Estratégia Concursos

Aula 00

Conhecimentos Específicos II p/ Prefeitura de Barra Mansa-RJ (Técnico de Enfermagem) - Pós-Edital

Autor:
Thaysa Vianna

08 de Outubro de 2020

Conteúdo

Apresentação 3
Assistência de enfermagem às Principais alterações Digestivas e gastrointestinais 5
Gastrite 6
Cirrose hepática 9
Colelitíase e Colescistite 11
Assistência de enfermagem às Principais alterações Renais e do Trato Urinário 13
Infecção do trato urinário (ITU) 13
Insuficiencia Renal 15
Incontinência Urinária 19
Assistência de enfermagem às Principais alterações Tegumentares 22
Lesão por pressão 22
Assistência de enfermagem às Principais alterações do Sistema reprodutivo Masculino e Feminino 26
Hiperplasia prostática benígna 26
Câncer de prostata 27
Principais infecções sexuais 28
Assintomáticas 28
Sintomáticas 32
Gestação de alto risco 41
Síndromes hipertensivas na gravidez 41
Síndromes Hemorrágicas 49
Diabetes gestacional 56
Queixas mais frequentes na gestação e suas condutas 57

Câncer de mama 59
Climatério 61
Questões Comentadas 62
Lista de Questões 72
Gabarito 82

APRESENTAÇÃO

Olá, amigos do Estratégia Concursos, tudo bem?

É com enorme alegria que iniciamos nossa aula. Antes de tudo, peço licença para me apresentar:

- **Thaysa Vianna**: *Sou enfermeira , Mestre em Educação Profissional em Saúde (FIOCRUZ) e iniciei na área da enfermagem aos 15 anos quando comecei o curso técnico concomitante ao ensino médio, logo após fiz a graduação, pós graduação em oncologia, mestrado e atualmente me preparo para o doutorado.*

No **mundo dos concursos**, possuo 8 anos de experiência. Obtive aprovações para atuar em serviços de saúde vinculados a **prefeituras** (duas vezes em 1° lugar, uma em 14°), Fui aprovada também para atuar na **Eletronuclear** em 25° lugar, assim como, para **Corpo de Bombeiros** do Estado do Rio de Janeiro (fui eliminada no teste físico- preparo físico não é o meu forte, rs). Atualmente, sou servidora pública vinculada ao **Ministério da Educação** (aprovada em 1° lugar).

Minha rotina provavelmente é semelhante a sua (sou mãe de 2 filhos, esposa, filha, profissional, aluna, dona de casa...) e quando falo das aprovações é para demonstrar que todos somos capazes de conseguirmos o tão sonhado cargo público.

Durante sua preparação tenha sempre em mente que a **sua nomeação é apenas uma consequência do seu esforço.** E tenha certeza que **essa conquista chegará**!

Também passei por momentos de reprovações e insegurança, é normal acontecer... Mas lembre-se que as **reprovações são "degraus" que você deverá superar**. Posso dizer por experiência própria que o "gostinho" da reprovação é bem amargo, mas temos que vê-la como uma oportunidade para **avaliar** os nossos **erros e corrigi-los.**

A maior **dificuldade**, nesta **trajetória de "concurseira"** de enfermagem, foi **não encontrar o material adequado**, ou seja, **com foco** no que realmente era cobrado nos concursos. Imagine só, eu estudando TODOS aqueles manuais imensos do Ministério da Saúde!

Pensando nisso, a **metodologia que aplicaremos** será focada em **objetividade** e **muito treino**.

Vamos **"massificar"** o conteúdo com **foco total** naquilo que é **mais exigido.**

Por fim, se vocês quiserem receber **dicas de Enfermagem**, sigam-me nas redes sociais.

Ah!

Não hesitem em me procurar!

Sintam-se à vontade para entrar em contato sempre que precisarem, afinal, **ESTAMOS JUNTOS RUMO À APROVAÇÃO!**

Dito tudo isso, não podemos perder tempo!

Agora que já nos conhecemos, podemos partir para a nossa aula!

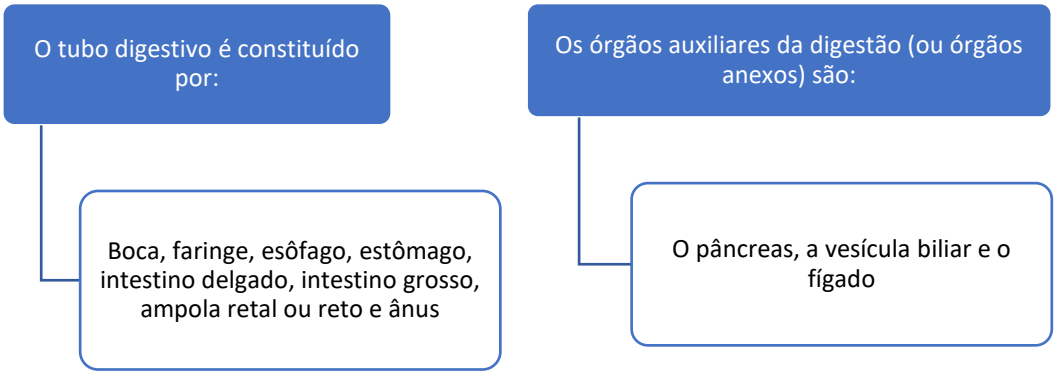
Um grande abraço,

E-mail: ***enfthaysavianna@gmail.com***

Instagram: @profthaysavianna

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DIGESTIVAS E GASTROINTESTINAIS

Galera, falaremos agora sobre a assistência de enfermagem nas alterações digestivas e gastrointestinais. Todos prontos?

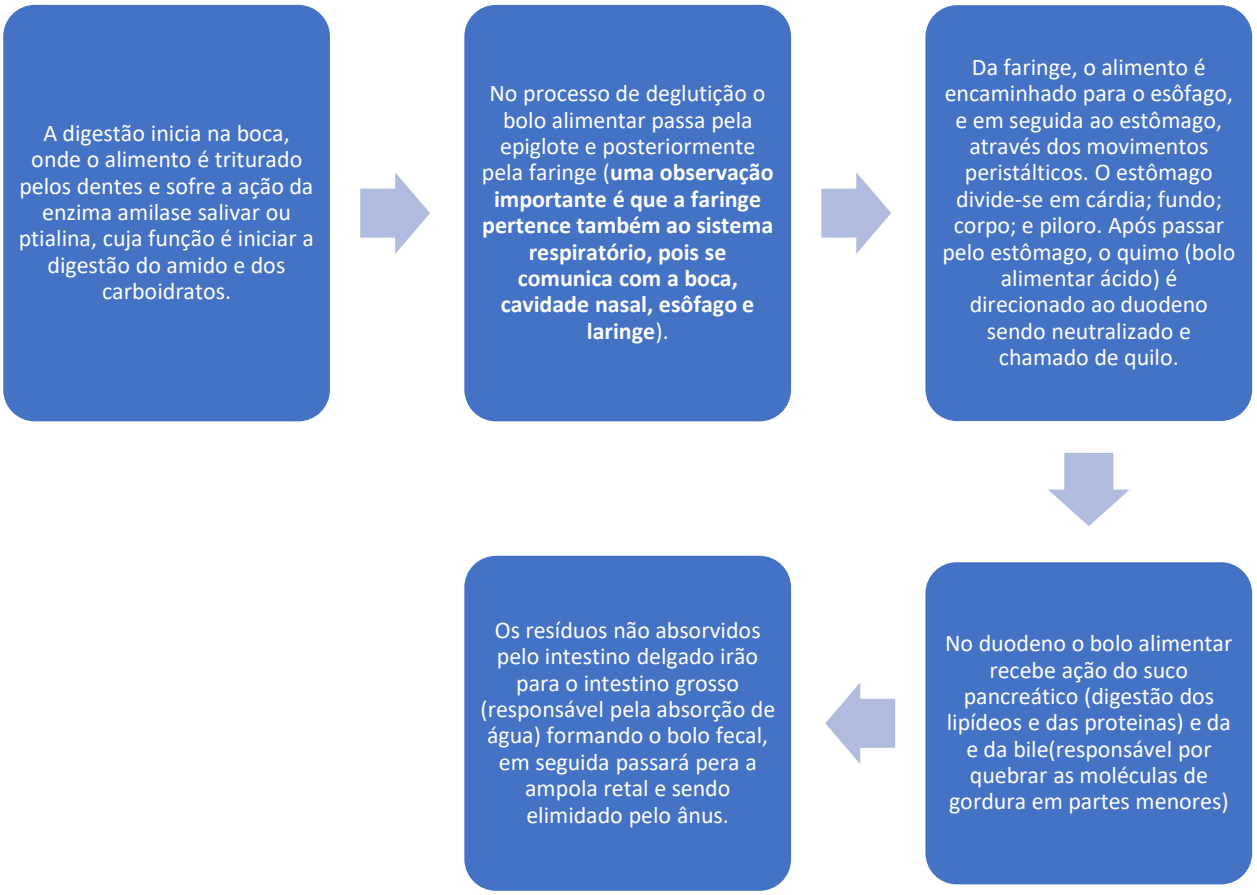


Durante a digestão, cada substância é quebrada por uma enzima, as enzimas são produzidas em diferentes partes do nosso organimo.



Enzima	Local de produção	Local de Atuação	Substância digerida
Ptialina (Amilase Salivar)	Glândulas salivares	Cavidade Bucal	Amido (quebra em maltose)
Pepsina	Estômago	Estômago	Proteínas (quebra em peptídeos)
Maltase	Intestino Delgado	Intestino Delgado	Maltose (quebra em glicose)
Sacarase	Intestino Delgado	Intestino Delgado	Sacarose (quebra em glicose e frutose)
Lactase	Intestino Delgado	Intestino Delgado	Lactose (quebra em galactose e glicose)
Quimiotripsina	Pâncreas	Intestino delgado	Proteínas (quebra em peptídeos)
Tripsina	Pâncreas	Intestino delgado	Proteínas (quebra em peptídeos)
Amilase pancreática	Pâncreas	Intestino delgado	Amido (quebra em maltose)
Lipase Pancreática	Pâncreas	Intestino delgado	Lipídios

Vamos relembrar o processo de digestão?



Falaremos agora das principais alterações do sistema digestivo e gastrointestinal... Vamos lá?

Gastrite

Galera, a gastrite é uma inflamação da mucosa gástrica e um distúrbio gastrintestinal (GI) comum. Acomete igualmente homens e mulheres e é mais frequente em indivíduos idosos.

A gastrite pode ser **aguda ou crônica** e pode ser, ainda, classificada em **erosiva ou não erosiva**, com base nos sinais patológicos observados na parede do estômago.

Um **tipo mais grave de gastrite aguda** é causado pela ingestão de ácidos ou álcalis **fortes**, que podem fazer com que a **mucosa se torne gangrenosa ou sofra perfuração**.

A gastrite também pode constituir o primeiro sinal de infecção sistêmica aguda.

A **gastrite crônica** consiste em inflamação prolongada do estômago, que pode ser **causada por úlceras benignas ou malignas do estômago ou por bactérias**, como **Helicobacter pylori** (H. pylori).



A gastrite crônica causada pela infecção por **H. pylori** está implicada no desenvolvimento de **úlceras pépticas, câncer gástrico e linfoma de tecido linfoide associado à mucosa.**

A gastrite crônica pode estar associada a doenças autoimunes, como anemia perniciosa.

A **gastrite não erosiva** (aguda e crônica) é mais frequentemente **causada** pela infecção por **H. pylori**.

A **gastrite erosiva é causada**, com mais frequência, pelo uso prolongado de **AINE**; o uso abusivo de **bebidas alcoólicas** e a exposição recente à **radiação** também estão implicados.

Manifestações clínicas

Gastrite aguda:

- Início rápido dos sintomas

Queixas de **desconforto abdominal, cefaleia, cansaço, náuseas, anorexia, vômitos e soluços,** que podem persistir por poucas horas a alguns dias;

Gastrite erosiva que, possivelmente, provoca sangramento manifestado por fezes escuras alcatroadas (melena).

Gastrite crônica:

- **Pode ser assintomática**

Queixas de **anorexia, pirose após a alimentação, eructação, sabor amargo na boca ou náuseas e vômitos**;

Podem ocorrer desconforto epigástrico discreto, intolerância a alimentos condimentados ou gordurosos, ou dor que é aliviada pelo consumo de alimento;

O cliente pode ser **incapaz de absorver a vitamina B12** e geralmente apresenta evidências de má absorção dessa vitamina; pode levar à **anemia perniciosa**.

Avaliação e achados diagnósticos

A gastrite algumas vezes está associada a acloridria ou hipocloridria (ausência ou baixos níveis de ácido clorídrico), ou a níveis elevados de secreção do ácido.

- ✓ A seriografia gastrintestinal superior (GIS) e a **endoscopia alta** são indicadas
- ✓ A biopsia com exame histológico é realizada
- ✓ Podem ser efetuados testes (sorologia, teste respiratório ou pesquisa do antígeno fecal) para **anticorpos dirigidos contra o antígeno de H. pylori**.

Manejo clínico

Gastrite aguda:

- A mucosa gástrica tem a capacidade de autorreparo depois de um episódio de gastrite. Em regra, o cliente recupera-se em cerca de 1 dia, embora o apetite possa estar diminuído por mais 2 ou 3 dias.

Gastrite crônica:

- A gastrite relacionada com a infecção pelo **H. pylori** é tratada com combinações de medicamentos selecionados, que podem incluir vários **antibióticos e um inibidor da bomba de prótons.**

Vamos treinar o que acabamos de estudar?



1- (SMS-RJ/ Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ – 2019) A gastrite é um distúrbio inflamatório da mucosa gástrica. Surge de forma súbita, podendo ser aguda, crônica ou mesmo evoluir para uma úlcera. As gastrites crônicas estão mais relacionadas com a presença da bactéria:

a) Bordetella pertussis

b) Helicobacter pylor

c) Clostridium botulinum

d) Enterococcus faecium

Comentários

A **alternativa A** está incorreta.A Bordetella pertussis é causadora da coqueluche/ pertussis (uma doença infecciosa aguda e transmissível, que compromete o aparelho respiratório (traquéia e brônquios).

A **alternativa B** está correta. **As gastrites crônicas estão mais relacionadas com a** Helicobacter pylor (**H. pylori).**

A **alternativa C** está incorreta. A bactéria Clostridium botulinum produz uma potente toxina que causa o botulismo (uma doença neuroparalítica grave e não contagiosa).

A **alternativa D** está incorreta. Enterococcus faecalis e E. faecium varias infecções, como: endocardite, infecção do trato urinário (ITU), prostatite, infecção intra-abdominal, celulite e infecção em feridas, além de bacteremia concomitante.

Tenho certeza que você acertou! Vamos retomar nossa aula!

Cirrose hepática

Galera, a cirrose é uma **doença crônica**, caracterizada pela **substituição do tecido hepático normal por fibrose difusa,** com comprometimento estrutural e funcional do fígado.

Essa patologia é dividida em três tipos:

- **Cirrose alcoólica**: Causada frequentemente por alcoolismo crônico. É o tipo mais comum de cirrose
- **Cirrose pós-necrótica:** É causada principalmente pelos vírus da hepatite B e C.
- **Cirrose biliar:** Ocorre pela obstrução biliar crônica (primária) ou tem origem autoimune (secundária).

As **manifestações clínicas** dessa doença ocorrem de acordo com a sua apresentação:

- ✓ **Cirrose compensada**: febre baixa intermitente, **aranhas vasculares**, eritema palmar, epistaxe sem causa aparente, edema maleolar, indigestão matinal vaga, dispepsia flatulenta, dor abdominal, esplenomegalia e **fígado aumentado de consistência firme**.
- ✓ **Cirrose descompensada**: sintomas de diminuição das proteínas, fatores da coagulação e outras substâncias e manifestações de **hipertensão portal.**



Vamos relembrar o que é **hipertensão portal**?

A hipertensão portal é o **aumento anormal da pressão sanguínea na veia porta** (veia de grande calibre que transporta o sangue do intestino ao fígado) e suas ramificações. A cirrose é a principal causa de hipertensão portal, por sua vez a hipertensão portal é a **principal causa da ascite**.

Aproveitando vamos falar sobre a **ascite**?

É a condição em que há **líquido livre na cavidade peritoneal**. O diagnóstico é alcançado com base em exame físico, ultrassonografia, ou tomografia computadorizada (TC). O tratamento é feito com restrição alimentar de sódio, diuréticos e **paracentese terapêutica**.





Durante o exame físico existe um **teste indicado para avaliação abdominal**, que é a pesquisa de sinal clínico **indicativo de ascite**. Trata-se de um impulso percebido por meio da transmissão pelo líquido acumulado no abdome, a partir de uma percussão em um dos flancos.

Vocês lembram o nome desse teste? Acertou quem repondeu: **Sinal do Piparote**!

Vamos adiante...

Ainda podemos encontrar na cirrose:

- ✓ Aumento do fígado no início da evolução (esteatose hepática); posteriormente, o fígado diminui de tamanho em consequência do tecido cicatricial, **ascite, icterícia, fraqueza**, debilidade muscular, perda de peso, **febre baixa e contínua**, **baqueteamento digital com unhas brancas** (unhas de Terry - leuconiquia), púrpura, equimoses espontâneas, epistaxe, hipotensão, pelos corporais escassos e atrofia gonádica.
- ✓ Obstrução porta e ascite: sinais tardios em que os órgãos sofrem congestão, causando indigestão (**plenitude pós-prandial), alteração da função intestinal**.
- ✓ Infecção e peritonite: os sinais clínicos podem estar ausentes exigindo paracentese para estabelecer o diagnóstico e podendo causar insuficiência hepatorrenal.
- ✓ **Varizes gastrintestinais**: vasos sanguíneos abdominais proeminentes e distendidos; vasos sanguíneos distendidos em todo o trato GI; varizes ou hemorroidas; **hemorragia do estômago;**
- ✓ **Edema generalizado**, que afeta frequentemente os membros inferiores, os **membros superiores e a área pré-sacral;**
- ✓ Deficiência de vitaminas (A, C e K) e anemia
- ✓ Deterioração mental, com **encefalopatia hepática** iminente e coma hepático.

TOME NOTA!

A biopsia constitui o único exame definitivo para confirmar a ocorrência de cirrose hepática.

O **tratamento** inclui **antiácidos, vitaminas e suplementos nutricionais**, dieta adequada, diuréticos poupadores de potássio (para a ascite) e abstinência alcoólica. Nos casos mais graves o **transplante de fígado** pode ser indicado.

O manejo de enfermagem visa proporcionar o repouso, a melhora do estado nutricional, o cuidado da pele.

Colelitíase e Colescistite

Concurseiros, falaremos a respeito das duas principais alterações da vesícula biliar, a colelitíase e a colecistite:

A **colelitíase** consiste na formação de **cálculos na vesícula biliar**.

Os cálculos são decorrentes de um desequilíbrio dos componentes da bile, tornando a bile saturada. O cálculo **mais comum** é o **formado pelo colesterol** (componente da bile).

Os **fatores de risco** para os cálculos de colesterol incluem sexo (as **mulheres** têm mais probabilidade); uso de **contraceptivos orais**, estrogênios e clofibrato; idade (em geral, **acima dos 40 anos)**; **múltiplas gestações; obesidade**.

Existe também um **risco aumentado** relacionado com **diabetes melito, doença do trato GI**, fístula com tubo T e ressecção ou *bypass* ileal.

Já a **colecistite** consiste na **inflamação da vesícula biliar**. Esse distúrbio pode estar em associação com cálculos (**colecistite calculosa**) ou somente a inflamação (**colecistite acalculosa**).

A **maioria** dos clientes com colecistite apresenta cálculos biliares (**colecistite calculosa**). O fluxo biliar é obstruído por um cálculo biliar, e a bile existente na vesícula biliar inicia uma reação química, resultando em edema, comprometimento do suprimento vascular e gangrena.

Na ausência de cálculos biliares, a colecistite acalculosa pode ocorrer após cirurgia, traumatismo grave ou queimaduras ou em caso de torção, obstrução do ducto cístico, múltiplas transfusões de sangue e infecções bacterianas primárias da vesícula biliar.

As **manifestações clínicas** são:

- ✓ Pode ser silenciosa, aguda ou crônica com desconforto epigástrico (plenitude, distensão abdominal e **dor vaga no quadrante superior direito**); o desconforto costuma ocorrer **após refeição gordurosa;**
- ✓ Caso haja do ducto cístico, a vesícula biliar torna-se distendida, inflamada e, por fim, infectada, produzindo febre e **massa abdominal palpável**; cólica biliar com dor abdominal excruciante na parte superior direita, que se irradia para as costas ou para o ombro direito, com náuseas e vômitos em várias horas após uma refeição pesada; inquietação; e dor constante ou em cólica;
- ✓ A **icterícia** pode ser acompanhada de **acentuado prurido**, com obstrução do ducto colédoco;
- ✓ O paciente também pode apresentar **urina muito escura e fezes acinzentadas** ou com coloração de argila
- ✓ Podem ocorrer **deficiências das vitaminas A, D, E e K** (vitaminas lipossolúveis).

A **ultrassonografia** é considerada o "**padrão ouro**" para diagnóstico, pois é capaz de detectar cálculos e o espessamento da parede que é considerado anormal quando maior que 4 mm.

O **tratamento cirúrgico** (**colecistectomia**) tem o objetivo de proporcionar o alívio de seus sintomas por meio da remoção da vesícula biliar. Outras possibilidades de tratamento incluem a terapia farmacológica e o suporte nutricional.

São exemplos de diagnósticos de enfermagem:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
• Dor aguda relacionada com a incisão cirúrgica • Troca gasosa prejudicada, relacionada com a incisão cirúrgica abdominal alta. •Integridade da pele prejudicada, relacionada com a drenagem biliar alterada após a incisão cirúrgica • Nutrição desequilibrada, menor que as necessidades corporais, relacionado com a secreção inadequada de bile •Conhecimento deficiente sobre as atividades de autocuidado, relacionado com o cuidado da incisão, modificações nutricionais (quando necessárias), medicamentos, sinais ou sintomas que devem ser relatados (tais como febre, sangramento e vômitos).	As intervenções de enfermagem tem como objetivos ALÍVIO DA DOR, MELHORA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO, MANUTENÇÃO DA INTEGRIDADE DA PELE E PROMOÇÃO DA DRENAGEM BILIAR, MELHORA DO ESTADO NUTRICIONAL, MONITORAMENTO E MANEJO DAS COMPLICAÇÕES, são exemplos: • Colocar o cliente na posição de Fowler baixa • Administrar líquidos IV e efetuar a drenagem nasogástrica • Fornecer água e outros líquidos e uma dieta branda após o retorno dos sons intestinais. •Incentivar o cliente a realizar respirações profundas e tossir a cada hora • Instruir o cliente sobre o uso da espirometria de incentivo para expandir totalmente os pulmões e evitar o desenvolvimento de atelectasia; promover a deambulação precoce. • Observar se há indícios de infecção, extravasamento de bile e obstrução da drenagem biliar • Medir a bile coletada a cada 24 h; documentar seu volume, sua coloração e as características de drenagem



2- (COVEST-COPSET/UFPE-2019)A cirrose é uma condição crônica degenerativa, caracterizada pela substituição do tecido hepático funcional por fibrose. A doença é responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade, hospitalizações consecutivas, absenteísmo no trabalho e maiores gastos sociais. A cirrose hepática é um problema de saúde pública e é a segunda causa de morte entre as doenças gastrointestinais. Com o avanço da doença, os pacientes podem enfrentar complicações associadas, tais como,

a) Icterícia.

b) Rubor.

c) Nutrição calórica.

d) Hiperglicemia.

e) Perda da visão.

Comentários

A **alternativa A** está correta. A icterícia é o principal sintoma de doença hepática. Pode ser a primeira ou muitas vezes a única manifestação desse tipo de patologia.

As outras alternativas **B, C, D e E** não fazem referência com distúrbios hepáticos, por isso estão **incorretas**.

Vamos adiante!

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES RENAIS E DO TRATO URINÁRIO

Pessoal, falaremos agora sobre os principais distúrbios renais e urinários. Para começarmos a nossa abordagem, gostaria de revisar 3 conceitos com vocês. Vamos lá?

- ✓ **Hematúria** (sangue na urina): É considerado um sinal grave e requer avaliação, pode decorrer principalmente por causas sistêmicas, terapia anticoagulante e neoplasias.
- ✓ **Oligúria** (pequeno volume de urina): Débito entre 100 e 400 ml em 24 horas. Pode ser relacionado à IRA, choque e desidratação. Atenção segundo Brunner esse débito pode ser de até 500 ml em 24 horas.
- ✓ **Anúria** (ausência de débito urinário): Inferior à 5,0 ml/horas em 24 horas, ou seja, ocorre anúria quando o paciente apresenta volume urinário inferior à 120 ml em 24 horas. Podemos também utilizar como referência a Sociedade Brasileira de Nefrologia, onde anúria é definida por volume urinário entre 20 e 100 ml em 24 horas e já a anúria total ocorre quando o volume é inferior a 20 ml em 24 horas. A anúria indica disfunção renal que necessita de investigação imediata.

Nosso sistema urinário é formado basicamente por dois rins, dois ureteres, pela bexiga e pela uretra. Esse sistema tem como função **manter o estado de homeostasia do organismo regulando os líquidos e eletrólitos e eliminando os resíduos**.

As disfunções do sistema urinário são comuns e podem ocorrer de forma bastante diversificada. Veremos então as principais patologias associadas a este sistema.

Infecção do trato urinário (ITU)

A infecção do trato urinário (ITU) é um quadro infeccioso que pode ocorrer em qualquer parte do sistema urinário.

As infecções do trato urinário (ITUs) podem ser divididas em infecções do **trato urinário superior**, que abrangem os **rins (pielonefrite),** e infecções do **trato urinário inferior**, que afetam a bexiga **(cistite), uretra (uretrite) e próstata (prostatite).**

Cistite

A cistite é uma inflamação da bexiga urinária; **ocorre com mais frequência** em mulheres, particularmente em **mulheres sexualmente ativas**. Nos **homens**, a cistite é **secundária a outros fatores** (p. ex., próstata infectada, epididimite ou cálculos vesicais).

As principais **manifestações clínicas** são:

- Urgência, polaciúria, ardência e dor com a micção;
- Nictúria; incontinência; dor na região lombar suprapúbica ou pélvica;
- Hematúria.

Nas infecções urinárias (ITU) complicadas (p. ex., clientes com cateteres de demora), os sintomas incluem desde **bacteriúria assintomática até sepse** por microrganismos gram-negativos.



ITU constitui a **causa mais comum de sepse bacteriana** aguda em pessoas com mais de 65 anos de idade, nos quais a sepse por microrganismos gram-negativos está associada a uma taxa de mortalidade superior a 50%.

O **sintoma subjetivo** mais comum de ITU em indivíduos idosos consiste em **fadiga generalizada.**

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
✓ Dor aguda relacionada com a infecção urinária ✓ Conhecimento deficiente sobre os fatores que predispõem o cliente à infecção e recidiva, sobre a detecção e prevenção da recidiva e a terapia farmacológica.	As intervenções de enfermagem tem como objetivos ALÍVIO DA DOR, MONITORAMENTO E MANEJO DAS COMPLICAÇÕES, são exemplos: ✓ Instruir o cliente a evitar o consumo de irritantes do trato urinário (p. ex., café, chá, frutas cítricas, condimentos, refrigerantes do tipo cola, álcool etílico) ✓ Incentivar a micção frequente (a cada 2 a 3 h). ✓ Evitar os cateteres de demora, quando possível; utilizar um cateter de menor diâmetro possível e removê-lo na primeira oportunidade. ✓ Utilizar técnica asséptica estrita se houver necessidade de cateter de demora; manter um sistema fechado e efetuar diariamente um cuidado perineal meticuloso.

Pielonefrite

A pielonefrite acomete o **trato urinário superior**, é uma infecção bacteriana da pelve renal, dos túbulos e do tecido intersticial de um ou de ambos os rins.

As causas envolvem a disseminação ascendente de bactérias a partir da bexiga, ou a disseminação de fontes sistêmicas, alcançando o rim por meio da corrente sanguínea.

A pielonefrite pode ser **aguda ou crônica**. Episódios repetidos de pielonefrite aguda podem levar à pielonefrite crônica. As **complicações da pielonefrite crônica** consistem em **doença renal terminal, hipertensão arterial e formação de cálculos renais.**

As **manifestações clínicas da pielonefrite aguda** incluem **calafrios, febre, leucocitose**, bacteriúria e piúria, **dor no flanco, náuseas, vômitos**, cefaleia, mal-estar e **micção dolorosa**.

Já na **pielonefrite crônica** geralmente o paciente **não apresenta sintomas de infecção**, a não ser que ocorra exacerbação aguda.

O **manejo de enfermagem** em ambas as situações consiste em:

- ✓ Incentivar o aporte de líquidos (3 a 4 ℓ por dia), a não ser que haja alguma contraindicação.
- ✓ Monitorar e **registrar o equilíbrio hídrico**
- ✓ Medir a **temperatura corporal** a cada 4 h e administrar agentes antipiréticos e antibióticos, conforme prescrição. Registrar os procedimentos de monitoramento.
- ✓ Orientar o cliente e sua família sobre medidas preventivas e reconhecimento precoce dos sintomas
- ✓ Ressaltar a importância de tomar os **medicamentos antimicrobianos** exatamente conforme a prescrição, bem como a necessidade de manter as consultas de acompanhamento.

Insuficiencia Renal

Pessoal, a insuficiencia renal ocorre quando os rins são incapazes de remover os produtos de degradação metabólicos e de desempenhar suas funções reguladoras.

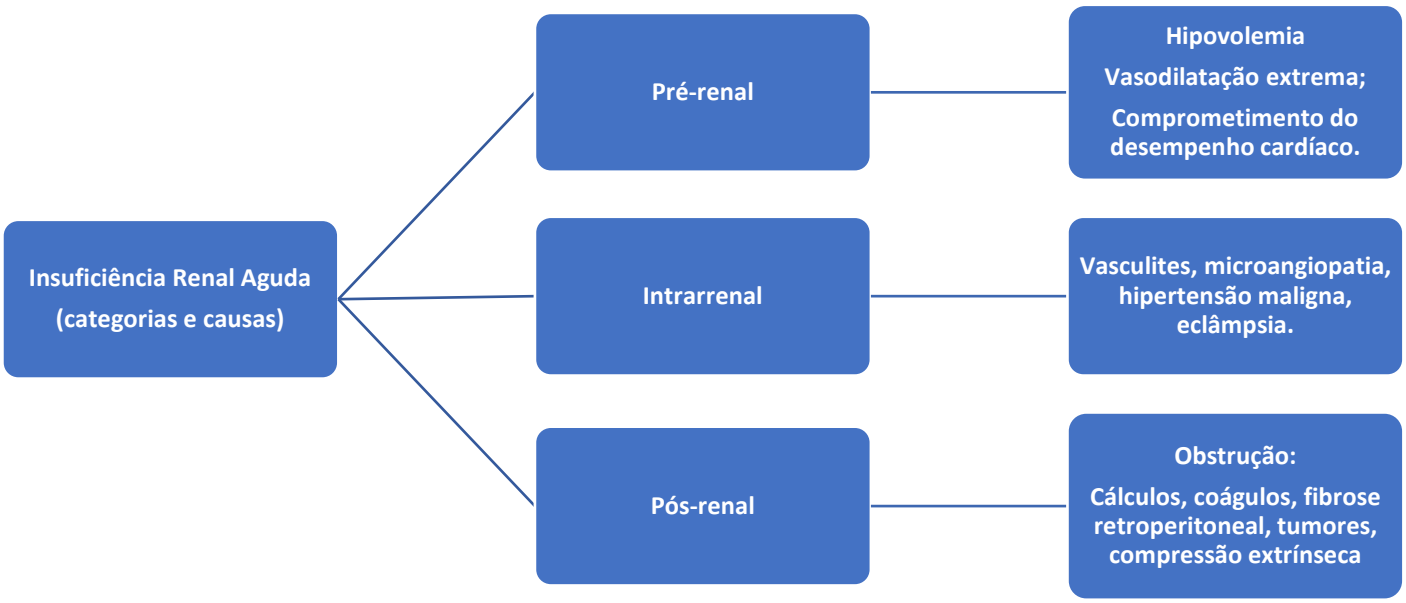
Ela pode ser classificada em insuficiencia renal aguda ou crônica e o diagnóstico é feito utilizando a Anamnsese, USG,TC e RM.

Na insuficiência renal aguda (IRA) ocorre uma rápida perda da função renal ocasionada pela lesão dos rins e na maioria das vezes é causada por hipovolemia e hipotensão por períodos prolongados e a obstrução dos rins ou das vias urinárias.

As **três principais** categorias de IRA são as seguintes:

- **Pré-renal**: hipoperfusão (como, por exemplo, hipovolemia), vasodilatação extrema ou comprometimento do desempenho cardíaco.
- **Intrarrenal:** lesão parenquimatosa dos glomérulos ou túbulos renais, como a que ocorre em consequência de queimaduras, lesões por esmagamento, infecções, reações transfusionais ou nefrotoxicidade (que pode levar à necrose tubular aguda [NTA])
- **Pós-renal:** obstrução do trato urinário, como a que ocorre em consequência de cálculos, tumores, estenoses, hiperplasia prostática ou coágulos sanguíneos.

EXEMPLIFICANDO



A IRA caracteriza-se por elevação no nível sérico de creatinina de 50% ou mais nos valores de referência (o nível normal de creatinina é inferior a 1 mg/dℓ).

A insuficiência renal crônica é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal. Na maioria das vezes ocorre como conseqüência da insuficiência renal aguda, de glomerulonefrites e de intoxicações graves.

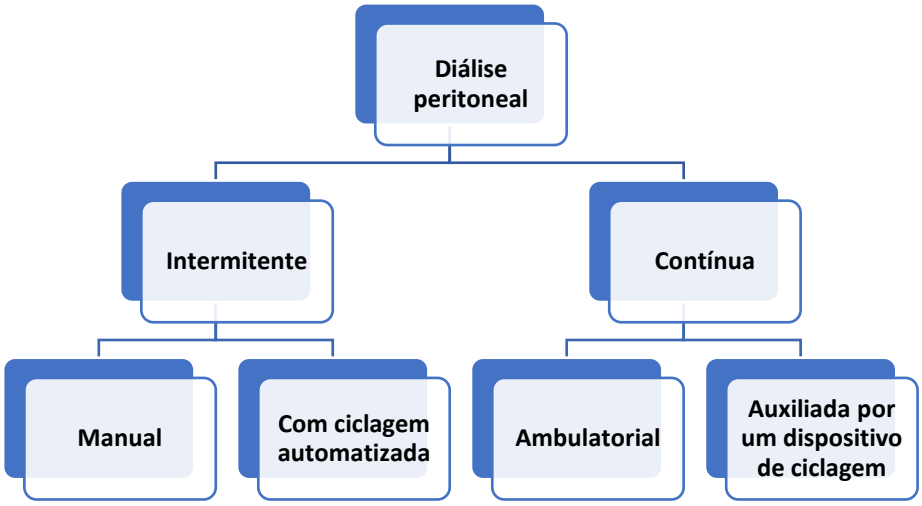
As **manifestações clínicas** da insuficiencia renal podem variar de acordo com o grau de acomentimento renal. Mas no geral, os pacientes apresentam:

- ✓ Letargia;
- ✓ Náuseas;
- ✓ Vômitos e diarréia;
- ✓ Pele e mucosas apresentam desidratação;
- ✓ **Hálito urêmico** (o hálito do paciente apresenta odor de urina);
- ✓ Sonolência;
- ✓ Queixas constantes de cefaléia,
- ✓ Convulsões, arritmias e parada cardíaca nos casos graves;
- ✓ Diminuição do volume urinário;
- ✓ Aumento gradativo dos valores de uréia e creatinina.
- ✓ Anemia (devido a lesões gastrointestinais sangrantes e redução da vida das hemácias e da produção da eritropoetina).

Como tratamentos para a insuficiência renal podem ser utilizados métodos de diálise com o objetivo de promover a eliminação das substâncias tóxicas.

Os métodos de diálise compreendem a diálise peritoneal ou a hemodiálise.

A diálise peritoneal é subdividida em:



Vamos detalhar cada uma delas?



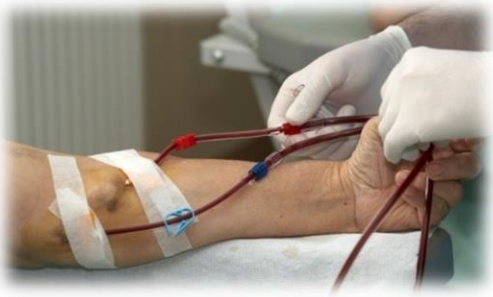
- ✓ **Diálise peritoneal manual intermitente**: as bolsas que contêm o líquido são aquecidas até a temperatura corporal. Em seguida, o líquido é infundido para o interior da cavidade peritoneal durante 10 minutos, sendo mantido durante 60 a 90 minutos após esse período ele é drenado por 10 a 20 minutos. Esta técnica é utilizada principalmente no tratamento da insuficiência renal aguda.

- ✓ **Diálise peritoneal intermitente com ciclagem automatizada:** Pode ser realizada em casa pelo paciente. Um aparelho com relógio automático bombeia automaticamente o líquido e o drena da cavidade peritoneal. Normalmente, os indivíduos ajustam o dispositivo de ciclagem no momento de dormir para que a diálise seja realizada durante o sono. Deve ser realizada entre 6 a 7 noites por semana.

- ✓ **Diálise peritoneal ambulatorial contínua**: o líquido é mantido no interior da cavidade abdominal durante intervalos extremamente longos. Comumente, o líquido é drenado e reposto 4 a 5 vezes ao dia. Os líquidos são acondicionados em bolsas flexíveis de cloreto de polivinila, as quais podem ser dobradas quando vazias, colocadas entre as vestimentas e utilizadas em drenagens subseqüentes, sem que haja necessidade de desconexão do cateter. Normalmente, o indivíduo realiza 3 trocas de líquidos durante o dia, em intervalos de 4 horas ou mais. Cada troca leva 30 a 45 minutos. Uma troca mais demorada (8 a 12 horas) é realizada à noite, durante o sono.

- ✓ **Diálise peritoneal cíclica contínua**: utiliza um dispositivo de ciclagem automática para realizar trocas curtas à noite, durante o sono, enquanto que as trocas mais longas são realizadas durante o dia, sem o dispositivo de ciclagem. Esta técnica minimiza o número de

trocas durante o dia, mas ela impede a mobilidade durante a noite por causa do grande porte do equipamento.



Já a **hemodiálise** é um procedimento onde através de uma fístula arteriovenosa ou catéter de longa ou curta duração, o sangue do paciente passa por uma máquina que contém um sistema de filtro artificial, simulando os rins, eliminando assim as substâncias tóxicas do corpo.

Para oferecer uma **melhor qualidade de vida**, o **transplante renal** tornou-se o tratamento de escolha para a maioria dos portadores de doença renal crônica. O rim pode ser proveniente de um doador vivo ou de cadáver humano. Geralmente, a diálise peritoneal e a hemodiálise são tratamentos utilizados pelos doentes renais crônicos até se conseguir o transplante.

HORA DE PRATICAR!

3- (AOCP/Prefeitura de Belém- 2018) Na diálise peritoneal, o peritônio (membrana que reveste o abdômen e os órgãos abdominais) funciona como um filtro permeável. Sobre as técnicas de diálise peritoneal, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Diálise peritoneal manual intermitente.

2. Diálise peritoneal intermitente com ciclagem automatizada.

3. Diálise peritoneal contínua ambulatorial.

4. Diálise peritoneal contínua auxiliada por um dispositivo de ciclagem.

( ) O líquido é mantido no interior da cavidade abdominal durante intervalos extremamente longos. Comumente o líquido é drenado e reposto quatro a cinco vezes ao dia.

( ) Pode ser realizada em casa pelo próprio indivíduo, eliminando a necessidade de atenção constante de pessoal especializado. Um aparelho com relógio automático bombeia automaticamente o líquido e o drena da cavidade peritoneal.

( ) As bolsas que contêm o líquido são aquecidas até a temperatura corpórea. A seguir, o líquido é infundido no interior da cavidade peritoneal durante 10 minutos, sendo mantido na cavidade durante 60 a 90 minutos e, a seguir, ele é drenado durante um período de 10 a 20 minutos.

( ) Utiliza um dispositivo de ciclagem automática para realizar trocas curtas à noite, durante o sono, enquanto as trocas mais longas são realizadas durante o dia, sem o dispositivo de ciclagem.

a) 3 – 1 – 4 – 2.

b) 2 – 1 – 3 – 4.

c) 4 – 2 – 1 – 3.

d) 1 – 2 – 4 – 3.

e) 3 – 2 – 1 – 4.

Comentários:

1- Diálise peritoneal manual intermitente: As bolsas que contêm o líquido são aquecidas até a temperatura corpórea. A seguir, o líquido é infundido no interior da cavidade peritoneal durante 10 minutos, sendo mantido na cavidade durante 60 a 90 minutos e, a seguir, ele é drenado durante um período de 10 a 20 minutos

2- Diálise peritoneal intermitente com ciclagem automatizada: Pode ser realizada em casa pelo próprio indivíduo, eliminando a necessidade de atenção constante de pessoal especializado. Um aparelho com relógio automático bombeia automaticamente o líquido e o drena da cavidade peritoneal.

3- Diálise peritoneal contínua ambulatorial: O líquido é mantido no interior da cavidade abdominal durante intervalos extremamente longos. Comumente o líquido é drenado e reposto quatro a cinco vezes ao dia.

4- Diálise peritoneal contínua auxiliada por um dispositivo de ciclagem: Utiliza um dispositivo de ciclagem automática para realizar trocas curtas à noite, durante o sono, enquanto as trocas mais longas são realizadas durante o dia, sem o dispositivo de ciclagem.

Gabarito: **Alternativa E**

Incontinência Urinária

A **incontinência Urinária** (IU) ou perda involuntária de urina "a perda de urina em quantidade e freqüência suficientes para causar um problema social ou higiênico". É um problema frequente nos idosos, principalmente **nas mulheres, na perimenopausa**.

As **causas** de incontinência urinária na pessoa idosa podem ser divididas em **agudas (temporárias) e crônicas.**

As **causas agudas** são divididas em:

Endócrinas: hiperglicemia, hiperpotassemia, diabetes, vaginite atrófica.

Psicológicas : depressão e idéias delirantes

Farmacológicas: Efeitos adversos tratamentos medicamentosos

Infecciosas - Infecção do trato urinário (ITU)

Neurológicas: Doença vascular cerebral, doença de Parkinson, hidrocefalia normotensa e delirium.

Excesso de débito urinário - pode ocorrer em condições como hiperglicemia e hipercalcemia e com o uso de diuréticos, cafeína e álcool

Obstipação Intestinal -impactação fecal

Já as **causas crônicas** podem ser divididas em **quatro grupos**:



Tipo	Causas Comuns	Sintomas	Tratamento
ESFORÇO	**Debilidade e lassidão do assoalho pélvico.** **Debilidade do esfíncter uretral** ou da saída da bexiga, quase sempre por cirurgia ou traumatismo.	**Escape involuntário** de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal (p.ex., tosse, risos ou exercício)	Exercícios para assoalho pélvico **(Kegel)** Reorientação de controle miccional; Cirurgia
URGÊNCIA	Hiperatividade do detrusor, isolada ou associada a: • Condições locais como uretrite, cistite, tumores, litíase, diverticulose; • Alterações do SNC como AVC, demência, parkinsonismo, lesão espinhal.	**Extravasamento de urina** (quase sempre volumes grandes, ainda que seja variável) pela incapacidade para retardar a micção após perceber a sensação de plenitude vesical.	Comportamental; Reorientação de controle miccional; **Fixar horário para micção**; Adaptações ambientais que **facilitem a chegada ao banheiro**; Uso de relaxantes vesicais.
SOBREFLUXO	**Obstrução anatômica**: pela próstata ou por uma cistocele grande. Bexiga hipocontratil associada a diabetes mellitus ou lesão medular.	**Escape de urina** (quase sempre em pequenas quantidades) secundária a esforço mecânico sobre a bexiga distendida ou por outros efeitos da retenção urinária e a função	Cirurgia Fralda ou sonda externa

		esfincteriana.	
FUNCIONAL	• Demência grave. • Imobilidade. • Ataduras. • Depressão.	Escape de urina relacionado com a **incapacidade para usar o vaso sanitário** por dano da função cognitiva ou física, falta de disposição psicológica ou barreiras no ambiente.	

Tudo ok até aqui? Vamos fazer mais uma questão!



4- (COVEST-COPSET/UFPE-2019) Acerca da assistência de enfermagem à pessoa idosa com incontinência esfincteriana, é correto afirmar que:

a) a incontinência de esforço é a queixa de qualquer perda involuntária da urina, causada por infecção do trato urinário, aumento da próstata e tumores pélvicos e de bexiga.

b) a incontinência por transbordamento é a queixa de qualquer perda involuntária de urina durante o esforço, exercícios, ao espirrar e tossir.

c) a incontinência funcional é causada por demências, incapacidade de uso independente do vaso sanitário ou do banheiro, sedação e medicamentos que prejudicam a cognição.

d) a incontinência fecal consiste na capacidade de controlar de forma involuntária a passagem das fezes, apesar de não haver alteração da inervação e da musculatura que diminuam os movimentos esfincterianos.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. A incontinência de esforço é o escape involuntário de urina (quase sempre em pequenas quantidades) com aumentos da pressão intra-abdominal (p.ex., tosse, risos ou exercício)bexiga, quase sempre por cirurgia ou traumatismo.

A **alternativa B** está incorreta.A questão descreveu a incontinência por esforço.

.A **alternativa C** está correta. A incontinência funcional é causada por demências, incapacidade de uso independente do vaso sanitário ou do banheiro, sedação e medicamentos que prejudicam a cognição

A **alternativa D** está incorreta. A incontinência fecal refere-se à perda involuntária de fezes. Ela também envolve a incapacidade de controlar o conteúdo intestinal em local e tempo adequados socialmente. Os principais sintomas são: diarreia, prurido anal, hemorroidas, constipação intestinal e impactação fecal. Fatores como doenças (acidente vascular cerebral, diabetes e hipertensão), consumo de três a cinco medicamentos e nenhuma atividade física estão associados à incontinência fecal.

Tudo certo até aqui? Vamos para o nosso próximo tema!

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES TEGUMENTARES

Amigos, o **sistema tegumentar** é composto pela pele e anexos (**glândulas, unhas, cabelos, pelos e receptores sensoriais)**.

Suas principais funções são proteger o corpo da invasão de microrganismos, evitar o ressecamento da pele e a perda de água para o meio externo.

A **enfermagem** atua frequentemente nos cuidados da pele durante a realização de curativos, dentre esses cuidados destacam-se a assistência prestada ao paciente portador de **lesão por pressão.**

No concurso não é diferente, inúmeras questões abordam essa temática, por isso, detalharemos o manejo que deve ser destinado aos pacientes que apresentam essa comorbidade. Todos prontos?

Lesão por pressão

Pessoal, conceituamos como lesão por pressão, **um dano localizado na pele e/ou tecidos moles** subjacentes, geralmente sobre uma **proeminência óssea** ou relacionada ao **uso de dispositivo médico** ou a outro artefato.

A lesão pode se apresentar em **pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa**. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à **pressão e ao cisalhamento** pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

Os **locais mais comuns** de desenvolvimento de lesão por pressão são: temporal, occipital, orelhas, escápulas, processos espinhosos, **ombros, cotovelos**, sacro, **cóccix, ísqueo, trocanteres**, joelhos, maléolos, metatarsos, calcâneos e dedos.

Devemos sempre evitar esse tipo de lesão nos nossos pacientes e para isso a ANVISA[1] (2017) sugere as **práticas seguras para prevenção** dessas lesões:



✓ **Realização de avaliação de risco de todos os pacientes antes e durante a internação**.

[1] Portal ANVISA. Disponível em: *http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=3680164&_101_type=document*

- ✓ **Realização de avaliação criteriosa da pele pelo menos uma vez por dia**, especialmente nas áreas de proeminências ósseas (joelhos, cotovelos e calcanhares).
- ✓ **Uso de colchão especial ou de coxins**, como colchão de espuma do tipo caixa de ovo ou colchão d'água.
- ✓ **Uso de apoio** (travesseiros, coxins ou espumas) **na altura da panturrilha, a fim de erguer os pés e proteger os calcanhares.**
- ✓ **Manutenção da higiene** corporal.
- ✓ **Hidratação diária da pele** do paciente com hidratantes e umectantes.
- ✓ **Manutenção de nutrição adequada** para favorecer a cicatrização dos tecidos.
- ✓ **Uso de barreiras protetoras da umidade excessiva**, quando necessário, como, por exemplo: película semipermeável, hidrocoloides, espuma de poliuretano, sacos retais e/ou substâncias oleosas.
- ✓ Orientação do paciente e da família na prevenção e tratamento das lesões por pressão.
- ✓ **Mudança de posição para reduzir a pressão local**, evitando manter a mesma posição durante períodos prolongados.

*Como vimos a primeira recomendação é a **realização de avaliação de risco** de todos os pacientes antes e durante a internação, mas como realizamos essa avaliação?*

Temos algumas escalas, porém, a escala recomendada é a **escala de Braden**. Nela utilizamos seis indicadores para avaliarmos o risco de desenvolvimento de lesão por pressão.

Essa escala varia entre **4 e 23 pontos**, e dependendo da pontuação o paciente é classificado em: **Sem risco** (19 a 23); **Baixo risco** (entre 15 e 18); **Risco moderado** (entre 13 e 14) e **Risco alto** (10 a 12), Risco muito alto (< 9 pontos).



Atenção: Quanto **MENOR** a pontuação **MAIOR** o risco.

Vamos conhecer a escala de Braden?

Indicadores:	1 Ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
Umidade	Excessiva	Muita	Ocasional	Rara
Atividade	Acamado	Confinado a cadeira	Deambula ocasionalmente	Deambula frequentemente
Mobilidade	Imóvel	Muito limitado	Discreta limitação	Sem limitação
Nutrição	Deficiente	Inadequada	Adequada	Excelente
Fricção e Cisalhamento	Problema	Problema potencial	Sem problema aparente	---------

Abaixo temos algumas **intervenções** [2]de acordo com o risco apresentado pelo paciente conforme a escala de Braden:

Risco Leve (15 a 18 pontos na escala de Braden)	**Risco Moderado** (13 a 14 pontos na escala de Braden)	**Risco Alto** (10 a 12 pontos na escala de Braden)	**Risco Muito Alto** (≤ 9 pontos na escala de Braden)
- Orientação para reposicionamento no leito; - Otimização da mobilização; - Proteção do calcanhar; - Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão	- Continuar as intervenções do risco baixo; - Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.	- Continuar as intervenções do risco moderado; - Reposicionamento no leito a cada 2 horas; - Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30º.	- Continuar as intervenções do risco alto; - Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível; - Manejo da dor.

Pessoal, atualmente temos as seguintes **classificações** para as lesões por pressão:



Classificação	Características
Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece.	Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. **Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais.** Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.
Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme	O leito da ferida é viável, de **coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida**. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis.

[2] Protocolo para lesão por pressão. Disponível em: *http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Seguranca-do-Paciente-prevencao-de-Lesao-por-Pressao-LP-2.pdf*

	Não apresenta tecido de granulação, esfacelo e escara. Resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade (dermatite associada à incontinência ou intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas.
Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total	A gordura é visível. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. **Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.**
Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular	**Exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.** Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole, descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente.
Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.	**A extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara.** Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.
Lesão por Pressão Tissular Profunda: Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.	**Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento.** Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. **Resultadno de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo.** A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de

	tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4).

Vale ressaltar que em 2016 duas **novas nomenclaturas** associadas a etiologia da lesão foram acrescentadas: a lesão relacionada à dispositivo médico e a lesão em membranas mucosas. *(lembrando que elas **não são classificações** de lesão **e sim causas,** ok?).*

Abaixo temos a **descrição** delas:

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico	Essa terminologia **descreve a etiologia da lesão**. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico **resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos.** A lesão por pressão resultante **geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo**. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
Lesão por Pressão em Membranas Mucosas	É encontrada quando há histórico de **uso de dispositivos médicos no local do dano**. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS ALTERAÇÕES DO SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO E FEMININO

Pessoal, falaremos agora sobre as principais alterações do sistema reprodutivo, como já vimos sobre as alterações do sistema reprodutor feminino na aula de saúde da mulher, nos deteremos ao sistema reprodutor masculino, vamos lá?

Hiperplasia prostática benígna

Concurseiros, devemos saber que a **hiperplasia prostática benigna** (HPB) é o **aumento de tamanho não neoplásico ou hipertrofia da próstata**.

É uma das **doenças mais comuns em homens** (com mais de 40 anos), que acomete até 90% da população masculina em torno dos 85 anos de idade. Trata-se da segunda causa mais comum de intervenção cirúrgica em homens com mais de 60 anos.

Fatores de risco	Manifestações clínicas	Diagnóstico
•Tabagismo; •Consumo excessivo de bebidas alcoólicas; •Obesidade, •Sedentarismo •HAS •Cardiopatia; •Diabetes melito; •Dieta ocidental	•Sensação de esvaziamento incompleto da bexiga,; •Retenção urinária aguda (mais de 50 mℓ em adultos de meia-idade, mais de 100 mℓ em idosos) ; •ITU recorrentes; •Azotemia (acúmulo de nitrogênio no sangue ocasionado por bloqueio renal) •Insuficiência renal, com retenção urinária crônica e grande volume residual.	•Exame físico (incluindo toque retal) ; •Associado à exames laboratóriais (Antígeno específico prostático - PSA elevado na hiperplasia benigna ou no câncer da próstata).

As intervenções de enfermagem incluem: **cateterismo vesical imediato** se o cliente for incapaz de urinar (com supervisão de urologista se não for possível inserir um cateter comum); algumas vezes é necessária a realização de **cistostomia suprapúbica**.

A **ressecção transuretral da próstata** (realizada através da visualização da próstata pela uretra) é **referência do tratamento cirúrgico**, pois evita incisão abdominal é mais segura para o paciente com risco cirúrgico e provoca menos dor.

Câncer de prostata

O **câncer de próstata** é **o mais comum em homens** (excluindo o câncer de pele não melanoma).

Na maior parte do casos são **adenocarcinomas multifocais** (p. ex., originam-se de diferentes tecidos dentro da próstata). Podem ser localmente invasivos ou **metastatizar** para **linfonodos e ossos.**

Fatores de risco	Manifestações clínicas	Diagnóstico
•Idade crescente (**mais de 50 anos**) ; •**História familiar** de câncer de próstata. •Homens da raça negra	• A disfunção sexual é comum antes do diagnóstico. •Em estágio avançado a lesão é dura como pedra e fixa; •Retenção urinária, • Presença de sangue na urina ou sêmen e ejaculação dolorosa • Os sintomas de metástases incluem dor na região lombar, dor no quadril, desconforto perineal e retal, anemia, perda de peso, fraqueza, náuseas, oligúria e fraturas patológicas espontâneas;.	•O diagnóstico é confirmado pelo exame histológico do tecido removido cirurgicamente; •Os tipos de células tumorais são graduados utilizando o escore de Gleason; um aumento em tal escore reflete maior agressividade do tumor.

O **manejo cirúrgico** inclui RTUP; **prostatectomia** pelas abordagens suprapúbica, perineal ou retropúbica; incisão transuretral da próstata (ITUP); prostatectomia radical laparoscópica (incluindo técnicas laparoscópicas assistidas por robótica); e dissecção dos linfonodos pélvicos.

As **condutas de enfermagem** no pós-operatório incluem o **monitoramento e manejos das possíves complicações** (p.ex: hemorragia, tromboembolismo, infecções e obstrução do catéter).

PRINCIPAIS INFECÇÕES SEXUAIS

Como nós sabemos as infecções sexuais podem ocorrer em qualquer momento da gestação, podendo ser sintomáticas ou assintomáticas.

As infecções, como a sífilis (em especial, a latente), a gonorreia, a clamídia em mulheres, as hepatites virais B e C e a infecção pelo HIV, muitas vezes **não apresentam sintomas** e quando não detectadas, levam a complicações mais graves, como sífilis congênita, DIP, infertilidade, cirrose hepática e aids.

Entre as mulheres com infecções não tratadas por gonorreia e/ou clamídia, 10% a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis.

A sífilis é, na maioria das vezes, diagnosticada por triagem de gestantes ou de pessoas com IST. Já a cervicite por gonorreia e por clamídia não é diagnosticada com frequência.

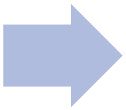
Assintomáticas

Sífilis latente

A sífilis latente é uma das variantes clínicas da sífilis em que não se observam sinais e sintomas clínicos, portanto o diagnóstico é unicamente através de testes imunológicos.

A sífilis latente pode ser classificada, de acordo com o tempo[3] de infecção:

Sífilis latente recente:
Até um ano de infecção.



Sífilis latente tardia:
Mais de um ano de infecção.

A penicilina é o medicamento de escolha. Alguns pacientes no primeiro ano de latência, sem tratamento, intercalam lesões e períodos de latência.

[3] Referência Ministério da Saúde 2020. Atenção: Em 2019 a Sifílis era considerada latente recente quando apresentava até dois anos de infecção e Latente tardia quando apresenta mais de 2 anos de infecção.

Gonorreia e clamídia em mulheres: cervicites

A cervicite mucopurulenta ou endocervicite é a inflamação da mucosa endocervical. Os **agentes etiológicos** mais comuns são **C. trachomatis e N. gonorrhoeae**.

Os principais **fatores de risco** para infecção são: **mulheres** sexualmente ativas com **idade inferior a 25 anos**, parcerias sexuais recentes, multiplas ou com IST, história prévia ou presença de outra IST e **uso irregular de preservativo**.

Cerca de 70% a 80% das cervicites são assintomáticas, porém, em **casos sintomáticos**, as principais queixas são **corrimento vaginal, sangramento intermenstrual, dispareunia e disúria**.

Durante o exame físico, **podem estar presentes:** dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e **sangramento ao toque da espátula** ou swab.

A infecção gonocócica **na gestante** poderá estar associada a um maior **risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e febre puerperal.**

No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite purulenta do RN (**oftalmia neonatal**) que pode levar a cegueira.

O diagnóstico é basicamente laboratorial e o tratamento é realizado com uso de antibióticos.

HIV

Agora vamos falar especificamente sobre HIV, vamos lá?

A infecção por HIV é de notificação compulsória semanal (incluindo os casos de infecção pelo HIV em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV.[4]).

Esta infecção pode ser subdividida em **fase aguda e fase de latência clínica**, quando não tratadas as pessoas podem desenvolver a doença (**AIDS**) em média **10 anos** após o contágio[5].

Falando específicamente sobre as fases... Detalharemos cada uma delas.

Fases	Manifestações Clínicas	Achados laboratoriais	Comentários
Fase aguda (o indivíduo é altamente infectante)	Síndrome Retroviral Aguda (SRA): febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia.	O diagnóstico da infecção aguda pelo HIV pode ser realizado mediante a detecção da CV-HIV.	Geralmente, a janela diagnóstica dos imunoensaios de quarta geração é de aproximadamente 15 dias.

[4] Lista de notificação compulsória 2020. Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html*
[5] Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo hiv em adultos. Ministério da Saúde 2018. Disponível em: *http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais*

	Duram em torno de três a quatro semanas.		
Fase de latência clínica	Linfadenopatia e plaquetopenia são comuns nesta fase. Com o avançar da infecção surgem os sintomas constitucionais, diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas, candidíase oral, além do herpes-zoster	Ocorre diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 céls/mm^3	O diagnóstico diferencial inclui doenças linfoproliferativas e tuberculose ganglionar.
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	**Infecções comuns**: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. **Neoplasias comuns**: sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens.	Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ situa-se abaixo de 200 céls/mm^3.	O aparecimento de Infecções oportunistas (IO) e neoplasias são definidores da aids. Outras complicações como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias, também podem ocorrer.

O **diagnóstico de HIV** é feito através de **exames de testagem**, podendo ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais.

O tratamento (**terapia antirretroviral**) está indicado inclusive para **todas as gestantes infectadas pelo HIV,** independentemente de critérios clínicos e imunológicos e não deve ser suspenso após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+.

Durante o parto as gestantes devem receber **AZT intravenoso (IV)** desde o **início do trabalho** de parto ou pelo menos **3 horas antes da cesárea** eletiva, devendo ser mantido até o clampeamento do cordão umbilical. Já o RN deve receber a solução de AZT por via oral de preferência ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento, pois, não há evidências científicas que comprovem a eficácia da profilaxia quando iniciada após 48 horas do nascimento.

Além disso, sempre que possível, deve-se realizar o **parto empelicado**, com a retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras; **clampear imediatamente** o cordão após o nascimento, sem qualquer ordenha; **limpar com compressas macias todo sangue** e secreções visíveis no Rn e imediatamente após o nascimento **proceder com banho**, ainda na sala de parto, usando preferencialmente chuveirinho, torneira ou qualquer fonte de água corrente.



A TARV poderá ser **iniciada** na gestante a partir da **14ª semana** de gestação, logo após a coleta de exames e antes mesmo de se ter os resultados de LT-CD4+ e varga viral (CV), pois a carga viral materna suprimida (CV plasmática abaixo de 50 **cópias/mL**) próxima ao parto e o uso de TARV durante a gravidez **reduzem a taxa de transmissão vertical** do HIV.

Após o **início da TARV**, em algumas situações, observa-se um **quadro clínico de caráter inflamatório exacerbado**, chamado de SIR (**Síndrome inflamatória da reconstituição imune**).

A SIR se manifesta como piora "paradoxal" de doenças preexistentes, geralmente autolimitadas, mas que podem assumir formas graves.

Ocorre entre **4 e 8 semanas do início** do tratamento antirretroviral

Tem como fator preditivo o início da TARV em pacientes com baixas contagens de LT-CD4+

Beleza! Agora que vimos os principais tópicos de HIV vamos treinar com mais uma questão?



5-(*CEBRASPE-CESPE/ HUB-2017*) Para enfrentar a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, estabeleceu-se, desde o ano de 1996, o tratamento antirretroviral (TARV). A partir da introdução do TARV, houve um decréscimo na mortalidade anual associada à AIDS, ou seja, a doença tornou-se crônica, com a necessidade de reestruturação do cuidado direcionado às pessoas portadoras de HIV/AIDS. Acerca desse tema, julgue o próximo item.

A transmissão vertical do HIV/AIDS é um problema de saúde pública que pode ser evitado com a profilaxia no parto e puerpério. O uso de AZT no recém-nascido deve ser iniciado ainda na sala de parto.

Certo

Errado

Comentários:

A afirmativa está **certa**. Como vimos o RN deve receber a solução de AZT por via oral de preferência ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4 horas após o nascimento;

outros cuidados são: preferencialmente realizar o parto empelicado, limpar todo sangue e secreções visíveis e dar banho no RN ainda na sala de parto com água corrente.

Tenho certeza que você acertou essa! Vamos adiante...

Sintomáticas

Pessoal, de forma geral as principais **manifestações clínicas** das infecções sexualmente transmissíveis são: **corrimento vaginal, corrimento uretral, úlceras genitais, DIP e verrugas anogenitais**.

Essas manifestações possuem agentes etiológicos bem estabelecidos, facilitando a escolha dos testes diagnósticos e do tratamento.

Na tabela a seguir temos as manifestações clínicas e os respectivos agentes etiológicos.

	Agente etiológico	Infecção
Úlcera anogenital	Chlamydia trachomatis	LGV
	Haemophilus ducrey	Cancroide
	Herpes simplex vírus (tipo 2)	Herpes genital
	Klebsiela granulomatis	Donovanose
	Treponema pallidum	Sífilis
Corrimento uretral/vaginal	Candida albicans	Candidíase vulvovaginal
	Chlamydia trachomatis	Infecção por Clamídia
	Neisseria gonorrhoeae	Gonorreia
	Trichomonas vaginalis	Tricomoníase
	Múltiplos agentes	Vaginose bacteriana
DIP	Chlamydia trachomatis Neisseria gonorrhoeae Bactérias facultativas anaeróbias (ex: Gardnerella vaginalis, Haemophilus influenza, Streptococcus agalactiae), entre outros.	Endometrite, anexite, salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite, abscesso tubo ovariano
Verruga anogenital	HPV	Condiloma acuminado

Candidíase vulvovaginal

Amiga(o), esta é uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo que já habita a mucosa vaginal e digestiva.

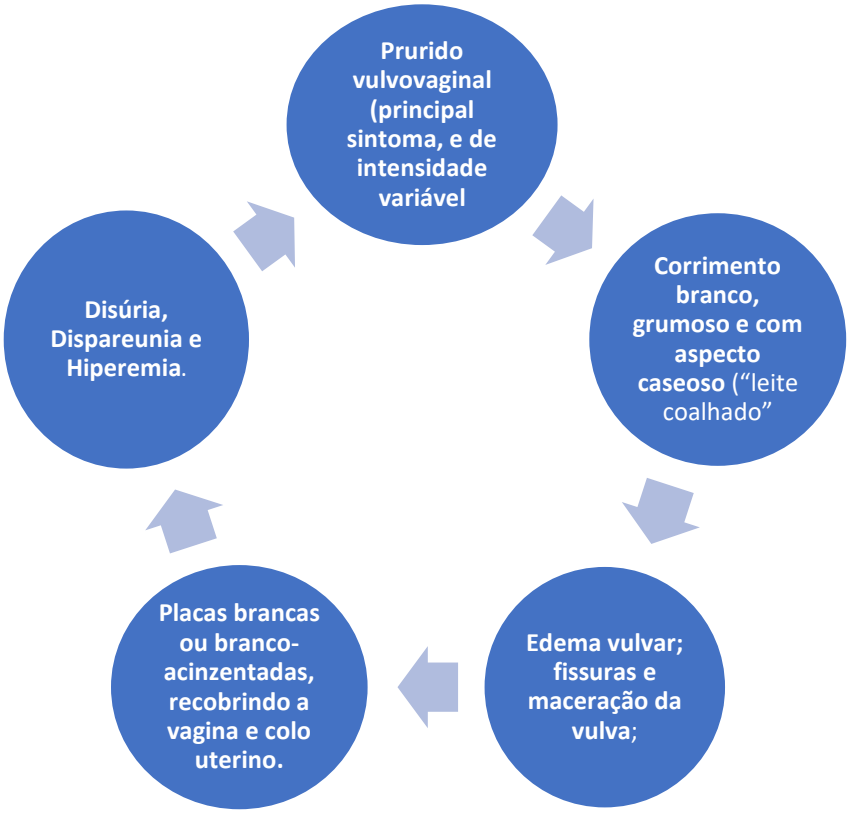
A **relação sexual não é a principal forma de transmissão**, porém essa infeção é vista com maior frequência em mulheres em atividade sexual.

A Candidíase é **comum durante a gestação** e pode apresentar recidivas pelas condições propícias do **pH vaginal**.

Caso a mulher apresente candidíase vulvovaginal **recorrente** (**quatro ou mais** episódios sintomáticos **em um ano**), devem ser investigados fatores predisponentes como: diabetes mellitus, infecção pelo HIV, uso de corticoide sistêmico e imunossupressão.

As **parcerias sexuais não precisam** ser tratadas, exceto as sintomáticas.

Os **sinais e sintomas** mais comuns da candidíase vulvovaginal são:



Vaginose bacteriana

Pessoal, esta infecção é caracterizada pelo desequilíbrio da microbiota vaginal normal, associada a redução ou desaperecimento de lactobacilos acidófilos e aumento de bactérias anaeróbias.

É a **causa mais comum de corrimento** vaginal, afetando cerca de 10% a 30% das gestantes e 10% das mulheres atendidas na atenção básica. Em alguns casos, pode ser assintomática.

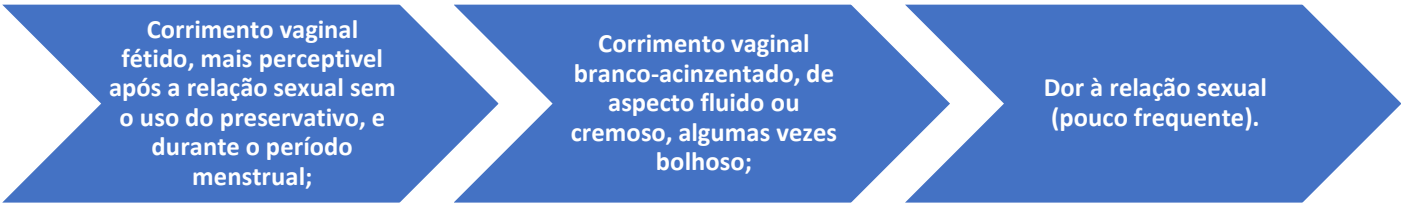
Não é uma infecção de transmissão sexual, mas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas.

A vaginose bacteriana **aumenta o risco de aquisição das IST** e pode trazer complicações às cirurgias ginecológicas e à gravidez (ruptura prematura de membranas, corioamnionite, prematuridade e endometrite pós-cesárea).

Além disso, **aumenta o risco de DIP** quando presente nos procedimentos invasivos (curetagem uterina, biópsia de endométrio e inserção de dispositivo intrauterino)

O **tratamento das parcerias** sexuais **não está recomendado**.

Os **sinais e sintomas** são:



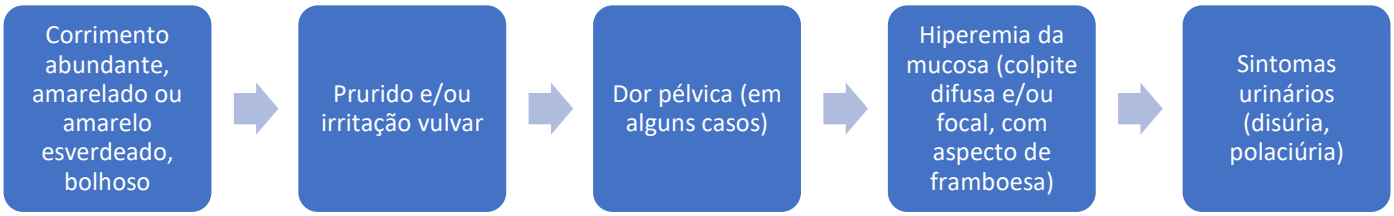
Tricomoníase

Galera, o **protozoário (T. vaginalis)** que causa a tricomoníase tem como **reservatório o colo uterino, a vagina e a uretra.** Portanto o diagnóstico é feito por meio da visualização dos protozoários móveis em material do ectocérvice.

O tratamento pode aliviar os sintomas de corrimento vaginal em gestantes, além de prevenir infecção respiratória ou genital nos RN

As **parcerias sexuais devem ser tratadas** com o mesmo esquema terapêutico.

Os **sinais e sintomas** são:



Uretrite gonocócica

Pessoal, este é um **processo infeccioso e inflamatório** da mucosa uretral, causado pela **N. gonorrhoeae.**

Os sinais e sintomas são determinados pelos locais primários de infecção (membranas mucosas da uretra, endocérvice, reto, faringe e conjuntiva).



O corrimento **mucopurulento ou purulento é frequente**. Raramente, há queixa de sensibilidade aumentada no epidídimo e queixas compatíveis com balanite.

Uretrite não gonocócica

Como o nome já diz, é a uretrite sintomática negativa para o gonococo. A uretrite não gonocócica **caracteriza-se**, habitualmente, pela presença de **corrimentos mucoides, discretos, com disúria** leve e intermitente.

Sífilis primária e secundária

Concurseira(o), atenção total a Sífilis! Pois é frequentemente abordada nos concursos, ok?

A sífilis e uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano, cujo **agente** etiológico é o **Treponema pallidum.**

Sua **transmissão** ocorre principalmente por **contato sexual**; porém, pode ser transmitida **verticalmente para o feto**. Durante a gestação, pode ocasionar **abortamento, prematuridade**, natimortalidade, **manifestações congênitas** precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido.



A sífilis adquirida, congênita e em gestante deve ser notificada semanalmente.

Para melhor orientação do tratamento e monitoramento, a sífilis é dividida em estágios: **Sífilis recente** (com até um ano de evolução) pode ser classificada em: **primária, secundária e latente recente** ou **Sífilis tardia** (com mais de um ano de evolução)- que pode ser classificada em: **latente tardia e terciária**.

Conheceremos agora com mais detalhes cada estágio da sífilis, vamos lá?

Estágios da Sífilis	Manifestações Clínicas	Comentários
Primária (o tempo de incubação é entre 10 a 90 dias (média de três semanas).	**Cancro duro** (ulcera genital) Linfonodos regionais	A primeira manifestação é caracterizada por úlcera rica em treponemas, única e indolor, com borda bem definida e regular ("cancro duro"). Dura em média entre três e oito semanas, e a lesão desaparece sem tratamento.
Secundária (ocorre em média entre seis semanas a seis meses apos a cicatrização do cancro.	**Lesões cutâneo-mucosas** (roseola, placas mucosas, sifilides papulosas e palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadro neurológico, ocular e hepático.	O secundarismo é acompanhado de micropoliadenopatia, sendo característica a identificação dos gânglios Ocorre febre baixa, mal-estar, cefaleia e adinamia. **A sintomatologia desaparece em algumas semanas, mesmo sem tratamento**. A neurossifilis meningovascular, pode acompanhar essa fase.
Latente recente (até um ano de duração)	Assintomática	O diagnóstico é feito **exclusivamente** pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos.
Latente tardia (mais de um ano de duração.	Assintomática	
Terciária (pode surgir entre 1 e 40 anos após inicio da infecção).	**Cutâneas:** lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; **Ósseas:** periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; **Cardiovasculares:** estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; **Neurológicas:** meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, *tabes dorsalis* e quadros demenciais como o da paralisia geral.	Nesse estágio é comum o acometimento do sistema nervoso e do sistema cardiovascular. As lesões podem causar desfiguração, incapacidade e ate morte.

Diagnóstico

Para que ocorra o diagnóstico de sífilis é necessário que os dados clínicos sejam correlacionados aos resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente. Apenas o conjunto de todas essas informações permitirá a avaliação correta e o tratamento adequado.

Os testes imunológicos podem ser tanto os treponêmicos (por exemplo, o Teste Rápido) quanto os não treponêmicos (VDRL) e para confirmação do diagnóstico ambos precisam estar positivados.





A **análise** isolada do título **de um único resultado** de um teste **não treponêmico** (ex.: VDRL, RPR) **é um equívoco frequente**. Textos antigos mencionavam um ponto de corte acima do qual o resultado seria indicativo de doença ativa e, abaixo, indicativo de resultado falso-reagente ou de inatividade da doença. Essa ideia leva a decisões terapêuticas inadequadas. Pois os **títulos altos** nos testes não treponêmicos (em queda) podem ser encontrados em pacientes **adequadamente tratados**, e **títulos baixos** podem ser encontrados em casos de **infecção recente ou tardia** e em casos de pessoas adequadamente tratadas que não tenham atingido a negativação. Esse fenômeno (temporário ou persistente) é **denominado cicatriz sorológica**. (BRASIL, 2020).[6]

Tratamento

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação (caso a gestante não faça o tratamento adequado, o RN é notificado como caso de sífilis congênita e deve ser submetido à investigação clínica e laboratorial)

Tanto a pessoa portadora da infecção, quanto suas parcerias sexuais devem ser tratadas preferencialmente com a benzilpenicilina benzatina.

Em alguns casos é recomendado o tratamento imediato, após apenas um teste reagente:

- Gestantes;
- Vitimas de violência sexual;

[6] Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

- Pessoas com chance de perda de seguimento (que não retornarão ao serviço);
- Pessoas com sinais/sintomas de sífilis primária ou secundária;
- Pessoas sem diagnóstico prévio de sífilis.



Estadiamento	Esquema terapêutico	Tratamento alternativo (exceto para gestantes)	Acompanhamento (Teste não treponêmico)
Sífilis recente: primária, secundária e latente recente.	Benzilpenicilina benzatina **2,4 milhões UI, IM, dose única** (1,2 milhão UI em cada lado)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias.	Teste não treponêmico trimestral (mensal em gestantes)
Sífilis tardia: terciária e latente tardia (ou com duração desconhecida).	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI. **1 x/semana por 3 semanas.** **obs**: Caso o intervalo entre as doses ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado.	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (mensal em gestantes)
Neurossifilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, EV. Em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização.





A **benzilpenicilina benzatina** (também chamada de **penicilina benzatina ou penicilina G benzatina**) dever ser administrada exclusivamente por via intramuscular (IM), preferencialmente na região **ventro-glútea** (por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura, com poucos efeitos adversos e dor local (COFEN, 2016).

Doença inflamatória pélvica (DIP)

A DIP é uma síndrome clínica atribuída à **ascensão de microrganismos** do trato genital inferior, **espontânea** ou ocasionada pela **manipulação** (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo o endométrio (endometrite), as tubas uterinas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).

Constitui uma das **mais importantes complicações** das IST e um sério problema de saúde pública, sendo comum em mulheres jovens com atividade sexual desprotegida.

Está associada à **sequelas** importantes em longo prazo, causando morbidades reprodutivas que incluem **infertilidade** por fator tubário, **gravidez ectópica** e **dor pélvica crônica**.



Os **sintomas** de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de **dor à mobilização do colo do útero ao toque**, podem estar presentes na DIP.

Antes de passarmos para o próximo tema, vamos praticar com mais uma questão sobre o que acabamos de ver?



6-(FEPESE/Pref Florianópolis-2019) Quanto ao sinais e sintomas apresentados por mulheres com corrimento vaginal ou cervicites, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Cervicites ou corrimento vaginal

1. Candidíase

2. Vaginose bacteriana

Coluna 2: Sinais e sintomas

I- ( ) Prurido vulvar

II-( ) Teste do KOH negativo

III-( ) Corrimento acinzentado

IV-( ) Corrimento grumoso

V-( ) Teste do KOH positivo

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

a) 1 • 1 • 2 • 1 • 2

b) 1 • 2 • 2 • 1 • 1

c) 1 • 2 • 2 • 1 • 2

d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2

e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

Comentários

Sinal e Sintoma I: Prurido vulvar- As manifestações clínicas da Candidíase vulvovaginal são: Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; sem odor; prurido vaginal intenso;edema de vulva; hiperemia de mucosa;dispareunia de introito.

Sinal e Sintoma II: Teste do KOH negativo- O Teste das aminas (Whiff-test) onde utiliza-se o hidróxido de potássio (KOH) a 10%, na candidíase é negativo.

Sinal e Sintoma III: Corrimento acinzentado- As manifestações clínicas da Vaginose bacteriana são: Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual, sem sintomas inflamatórios.

Sinal e Sintoma IV: Corrimento grumoso- Como vimos o corrimento branco e grumoso é uma manifestação clínica da candidíase.

Sinal e Sintoma V: Teste do KOH positivo - O Teste das aminas (Whiff-test) na vaginose bacteriana é positivo. Detalhando um pouco mais esse teste: São adicionadas 1 a 2 gotas de hidróxido de potássio (KOH) a 10% na secreção vaginal e depositados em uma lâmina. O teste é considerado positivo quando surge odor desagradável (peixe em putrefação).

Portanto, a sequência correta é 1 - 1 - 2 -1 - 2

Gabarito: **Alternativa A**

Retomando à nossa parte teórica...Vamos falar sobre gestação de alto risco?

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Como sabemos, a gestação é algo fisiológico, é um fenômeno que naturalmente o corpo feminino está apto a desenvolver, e por isso, na maior parte das vezes, a evolução da gravidez ocorre sem maiores complicações.

Porém, **algumas gestantes**, muitas vezes por serem portadoras de alguma doença, problema ou agravo, apresentam maiores **chances de evolução desfavorável**, tanto para o feto como para a ela.

Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". E nessa parte da aula, este será nosso tema.

Abordaremos as principais intercorrências que a mulher pode desenvolver ao longo de sua gestação. Vamos lá?

Síndromes hipertensivas na gravidez

Nós já vimos que a gravidez pode causar hipertensão arterial em mulheres previamente normotensas ou agravar uma hipertensão preexistente.

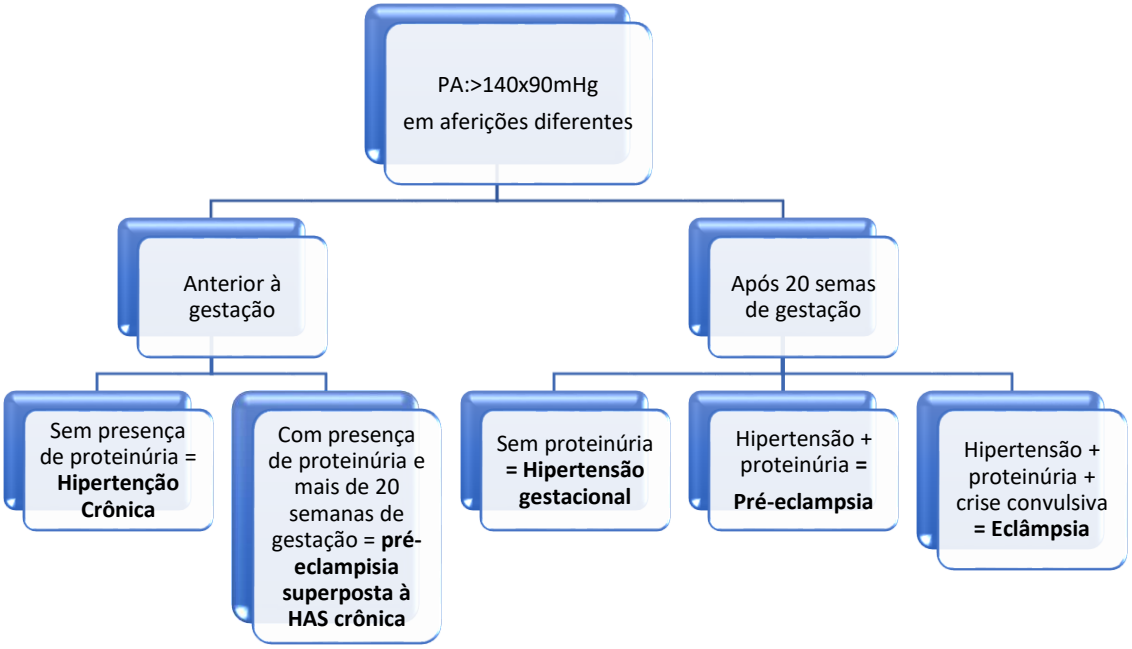
A **hipertensão arterial** sistêmica (HAS) é a doença que complica mais frequentemente a gravidez, ocorre entre 5% a 10% das gestações e é uma das **principais causas** de **morbimortalidade materna e perinatal**.

Como vimos, a HAS na gestação é classificada em 5 categorias principais, veremos agora maiores detalhes sobre elas.

CLASSIFICAÇÃO DA HAS NA GESTAÇÃO	DEFINIÇÃO
Hipertensão arterial sistêmica crônica	É caracterizada por hipertensão **anterior a 20 semanas de gestação** ou após **12 semanas de parto**. Na hipertensão crônica a gestante não apresenta edema e proteinúria (a não ser que haja dano renal anterior à gravidez).
Hipertensão gestacional	HAS detectada **após a 20ª semana**, **sem proteinúria**, podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão). Esta condição geralmente é recorrente em cerca de 80% das próximas gestações.
Pré-eclâmpsia	**HAS e proteinúria** (> 300 mg/24h) após **a 20ª semana de gestação** em mulheres previamente **normotensas**; Na ausência de proteinúria, o profissional deve considerar suspeita quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, **distúrbios visuais**, dor abdominal, **plaquetopenia** e aumento de enzimas hepáticas.

Eclâmpsia:	Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por **convulsões** que não podem ser atribuídas a outras causas;
Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica	Elevação aguda da PA + proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes hipertensas **crônicas** com idade gestacional superior a **20 semanas**; O diagnóstico de pré-eclâmpsia superposta a HAS crônica é feito quando ocorre a piora dos níveis pressóricos e aumento da uricemia (> 6mg/dL) e da proteinúria após a primeira metade da gestação.





Condutas na Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia

A pré-eclampsia é classificada em leve ou grave. Considera-se grave quando um ou mais dos seguintes critérios está presente:



• Pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg

• Proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas ou 2+ em fita urinária

• Oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora)

• Níveis séricos de creatinina maiores que 1,2mg/dL

• Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais)

• Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito • Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia

• Plaquetopenia (<100.000/mm^3)

• Aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas

• Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

Outros sinais que podem sugerir o diagnóstico são:

• Acidente vascular cerebral

• Sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose

• Presença de RCIU (restrição de crescimento intrauterino) e/ou oligohidrâmnio

Manejo clínico

Antecipar o parto é o único **tratamento definitivo** para a pré-eclâmpsia. As indicações para a antecipação estão listadas na tabela abaixo:

Maternas	Fetais
Aumento persistente da pressão arterial até níveis de gravidade.	Restrição grave do crescimento fetal
Cefaleia grave e distúrbios visuais persistentes	Suspeita ou comprometimento da vitalidade fetal.
Dor epigástrica grave persistente, náuseas ou vômitos.	Oligohidrâmnio (Índice de líquido amniótico
Contagem de plaquetas	Idade gestacional confirmada de 40 semanas.
Deterioração progressiva da função hepática e renal	
Suspeita de descolamento de placenta.	
Trabalho de parto ou sangramento.	

A **conduta conservadora** pode ser adotada em mulheres **com pré-eclâmpsia grave com idade gestacional entre 24 e 33 semanas e 6 dias**, através de monitoração maternofetal rigorosa, uso de sulfato de magnésio e agentes anti-hipertensivos. Nesses casos as gestantes devem ser observadas por 24 horas utilizando-se as seguintes condutas:

• Administração de sulfato de magnésio (veremos adiante);

• Uso de corticoide para maturidade pulmonar (betametasona 12mg, a cada 24 horas, 2 aplicações IM);

• Administração de anti-hipertensivos de ação rápida (Hidralazina ou Nifedipina);

• Infusão de solução de Ringer lactato a 100-125ml/h;

• Exames laboratoriais: hemograma completo com plaquetas, creatinina sérica, ácido úrico, AST/TGO, ALT/TGP, desidrogenase lática, proteinúria de 24 horas;

• Dieta suspensa (permitir pequenas ingestões de líquidos claros e medicação oral).

Após as 24 horas de observação, caso seja mantida a conduta expectante, o sulfato de magnésio é interrompido, mantém-se a medicação anti-hipertensiva e exames laboratoriais para acompanhamento materno e fetal. Utilizando sempre a avaliação dos critérios para antecipação do parto.



Nos casos de hipertensão aguda utiliza-se: **nifedipina ou hidralazina. Nitroprussiato de sódio** – é utilizado quando não existe resposta com as drogas anteriores e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva.

Detalhando:

Se a PA for =**160mmHg sistólica e/ou =105mmHg diastólica persistente**, utiliza-se:

Nifedipina: Comece com **10mg oral** e repita em 30 minutos se necessário. **OU**

Hidralazina: Ampola de 20mg – 1ml. Diluir com 19ml de água bi-destilada. Comece com **5ml (5mg) EV**. Caso a pressão não seja controlada repita a intervalos de 20 minutos (5 a 10mg – dependendo da resposta), até **o máximo de 20mg.**

• Caso haja impossibilidade de acesso venoso pode ser administrada **IM-10mg**, repetindo a cada 20 minutos até o **limite de 30mg**. Se não houver controle após 20mg EV ou 30mg IM, considerar outra droga. Assim que a pressão estiver controlada, repita se necessário, em 3 horas, a dose inicial.

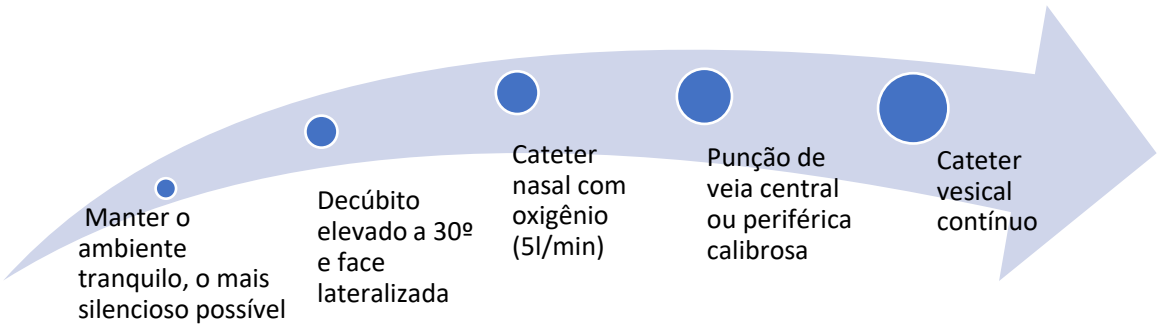
O **Nitroprussiato de Sódio** às vezes é necessário para a hipertensão que não responde às drogas acima e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva. Comece a uma taxa de **0,25 microgramas/kg/ min** até uma dose **máxima de 5 microgramas/kg/min**. O **envenenamento cianídrico fetal** pode ocorrer se usado por **mais de 4 horas**. O seu uso está restrito às **unidades de terapia intensiva**.

A ocorrência de convulsões caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais.

Pessoal, os cuidados para tratamento de gestantes com essa patologia são vistos com frequência em prova... Por isso, atenção total!



Cuidados Gerais na Eclâmpsia:





A **conduta obstétrica** visa à **estabilização do quadro materno**, à avaliação das condições de **bem-estar fetal** e a **antecipação do parto**, em qualquer idade gestacional.

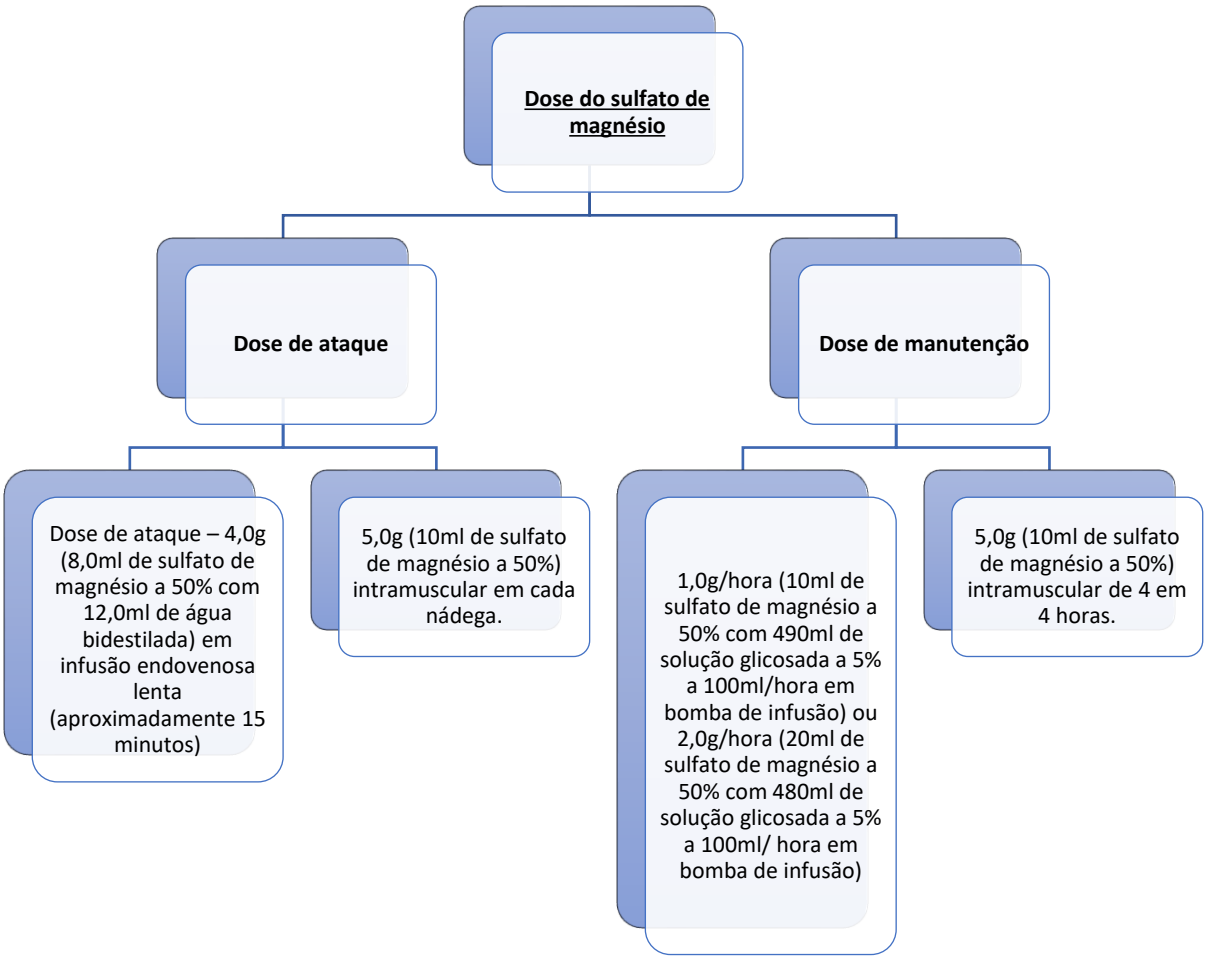
Terapia anticonvulsivante

Este tipo de terapia visa prevenir a ocorrência de convulsões para mulheres com eclâmpsia, assim como o aparecimento de convulsões naquelas com pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é a droga indicada.



O sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério, devendo ser mantido por 24 horas após o parto se iniciado antes do mesmo. Quando iniciado no puerpério, deve ser mantido por 24 horas após a primeira dose.

Esquema do sulfato de magnésio:



Cuidados com o uso do sulfato de magnésio

Pessoal, como sabemos o sulfato de magnésio pode causar alguns efeitos colaterais leves e outros mais graves, como a hipotensão, hipotermia, bradipneia e bradicardia, até mesmo colapso circulatório.

Portanto, é fundamental que a equipe de enfermagem esteja atenta as intercorrências e conheça as condutas que devem ser tomadas caso sejam necessárias.

Abaixo temos listados os cuidados que devemos ter quando prestamos assistência a gestantes que estejam (como dizemos nos hospitais) "sulfatando" .



A administração da dose de manutenção deverá ser **suspensa** caso a frequência respiratória tenha **menos de 16 incursões por minuto**, os reflexos patelares estejam completamente abolidos ou a diurese seja inferior a 100ml durante as 4 horas precedentes.

Na recorrência de convulsões, utiliza-se mais 2g IV e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio. Na persistência delas, com crises subentrantes, pode-se optar pela fenil-hidantoína até a alta.

Deve-se utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração intramuscular

O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória.

Síndrome HELLP

Como sabemos, a **síndrome de Hellp** é uma complicação grave, que acomete 4% a 12% de gestantes com **pré-eclâmpsia ou eclâmpsia** e que causa grandes índices de mortalidade materno-fetal.

O nome **HELLP** é formado pelas iniciais do quadro clínico que esta patologia apresenta: hemólise (**H = "hemolysis**"), elevação de enzimas hepáticas (**EL = "elevated liver functions tests")** e plaquetopenia (**LP = "low platelets count").**

As seguintes alterações indicam uma **chance de mais de 75% de morbidade materna grave**: **DHL >1.400UI/L, TGO >150UI/L, TGP >100UI/L e ácido úrico >7,8 mg/dL**, além disso, a presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco significativo de morbidade materna.

A Hellp pode ser classificada em:

Síndrome HELLP Completa:

Plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm3), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600U/l), bilirrubina total > 1,2mg/dl, TGO > 70U/l.

Síndrome HELLP Incompleta:

Quando a paciente apresenta apenas um ou dois dos resultados descritos acima.

Pessoal, é impostantíssimo resolver o máximo de questões, pois elas são fundamentais para fixar o conteúdo... Por isso, vamos fazer mais uma da FCC?



7-(FCC/ALESE - 2018) A síndrome HELLP, uma emergência hipertensiva específica da gravidez, é caracterizada por

a) pressão arterial diastólica maior ou igual a 100 mmHg, proteinúria e alta contagem de plaquetas.

b) eritrocitose, dor torácica típica e síndrome de pânico associados à pressão arterial elevada.

c) pressão arterial sistólica maior ou igual a 120 mmHg sem lesão de órgão-alvo e trombocitose.

d) hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas.

e) leucocitose, bradicardia fetal e enzimas cardíacas elevadas.

Comentários

Questão bem direta! Essa é daquele tipo que ou sabe ou não sabe...E vocês alunos do Estratégia podem marcar com toda certeza a **letra D.**

A Hellp, como o próprio nome já diz, é caracterizada por hemólise (H = "hemolysis"), elevação de enzimas hepáticas (EL = "elevated liver functions tests") e plaquetopenia (LP = "low platelets count").

Agora ficou fácil, não é? ;)

Vamos retomar nossa aula falando das Síndromes Hemorrágicas...

Síndromes Hemorrágicas

Pessoal, estejam atentos, pois as mais importantes manifestações hemorrágicas na gestação podem ser classificadas de acordo com o período gestacional em que elas ocorrem.

Primeira metade da gestação

- Abortamento.
- Gravidez ectópica.
- Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).
- Descolamento corioamniótico

Segunda metade da gestação

- Placenta prévia.
- Descolamento prematuro da placenta.
- Rotura uterina.
- Vasa prévia



As manifestações como: cervicites, pólipo endocervical, ectrópio, câncer de colo uterino, trauma vaginal podem ser presentes durante toda a gestação, já o sangramento do colo durante o trabalho de parto ocorre na segunda metade da gestação.

Abortamento

O abortamento é conceituado como: a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g[7][8].

O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semanas. E pode ser classificado de diferentes formas:

[7] Manual gestação de alto risco. Disponível em: *http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf*
[8] Manual pré-natal de baixo risco. Disponível em: *http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf*



• **Abortamento espontâneo**: é a perda involuntária da gestação.

• **Ameaça de abortamento**: é a ocorrência de sangramento uterino com a **cérvix fechada** sem eliminação de tecidos ovulares. O volume uterino é compatível com a idade gestacional.

• **Abortamento completo**: quando a **totalidade do conteúdo** uterino foi eliminada.

• **Abortamento incompleto**: quando apenas **parte do conteúdo** uterino foi eliminado.

• **Abortamento inevitável**: quando há **sangramento e dilatação cervical**, porém não ocorreu eliminação de conteúdo uterino.

• **Abortamento retido**: quando ocorre a **morte do embrião** ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, **sem ser eliminado**. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento.

• **Abortamento infectado**: é o processo de **abortamento** acompanhado de **infecção genital**, tais como endometrite, parametrite e peritonite. Pode evoluir para choque séptico.

• **Abortamento habitual**: perdas espontâneas e sucessivas de **três ou mais gestações.**

• **Abortamento eletivo previsto em lei** (segundo Manual de Atenção Humanizada ao abortamento[9]):

Abordaremos mais detalhadamente os principais... Ok?

Tipo de aborto	Manifestações Clínicas[10]	Condutas
Ameaça de aborto	Cólicas leves Sangramento genital discreto Colo impérvio	Antiespasmódico

[9] Manual Ministério da Saúde Atenção Humanizada ao abortamento, 2010. Disponível em: *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf*
[10] CADERNO DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL ALTO RISCO. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf5.pdf

	Útero compatível com a idade gestacional.	
Aborto Incompleto	Cólicas intensas Sangramento genital moderado / intenso Colo dilatado Útero compatível ou menor que idade gestacional Saída de restos ovulares	**Gestação com menos de 12 semanas:** Curetagem uterina, sob perfusão ocitócita **Gestação com mais de 12 semanas:** Misoprostol 200mg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.
Aborto Retido	Sangramento escuro Colo impérvio Útero menor que a idade gestacional.	**Gestação com menos de 12 semanas**: Misoprostol 200mg via vaginal, dose única, preparo do colo uterino. Curetagem uterina após 4 horas do misoprostol, sob perfusão ocitócita. **Gestação com mais de 12 semanas:** Misoprostol 200mg via vaginal de 6/6hs até a eliminação do feto.
Aborto Infectado	Cólica leve/ moderada; Febre (38ºC); Taquicardia; Colo dilatado com saída de restos, odor fétido e secreção purulenta.	**Antibioticoterapia** (Metronidazol, Gentamicina , Cefalotina) **Reposição volêmica, oxigenoterapia,** transfusão de papa de hemácias e **Tratamento Cirúrgico** (curetagem, laparotomia, histerectomia, se necessário).

Vamos fazer mais uma questão para treinar sobre o tema que acabamos de ver?



8-(CONSULPLAN/ Pref Sabará- 2017) O aborto é definido como a interrupção da gravidez até a 22ª semana ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm. Sobre a sintomatologia da ameaça do aborto, assinale a afirmativa correta.

a) O abortamento inevitável apresenta sinais de peritonite com secreções purulentas.

b) O abortamento incompleto apresenta pequena hemorragia mesclada a fragmentos do ovo e cólicas discretas.

c) O aborto retido revela morte fetal, habitualmente sem sangramento vaginal, sem cólicas e volume do útero menor que o correspondente à idade gestacional.

d) Na ameaça de aborto, a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. No abortamento inevitável há sangramento e dilatação cervical, porém não ocorreu eliminação de conteúdo uterino. A descrição da alternativa é compatível com abortamento infectado.

A **alternativa B** está incorreta. No abortamento incompleto ocorrem cólicas intensas, sangramento genital moderado / intenso, colo dilatado e o útero compatível ou menor que idade gestacional e saída de restos ovulares

A **alternativa C** está incorreta. No aborto retido realmente o útero apresenta-se com volume menor que a idade gestacional. O erro da alternativa está em dizer que geralmente não ocorre sangramento, visto que no aborto retido ocorre sangramento na cor escura.

A **alternativa D** está correta. Perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia

A **alternativa E** está correta. Na ameaça de aborto a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la. Além disso, o colo apresenta-se impérvio e o útero é compatível com a idade gestacional.

Gravidez Ectópca

Galera, a **gravidez ectópica** acontece quando a **nidação e o desenvolvimento** do ovo se dão **fora da cavidade endometrial**.

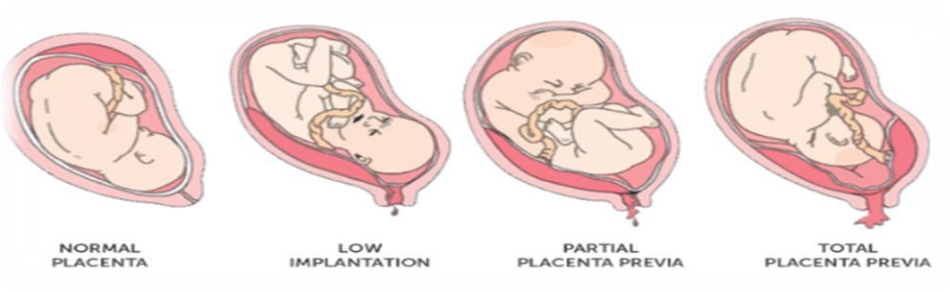
Ocorre na maior parte dos casos **na tuba uterina** (98 % das gestações ectópicas), mas pode acontecer também **nos ovários** (1% dos casos) e na região **abdominal** (cerca de 1 % das ectópcas).

Essa patologia possui como **fatores de risco**: a **doença inflamatória pélvica**; endometriose; cirurgia tubária prévia; **contracepção com progesterona ou DIU**; e/ou antecedente de gravidez ectópica anterior.

A **dor e o sangramento vaginal** são os principais e mais importantes sintomas da gravidez ectópica. O sangramento pode ser de pequena quantidade e/ou irregular, às vezes após pequeno atraso da menstruação.

O tratamento clínico com metotrexato (MTX) é uma alternativa à cirurgia em algumas mulheres. Nos casos de tratamento cirúrgico pode ser conservador ou radical, no tratamento conservador a trompa é preservada por intermédio de uma salpingostomia linear, já no radical é realizada salpingectomia. Ambos podem ser feitos por laparoscopia ou laparotomia.

Placenta prévia (PP)



Pessoal, a **placenta prévia** é implantação total ou parcial da **placenta no segmento inferior do útero.**

São considerados **fatores de risco**: idade avançada, **curetagem uterina prévia**, gravidez gemelar, patologias que deformem a cavidade uterina, **cesarianas anteriores** e infecção puerperal.

Os **relatos das pacientes** podem incluir: **perda sanguínea** por via vaginal, súbita, **de cor vermelha viva**, de quantidade variável, **não acompanhada de dor**.

Durante o **exame obstétrico** pode ser identificado volume e **tono uterinos normais** e frequentemente apresentação fetal anômala.

Geralmente, os **batimentos cardíacos fetais** estão **presentes**. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.

A conduta terapêutica vai depender do sangramento apresentado e da resposta hemodinâmica de cada paciente.

Nos casos onde o sangramento é discreto e a paciente apresenta idade gestacional inferior a 37 semanas orienta-se repouso relativo. Nos casos de sangramento abundante ou gestação acima de 37 semanas a cesariana é indicada.

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

O **descolamento prematuro de placenta** (DPP) é definido como a **separação da placenta da parede uterina** antes do parto. Essa separação pode ser parcial ou total.

Os principais **fatores de risco** são: hipertensão, **rotura prematura de membranas ovulares**, **cesariana prévia, tabagismo**, idade materna avançada, uso de drogas (álcool, cocaína e crack), condições que causem sobredistensão uterina (polihidrâmnio, gestação gemelar), trauma (automobilístico e trauma abdominal direto), DPP em gestação anterior, **amniocentese e cordocentese.**

O DPP começa por um sangramento no interior da decídua, causando hematoma e o descolamento abrupto da placenta do seu sítio normal de implantação. O sangue fica retido e coagula atrás da placenta (hematoma retroplacentário).

O sangramento vaginal que pode variar entre discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno.

Na **fase inicial** do DPP, ocorre taqui-hipersistolia (contrações muito frequentes [> cinco em dez minutos] e intensas), seguida de **hipertonia uterina** e alteração dos batimentos cardíacos fetais;

Na sua **forma grave** pode apresentar quadro caracterizado por **atonia uterina (útero de Couvelaire).**



> Em 80% dos casos, o sangue desloca ou rompe as membranas e flui para o exterior, causando a hemorragia externa. Nos 20% restantes, o sangue fica totalmente retido atrás da placenta, caracterizando a hemorragia oculta.

O diagnóstico é clínico, as principais manifestações são: **dor abdominal súbita**, com intensidade variável, **perda sanguínea de cor vermelho-escura**, com coágulos e em quantidade, às vezes, pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque.

Ao exame obstétrico, **o útero, em geral, encontra-se hipertônico**, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os **batimentos cardíacos fetais** podem estar **alterados ou ausentes**.



Concurseira(o), há um grande número de questões onde os examinadores perguntam sobre as manifestações clínicas do descolamento de placenta e colocam as manifestações pertencentes à placenta prévia...Portanto, para não nos confundirmos, vejamos o resumo abaixo...

Descolamento prematuro de placenta (DPP):

Dor abdominal, perda sanguínea de cor vermelho-escura, útero, hipertônico, doloroso, batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes.

Placenta prévia (PP):

Perda sanguínea de cor vermelha viva, não acompanhada de dor, volume e tono uterinos normais batimentos cardíacos fetais estão presentes.

Vamos treinar com mais uma questão?



9-(FEPESE/ SES SC- 2019) Relacione as colunas 1 e 2 abaixo, com relação aos sinais e sintomas de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e a Placenta Prévia (PP).

Coluna 1

1. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP).
2. Placenta Prévia (PP)

Coluna 2: Sinais e Sintomas

1-( )Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável.
2-( )Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável.
3-( )Na fase inicial, ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina.
4-( )O volume e tono uterinos estão normais e frequentemente a apresentação fetal é anômala.
5-( ) Pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire).

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

a) 1 • 1 • 2 • 2 • 1
b) 1 • 2 • 1 • 2 • 1
c) 1 • 2 • 2 • 1 • 1

d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2

e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

Comentários

A **afirmativa 1:** Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável é característico do descolamento Prematuro de Placenta (DPP).

A **afirmativa 2**: Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável é característico da Placenta Prévia (PP)

A **afirmativa 3**. Na fase inicial do DPP ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina

A **afirmativa 4**. Na placenta prévia, o volume e tono uterinos estão normais e frequentemente a apresentação fetal é anômala.

A **alternativa 5**. O DPP pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire).

A sequência correta é 1 - 2 - 1 - 2 - 1

Gabarito: **Alternativa B**

Retomando a nossa aula, falaremos sobre diabetes gestacional... Vamos lá?

Diabetes gestacional

Galera, a diabetes gestacional[11] é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, identificado pela primeira vez na gestação, que geralmente se encerra no período pós-parto e pode muitas vezes retornar anos depois.

Os **sinais e sintomas** característicos que levantam a suspeita de diabetes são os "quatro P's": **poliúria, polidipsia, polifagia e perda repentina de peso**. Outros sintomas como: prurido, visão turva e fadiga, também podem estar presentes.

O **diagnóstico** de diabetes é feito através da detecção de hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que são utilizados no diagnóstico: glicemia casual, **glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas** (TTG) e, em alguns casos, **hemoglobina glicada (HbA1c).**

O exame deve ser oferecido na primeira consulta e/ou em 24 a 28 semanas de gestação. Os principais fatores de risco para desenvolvimento da diabetes mellitus que devem ser avaliados para toda gestante são:

Idade de 35 anos ou mais;

[11] Caderno de atenção básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. *https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf*

Sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;

Deposição central excessiva de gordura corporal;

Baixa estatura (< 1,50m);

Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;

Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia (peso > 4,5kg) ou DMG;

História familiar de DM em parentes de 1º grau;

Síndrome de ovários policísticos

Queixas mais frequentes na gestação e suas condutas

Pessoal, as orientações a seguir são válidas para os casos em as queixas são transitórias e que não evoluem para patologias mais complexas.

Na maior parte dos casos essas manifestações diminuem ou desaparecem sem o uso de medicamentos (que devem ser evitados ao máximo).

*Ah... essa primeira recomendação (**Consumir dieta fracionada 6 refeições leves ao dia**) é sempre vista em provas, por isso, lembrem-se que ela deve ser orientada nos casos onde a gestante apresenta **náuseas, vômitos, tonturas, fraquezas e desmaios**...*

Vamos conhecer quais são as outras recomendações?

Sintomas	Recomendações
Náuseas, vômitos e tonturas	Consumir dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); Evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes e não consumir líquidos durante as refeições, Ingerir alimentos sólidos e gelados
Pirose (azia)	Dieta fracionada, evitando frituras, café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo
Sialorreia (salivação excessiva)	Dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos; Oriente-a a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância
Fraquezas e desmaios	Não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade; Indique dieta fracionada (evitando jejum prolongado) Sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito

	lateral, respirando profunda e pausadamente.
Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	Certifique-se de que não sejam contrações uterinas; Caso apresente flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados; Dieta rica em resíduos (frutas cítricas, verduras, mamão), aumento da ingestão de líquidos e redução no consumo de alimentos com alta fermentação.
Hemorróidas	Alimentação rica em fibras; Não deve ser utilizado papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) Higiene perianal com água e sabão neutro, banhos de vapor ou compressas mornas devem ser recomendados
Corrimento vaginal (o aumento de fluxo vaginal é comum na gestação)	Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;
Queixas urinárias	O aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação e mesmo sendo incômodo é de extrema importância a ingestão hídrica adequada;
Falta de ar e dificuldades para respirar (sintomas frequentes, causados pelo aumento uterino que ocasiona compressão pulmonar)	Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo; Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar.
Mastalgia (devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento das glândulas)	Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;
Lombalgia (dor lombar)	Correção postural ao sentar e ao andar; usar sapatos com saltos baixos e confortáveis; associados a aplicação de calor local;
Cefaleia (dor de cabeça)	Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia e oriente quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.
Sangramento nas gengivas	Escovação dentária após as refeições com escova de dentes macia; realizar massagem na gengiva e usar fio dental;
Varizes	Recomente que a gestante não fique muito tempo em pé ou sentada e faça intervalos de 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas; Utilizar (se possível) meia-calça elástica para gestante
Câimbras	Massagear o músculo contraído e dolorido e aplique calor local; evite o excesso de exercícios e realize alongamentos.
Cloasma gravídico (costuma diminuir ou desaparecer após o parto)	Não expor o rosto diretamente ao sol e utilizar protetor solar.
Estrias (resultantes da distensão dos tecidos)	Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de

	preveni-las.

Câncer de mama

Como sabemos, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres e o seu processo de carcinogênese tão lento que pode levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável.

Os **principais sítios de metástases** deste tipo de câncer são: **ossos, pulmões e pleura, fígado**, e com menor frequência **cérebro, ovário e pele**.

Os **principais fatores de risco** conhecidos para o câncer de mama estão ligados à **idade, aos fatores genéticos e aos endócrinos**. A **idade** constitui o **mais importante fator de risco** para câncer de mama.

Outros **fatores de risco** conhecidos são:

- Menarca precoce
- Menopausa tardia
- Primeira gravidez após os 30 anos
- Nuliparidade
- Exposição à radiação
- Terapia de reposição hormonal
- Obesidade
- Ingestão regular de álcool
- Sedentarismo
- História familiar



São considerados grupos com **risco muito elevado** para o desenvolvimento do câncer de mama:

- Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade.

- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária.

- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino.

• Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

O **sintoma mais comum** é o aparecimento de um **nódulo, geralmente indolor, duro e irregular,** mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos.

Em geral as **manifestações clínicas** do CA de mama, são:

• Nódulo palpável.
• Endurecimento da mama.
• Secreção mamilar.
• Eritema mamário.
• Edema mamário em "casca de laranja".
• Retração ou abaulamento.
• Inversão, descamação ou ulceração do mamilo.
• Linfonodos axilares palpáveis.

Vale destacar que na presença dos seguintes **sinais e sintomas** o paciente deve ser **encaminhado urgentemente** para serviços de diagnóstico mamário:

• Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos.
• Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual.
• Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade.
• Descarga papilar sanguinolenta unilateral.
• Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos.
• Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral.
• Presença de linfadenopatia axilar.
• Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja.
• Retração na pele da mama.
• Mudança no formato do mamilo.



Atualmente **não se recomenda o autoexame das mamas** como técnica a ser ensinada às mulheres para rastreamento do câncer de mama. Grandes estudos sobre o tema demonstraram baixa efetividade e possíveis danos associados a essa prática. Porém, a mulher deve ser estimulada a conhecer o que é normal em suas mamas e a perceber alterações suspeitas de câncer, por meio da observação e palpação ocasionais de suas mamas, em situações do cotidiano, sem periodicidade e técnicas padronizadas como acontecia com o método de autoexame (INCA, 2019).

A **mamografia** é o único exame utilizado para rastreamento, com capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama e deve ser recomendada para as **mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos**.

Os **resultados do exame mamográfico** são classificados de acordo com o Breast Imaging Reporting and Data System **(BI-RADS®)**[12]. Esse sistema utiliza categorias de 0 a 6 para descrever os achados do exame e prevê recomendações de conduta.

Categoria	Interpretação	Condutas recomendadas
0	Exame incompleto	Avaliação adicional com incidências e manobras; correlação com outros métodos de imagem; comparação com mamografia feita no ano anterior.
1	Exame negativo	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária ou prosseguimento da investigação, se o ECM for alterado
2	Exame com achado tipicamente benigno	Rotina de rastreamento conforme a faixa etária.
3	Exame com achado provavelmente benigno	Controle radiológico.
4	Exame com achado suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
5	Exame com achado altamente suspeito	Avaliação por exame de cito ou histopatológico.
6	Exame com achados cuja malignidade já está comprovada	Terapêutica específica em Unidade de Tratamento de Câncer.

Para encerrarmos nosso estudo sobre Saúde da Mulher, falaremos sobre Climatério...:)

Climatério

Pessoal, a OMS define o **climatério**[13] como **uma fase biológica** da vida e **não um processo patológico**, que compreende a **transição** entre o **período reprodutivo e o não reprodutivo** da mulher.



O climatério **inicia** por volta dos **40 anos** e **se estende** até os **65 anos**.

No acompanhamento laboratorial identifica-se o **aumento do hormônio folículo-estimulante (FSH),** sua elevação ocorre a partir do período reprodutivo tardio

[12] Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.
Disponível em: *http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_2013.pdf*
[13] Manual de Atenção à Mulher no Climatério / Menopausa. 2008.
Disponível em: *http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf*

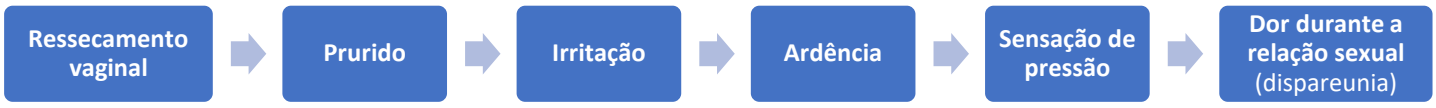
(indicando a proximidade do climatério). Portanto, é um importante marcador para **identificação da falência ovariana**.

A **menopausa** é um marco dessa fase, correspondendo ao **último ciclo menstrual**, somente reconhecida **depois de passados 12 meses** da sua ocorrência e acontece **geralmente em torno** dos **48 aos 50 anos** de idade.

O climatério ocorre de maneira diferenciada entre as mulheres, algumas não apresentam **sintomatologia**, outras podem referir manifestações como: distúrbios vasomotores, cefaleia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido. Os **fogachos ou "ondas de calor"** constituem o sintoma mais comum nas mulheres e podem ocorrer em qualquer fase do climatério.

Os **sinais e sintomas clínicos** do climatério ainda podem ser divididos em **transitórios** (**alterações do ciclo menstrual e sintomatologia mais aguda**) e **não transitórios** (fenômenos **atróficos genitourinários, distúrbios no metabolismo lipídico e ósseo**).

O maior efeito da deficiência estrogênica sobre a pelve são as alterações no aparelho genital (**hipotrofia genital**). Causando manifestações clínicas como:



Nesses casos a freqüência sexual, o uso de medicações locais e **exercícios de Kegel**, podem ajudar a modificar a perda da elasticidade vaginal e a lubrificação.

Pessoal, chegamos ao final da nossa aula, espero que tenha sido bastante produtiva!

Preparados para uma lista de questões?

QUESTÕES COMENTADAS

10-- (IBADE/Prefeitura de Vilhena- 2019) Lesão com perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Marque a alternativa que caracteriza a classificação da lesão por pressão descrita.

a) Lesão por pressão 1

b) Lesão por pressão 2

c) Lesão por pressão 3

d) Lesão por pressão 4

e) Lesão por pressão não classificável

Comentários

Pela descrição a lesão é classificada em estágio 4, visto que possui perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.

Gabarito: **Alternativa D**

11- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) Considerando o novo sistema de classificação de lesão por pressão, julgue o item seguinte.

Considera-se que todas as pessoas que se encontram internadas em serviços de saúde estão em risco no que se refere ao desenvolvimento de lesão por pressão.

Certo

Errado

Comentarios

Errada. Nem todas as pessoas internadas estão em risco no que se refere ao desenvolvimento de lesão por pressão. Para avaliação desse risco utilizamos a escala de Braden.

12- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) A escala de Braden é um dos principais instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão e deve ser aplicada em pessoas com risco para desenvolvimento dessa lesão no momento da admissão para internação hospitalar e em intervalos regulares.

Certo

Errado

Comentários

Errada. Escala de Braden deve ser aplicada em pessoas com risco para desenvolvimento de lesão por pressão no momento da admissão para internação hospitalar, a cada 48 horas, ou se houver qualquer alteração no quadro clínico.

13- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) O estágio 1 da lesão por pressão é caracterizado por pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura, podendo as mudanças visuais serem precedidas de alteração de sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento).

Certo

Errado

Comentarios

Certo. O estágio 1 da lesão por pressão é caracterizado por pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. A presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais.

14-(SMS-RJ/SMS-RJ-2018) Ascite, icterícia, fraqueza, perda de peso e febre baixa contínua caracterizam a patologia denominada:

a) colelitíase

b) hepatite viral

c) colecistite

d) cirrose hepática

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Os sintomas típicos de colelitíase são dor abdominal e náusea. Outros sintomas podem incluir vómitos e inchaço. A dor pode ser pior depois de comer, especialmente depois da ingestão de alimentos gorduroso.

A **alternativa B** está incorreta. São doenças silenciosas que nem sempre apresentam sintomas, mas, quando estes aparecem, podem ser cansaço, febre, mal-estar, tontura, enjoo, vômitos, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

A **alternativa C** está incorreta. Os sintomas da colecistite são dor abdominal e náusea.

A **alternativa D** está correta. São características da cirrose hepática: aumento do fígado no início da evolução (esteatose hepática); posteriormente, o fígado diminui de tamanho em consequência do tecido cicatricial, ascite, icterícia, fraqueza, debilidade muscular, perda de peso, febre baixa e contínua, baqueteamento digital com unhas brancas (unhas de Terry – leuconiquia), púrpura, equimoses espontâneas, epistaxe, hipotensão, pelos corporais escassos e atrofia gonádica.

15-(COSEAC / UFF- 2019) A ferramenta mais utilizada para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, a qual caracteriza o paciente em risco baixo, moderado, alto ou muito alto, é o(a):

a) escore de Framingham.

b) escala de Braden.

c) ferramenta de Huap.

d) tabela de Glasgow.

e) escala de Fugulin.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. O Escore de Risco de Framingham é um metodo que avalia o risco de doença cardiovascular de acordo com a presença ou não de fatores de risco.

A **alternativa B** está correta. Escala de Braden é um instrumento que serve para avaliar e identificar o risco potencial para o desenvolvimento de úlceras de pressão.

A **alternativa C** está incorreta. Essa ferramenta não está presente na literatura.

A alternativa D está incorreta. A escala de coma de Glasgow (ECG) é uma escala neurológica para registrar o nível de consciência.

A **alternativa E** está incorreta. A escala de Fugulin visa classificar o cliente quanto ao grau de dependência em relação à enfermagem, complexidade assistencial

16- (FUNDEP /Prefeitura de Barão de Cocais - MG -2020) Durante o exame físico, o enfermeiro utiliza alguns testes para fazer a avaliação do paciente. Existe um teste indicado para avaliação abdominal, que é a pesquisa de sinal clínico indicativo de ascite. Trata-se de um impulso percebido por meio da transmissão pelo líquido acumulado no abdome, a partir de uma percussão em um dos flancos.

Esse teste é o:

a) Sinal do Piparote

b) Sinal de Blumberg

c) Sinal de Kerning

d) Sinal de Giordano

Comentários

A **alternativa A** está correta. É um teste para identificar a presença de ascite.Trata-se de um impulso percebido por meio da transmissão pelo líquido acumulado no abdome, a partir de uma percussão em um dos flancos.

A **alternativa B** está incorreta. É um teste para identificar apendicite. O sinal de Blumberg é caracterizado por dor ou piora da dor à compressão e descompressão súbita do ponto de McBurney (quadrante inferior direito do abdome).

A **alternativa C** está incorreta. É sinal indicativo de meningite e que consiste no despertar de uma contractura dolorosa da região lombar, quando se faz a flexão da coxa sobre a bacia com a perna em extensão.

A **alternativa D** está incorreta. O sinal de Giordano é feito para identificar a probabilidade doença renal (litíase e pielonefrite aguda).

17- (CESPE/CEBRASPE/UFOP-2018) A discussão sobre a prestação de cuidados à saúde, aliada à segurança do paciente e à qualidade da assistência, tem recebido destaque nos últimos anos. A Lesão por Pressão, quando ocorrida após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, é

reconhecida com um evento adverso potencialmente evitável e também considerada um marcador da qualidade da atenção à saúde. Assim, sobre esse tema, julgue o item a seguir:

Lesão por pressão Estágio 4 compreende perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes e não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

Certo

Errado

Comentários

Errado. Na lesão por pressão estágio 4 há exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.

18-(COTEC/Prefeitura de Lagoa Grande - MG -2019) A intolerância à lactose, também conhecida como deficiência de lactase, é a incapacidade que o corpo tem de digerir lactose – um tipo de açúcar encontrado no leite e outros produtos lácteos. A lactase é a responsável por decompor a lactose, um dissacarídeo, em unidades mais simples. É CORRETO afirmar que essa enzima é produzida no

a) estômago.

b) fígado.

c) intestino grosso.

d) intestino delgado.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. No estomago são produzidas as ezimas Pepsina e Renina.

A **alternativa B** está incorreta. O fígado produz a bile.

A **alternativa C** está incorreta. O intestino grosso tem como função reabsorver água e sais minerais dos alimentos.

A **alternativa D** está correta. Como vimos a lactose é produzida no intestino delgado.

19-(SMS-RJ/ Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ – 2019) O abdome é a região do tronco compreendida entre o diafragma, o músculo que o separa do tórax e a pelve. Para um exame sistematizado do abdome, utilizam-se técnicas instrumentais, obedecendo à sequência:

a) palpação, percussão, ausculta e inspeção

b) percussão, palpação, inspeção e ausculta

c) inspeção, ausculta, percussão e palpação

d) ausculta, inspeção, palpação e percussão

Comentários

A **alternativa C** está correta. No exame físico abdominal devemos seguir a sequência inspeção, ausculta, percussão e palpação, pois a movimentação abdominal ocasionada pela palpação e percução pode aumentar a intensidade dos movimentos hidroaéreos, interferindo na avaliação.

20- (CS-UFG /UFG- 2017) Mais de 90% dos pacientes com cálculo na vesícula biliar apresentam inflamação aguda da vesícula. Essa afecção provoca dor, hipersensibilidade e rigidez da parte superior do abdome que, geralmente, é acompanhada de náuseas e vômitos. A cirurgia realizada para a retirada da vesícula biliar é a

a) colectomia.

b) colecistectomia.

c) colostomia.

d) coledocostomia.

Comentários

A **alternativa A** está incorreta. Colectomia é a retirada cirúrgica total ou parcial do cólon.

A **alternativa B** está correta. Colecistectomia é a retirada cirúrgica da vesícula biliar.

A **alternativa C** está incorreta. A colostomia é a exteriorização no abdome de uma parte do intestino grosso para eliminação de fezes.

A **alternativa D** está incorreta. A coledocostomia refere-se a uma formação cirúrgica de uma abertura no colédoco.

21- (FAURGS/HCPA -2016) Chamamos de _____ a eliminação de fezes escuras, resultantes de sangue desnaturado. _____ é a coloração amarelada da pele e escleróticas. _____ é a transferência passiva de conteúdo gástrico para o esôfago e boca. _____ é a dificuldade para deglutir.

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas dos parágrafos acima.

a) Melena – Refluxo – Icterícia – Hematêmese

b) Hematêmese – Refluxo – Icterícia – Melena

c) Melena – Icterícia – Refluxo – Disfagia

d) Refluxo – Icterícia – Melena – Hematêmese

e) Disfagia – Icterícia – Refluxo – Melena

Comentários

A **alternativa C** está correta. Melena /Icterícia /Refluxo/ Disfagia

***22*- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Para responder a questão, considere o relato a seguir.**

Em 20.06.2018, após ter sua gravidez confirmada, A.A., 37 anos, casada, compareceu à USF para a primeira consulta de pré-natal. Ao realizar o histórico de enfermagem, o enfermeiro foi

informado que o primeiro dia da sua última menstruação fora 29.01.2018 e que seus ciclos menstruais eram regulares, a cada 28 dias. A gestante afirmou que era imigrante de um país da América do Sul, havia chegado ao município há cerca de 30 dias e que, ao entrar no Brasil em dezembro de 2017, havia recebido a vacina contra o sarampo, desconhecendo ter recebido qualquer outra vacina em seu país de origem. Ao exame físico, o enfermeiro não observou anormalidades. Após realização dos testes rápidos, o enfermeiro constatou que o resultado era reagente para sífilis e não reagente para o HIV. Questionada, a gestante informou desconhecer ser portadora de sífilis e nunca ter sido tratada para essa doença.

Frente ao resultado obtido no teste rápido para sífilis, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, entre outras ações, o enfermeiro deve

a) iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI.

b) encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, para tratamento e acompanhamento.

c) tratar a gestante e o companheiro com primeira dose de penicilina G benzatina 1 200 000 UI, por via intramuscular profunda.

d) repetir duas vezes, em dias alternados, a realização do teste rápido para sífilis para confirmação do resultado.

e) tratar a gestante com penicilina cristalina 2 400 000 UI, em dose única, e encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

Comentários

A **alternativa A** está correta. Deve-se iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI. Lembrando que a testagem para sífilis está preconizada na gestação na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre, no início do 3º trimestre, no momento do parto ou em caso de aborto.

A **alternativa B** está incorreta. O pré-natal de alto risco só deve ser indicado caso a gestante fosse portadora de sífilis terciária. Os casos de sífilis terciária geralmente são sintomáticos, por isso a gestante estaria apresentando manifestações clínicas como: lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas. Na questão o enfermeiro relata que o exame físico não apresentava normalidades, portanto, não é um caso de sífilis terciária.

A **alternativa C** está incorreta. O tratamento para sífilis recente, primária e secundária e latente recente é com penicilina G benzatina, 2 400 000 UI e não com 1.200.000UI conforme afirmou a questão.

A **alternativa D** está incorreta. O tratamento para sífilis deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

A **alternativa E** está incorreta. O tratamento para sífilis recente, primária e secundária e latente recente é com penicilina G benzatina e não com penicilina cristalina. A penicilina cristalina só é utilizada nos casos de neurossífilis.

23- (COCP/ IFMT – 2019) As vulvovaginites representam uma das queixas mais frequentes em ginecologia, tendo no corrimento vaginal sua maior expressão clínica. De acordo com os

protocolos da atenção básica e com a atenção integral à saúde das mulheres na atenção básica, são afirmações corretas, EXCETO:

a) A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras

b) O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginoses bacterianas e candidíase.

c) A cervicite é o principal sintoma nas infecções por Gardnerella vaginalis, e, quando acompanhada de dor acentuada após o coito, pode ser indicativa de doença inflamatória pélvica (DIP).

d) Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse.

e) No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

Comentários

A **alternativa A** está correta. A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras

A **alternativa B** está correta. O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginoses bacterianas e candidíase. No tratamento de corrimento vaginal e cervicite as parcerias sexuais devem ser tratadas nos casos de infecção por Gonorreia e Clamídia e Tricomoníase. Vale ressaltar que a exceção para tratar o parceiro com candidíase é quando o parceiro apresenta a forma sintomática.

A **alternativa C** está incorreta. Portanto é o gabarito da questão. As cervicites são frequentemente assintomáticas (em torno de 70% a 80%). Nos casos sintomáticos, as principais queixas são corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia, disúria, polaciúria e dor pélvica crônica.

A **alternativa D** está correta. Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse (hipersensibilidade ao álcool que ocasiona reações como náuseas e vômitos, e em casos mais graves depressão respiratória e arritmias cardíacas.

A **alternativa E** está correta. No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

24-(FEPESE/ Pref Videira-2018) Com relação ao corrimento vaginal e cervicite, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Infecção/Inflamação

1. Candidíase vulvovaginal

2. Tricomoníase

3. Vaginose bacteriana

4. Vaginose citolítica

Coluna 2: Sinais

( ) A secreção vaginal é branca e grumosa.

( ) A secreção vaginal é acinzentada e cremosa.

( ) A secreção vaginal é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.

( ) O corrimento é branco e abundante, que piora na fase lútea.

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

a) 1 • 2 • 3 • 4

b) 1 • 3 • 2 • 4

c) 2 • 3 • 4 • 1

d) 3 • 2 • 1 • 4

e) 4 • 3 • 2 • 1

Comentários

Afirmativa 1: As manifestações clínicas da Candidíase vulvovaginal são: Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; sem odor; prurido vaginal intenso;edema de vulva; hiperemia de mucosa;dispareunia de introito.

Afirmativa 2: As manifestações clínicas da Tricomoníase são: Secreção vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida. Outros sintomas que podem ocorrer são:prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em "framboesa", e com menos frequência pode ocorrer disúria.

Afirmativa 3: As manifestações clínicas da Vaginose bacteriana são: Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual, sem sintomas inflamatórios.

Afirmativa 4: As manifestações clínicas da Vaginose citolítica são: Prurido vaginal; queimação vaginal; dispareunia; disúria terminal e corrimento branco abundante (que piora na fase lútea).

Portanto, a sequência correta é 1 -3 - 2 - 4.

Gabarito: **Alternativa B**

25- (FEPESE/Pref Florianópolis- 2019) Analise a frase abaixo:

O climatério ocorre habitualmente entre os _____anos. A menopausa, é a interrupção_____ da menstruação, sendo caracterizado por _____meses consecutivos de amenorreia.

Assinale a alternativa que completa corretamente as lacunas do texto.

a) 40 e 65 • temporária • 6 meses

b) 40 e 65 • permanente • 12 meses

c) 45 e 65 • permanente • 12 meses

d) 48 e 50 • permanente • 12 meses

e) 50 e 65 • temporária • 6 meses

Comentários

A alternativa A está incorreta. Como vimos o climatério inicia por volta dos 40 anos e se estende até os 65 anos e menopausa é a interrupção permanente da menstruação, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade. Portanto, a alternativa que representa corretamente as descrições é a

Alternativa B.

26- (ADM&TEC/ Pref Major Isidoro- 2019) Leia as afirmativas a seguir:

I. A Política Nacional de Saúde da Mulher busca reduzir a mortalidade feminina por causas evitáveis.

II. A mamografia é um exame complexo que consiste em um raio-X do tórax e apenas permite descobrir o câncer quando o tumor já está em estágio bastante avançado.

III. Com relação ao câncer de mama, recomenda-se que a mulher, na faixa de 50 a 69 anos, além do exame clínico da mama anual, evite fazer uma mamografia a cada dois anos.

Marque a alternativa CORRETA:

a) Nenhuma afirmativa está correta.

b) Está correta a afirmativa I, apenas.

c) Está correta a afirmativa II, apenas.

d) Está correta a afirmativa III, apenas.

e) Todas as afirmativas estão corretas.

Comentários

Afirmativa I: Correta. São objetivos gerais da Política Nacional de Saúde da Mulher: 1- Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. 2- Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. 3- Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Afirmativa II: Incorreta. A mamografia é um exame radiológico da mama, realizado num mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a permitir a captação de melhores imagens, portanto, amplia-se a capacidade de diagnóstico. É o único exame utilizado no rastreamento que tem a capacidade de detectar lesões não palpáveis e causar impacto na mortalidade por câncer de mama.

Afirmativa III: Incorreta. A mamografia deve ser recomendada para as mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos.

Portanto, está correta somente a alternativa I.

Gabarito da questão: **Alternativa B**

LISTA DE QUESTÕES

1- (SMS-RJ/ Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ – 2019) A gastrite é um distúrbio inflamatório da mucosa gástrica. Surge de forma súbita, podendo ser aguda, crônica ou mesmo evoluir para uma úlcera. As gastrites crônicas estão mais relacionadas com a presença da bactéria:

a) Bordetella pertussis

b) Helicobacter pylor

c) Clostridium botulinum

d) Enterococcus faecium

2- (COVEST-COPSET/UFPE-2019)A cirrose é uma condição crônica degenerativa, caracterizada pela substituição do tecido hepático funcional por fibrose. A doença é responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade, hospitalizações consecutivas, absenteísmo no trabalho e maiores gastos sociais. A cirrose hepática é um problema de saúde pública e é a segunda causa de morte entre as doenças gastrointestinais. Com o avanço da doença, os pacientes podem enfrentar complicações associadas, tais como,

a) Icterícia.

b) Rubor.

c) Nutrição calórica.

d) Hiperglicemia.

e) Perda da visão.

3- (AOCP/Prefeitura de Belém- 2018) Na diálise peritoneal, o peritônio (membrana que reveste o abdômen e os órgãos abdominais) funciona como um filtro permeável. Sobre as técnicas de diálise peritoneal, relacione as colunas e assinale a alternativa com a sequência correta.

1. Diálise peritoneal manual intermitente.

2. Diálise peritoneal intermitente com ciclagem automatizada.

3. Diálise peritoneal contínua ambulatorial.

4. Diálise peritoneal contínua auxiliada por um dispositivo de ciclagem.

( ) O líquido é mantido no interior da cavidade abdominal durante intervalos extremamente longos. Comumente o líquido é drenado e reposto quatro a cinco vezes ao dia.

( ) Pode ser realizada em casa pelo próprio indivíduo, eliminando a necessidade de atenção constante de pessoal especializado. Um aparelho com relógio automático bombeia automaticamente o líquido e o drena da cavidade peritoneal.

( ) As bolsas que contêm o líquido são aquecidas até a temperatura corpórea. A seguir, o líquido é infundido no interior da cavidade peritoneal durante 10 minutos, sendo mantido na cavidade durante 60 a 90 minutos e, a seguir, ele é drenado durante um período de 10 a 20 minutos.

( ) Utiliza um dispositivo de ciclagem automática para realizar trocas curtas à noite, durante o sono, enquanto as trocas mais longas são realizadas durante o dia, sem o dispositivo de ciclagem.

a) 3 – 1 – 4 – 2.

b) 2 – 1 – 3 – 4.

c) 4 – 2 – 1 – 3.

d) 1 – 2 – 4 – 3.

e) 3 – 2 – 1 – 4.

4- (COVEST-COPSET/UFPE-2019) Acerca da assistência de enfermagem à pessoa idosa com incontinência esfincteriana, é correto afirmar que:

a) a incontinência de esforço é a queixa de qualquer perda involuntária da urina, causada por infecção do trato urinário, aumento da próstata e tumores pélvicos e de bexiga.

b) a incontinência por transbordamento é a queixa de qualquer perda involuntária de urina durante o esforço, exercícios, ao espirrar e tossir.

c) a incontinência funcional é causada por demências, incapacidade de uso independente do vaso sanitário ou do banheiro, sedação e medicamentos que prejudicam a cognição.

d) a incontinência fecal consiste na capacidade de controlar de forma involuntária a passagem das fezes, apesar de não haver alteração da inervação e da musculatura que diminuam os movimentos esfincterianos.

5-(*CEBRASPE-CESPE/ HUB-2017*) Para enfrentar a epidemia de HIV/AIDS no Brasil, estabeleceu-se, desde o ano de 1996, o tratamento antirretroviral (TARV). A partir da introdução do TARV,

houve um decréscimo na mortalidade anual associada à AIDS, ou seja, a doença tornou-se crônica, com a necessidade de reestruturação do cuidado direcionado às pessoas portadoras de HIV/AIDS. Acerca desse tema, julgue o próximo item.

A transmissão vertical do HIV/AIDS é um problema de saúde pública que pode ser evitado com a profilaxia no parto e puerpério. O uso de AZT no recém-nascido deve ser iniciado ainda na sala de parto.

Certo

Errado

6-(FEPESE/Pref Florianópolis-2019) Quanto ao sinais e sintomas apresentados por mulheres com corrimento vaginal ou cervicites, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Cervicites ou corrimento vaginal

1. Candidíase

2. Vaginose bacteriana

Coluna 2: Sinais e sintomas

I- ( ) Prurido vulvar

II-( ) Teste do KOH negativo

III-( ) Corrimento acinzentado

IV-( ) Corrimento grumoso

V-( ) Teste do KOH positivo

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

a) 1 • 1 • 2 • 1 • 2

b) 1 • 2 • 2 • 1 • 1

c) 1 • 2 • 2 • 1 • 2

d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2

e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

7-(FCC/ALESE - 2018) A síndrome HELLP, uma emergência hipertensiva específica da gravidez, é caracterizada por

a) pressão arterial diastólica maior ou igual a 100 mmHg, proteinúria e alta contagem de plaquetas.

b) eritrocitose, dor torácica típica e síndrome de pânico associados à pressão arterial elevada.

c) pressão arterial sistólica maior ou igual a 120 mmHg sem lesão de órgão-alvo e trombocitose.

d) hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas.

e) leucocitose, bradicardia fetal e enzimas cardíacas elevadas.

8-(CONSULPLAN/ Pref Sabará- 2017) O aborto é definido como a interrupção da gravidez até a 22ª semana ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm. Sobre a sintomatologia da ameaça do aborto, assinale a afirmativa correta.

a) O abortamento inevitável apresenta sinais de peritonite com secreções purulentas.

b) O abortamento incompleto apresenta pequena hemorragia mesclada a fragmentos do ovo e cólicas discretas.

c) O aborto retido revela morte fetal, habitualmente sem sangramento vaginal, sem cólicas e volume do útero menor que o correspondente à idade gestacional.

d) Na ameaça de aborto, a perda de sangue geralmente é pequena, de cor viva ou escura. As dores abdominais são em cólicas discretas e geralmente sucedem a hemorragia, mas podem acompanhá-la.

9-(FEPESE/ SES SC- 2019) Relacione as colunas 1 e 2 abaixo, com relação aos sinais e sintomas de Descolamento Prematuro de Placenta (DPP) e a Placenta Prévia (PP).

Coluna 1

1. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP).
2. Placenta Prévia (PP)

Coluna 2: Sinais e Sintomas

1-( )Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável.
2-( )Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho-vivo, recorrente e progressivo de quantidade variável.
3-( )Na fase inicial, ocorre taquisistolia, seguida de hipertonia uterina.
4-( )O volume e tono uterinos estão normais e frequentemente a apresentação fetal é anômala.
5-( ) Pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire).

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

a) 1 • 1 • 2 • 2 • 1
b) 1 • 2 • 1 • 2 • 1
c) 1 • 2 • 2 • 1 • 1
d) 2 • 1 • 2 • 1 • 2
e) 2 • 2 • 1 • 2 • 1

10- (IBADE/Prefeitura de Vilhena- 2019) Lesão com perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e/ou escara pode estar visível. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Marque a alternativa que caracteriza a classificação da lesão por pressão descrita.

a) Lesão por pressão 1

b) Lesão por pressão 2

c) Lesão por pressão 3

d) Lesão por pressão 4

e) Lesão por pressão não classificável

11- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) Considerando o novo sistema de classificação de lesão por pressão, julgue o item seguinte.

Considera-se que todas as pessoas que se encontram internadas em serviços de saúde estão em risco no que se refere ao desenvolvimento de lesão por pressão.

Certo

Errado

12- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) A escala de Braden é um dos principais instrumentos de avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão e deve ser aplicada em pessoas com risco para desenvolvimento dessa lesão no momento da admissão para internação hospitalar e em intervalos regulares.

Certo

Errado

13- (CESPE / CEBRASPE/ HUB -2018) O estágio 1 da lesão por pressão é caracterizado por pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura, podendo as mudanças visuais serem precedidas de alteração de sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento).

Certo

Errado

14-(SMS-RJ/SMS-RJ-2018) Ascite, icterícia, fraqueza, perda de peso e febre baixa contínua caracterizam a patologia denominada:

a) colelitíase

b) hepatite viral

c) colecistite

d) cirrose hepática

15-(COSEAC / UFF- 2019) A ferramenta mais utilizada para avaliação de risco de desenvolvimento de úlcera por pressão, a qual caracteriza o paciente em risco baixo, moderado, alto ou muito alto, é o(a):

a) escore de Framingham.

b) escala de Braden.

c) ferramenta de Huap.

d) tabela de Glasgow.

e) escala de Fugulin.

16- (FUNDEP /Prefeitura de Barão de Cocais - MG -2020) Durante o exame físico, o enfermeiro utiliza alguns testes para fazer a avaliação do paciente. Existe um teste indicado para avaliação abdominal, que é a pesquisa de sinal clínico indicativo de ascite. Trata-se de um impulso percebido por meio da transmissão pelo líquido acumulado no abdome, a partir de uma percussão em um dos flancos.

Esse teste é o:

a) Sinal do Piparote

b) Sinal de Blumberg

c) Sinal de Kerning

d) Sinal de Giordano

17- (CESPE/CEBRASPE/UFOP-2018) A discussão sobre a prestação de cuidados à saúde, aliada à segurança do paciente e à qualidade da assistência, tem recebido destaque nos últimos anos. A Lesão por Pressão, quando ocorrida após a admissão do indivíduo no serviço de saúde, é reconhecida com um evento adverso potencialmente evitável e também considerada um marcador da qualidade da atenção à saúde. Assim, sobre esse tema, julgue o item a seguir:

Lesão por pressão Estágio 4 compreende perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes e não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso.

Certo

Errado

Comentários

18-(COTEC/Prefeitura de Lagoa Grande - MG -2019) A intolerância à lactose, também conhecida como deficiência de lactase, é a incapacidade que o corpo tem de digerir lactose – um tipo de açúcar encontrado no leite e outros produtos lácteos. A lactase é a responsável por decompor a lactose, um dissacarídeo, em unidades mais simples. É CORRETO afirmar que essa enzima é produzida no

a) estômago.

b) fígado.

c) intestino grosso.

d) intestino delgado.

19-(SMS-RJ/ Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ – 2019) O abdome é a região do tronco compreendida entre o diafragma, o músculo que o separa do tórax e a pelve. Para um exame sistematizado do abdome, utilizam-se técnicas instrumentais, obedecendo à sequência:

a) palpação, percussão, ausculta e inspeção

b) percussão, palpação, inspeção e ausculta

c) inspeção, ausculta, percussão e palpação

d) ausculta, inspeção, palpação e percussão

20- (CS-UFG /UFG- 2017) Mais de 90% dos pacientes com cálculo na vesícula biliar apresentam inflamação aguda da vesícula. Essa afecção provoca dor, hipersensibilidade e rigidez da parte superior do abdome que, geralmente, é acompanhada de náuseas e vômitos. A cirurgia realizada para a retirada da vesícula biliar é a

a) colectomia.

b) colecistectomia.

c) colostomia.

d) coledocostomia.

21- (FAURGS/HCPA -2016) Chamamos de _____ a eliminação de fezes escuras, resultantes de sangue desnaturado. _____ é a coloração amarelada da pele e escleróticas. _____ é a transferência passiva de conteúdo gástrico para o esôfago e boca. _____ é a dificuldade para deglutir.

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas dos parágrafos acima.

a) Melena – Refluxo – Icterícia – Hematêmese

b) Hematêmese – Refluxo – Icterícia – Melena

c) Melena – Icterícia – Refluxo – Disfagia

d) Refluxo – Icterícia – Melena – Hematêmese

e) Disfagia – Icterícia – Refluxo – Melena

***22*- (VUNESP/ Pref Serrana- 2018) Para responder a questão, considere o relato a seguir.**

Em 20.06.2018, após ter sua gravidez confirmada, A.A., 37 anos, casada, compareceu à USF para a primeira consulta de pré-natal. Ao realizar o histórico de enfermagem, o enfermeiro foi informado que o primeiro dia da sua última menstruação fora 29.01.2018 e que seus ciclos menstruais eram regulares, a cada 28 dias. A gestante afirmou que era imigrante de um país da América do Sul, havia chegado ao município há cerca de 30 dias e que, ao entrar no Brasil em dezembro de 2017, havia recebido a vacina contra o sarampo, desconhecendo ter recebido qualquer outra vacina em seu país de origem. Ao exame físico, o enfermeiro não observou anormalidades. Após realização dos testes rápidos, o enfermeiro constatou que o resultado era

reagente para sífilis e não reagente para o HIV. Questionada, a gestante informou desconhecer ser portadora de sífilis e nunca ter sido tratada para essa doença.

Frente ao resultado obtido no teste rápido para sífilis, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, entre outras ações, o enfermeiro deve

a) iniciar o tratamento com a primeira dose de penicilina G benzatina, 2 400 000 UI.

b) encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, para tratamento e acompanhamento.

c) tratar a gestante e o companheiro com primeira dose de penicilina G benzatina 1 200 000 UI, por via intramuscular profunda.

d) repetir duas vezes, em dias alternados, a realização do teste rápido para sífilis para confirmação do resultado.

e) tratar a gestante com penicilina cristalina 2 400 000 UI, em dose única, e encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

23- (COCP/ IFMT – 2019) As vulvovaginites representam uma das queixas mais frequentes em ginecologia, tendo no corrimento vaginal sua maior expressão clínica. De acordo com os protocolos da atenção básica e com a atenção integral à saúde das mulheres na atenção básica, são afirmações corretas, EXCETO:

a) A candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Deve-se também reforçar medidas higiênicas e investigar doenças imunossupressoras

b) O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado no caso de vaginoses bacterianas e candidíase.

c) A cervicite é o principal sintoma nas infecções por Gardnerella vaginalis, e, quando acompanhada de dor acentuada após o coito, pode ser indicativa de doença inflamatória pélvica (DIP).

d) Ao acompanhar o tratamento medicamentoso para tricomoníase e vaginose bacteriana, deve-se orientar a não ingestão de bebida alcoólica antes, durante e após o tratamento devido ao efeito antabuse.

e) No tratamento de gonorreia, tricomoníase e clamídia todos os parceiros devem ser tratados com dose única.

24-(FEPESE/ Pref Videira-2018) Com relação ao corrimento vaginal e cervicite, relacione as colunas 1 e 2 abaixo.

Coluna 1: Infecção/Inflamação

1. Candidíase vulvovaginal

2. Tricomoníase

3. Vaginose bacteriana

4. Vaginose citolítica

Coluna 2: Sinais

( ) A secreção vaginal é branca e grumosa.

( ) A secreção vaginal é acinzentada e cremosa.

( ) A secreção vaginal é amarelo-esverdeada, bolhosa e fétida.

( ) O corrimento é branco e abundante, que piora na fase lútea.

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

a) 1 • 2 • 3 • 4

b) 1 • 3 • 2 • 4

c) 2 • 3 • 4 • 1

d) 3 • 2 • 1 • 4

e) 4 • 3 • 2 • 1

25- (FEPESE/Pref Florianópolis- 2019) Analise a frase abaixo:

O climatério ocorre habitualmente entre os _____anos. A menopausa, é a interrupção_____ da menstruação, sendo caracterizado por _____meses consecutivos de amenorreia.

Assinale a alternativa que completa corretamente as lacunas do texto.

a) 40 e 65 • temporária • 6 meses

b) 40 e 65 • permanente • 12 meses

c) 45 e 65 • permanente • 12 meses

d) 48 e 50 • permanente • 12 meses

e) 50 e 65 • temporária • 6 meses

26- (ADM&TEC/ Pref Major Isidoro- 2019) Leia as afirmativas a seguir:

I. A Política Nacional de Saúde da Mulher busca reduzir a mortalidade feminina por causas evitáveis.

II. A mamografia é um exame complexo que consiste em um raio-X do tórax e apenas permite descobrir o câncer quando o tumor já está em estágio bastante avançado.

III. Com relação ao câncer de mama, recomenda-se que a mulher, na faixa de 50 a 69 anos, além do exame clínico da mama anual, evite fazer uma mamografia a cada dois anos.

Marque a alternativa CORRETA:

a) Nenhuma afirmativa está correta.

b) Está correta a afirmativa I, apenas.

c) Está correta a afirmativa II, apenas.

d) Está correta a afirmativa III, apenas.

e) Todas as afirmativas estão corretas.

GABARITO

1. B
2. A
3. E
4. C
5. Certa
6. A
7. D
8. E
9. B
10. D
11. Errada
12. Errada
13. Certo
14. D
15. B
16. A
17. Errado
18. D
19. C
20. B
21. C
22. A
23. C
24. B
25. B
26. B

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.