar uma visão geral relativo à conduta do cuidado ao paciente na emergência.

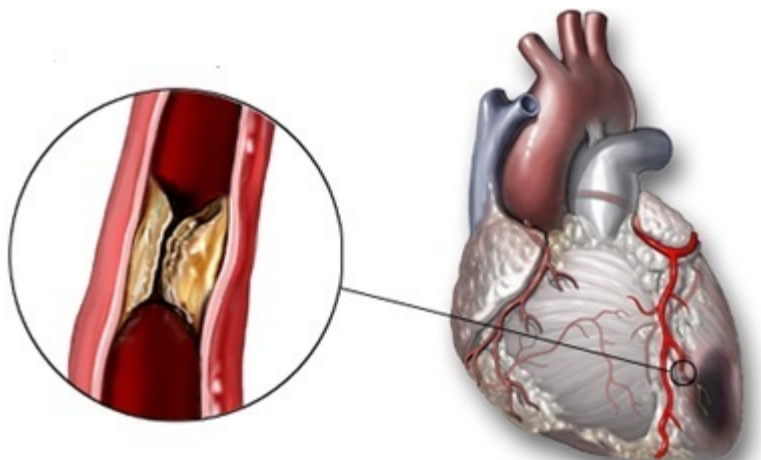
Visão geral da conduta na emergência nas SCA





Para entender a SCA devemos conhecer a fisiopatologia da doença, que decorre principalmente da aterosclerose, acúmulo de lipídeo (gordura) na paredes dos vasos, especificamente as artérias, diminuindo dessa forma a luz do vaso e a circulação sanguínea aos tecidos.

Veja na imagem a placa de ateroma.



Fonte: <http://twixar.me/mPYT>



A principal explicação para a patogenia é decorrente da teoria de Virchow, que considera a aterosclerose uma doença inflamatória, entendendo melhor a trombose secundária das lesões ateroscleróticas².

Quilici et al (2009, pg; 306) descreve a aterosclerose como:

“Doença das artérias musculares grandes e médias, e das artérias elásticas, caracterizada por uma elevação na parede do vaso contendo lípidos intra e extracelulares na camada íntima recoberta por uma capa fibrosa, sendo a aterosclerose a lesão básica”.

É importante que você, aluno entenda que a expressão SCA engloba o conjunto de manifestações isquêmicas da musculatura miocárdica, ou seja as formas 3 formas clínicas mais comuns, que são a angina instável, o infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST e o infarto agudo do miocárdio com **supradesnivelamento do segmento de ST**

O que diferencia a angina estável da angina instável é o tamanho da obstrução da luz do vaso, o que provoca no paciente os episódios de algia aos pequenos esforços.

A fisiopatologia da SCA envolve o acúmulo de gordura da placa aterosclerótica também descrita como placa instável. Qual a principal diferença entre a placa estável e a instável?

A placa instável tem uma maior quantidade de células inflamatórias, bem como, maior quantidade de gorduras, contém agentes infecciosos, além da presença de uma capa fibrótica menor e mais frágil, tendo maior possibilidade de ruptura.

Quando essa **placa se rompe**, temos um fator desencadeador para a formação da trombose aguda, pois a exposição desse sangue aos fatores de pró-coagulação que estão abaixo do endotélio vascular, leva o início da formação da cascata de coagulação, que resulta na formação da trombina, fibrina e ativação da agregação plaquetária.

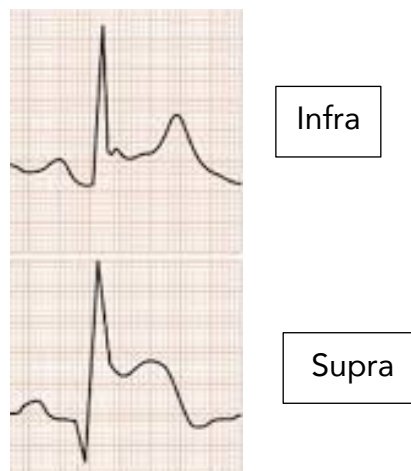
Ok, Lorena! Mas me explica sobre quando houver uma ruptura superficial da placa com uma obstrução parcial da luz do vaso (artéria). Como vamos chamar?

² QUILICI, Ana P et al. **Enfermagem em Cardiologia**. São Paulo: Atheneu, 2009.



À esta situação **falamos em área de isquemia**, o que se denomina **SCA sem supradisnívelamento** do segmento ST, no meio científico a Angina Instável ou também o Infarto subendocárdico sem supra de ST.

Para entendermos o que seria o infarto agudo do miocárdio nesse contexto, devemos observar que no momento em que há a ruptura da placa aterosclerótica com uma extensão e profundidade maior, ocorre a oclusão total da luz da artéria, evoluindo para um aumento extenso da zona de necrose que pode gerar uma perda de tecido do ventrículo. Assim é possível observar no eletrocardiograma uma elevação do segmento ST o que caracteriza um Infarto agudo do miocárdio.

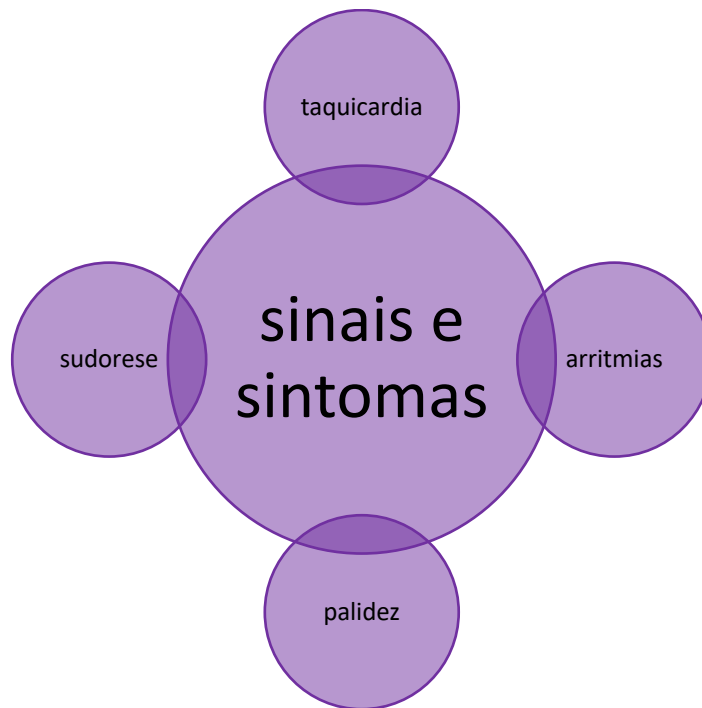


Fonte: <http://twixar.me/1PYT>

Os sinais e sintomas observados no organismo nesse momento é a **taquicardia, arritmias, palidez, vasoconstricção e sudorese**. Assim também o músculo devido o processo de morte celular (necrose), libera as enzimas cardíacas, que são proteínas presentes no músculo cardíaco.

Vamos ver um infográfico para não esquecermos:





Vamos entender como avaliar a dor torácica (exame físico cardíaco):

Esse paciente deve ser atendido em ambientes para o atendimento emergencial a esse tipo de situação clínica, dessa forma o conhecimento do pacientes sobre a organização, fisiopatologia, classificações, estratificação de risco, complicações clínicas, alterações no eletrocardiograma, tratamento e cuidados especializados no manejo do paciente com SCA é essencial.

Após a anamnese inicial deve ser realizado o atendimento ao paciente com o objetivo de:

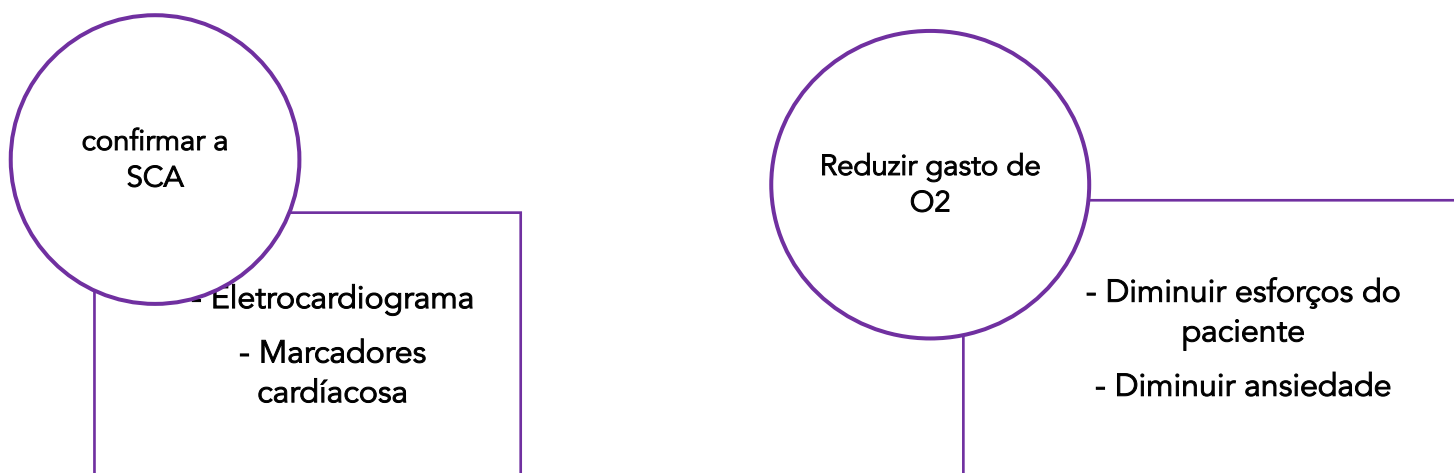
- Confirmar o diagnóstico de SCA;
- Reduzir o gasto de oxigênio pelo músculo do miocárdio através do início das medicações;
- Organizar um plano terapêutico para estabilizar a placa de aterosclerose ou já iniciar a desobstrução da artéria coronária;
- Estabelecer a sistematização da assistência de enfermagem para este tipo de cliente³

A avaliação inicial com uma anamnese detalhada da história clínica, exame físico geral e específico do aparelho cardiovascular.

³ GUIMARÃES, Deocleciano T. **Dicionário de termos de saúde**. 5ed. São Paulo: Rideel, 2014.



Então, não esqueça:



Durante o atendimento, não esqueça da abordagem inicial (mnemônico MOV):

M	Monitorização: inclui a monitorização do ritmo cardíaco, frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio se possível.
O	Oxigenoterapia por cateter de oxigênio a 3l/min
V	Acesso venoso periférico

É comum identificarmos alguns sinais e sintomas, sendo temos a dor precordial clássica, que é relatada como um aperto opressivo que se irradia para os membros superiores, mandíbula, dorso ou região epigástrica, pode ser acompanhado de sudorese fria, dispneia, náuseas e vômitos, alguns pacientes demonstram o **sinal de Levine**, que simplesmente colocar a mão o paciente coloca sua **mão espalmada sobre o centro do precórdio**.

Durante o exame físico é possível que não tenha nenhum achado, e é importante que a equipe atente-se para o diagnóstico diferencial de dissecação de aorta.

Quando falamos dessa condição, consideramos uma situação decorrente de má-formação, ou aumento da pressão arterial nos vasos sanguíneos, o que ocasiona a dissecação da parede da aorta, como essa artéria faz a irrigação sanguínea para todo o corpo, o fluxo sanguíneo é intenso e a dissecação é uma patologia extremamente grave e a forma de tratamento é a via cirúrgica, o que difere do tratamento para as SCA.



Alguns outros sinais e sintomas podem ser observados e estão ligados com um péssimo prognóstico do paciente, sendo: estertores pulmonares e terceira bulha; disfunção ventricular esquerda; sopro sistólico com regurgitação mitral; quarta bulha decorrente da disfunção diastólica



. Exames complementares

O eletrocardiograma é fundamental no contexto do paciente com Síndrome Coronariana Aguda, e vai permitir à equipe a identificação da área acometida pela oclusão/diminuição do fluxo sanguíneo (VIEIRA, 2017). Veja os pontos importantes sobre o Eletrocardiograma:

- Exame subsidiário e fundamental- Orientação terapêutica inicial.
- Deve ser feito tão logo – até 10 min de chegada
- Capaz de fornecer dados que sugiram o diagnóstico de isquemia miocárdica ou outros diferenciais.
- ECG de 12 derivações.

Quer uma dica?

Pacientes que apresentem com ECG inicial alterado, deve-se comparar com um prévio para auxiliar o diagnóstico, entretanto, um ECG normal não exclui a possibilidade de SCA sem supra, visto que 5% se apresentam dessa forma (QUILICI, 2010).



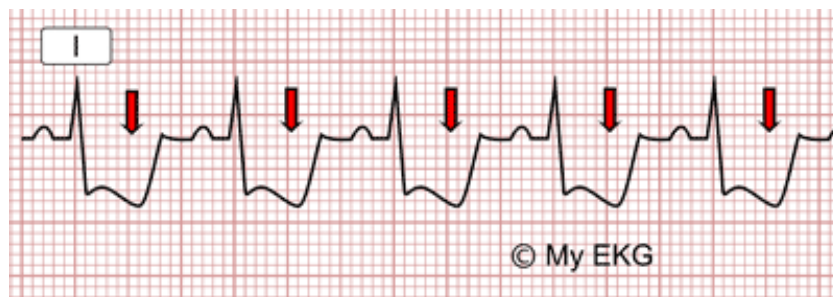
ECG- ferramenta central na avaliação e manejo dos pacientes, e a presença de um supradesnívelamento do segmento ST de ao menos 0,1 em duas derivações contíguas- IAM com supra. Pacientes com infra de ST ou inversão de T- inicialmente portadores de AI ou IAM sem supra de ST. A distinção entre estes diagnósticos será baseada na presença de marcadores de lesão miocárdica.

O diagnóstico eletrocardiográfico é dado pela análise do ECG 12 derivações, o qual apresenta alterações de ST / T / onda Q importante.

Agora iremos ver sobre os achados no Eletrocardiograma no contexto da Síndrome Coronariana Aguda (IAM).

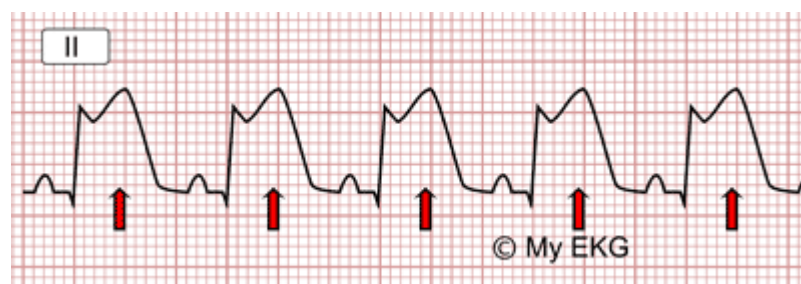
Achados no ECG- inversão da onda T- isquemia miocárdica

Infradesnívelamento do segmento ST- corrente de lesão atingindo as camadas endocárdicas



Fonte: encurtador.com.br/dzP48

Supradesnívelamento e ST



Fonte: encurtador.com.br/szIMW

Portanto, o ECG indica:

- LESÃO (necrose) - IAM com supra
- ISQUEMIA- IAM sem supra



- Pode-se localizar a região cardíaca que está sendo comprometida

Localização do IAM em relação às derivações

Na tabela abaixo, você irá entender por qual motivo devemos realizar o eletrocardiograma com 12 derivações, uma vez que é possível avaliar todas as paredes cardíacas, anterior, lateral, inferior, direito, posterior.

Localização anatômica e derivações do ECG

LOCALIZAÇÃO	DERIVAÇÕES
Parede Anterior	V1 e V4
Parede Lateral	D1 e aVL- V5 e V6
Parede Inferior	D2, D3 e aVF
Ventrículo Direito	V3R a V6R
Parede Posterior	V8 a V9

Fonte: Autor, Brasília, 2019.

Marcadores de necrose miocárdica

Após a realização do eletrocardiograma (ou até mesmo antes), é necessário fazer a coleta de amostra sanguínea para que se avalie os marcadores cardíacos. O eletrocardiograma não exclui a avaliação dos marcadores (SALLUM, 2010). Portanto, os marcadores são:

- Fundamentais para se estabelecer o diagnóstico
- Seja angina instável ou IAM
- Elevados no IAM com e sem supra de ST

Como possibilidade à beira leito, temos disponíveis:

- CK-M
- Troponinas T e I
- Mioglobina
- Com o intuito de reduzir o tempo para a obtenção dos resultados;
- Ideal em torno de 15 minutos



Intervenção farmacológica

A Enfermagem possui importante papel no contexto da abordagem farmacológica, pois, mediante a prescrição, faremos o preparo, administração e acompanhamento do paciente após a administração do fármaco. As intervenções farmacológicas visam:

- Visa diminuir o consumo de oxigênio pelo miocárdio
- Retardar o processo aterotrombótico de obstrução coronariana
- Utiliza-se a expressão MONAB para todos os pacientes a serem avaliados
- **PORÉM**, nem todos os pacientes devem recebê-la

AVALIAR O RISCO BENEFÍCIO

A terapêutica farmacológica compreende a técnica mnemônica "MONABC", que significa a oferta de:

- Morfina
- Oxigênio
- Nitrato
- AAS
- Betabloqueador
- Clexane

Morfina

Efeito:

- Venodilatador que reduz a pré- carga do VE,
- Tem efeito analgésico sobre o SNC, reduzindo a ansiedade

Indicações: Todos os pacientes com dor torácica isquêmica, IAM sem hipotensão ou depressão respiratória e edema agudo de pulmão (redistribui a volemia).



Oxigênio

Efeito: Limita a lesão miocárdica isquêmica

Por que usar: Aumentar a oferta de O₂

Como usar: 2 a 6 L em máscara facial

Nitratos

Efeito:

- Redução da pré - carga na parede ventricular, redução da pós - carga, diminuindo o consumo de O₂.
- Vasodilatação das artérias, redistribuindo o fluxo coronariano.

Drogas usadas: nitroglicerina (principal);

Ácido Acetilsalicílico

- Atua no impedimento da agregação plaquetária, reduzindo a progressão do evento;

Como usar: 160 a 325 mg

Contra - indicações: úlcera péptica ativa, desordens hemorrágicas. Atentar para reações de hipersensibilidade à droga.

Betabloqueador

Efeito: diminui FC e consequentemente, consumo de O₂ pelo miocárdio; Uso obrigatório;

Cuidado: hipotensão, choque.

Clexane – classificado como Anticoagulante, e é uma droga que tem ação quanto à inibição de geração trombina e também da sua atividade

A Enoxaparina (clexane) apresentam melhor absorção subcutânea, menor ligação a proteínas, menos ativação plaquetária e efeito mais previsível e reprodutível.



Quando usar trombolítico?

Os trombolíticos podem ser usados em situações de dor torácica sugestiva de IAM por um tempo < 12 horas. Além disso, outras condições podem ser consideradas, como:

- Supra de ST ≥ 1 mm em 2 ou mais derivações contíguas
- Sem limite de idade

Quanto aos trombolíticos ainda, temos também algumas contra - indicações que devem ser criteriosamente avaliadas e seguidas, como:

- Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
- Outros eventos cerebrais há menos de 1 ano;
- Neoplasia intracraniana
- Sangramento interno ativo (exceto menstrual).

As opções disponíveis são a Estreptoquinase (SK), Alteplase (tPA), Tenecteplase (TNK).

Vamos fazer uma questão sobre o que estudamos aqui?



3. INSTITUTO AOCP - 2015. Para paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM), indicam um IAM de parede anterior, no ECG deste paciente, as alterações nas seguintes derivações:

- a) II, III e AVF
- b) I, AVL, V5 e V6.
- c) V3R a V6R.
- d) V1 a V4.
- e) nenhuma.

Comentário



Vamos relembrar:

Parede Anterior	V1 e V4
Parede Lateral	D1 e aVL- V5 e V6
Parede Inferior	D2, D3 e aVF
Ventrículo Direito	V3R a V6R
Parede Posterior	V8 a V9

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA E SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Ao falarmos de PCR, consideramos a interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e/ou da respiração, culminando na interrupção da oxigenação dos órgãos e tecidos, com principal repercussão a nível das células mais sensíveis, principalmente do encéfalo⁴

Um segundo autor, traz o seguinte conceito: interrupção súbita e brusca da circulação sistêmica e ou da respiração, que culmina na interrupção de Oxigenação dos órgãos, tendo como consequência o início da morte das células mais sensíveis (principalmente neurológicas).

Atualmente no Brasil, registramos em média 200 mil casos anualmente, a qual, conforme estatísticas disponibilizadas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), metade ocorre em ambientes intrahospitalares. É interessante avaliarmos a taxa de sobrevivência desses pacientes, sendo 9,5% para pacientes com casos de PCR fora hospital, e 24,2% para pacientes no intrahospitalar.

Mas o que pode levar a uma PCR? Muitas causas podem estar envolvidas, e separamos algumas das reversíveis, trazidas pela AHA (2015).

Causas da PCR segundo a AHA (2015)

5 H	5 T
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hidrogênio (acidose)	Tensão de Tórax
Hipotermia	Toxinas
Hipo/hipercalcemia	Trombose pulmonar

⁴ 2015 American Heart Association



Hipóxia	Trombose coronariana
---------	----------------------

Fonte: AHA, 2015.

A American Heart Association (AHA) em sua edição de 2015 corrobora os ritmos de PCR, sendo classificados em ritmos chocáveis, e ritmos não chocáveis. Vejamos:

Ritmos de PCR:

Ritmos Chocáveis	Ritmos não chocáveis
Taquicardia Ventricular sem Pulso	Atividade Elétrica sem Pulso
Fibrilação Ventricular	Assistolia

AHA, 2015.

Existem órgãos que são mais sensíveis à falta de O₂, sendo CÉREBRO e CORAÇÃO - 10 a 20 segundos: perda da consciência - Após um minuto: pupilas midriáticas e fixas - 4 a 5 minutos: depósitos de ATP e glicose nos neurônios esgotam-se .

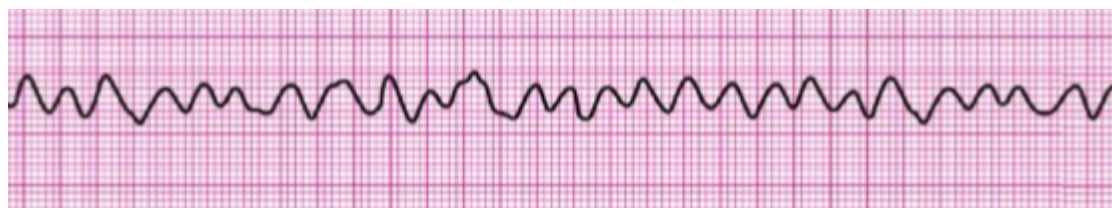
Os ritmos chocáveis de Parada Cardiorespiratória são aqueles em que usaremos o Desfibrilador Externo Automático durante o nosso atendimento. Contudo, falaremos melhor mais adiante.

Taquicardia Ventricular sem Pulso



Fonte: encurtador.com.br/KNSUV

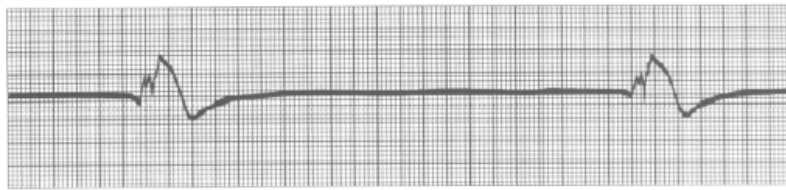
Fibrilação Ventricular



Fonte: encurtador.com.br/KNSUV

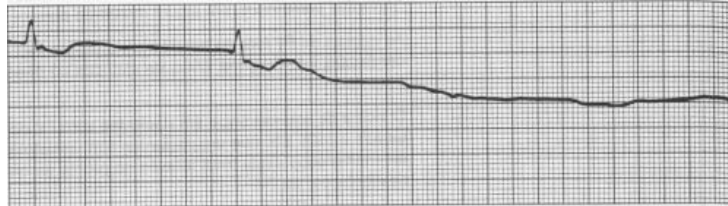


Atividade elétrica sem pulso



Fonte: encurtador.com.br/qGHX1

Assistolia



Fonte: encurtador.com.br/cpyCP

PCR extra hospitalar → FV e TVSP

- ✓ PCR súbita, em grande parte decorrentes de arritmias (quadros isquêmicos – 60%)
- ✓ Aproximadamente 95% das vítimas de PCR morrem antes de chegar ao hospital

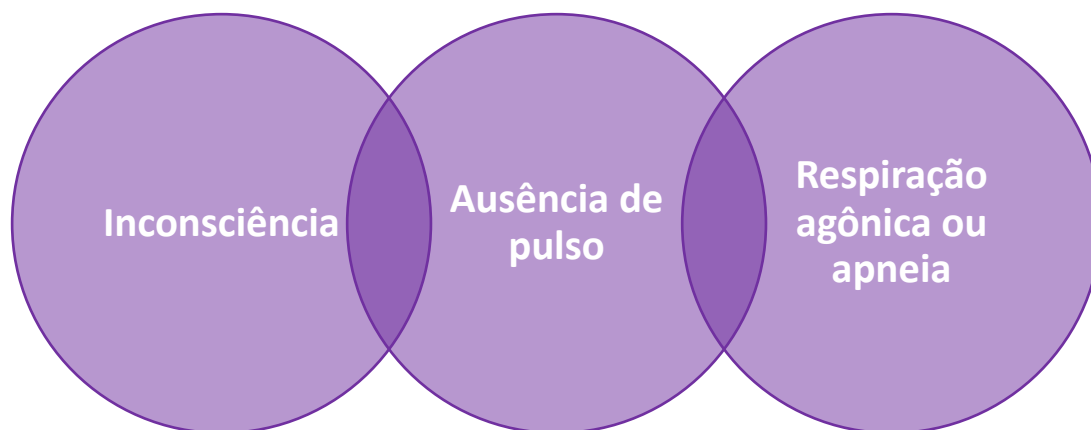
PCR intrahospitalar → AESP e ASSISTOLIA

- ✓ Deterioração clínica progressiva

Reconhecimento da PCR

Para reconhecimento da PCR, deve-se inicialmente avaliar o paciente, e identificar:





Fonte: AHA, 2015.

Veja Preparamos um esquema de aprendizagem para você, a respeito do reconhecimento da PCR.

Avaliação	Tomada de decisão
1. Checar a responsividade (tocar os ombros e chamar o paciente em voz alta)	
2. Se não responsivo:	• Profissional 1: comunicar imediatamente a Regulação Médica, para apoio do suporte avançado de vida (SAV) e providenciar desfibrilador externo automático (DEA) e os equipamentos de emergência; • Profissional 2: verificar a respiração e o pulso simultaneamente. Atenção: Checar pulso central (carotídeo) em até 10 segundos.
3. Posicionar o paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.	
4. Se respiração ausente ou em <i>gasping</i> e:	• Pulso PRESENTE: abrir via aérea e aplicar uma insuflação a cada 5 a 6



	segundos (10 a 12/min) e verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. • Pulso AUSENTE: informar imediatamente à Central de Regulação Médica, solicitando apoio (caso ainda não o tenha feito) e iniciar ressuscitação cardiopulmonar (RCP).
5. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo ciclos de:	• 30 compressões eficientes (<i>na frequência de 100 a 120/min, depressindo o tórax em 5 a 6 cm com completo retorno</i>) • Duas insuflações eficientes (<i>de 1 seg cada e com visível elevação do tórax</i>) com bolsa valva-máscara com reservatório e oxigênio adicional.
6. Assim que o DEA estiver disponível:	• Instalar os eletrodos de adulto do DEA no tórax desnudo e seco do paciente sem interromper as compressões torácicas; • Ligar o aparelho; e • Interromper as compressões torácicas apenas quando o equipamento solicitar análise. Seguir as orientações do aparelho quanto à indicação de choque.
7. Se choque for indicado:	• Solicitar que todos se afastem do contato com o paciente;



	• Disparar o choque quando indicado pelo DEA; e • Reiniciar imediatamente a RCP após o choque, começando pelas compressões torácicas, por 2 minutos.
8. Após 2 minutos de compressões e insuflações eficientes, checar novamente o ritmo com o DEA:	• Se choque for indicado, siga as orientações do equipamento. Em seguida, reinicie imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações; • Se choque não for indicado, checar pulso carotídeo e, se pulso ausente, reiniciar imediatamente a RCP com ciclos de 30 compressões para duas insuflações.
9. Checar novamente o ritmo após 2 minutos (considerar possibilidades do item 8);	
10. Manter os ciclos de RCP e avaliação do ritmo até:	• A chegada do SAV; • A chegada ao hospital ou • A vítima apresentar sinais de circulação (respiração, tosse e/ou movimento);
11. Se retorno à circulação espontânea, seguir Protocolo de cuidados pós-RCP	
12. Na ausência de retorno a circulação espontânea ou outras condições de risco, considerar Protocolo de Interrupção da RCP (veja logo a frente).	

AHA, 2015.



De forma objetiva, o atendimento ao paciente com PCR segue a técnica minemônica CAB, sendo:

Atendimento em Suporte Básico de Vida

C	A	B
Compressão/circulação	Abertura de Vias Aéreas	Boa ventilação

AHA, 2015.

Na reanimação cardiopulmonar, PREZE POR:

- Local da compressão: Metade inferior do esterno
- Quantidade de Compressões: 30:2
- Frequência das compressões: 100 a 120/min.
- Profundidade: no mínimo 5cm e no máximo 6cm ->Retorno
- Incursões respiratórias: 30:2

O Desfibrilador externo automático (DEA) é imprescindível, e é um equipamento capaz de INTERPRETAR o ritmo cardíaco, selecionar o nível de energia e carregar automaticamente, cabendo ao operador apenas pressionar o botão de choque, quando indicado.

O Desfibrilador Externo Automático é o equipamento capaz de INTERPRETAR o ritmo cardíaco, selecionar o nível de energia e carregar automaticamente, cabendo ao operador apenas pressionar o botão de choque, quando indicado (AHA, 2015).

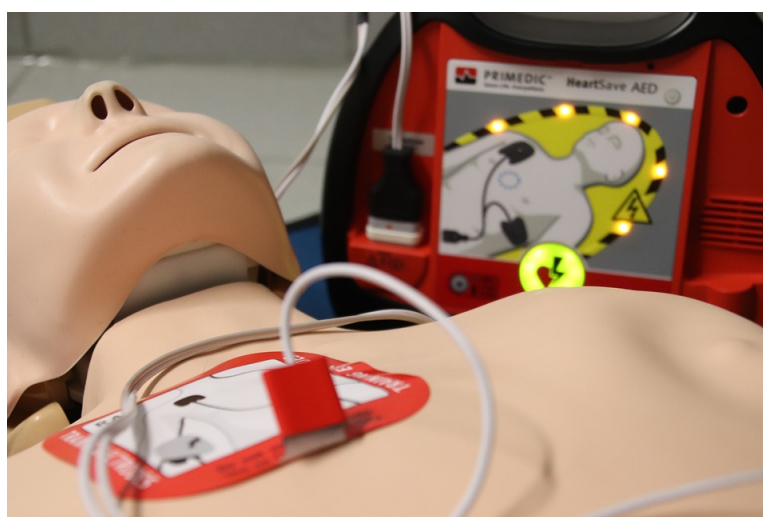
Posicionamento das mãos durante a compressão





Fonte: <http://twixar.me/whS1>

Colocação das pás.



Fonte: <http://twixar.me/LwS1>

É imprescindível você compreender que o atendimento quanto à ventilação dependerá da instalação, ou não, da via avançada (AHA, 2015).

Sem via aérea avançada: Realizar abertura de vias aéreas; Ventilação numa relação: 30:2, ou seja, 30 compressões e 2 ventilações (até a garantia de uma via aérea avançada);

Com via aérea avançada (máscara laríngea, tubo orotraqueal ou traqueostomia) Compressões contínuas a uma frequência 100 a 120/ minuto e 1 ventilação a cada 6 segundos (10 respirações por minuto) (AHA, 2015).



Vamos praticar:



4. IF-TO – 2015 - Um paciente adulto de 64 anos apresenta-se em parada cardiorrespiratória em ambiente hospitalar, o mesmo está sendo atendido por dois membros da equipe de enfermagem. Os profissionais dispõem de um DEA (desfibrilador externo automático) e um dispositivo bolsa-valva-máscara. Em determinado momento do atendimento, verifica-se através do DEA a necessidade de realizar a desfibrilação. À luz das diretrizes do Comitê Internacional de Ressuscitação, logo após o choque, a próxima conduta deve ser:

- a) Retomada da reanimação cardiopulmonar na relação de 30 compressões e 2 ventilações.
- b) Retomada da reanimação cardiopulmonar na relação de 30 compressões e 1 ventilações.
- c) Desligar e religar o DEA para que uma nova análise seja feita e, se necessário, outro choque seja aplicado.
- d) Checagem de pulso femoral.
- e) Checagem de pulso radial.

Comentário

Logo após o Choque deferido pelo DEA, o atendimento à PCR deve continuar, retornando imediatamente às compressões, mantendo-as em 30x2 caso ainda não tenha estabelecido vias aéreas definitivas.

Gabarito: A.

5. INSTITUTO AOCP – 2015. Ao presenciar uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) extra-hospitalar e havendo um Desfibrilador Externo Automático (DEA) prontamente disponível no local, recomenda-se que o socorrista:

- a) inicie a manobra para abertura de vias aéreas, seguida pelo uso do DEA.
- b) inicie com o procedimento ver, ouvir e sentir se há respiração e só utilizar o DEA com a chegada do Suporte Avançado de Vida.



- c) inicie a reanimação cardiopulmonar com compressões torácicas e use o DEA o quanto antes.
- d) inicie a reanimação cardiopulmonar com 02 ventilações de resgate, seguidas de 30 compressões torácicas e não utilize o DEA.
- e) inicie utilizando a manobra de posicionamento com 05 ventilações e 15 compressões torácicas, aguardando 03 ciclos para o uso do DEA.

Comentário

Segundo a AHA (2015) o uso do DEA é imprescindível, e deve ser considerado sempre que houver disponibilidade do aparelho (aqui consideramos atendimento também no extra hospitalar). Nesse sentido, até que o aparelho chegue ao local de atendimento, o socorrista deve proceder com as reanimações cardiopulmonares e usar o DEA assim que o mesmo chegar ao local.

Gabarito C.

Questões Comentadas



Gostaria de te informar que teremos questões estilo CESPE, uma vez que não foi encontrado tantas questões sobre a temática que estamos abordando no estilo ABCDE. Mas, discutiremos todas para que você

1. (CESPE – 2018) Julgue o item seguinte, relativo à política nacional de atenção às urgências e à rede de atenção às urgências derivadas dessa política.

Fundamentada em dados nacionais, a política nacional de atenção às urgências não considera as diferenças regionais de perfis epidemiológicos.

- a) certo
- b) errado

Comentário



Existe uma portaria de N° 1.600/2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituindo no Sistema Único de Saúde a Rede de Atenção às Urgências, e em seu § 2° deixa claro que a sua implementação deve ser gradativa, em todo território nacional, **respeitando-se critérios epidemiológicos** e de **densidade populacional**.

Nesse contexto, a afirmativa acima avaliada nega essa prerrogativa, de um forma bem sucinta que, se lêssemos sem atenção marcaríamos como certo. Considere o item B.

2. (CESPE - 2018) Julgue o item seguinte, relativo à política nacional de atenção às urgências e à rede de atenção às urgências derivadas dessa política.

A política nacional de atenção às urgências se baseia em dados que apontam alta morbimortalidade associada a doenças do aparelho circulatório na faixa etária acima dos quarenta anos de idade.

- a) certo
- b) errado

Comentário

Segundo a mesma portaria que citamos na questão anterior (PORTARIA N°- 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011), é imprescindível considerar os dados epidemiológicos ofertados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério de Saúde, observando-se significativa morbimortalidade que está relacionada às violências e também acidentes de trânsito (na faixa etária de até 40 anos), mas também considera as morbimortalidades associadas às doenças circulatórias para a faixa acima de 40 anos.

Nesse sentido, a afirmativa está correta. **Considere a letra a.**

3. (CESPE – 2018) - Julgue o item seguinte, relativo à política nacional de atenção às urgências e à rede de atenção às urgências derivadas dessa política.

São prioritárias para a rede de atenção às urgências as três seguintes linhas de cuidados: doenças infectocontagiosas, doenças cerebrovasculares e doenças cardiovasculares.

- a) certo
- b) errado



Comentário

A organização da linha de cuidados prestados pela rede de atenção às urgências faz parte da dos componentes de atenção hospitalar. Essa organização é chamada de linhas de cuidados prioritárias – veja bem, prioritárias, e não exclusivas, abordando três linhas, sendo o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral/Encefálico, e Traumatologia.

Com essa explanação é possível observar que a questão está **incorreta** (b), pois traz em seu contexto as doenças infectocontagiosas como linha prioritária, sendo que, na verdade, as doenças infecciosas juntamente com as doenças crônicas não transmissíveis e cardiovasculares são usadas como justificativa para implementar a rede de atenção às Urgências e Emergências.

4. (IBFC – 2019) - Considere a Portaria nº 1600/2011 a qual reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Quanto à uma diretriz da rede de Atenção às Urgências, assinale a alternativa correta.

- a) Evitar a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção
- b) Impedir a participação e controle social dos usuários sobre os serviços, pelo fato de serem leigos e prejudicarem a rede
- c) Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde
- d) Não é necessário o monitoramento e avaliação da qualidade do serviço, pois o serviço não tem como levantar indicadores para avaliação

Comentário

- a) Evitar a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção – A portaria trata a ampliação do acolhimento dos casos agudos em todos os pontos de atenção como uma de suas diretrizes, portanto, a afirmativa está incorreta em afirmar que deve-se evitar.
- b) Impedir a participação e controle social dos usuários sobre os serviços, pelo fato de serem leigos e prejudicarem a rede – A diretriz não fala em impedir, e sim fomentar a participação e controle social;



- c) Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde – Esta afirmativa está correta, e pode ser encontrada no Capítulo 1 da Portaria 1600/2011, artigo 2º, tópico III.
 - d) Não é necessário o monitoramento e avaliação da qualidade do serviço, pois o serviço não tem como levantar indicadores para avaliação. A afirmativa desconsidera a necessidade de avaliar os serviços com base nos indicadores, sendo contrária à diretriz, uma vez que recomenda-se institucionalizar a prática de monitoramento e avaliação.
5. (CS – UFG – 2018) - Segundo a Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011, que trata da Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)
- a) as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica devem ser priorizadas na Rede de Atenção às Urgências.
 - b) a sala de estabilização deverá ser ambiente de assistência 24 horas a pacientes críticos e/ou graves, vinculada a equipamentos de saúde e profissionais capacitados para garantir resolutividade e alta.
 - c) o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima e garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde integrado ou não ao SUS.
 - d) a qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS constitui uma diretriz da política voltada aos profissionais que atuam em nível pré-hospitalar.

Comentário

- a) Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências. § 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados **cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica**. Correta, portanto, estando exatamente conforme apresentado no art. 3º.
- b) Errada. Art. 8º O Componente **Sala de Estabilização** deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.



- c) Essa é uma das questões que nos deixam intrigados. A afirmativa resumidamente está correta, mas está incompleta. No art. 7º diz que o componente **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)** e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências possuem o objetivo de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde **devidamente hierarquizado e integrado ao SUS**. Errada, portanto.
- d) Errada. Art. 2º Constituem-se **diretrizes** da Rede de Atenção às Urgências: XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

6. (AOCP – 2017) - Sobre o conteúdo incluso na Portaria nº 1.600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, assinale a alternativa correta.

- a) Prioriza as linhas de cuidados cardiovascular, respiratória e traumatológica.
- b) As Unidades de Pronto Atendimento devem prestar o primeiro atendimento em casos agudos e agudizados de natureza clínica e primeiro atendimento nos traumas, excluindo-se casos de natureza cirúrgica.
- c) O componente hospitalar é constituído exclusivamente por Pronto-Socorro e UTI.
- d) Força Nacional do SUS, Unidades de Pronto atendimento e Atenção domiciliar integram a Rede de Atenção às Urgências.
- e) Acolhimento com classificação de risco constituem uma das bases dos fluxos assistenciais apenas das UPAs, Pronto-Socorro e SAMU.

Comentário

- a) Priorizará as linhas de cuidado **cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica**.
- b) II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos **pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma**, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. Esta é



afirmativa observada na portaria, diferente da afirmativa da banca que exclui os casos de natureza cirúrgica.

- c) O componente hospitalar não é constituído exclusivamente por UTI e Pronto Socorro, mas também pelas **enfermarias de retaguarda, serviços de diagnóstico por imagem e laboratório, e pelas linhas de cuidados prioritários.**
 - d) **Questão integralmente correta, sendo observada no Art. 4.**
 - e) O acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade na atenção são a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a RAUE e devem ser **requisitos de todos os pontos de atenção, podendo ser encontrado no art. 3.**
7. (FCM – 2017) - A respeito dos componentes da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade para o Suporte Básico de Vida, propostos pela American Heart Association (AHA, 2015), analise as afirmativas abaixo e marque **(V)** para verdadeiro ou **(F)** para falso.

() A relação compressão-ventilação, sem via aérea avançada em adultos, é de 30 compressões para 2 ventilações, no caso de um socorrista, e de 15 compressões para 2 ventilações no caso de dois socorristas.

() O socorrista, se estiver sozinho e sem telefone celular, deve deixar a vítima para acionar o serviço médico de emergência e tentar obter um Desfibrilador Automática Externo (DEA) antes de iniciar a RCP.

() A profundidade das compressões em adultos é de 2 polegadas (5 cm) e, em bebês com menos de 1 ano, excluindo recém-nascidos, é de 1 ½ polegada (4cm).

() O retorno do tórax, após cada compressão, deve ser total, sendo imprescindível se apoiar sobre ele após cada compressão.

A sequência correta é:

- a) F, V, V, F.
- b) F, F, F, V.
- c) F, V, F, V.
- d) V, F, V, F.
- e) V, V, F, F.



Comentário

Antes de iniciarmos os comentários, você tem que lembrar que a AHA atualizações a cada 5 anos (ou conforme necessário em alguns casos). Nesse sentido, se a atualização foi em 2015, a próxima será em 2020, posteriormente em 2025, e assim por diante. A questão acima considera de 2015, e vamos entender o que está errado nela.

- a) Falso. A relação compressão x ventilação não modifica conforme a quantidade de socorristas, sendo 30 compressões para 2 ventilações até que se estabeleça via aérea avançada.
- b) Verdadeira
- c) Verdadeira
- d) Quando nos apoiamos no tórax do paciente, o retorno torácico é comprometido. Portanto, a recomendação é que não haja apoio do corpo do socorrista sob o corpo do paciente. Afirmativa falsa.

Nesse sentido, considere a sequência representada pela letra a.

8. (IBDA – 2017) - De acordo com as diretrizes internacionais para o suporte básico de vida (SBV), em um procedimento de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de um adolescente, realizado por 2 socorristas, a relação compressão - ventilação (sem via aérea avançada), deve ser de:

- a) 15 compressões - 2 ventilações.
- b) 20 compressões- 4 ventilações.
- c) 15 compressões - 5 ventilações.
- d) 30 compressões - 5 ventilações.
- e) 30 compressões- 2 ventilações.

Comentário

Sempre há confusão nesse sentido, se 1 ou 2 socorristas, como se comportar:

Vamos lá! Quando falamos em atendimento ADULTO consideramos a faixa etária acima de 8 anos (pela AHA). Nessa população NÃO HAVERÁ VARIAÇÃO DE ATENDIMENTO QUANTO ÀS COMPRESSÕES E VENTILAÇÕES, permanecendo 30 compressões para 2 ventilações independente se há 1 ou 2 socorristas.

Contudo, caso caia em sua prova algo sobre criança ou bebê, aí sim teremos uma variação. Veja:



	1 socorrista	2 socorristas
Adulto	30x2	30x2
Adolescente	30x2	30x2
Criança e bebê	30x2	15x2

Considere a letra e.

9. (FEPESE – 2017) - Em caso de Parada Cardiorrespiratória em adultos, o correto é que o socorrista aplique compressões torácicas na frequência de:
- a) 60 a 80/minuto, permitindo o retorno total do tórax após cada compressão.
 - b) 80 a 100/minuto, permitindo o retorno total do tórax após cada compressão.
 - c) 100 a 120/minuto, permitindo o retorno total do tórax após cada compressão.
 - d) 120 a 140/minuto, permitindo o retorno total do tórax após cada compressão.
 - e) 120 a 160/minuto, permitindo o retorno total do tórax após cada compressão.

Comentário

Essa é uma questão que costuma cair bastante, apesar de simples. No protocolo de 2015 a frequência das compressões passou a ser considerada de 100 a 120 por minuto.

Veja que as alternativas trazem em 1 minuto, e isso pode te confundir quanto ao ciclo da reanimação. Então vamos entender melhor isso.

- 1 ciclo total de atendimento possui 2 minutos.
- Em cada minuto do ciclo, você realizará no mínimo 100 compressões e no máximo 120 compressões
- Em um ciclo completo (2 minutos), você realizará no mínimo 200 compressões e no máximo 240 compressões

Diante disso, a resposta a ser considerada é a letra c.

Não se esqueça que o retorno do tórax é obrigatório e, caso contrário, você influenciará negativamente no desfecho. Além disso, não se esqueça também da profundidade dessas compressões, sendo pelo menos 2 polegadas (5cm). O limite máximo é de 2,4 polegadas (6cm).

10. (FEPESE – 2017) - Na reanimação cardiorrespiratória em pediatria (bebês com menos de 1 ano e crianças até o início da puberdade), é aconselhável que o socorrista forneça compressões torácicas que comprimam, pelo menos, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax do paciente. Isso equivale a cerca de:



- a) 1 polegada (3 cm) em bebês, e até 3 polegadas (6 cm) em crianças.
- b) 1,5 polegadas (4 cm) em bebês, e até 2 polegadas (5 cm) em crianças.
- c) 2 polegadas (5 cm) em bebês, e até 3 polegadas (6 cm) em crianças.
- d) 2,5 polegadas (5,5 cm) em bebês, e até 4 polegadas (7 cm) em crianças.
- e) 3 polegadas (6 cm) em bebês e até 4 polegadas (7 cm) em crianças.

Comentário

Segundo a AHA (2015), aconselha-se que os socorristas realizem compressões torácicas que comprimam, pelo menos, 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax dos pacientes pediátricos (bebês – idade menor que 1 ano; crianças até o início da puberdade).

Ok, Lorena, complicou agora! Vamos entender isso em cm e polegadas (a medida que os americanos mais usam).

Em bebês - 1,5 polegadas (4cm)

Em crianças - 2 polegadas (5 cm)

Em adultos – no mínimo 2 polegadas (5 cm), mas não superior a 2,4 polegadas (6cm).

Gabarito: B

11. (INSTITUTO AOCP – 2018) - De acordo com as diretrizes de 2015 da *American Heart Association* (AHA), em uma Parada Cardiopulmonar (PCR) de adultos presenciada, onde há desfibrilador externo automático (DEA) disponível, deve-se, imediatamente

- a) realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com compressões torácicas o mais rapidamente possível.
- b) usar o desfibrilador (DEA) o mais rapidamente possível.
- c) procurar ajuda médica.
- d) solicitar suporte avançado de vida e cuidados pós – PCR.
- e) administrar adrenalina a cada 3 minutos.

Comentário

Quando há a disponibilidade do Desfibrilador Externo Automático é imprescindível utilizá-lo o quanto antes, não havendo a obrigação de chamar um profissional médico para isso, uma vez que o instrumento em questão pode ser utilizado inclusive por leigos.

Segundo a AHA (2015), o desfibrilador deve ser usado o mais rapidamente. Gabarito B.



12. (IBGP – 2017) - Uma equipe de suporte avançado de vida atendeu uma vítima de parada cardiorrespiratória com o ritmo assistolia realizando as seguintes ações não listadas em ordem cronológica de realização.

São ações que devem ser executadas, **EXCETO**:

- a) Desfibrilação.
- b) Administração de adrenalina.
- c) Compressões torácicas externas.
- d) Intubação orotraqueal.

Comentário

Essa questão é simples, mas pode te confundir. Ela aborda sobre o suporte avançado, e traz um paciente com Assistolia.

A assistolia não é um ritmo chocável (utilização do DEA), e deve ser manejada com administração da adrenalina para tentativa de reverter o quadro, reanimação cardiopulmonar (compressões) e estabelecimento de vias aéreas avançadas (não necessariamente nesta ordem).

Quando falamos em ritmos chocáveis consideramos os seguintes:

- Fibrilação Ventricular e Taquicardia Ventricular sem pulso, e para que você não esqueça disso, pense assim:

FV - TV = Choque, ou “Fui **V**er **TV** e levei um **CHOQUE**”

Os ritmos que não são chocáveis são:

- Assistolia e Atividade elétrica sem pulso.

Gabarito: A

13. (IBGP – 2017) – Considerando as diretrizes da *American Heart Association* (AHA) 2015 para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), analise as afirmativas a seguir.

14.

I- Durante a reanimação cardiopulmonar no adulto, as ventilações realizadas pelo profissional de saúde, na vítima com dispositivo de via aérea avançada instalado, devem obedecer à proporção de uma ventilação a cada 06 segundos. II- A Atividade Elétrica Sem Pulso (AESP) representa atividade elétrica organizada sem a capacidade de gerar fluxo sanguíneo. III- A presença de fibrilação ventricular indica o uso de cardioversão elétrica.



15.

Estão CORRETAS as afirmativas.

- a) I e II apenas
- b) II e III apenas.
- c) I e III apenas.
- d) I, II e III.

Comentário

Todas as questões estão corretas, exceto a afirmativa III, que fala sobre o a cardioversão na Fibrilação Ventricular, sendo esse ritmo passível de Desfibrilação. Gabarito: A.

16. (FCC – 2018) Dois socorristas realizam Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) em um homem de 42 anos, atentando para que a própria fadiga não ocasione a realização de compressões torácicas com profundidade inadequada. De acordo com as recomendações vigentes do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS), a fim de minimizar a fadiga, os socorristas que realizam compressões torácicas devem trocar entre si a cada

- a) 5 minutos.
- b) 2 minutos.
- c) 3 minutos.
- d) 6 minutos.
- e) 8 minutos.

Comentário

O revezamento entre os socorristas deve acontecer ao final de cada ciclo de atendimento, que compreende 2 minutos. Gabarito: B

17. (CONSULPAN – 2019) - De acordo com a American Heart Association (2018), marque a alternativa verdadeira quanto ao suporte de vida cardiovascular:

- a) Amiodarona ou lidocaína podem ser consideradas para FV/TVSP não responsiva a desfibrilação.
- b) (Atualizado): O uso rotineiro de magnésio para parada cardíaca sempre é recomendado em pacientes adultos.
- c) Não há evidências adequadas que respaldem o uso rotineiro de β -bloqueadores após a PCR. No entanto, pode-se considerar o início ou a continuação de um β -bloqueador oral ou endovenoso imediatamente após a hospitalização causada por uma PCR devida a FV/TVSP.



- d) Não há evidências adequadas que respaldem o uso rotineiro de lidocaína após a PCR. No entanto, pode-se considerar o início ou a continuidade da lidocaína imediatamente após a RCE causada por uma PCR devida a FV/TVSP

Comentário

Em 2018 houve uma atualização para o atendimento no Suporte Avançado de Vida, e observa-se segundo este protocolo que a Amiodarona ou lidocaína podem ser consideradas para FV/TVSP não responsiva a desfibrilação.

Quando se fala em magnésio em PCR adultos não há recomendação. O magnésio pode ser considerado para torsades de pointes (ou seja, TV polimórfica associada a intervalo QT longo).

Quanto ao uso de beta bloq, não há evidências suficientes para apoiar ou refutar o uso rotineiro de um β -bloqueador imediatamente após Retorno da Circulação Espontânea (RCE) (no intervalo de 1 hora).

Por fim, quanto à última afirmativa, também não existem informações suficientes para apoiar ou refutar o uso rotineiro de lidocaína imediatamente após RCE (no intervalo de 1 hora). Na ausência de contraindicações, o uso profilático de lidocaína pode ser considerado em circunstâncias específicas (como durante os serviços de transporte médico emergencial) quando o tratamento de FV/TVSP recorrente pode ser desafiador.

18. (CONSULPAN – 2019) - Quanto ao tratamento medicamentoso utilizado na PCR em adultos, marque a alternativa CORRETA:

- a) A dosagem IV/IO de epinefrina é de 3 mg a cada 5 a 8 minutos.
- b) A dosagem IV/IO de amiodarona, em sua primeira dose deve ser: bolus de 300mg e segunda dose de 150mg.
- c) Não existem evidências sobre a eficácia do uso de lidocaína na PCR em adultos, embora seja utilizada em alguns países.
- d) A dosagem IV/IO de epinefrina é de 1 mg a cada 1 a 2 minutos.

Comentário



A administração da epinefrina deve ser de 1 mg intravenoso (IV)/IO em bolus seguido de 20 mL de solução salina 0,9% e elevação do membro (repetir a cada 3 a 5 minutos).

Quanto ao antiarrítmico, deve-se dar preferência para **amiodarona** 300 mg EV (1ª dose) em bolus, seguido de bolus de 20 mL de solução salina a 0,9% e elevação do membro. Pode ser repetida após 3 a 5 minutos na dose de 150 mg (2ª dose);

Caso a amiodarona não esteja disponível, deve-se usar como segunda opção a **lidocaína**: 1 a 1,5 mg/kg IV/IO (pode ser repetida após 5 a 10 minutos na dose de 0,5 a 0,75 mg/kg).

Se houver PCR secundária a hipomagnesemia ou taquicardia ventricular polimórfica (Torsades de Pointes), administrar sulfato de magnésio: 1 a 2 g IV/IO diluído em 10 a 20 mL de glicose a 5%.

19. (CONSULPAN – 2019) - Quanto as recomendações para Qualidade da RCP em pediatria, é correto afirmar que:

- a) Se estiver em via aérea avançada, a relação compressão ventilação é de 20:1.
- b) Em pediatria a ventilação pode ocorrer de forma excessiva.
- c) A compressão torácica deve ser realizada com força ($\geq 1/3$ do diâmetro torácico anteroposterior) e rapidez (100-120/min), devendo ser aguardado o retorno total do tórax.
- d) As compressões podem ser interrompidas sempre que necessário.

Comentário

A relação compressão e insuflação na criança deve ser de:

30:2 se houver apenas um profissional realizando a RCP, com frequência de 100 a 120 compressões por minuto;

15:2 se houver dois profissionais realizando a RCP (um para compressões e um para insuflações), com frequência de 100 a 120 compressões por minuto.

Na criança: realizar compressões com uma ou duas mãos posicionadas na metade inferior do esterno, **deprimindo pelo menos 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax ou cerca de 5 cm;**



Permitir o completo retorno do tórax após cada compressão; não se apoiar sobre o tórax após cada compressão;

Minimizar ao máximo as interrupções nas compressões torácicas (limitar as interrupções a menos de 10 segundos);

Comprimir na frequência de 100 a 120 compressões/min;

Alternar os profissionais que aplicam as compressões a cada 2 minutos.

20. C.H., 54 anos, sexo feminino, obesa, hipertensa, chegou ao ambulatório relatando dor precordial irradiada para o braço e desconforto gástrico. Durante o atendimento inicial, rapidamente evoluiu apresentando confusão mental e parada cardiorrespiratória. Após solicitar o desfibrilador automático externo (DEA), o enfermeiro iniciou os procedimentos de reanimação cardiopulmonar, aplicando compressões torácicas.

Ao utilizar o DEA, o enfermeiro deve

- a) posicionar as pás do desfibrilador na base lateral do tórax, uma à direita e a outra à esquerda.
- b) aplicar três choques, com intervalo mínimo de 1 minuto entre eles, caso o paciente/cliente não apresente sinais de recuperação.
- c) certificar-se de que ninguém esteja tocando o paciente/cliente ou o leito.
- d) suspender seu uso se o paciente estiver em fibrilação ventricular.
- e) aplicar um choque apenas, imediatamente.

Comentário

O enunciado está considerando um ritmo chocável, portanto, deverá ser utilizado o DEA. Sendo o choque indicado, deve-se solicitar que todos se afastem do contato com o paciente. Gabarito: C.

21. (COMPERVE – 2018) - O controle direcionado da temperatura (CDT) é um dos principais cuidados a ser dispensado ao paciente internado em unidade de terapia intensiva (UTI), após sofrer parada cardiorrespiratória (Pós-PCR). Em adultos pós-PCR, comatosos, sem resposta sensata aos comandos verbais e com retorno da circulação espontânea (RCE), o alvo para manutenção da temperatura deve ser em torno de:

- a) 36.6° a 37° durante 72 horas.



- b) 30.5° a 31.8° constantemente, durante pelo menos 48 horas
- c) 37° a 37.5° durante 48 horas.
- d) 32° a 36° constantemente, durante pelo menos 24 horas.

Comentário

Segundo a AHA (2015) todos os pacientes adultos comatosos (ou seja, sem resposta sensata a comandos verbais) com RCE após a PCR devem ser submetidos ao CDT (controle direcionado de temperatura), tendo como temperatura-alvo entre 32 °C e 36 °C, mantida constantemente durante pelo menos 24 horas.

Gabarito: D

22. (INSTITUTO AOCP – 2018) - Paciente do sexo masculino, 55 anos, é admitido em serviço de emergência com dor torácica, sudorese intensa, dispneia, náuseas e vômitos. Após realização de ECG e intervenção da equipe de saúde, é diagnosticado pelo médico de plantão com IAM e esse médico decide entrar com terapia trombolítica. Em relação ao uso de trombolíticos em um Infarto Agudo do Miocárdio, assinale a alternativa que apresenta uma contraindicação absoluta.

- a) Punção de vasos não passíveis de compressão.
- b) Uso atual de anticoagulantes.
- c) Úlcera péptica ativa
- d) Reanimação cardiopulmonar prolongada.
- e) Suspeita de dissecção de aorta.

Comentário

Existem contraindicações absolutas e relativas. É importante entender que as relativas serão avaliadas decididas pela equipe médica em auxílio da equipe multidisciplinar.

Quando falamos em absolutas, significa dizer que não deve ser feito.

Absolutas:

Doença terminal; história prévia de coagulopatia hemorrágica; acidente vascular cerebral nos últimos 3 meses; sangramento digestivo ou urinário nos últimos 3 meses; cirurgia de grande porte abdominal, torácica ou craniana e oftalmológica nos últimos 3 meses; biópsia de estruturas não compressíveis nos últimos 30 dias; outras afecções graves (coma, septicemia, etc); reanimação cardiopulmonar traumática; dissecção aguda de aorta; gravidez; úlcera péptica ativa.



Relativas:

Idade funcional >75 anos; pela própria mortalidade maior nesta faixa etária, o fibrinolítico chega a salvar mais vidas do que o obtido em populações mais jovens 17. Por outro lado, a idade aumenta o risco do tratamento 18, recomendando-se uma avaliação, especialmente cuidadosa, dos pacientes nesta faixa etária; punção de veia não compressível; hipertensão arterial (175mmHg de máxima e/ou 120mmHg de mínima) não responsiva às medidas terapêuticas habituais.

23. Em relação ao sistema cardiovascular, analise as afirmativas abaixo:

- I. A angina do peito é uma síndrome clínica, que se caracteriza por episódios de dor ou pressão na região anterior do tórax. Na angina estável, a dor ocorre nos esforços e alivia no repouso.
- II. Dor torácica repentina e persistente apesar do repouso e da medicação é o sintoma apresentado pela maioria dos clientes com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). As alterações clássicas no Eletrocardiograma (ECG) são inversão da onda T, supra desnivelamento do segmento ST e desenvolvimento de uma onda Q anormal.
- III. Agitação, hipotensão, pulso rápido e fraco, pele fria e úmida, taquipneia com presença de estertores e diminuição do débito urinário são sinais clássicos de choque cardiogênico, que resultam de insuficiência cardíaca e do estado de choque.
- IV. O fator de risco mais importante de Estenose Mitral (EM) é a febre reumática, a qual gradativamente espessa os folhetos da valva mitral. A substituição cirúrgica da valva é indicada quando a estenose não responde ao procedimento percutâneo ou quando há regurgitação mitral concomitante.

Estão CORRETAS

- a) I, III e IV, apenas.
- b) II e III, apenas
- c) I e IV, apenas.
- d) II, III e IV, apenas.
- e) I, II, III e IV.

Comentário: Todas as alternativas estão corretas. Portanto, o gabarito é a letra E.



24. (FEPESE – 2017) - Identifique abaixo as afirmativas verdadeiras (V) e as falsas (F) em relação ao Acidente Vascular Isquêmico (AVI).

- () É responsável por cerca de 80% dos casos de Acidente Vascular Cerebral.
- () Pode ocorrer devido à formação de um ateroma nos vasos do cérebro.
- () Entre os sintomas podemos encontrar dores de cabeça muito fortes e perda de força em um dos lados do corpo.
- () Caracteriza-se por um rompimento dos vasos sanguíneos dentro ou ao redor do cérebro.

Assinale a alternativa que indica a sequência **correta**, de cima para baixo

- a) V • V • V • F
- b) V • V • F • V
- c) V • F • V • V
- d) F • V • V • F
- e) F • F • F • V

Comentário

O Acidente Vascular Isquêmico trata-se de uma oclusão de fluxo, e não de rompimento dos vasos sanguíneos (este é o hemorrágico). A última afirmativa está, portanto, INCORRETA.

Todas as outras afirmativas são verdadeiras.

Gabarito: A

25. (VUNESP- 2018) - A assistência de enfermagem de urgência para pessoa com suspeita de Acidente Vascular Encefálico inclui a:

- a) monitorização da Pressão Venosa Central, pois a hipervolemia pode piorar perfusão cerebral.
- b) manutenção da posição de Trendelenburg, para evitar que o sangramento atinja áreas cerebrais responsáveis por funções vitais.
- c) verificação da glicemia capilar, para afastar confusão com quadro de hipoglicemia
- d) administração de alimentação por via entérica, para evitar risco de aspiração de resíduos.
- e) avaliação frequente da dor por meio do emprego da escala análogo visual

Comentário

É necessário realizar monitoramento frequente do nível glicêmico capilar, a cada 4 horas nas primeiras 24 horas. Se 2 medidas consecutivas, com intervalo de 60 minutos, forem maiores que



180 mg/dl, realizar controle glicêmico intensivo, com glicemia capilar de hora em hora, mantendo-a entre 140-180 mg/dl, evitando também hipoglicemia.

Tratar hipoglicemia quando valores abaixo de 60 mg/dl.

24. (UF-MT - 2017) - O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é causa de grande índice de morbimortalidade mundial. Pode ser causado por hemorragia ou por um quadro de isquemia cerebral. Sobre esse tema, assinale a afirmativa correta.

- a) O AVE isquêmico refere-se àquele em que há ruptura de um vaso sanguíneo cerebral causando derramamento de sangue no tecido cerebral e consequente lesão celular local.
- b) Os socorristas podem utilizar-se de várias formas de avaliação para identificação do AVE de forma rápida e sensível, sendo elas: AVC Face, Arms Speech, Time Faste ou Cincinatti Prehospital Stroke Scale (SPSS).
- c) O AVE hemorrágico refere-se àquele em que há oclusão de um vaso cerebral levando a uma isquemia tecidual local e consequente lesão tecidual por morte celular.
- d) A identificação do AVE pela escala de Cincinatti inclui: avaliação de mioclonias, parestesia de MMSSII, dislalia e ptose palpebral.

Comentário

Na escala de **Cincinatti**, utilizamos a avaliação de 3 achados físicos em menos de um minuto, sendo:

- 1- Queda facial (desvio de rima)
- 2- Debilidade dos braços
- 3- Fala anormal

Caso seja observado 1 destes 3 achados tem 72% de probabilidade de um AVC isquêmico, se os 3 achados estiverem presentes a probabilidade se eleva para mais que 85%.

25.(FEPESE – 2018) - Assinale a alternativa que apresenta **corretamente** a sequência de sinais/sintomas súbitos de um paciente em situação de possível acidente vascular cerebral isquêmico.

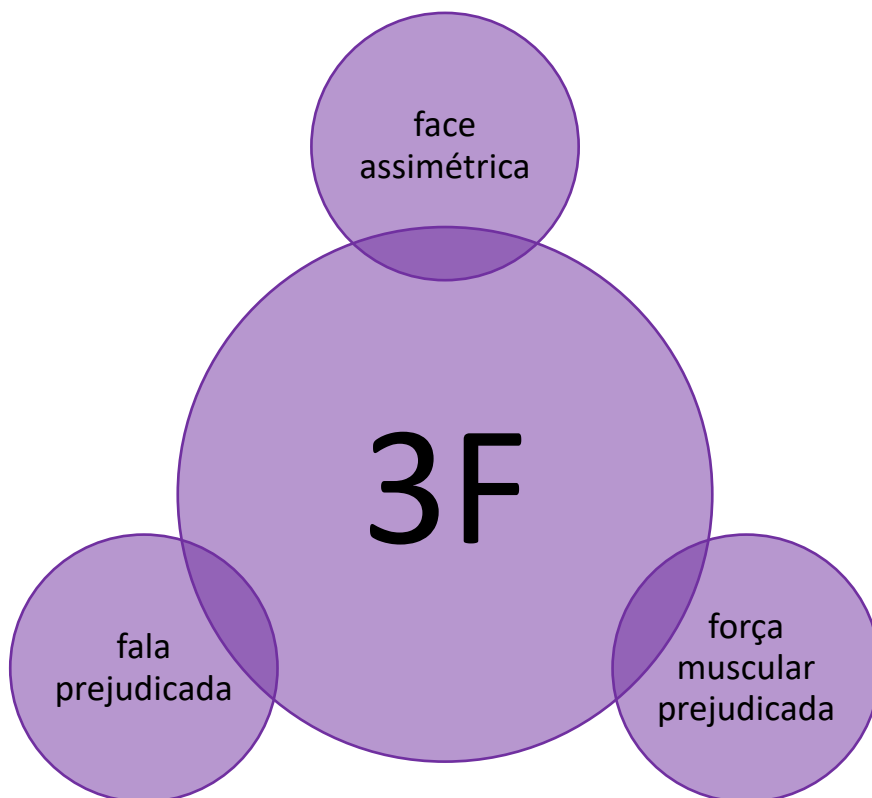
- a) Afasia e dislexia.
- b) Dislexia e disfagia.
- c) Distúrbios auditivos.
- d) Sudorese, pele fria e pálida, liberação esfíncteriana.
- e) Sorriso torto, dormência ou fraqueza na face, braço ou pernas de um lado do corpo.



Comentário

Pessoal, o gabarito dessa questão é a letra E. Um paciente em situação de possível acidente vascular cerebral isquêmico é aquele que apresenta os sinais de sorriso torto, dormência ou fraqueza na face, braço ou pernas de um lado do corpo. E aqui temos um mnemônico para fixação.

😊 Não se esqueça dos 3F's: **face assimétrica + fala prejudicada + força muscular prejudicada**.



Resumo



↳ **Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE):** Faz parte do Sistema Único de Saúde, e foi desenvolvida mediante o perfil epidemiológico.

↳ **Diretrizes da REU:** Uma das principais diretrizes da REU é a participação e controle social, qualificação da assistência e classificação de risco.

↳ **Componentes da REU:** A REU é composta por "instrumentos", sendo:

- Ações de promoção e prevenção
- Sala de estabilização
- Força Nacional do SUS
- SAMU 192
- UPA 24 horas
- Atenção em Hospital
- Atenção domiciliar.

Esses tópicos devem ser enfatizados durante o seu processo de aprendizagem, e sempre revisitados.

Portanto, finalizamos aqui o nosso momento de estudos, e nos encontramos em outros momentos.

Caso reste alguma dúvida, estou à disposição pelos seguintes e-mails:

- lorenacamposenfermagem@gmail.com
- contato@ensinoeenfermagem.com.br
- lorena.cmps@gmail.com

Até a próxima.



ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE: PIRATARIA É CRIME.

Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.



1 Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.



2 Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).



3 Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).



4 Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).



5 Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).



6 Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).



7 Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.



8 O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.



Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.