



Estratégia
CONCURSOS

Aula

Conhecimentos Específicos p/ UFPE (Enfermeiro) Pós-Edital

Professor: Lígia Carneiro Fernandes

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	2
DIABETES MELLITUS	23
ASMA.....	42
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).....	50
Epilepsias.....	55
Gastrite.....	61
DOENÇA DO REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO	64
Apendicite	67
Psoríase	69
Anemia	72
Anafilaxia.....	76
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	79
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	83
DOENÇA RENAL CRÔNICA	88
Fraturas	94
IMOBILIZAÇÃO TEMPORÁRIA.....	98
Hepatites	116
HIV/AIDS.....	124





HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido.

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como:

- Doença cerebrovascular
- Doença arterial coronariana
- Insuficiência cardíaca
- Doença renal crônica
- Doença arterial periférica

A **Hipertensão Arterial (HA)** pode ser definida como a elevação intermitente ou sustentada da pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou mais, ou pressão diastólica maior que 90 mmHg, confirmada com base na média de duas ou mais mensurações, verificados em um ou mais encontros.

Ano: 2018

Banca: COMPERVE

Órgão: UFRN



A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). No processo de rastreamento da hipertensão arterial, devido à variabilidade individual da medida da pressão arterial, recomenda-se, para se realizar o diagnóstico, a obtenção

A de média das aferições da PA do usuário, registradas no serviço de saúde e que tenham apresentado quaisquer alterações da PA.

B de uma aferição com PA alterada em qualquer das visitas do usuário ao serviço de saúde, para consultas ou atendimento de prevenção.

C de média das aferições da PA do usuário, registradas no serviço de saúde por ocasião de sintomas característicos de hipertensão em um período de um ano.

D de duas ou mais aferições, em pelo menos duas ou mais visitas ao serviço de saúde, ao longo de um período de uma ou mais semanas.

Resposta

É preconizado que, inicialmente, as medidas sejam feitas em Unidades de Saúde e não aferição única.

Alternativa: E.

A etiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica é multifatorial. Basicamente, divide-se em:

- **ESSENCIAL** ou primária: fruto da desregulação do mecanismo de controle homeostático da pressão, presente na maioria dos casos.
- **SECUNDÁRIA:** relacionada a uma doença sistêmica que eleva a resistência arterial periférica ou o débito cardíaco. As causas de HAS secundária podem ser divididas em categorias:
 1. Causas renais: rim policístico, doenças parenquimatosas.
 2. Causas renovasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal.
 3. Causas endócrinas: feocromocitoma, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hipertireoidismo, hipotireoidismo, acromegalia.
 4. Causas exógenas: drogas, álcool, tabagismo (especialmente em grandes quantidades), cafeína, intoxicação química por metais pesados.



A hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, destacando-se como complicações mais frequentes o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Cerebral, a Insuficiência Renal Crônica, a Insuficiência Cardíaca, as Amputações de Pés e Pernas, a Cegueira definitiva, os Abortos e as Mortes Perinatais.

Dentre os fatores de risco estão:

Idade: Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos

Gênero e etnia: a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca.

Ingestão de sal: ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA.

Ingestão de álcool: A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral.

Sedentarismo: atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV.

Fatores socioeconômicos: a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.

Genética: A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população, porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS.

Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m² e/ou circunferência abdominal ≥ 102 cm nos homens ou ≥ 88 cm nas mulheres);



Resistência à insulina (glicemia plasmática em jejum: 100-125 mg/dl; Teste oral de tolerância à glicose: 140-199 mg/dl em 2 horas;

Hemoglobina glicada: 5,7 – 6,4%)

LDL > 115mg/dl (a diretriz anterior preconizava >110mg/dl como fator de risco

A presença de HAS, DM, dislipidemia, história familiar e tabagismo são fatores de risco associados à maior probabilidade de DAC. A DAC é conhecida como a doença dos “3Ds”, representando a dor, a dispneia e a disritmia, manifestações mais frequentemente observadas nos eventos coronarianos.

Um dos aspectos mais importantes para garantir a acurácia das medidas de pressão arterial é a utilização de manguitos de dimensões recomendadas para o uso nas diversas faixas etárias e locais de medida da PA. A utilização de aparelhos de pressão com manguitos de dimensões fora das recomendadas acarretará imprecisão dos resultados obtidos.

A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.



Aferição da Pressão Arterial

1. Explicar o procedimento ao usuário e deixá-lo em repouso pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Ele deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certificar-se de que o usuário NÃO:

- Está com a bexiga cheia;
- Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;



- Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos (estes últimos em quantidades significativas);
- Fumou nos 30 minutos anteriores.

3. Posicionamento do usuário:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.

O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida propriamente:

Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço.

Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital.

Centralizar o meio da parte compreensiva do manguito sobre a artéria braquial.

Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.

Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.

Inflar rapidamente até ultrapassar 20 mmHg a 30 mmHg o nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação.

Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo).

Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e, após aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.



Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).

Auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa.

Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da sistólica/diastólica/ zero.

Sugere-se esperar em torno de 1 minuto para nova medida, embora esse aspecto seja controverso.

Informar os valores de pressões arteriais obtidos para o usuário.

Anotar os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida. Onde: PA = pressão arterial; mmhg = milímetro de mercúrio; cm = centímetros.

OBS: Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada.

Ano: 2018

Banca: FCC

Órgão: Prefeitura de Macapá - AP

O técnico de enfermagem foi escalado para compor a equipe que participará da Campanha de Prevenção da Hipertensão Arterial na sua unidade de trabalho. Com relação à aferição da pressão arterial, o coordenador da campanha orientou a equipe para seguir as diretrizes recomendadas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia. Dentre as recomendações, consta:

A Posicionar o braço do paciente na altura do abdômen com a palma da mão voltada para baixo.

B Deixar o paciente em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo, antes de medir a PA.



C Instruir o paciente para conversar em tom baixo, durante a medição, se for de sua preferência.

D Medir a PA com o paciente diabético em posição de decúbito dorsal, considerando que é frequente a hipertensão ortostática.

E Realizar no máximo uma medição da PA em ambos os braços e considerar como referência, o valor do braço onde foi obtida a menor pressão.

Resposta

Excelente questão para praticar.

a) ERRADA. Posicionar o braço na altura do coração e com a palma da mão para cima.

b) CERTA.

c) ERRADA. Pedir silêncio durante a aferição.

d) ERRADA. Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada.

e) ERRADA. Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência.

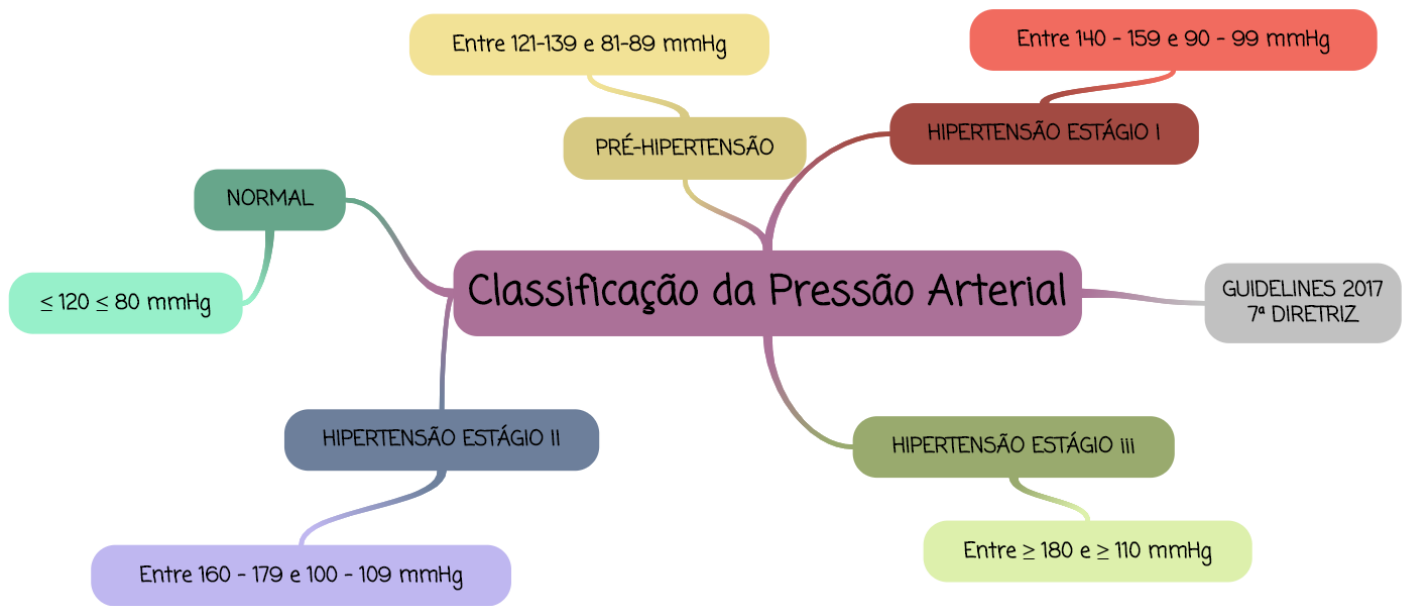
Alternativa: B.

Há outros métodos para caracterizar a pressão usual dos indivíduos. **A Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA)** é o registro da pressão arterial por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite, durante 4-5 dias, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho com aparelhos validados. São consideradas anormais na MRPA as médias, de pelo menos 12 medidas, de pressão arterial acima de 135/85 mm Hg.

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais na vigília e durante o sono. São consideradas anormais no MAPA as médias de pressão arterial de 24 horas, vigília e sono acima de 130/80, 135/85 e 120/70 mm Hg, respectivamente.

A classificação da pressão arterial se dá pelos valores abaixo relacionados:





Lembre-se que a HAS:

- a) não tem cura, mas a mudança da dieta e do estilo de vida associados ao uso de fármacos (nos casos moderados e graves), possibilita seu controle;
- b) suas complicações tardias poderão ser acidente cerebrovascular, crises isquêmicas transitórias no cérebro; cegueira, infarto agudo do miocárdio, proteinúria edema e insuficiência renal;
- d) o processo de envelhecimento provoca alterações estruturais no sistema cardiovascular, tais como acúmulo de placa aterosclerótica, depósitos de colágeno, fragmentação das elastinas arteriais, vasodilatação prejudicada) que contribuem para o aumento da pressão arterial.

Após a confirmação diagnóstica da hipertensão, a presença de lesões em órgãos-alvo deve ser investigada e o risco cardiovascular estimado, por exemplo, pelo escore de risco de Framingham. Veja:

Risco Baixo

Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo e ausência de lesão em órgão-alvos.



Risco Moderado	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado, mas com ausência de lesão em órgãos-alvo.
Risco Alto	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco com escore de Framingham alto.

O tratamento tem por base mudanças no estilo de vida (MEV): perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, dentre outras ações) e o tratamento medicamentoso (TM). Baseado nisso, coloca-se a educação em saúde um fator importantíssimo no incentivo a adesão ao tratamento com mudança dos hábitos.

As classes de anti-hipertensivos abrangem:

- Diuréticos.
- Inibidores adrenérgicos.
- Vasodilatadores diretos.
- Antagonistas do sistema renina-angiotensina.
- Bloqueadores dos canais de cálcio.

São características a serem observadas na escolha do anti-hipertensivo:

1. Ser eficaz por via oral
2. Permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferências para dose única diária
3. Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou interação química dos compostos.
4. Ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose, substituição da monoterapia ou mudança das associações em uso.
5. Ser seguro e bem tolerado e com relação de risco/benefício favorável ao paciente
6. Ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentada gradativamente ressaltando-se que, quando maior a dose, maiores serão as probabilidades de efeitos adversos
7. Ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 e para pacientes de alto e muito alto risco cardiovascular que, na maioria das vezes, não alcançam a meta de redução da pressão arterial preconizada com a monoterapia.



8. Ter demonstração, em ensaios clínicos, da capacidade de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares associadas à hipertensão arterial (característica para preferência de escolha).

Tratamento da Hipertensão



Legenda

DIL: diuréticos; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BRA: bloqueador do receptor de angiotensina; BB: betabloqueadores.

Ano: 2018

Banca: FCC

Órgão: Prefeitura de Macapá - AP



Os medicamentos anti-hipertensivos, quando usados em tratamento de longo prazo, provocam alguns eventos indesejáveis e são causa frequente de falta de adesão ao tratamento. São exemplos de efeitos adversos:

I. tontura. II. hipopotassemia. III. hipercalemia.

Está correto o que se afirma em

- A I e II, apenas.
- B I, II e III.
- C I e III, apenas.
- D II e III, apenas.
- E I, apenas.

Resposta

Em geral, são possíveis efeitos colaterais do uso de anti hipertensivos:

Câimbras musculares;

Cefaleia;

Dislipidemia;

Fraqueza;

Hipocalemia também conhecidas como Hipopotassemia;

Hipotensão Postural também conhecida como Tontura;

Intolerância à glicose;

Impotência sexual;

Náuseas;

Vômitos.

Alternativa: A.



As crises hipertensivas (CH) são caracterizadas pela elevação aguda da PA, sendo classificadas em emergências e urgências.

Emergências hipertensivas (EH) são condições nas quais há elevação crítica da PA, associada à lesão de órgãos alvo e risco iminente de morte.



Por outro lado, nas urgências hipertensivas (UH), ocorre elevação significativa da PA (> 180 mmHg x 120 mmHg), em usuários clinicamente estáveis, sem comprometimento agudo de órgãos-alvo.

Tal assunto faz parte da abordagem do bloco de Urgência e Emergência.

Ano: 2018

Banca: COMPERVE

Órgão: UFRN

Um senhor de 54 anos apresentou parada cardiopulmonar e foi submetido a ressuscitação com êxito. Nesse caso, uma das metas hemodinâmicas aconselhadas para os pacientes após ressuscitação, de acordo com os Destaques da American Heart Association 2015, é evitar e corrigir imediatamente a hipotensão, ou seja, a pressão arterial média inferior a 65 mmHg e a pressão arterial sistólica inferior a

100 mmHg.

90 mmHg.

110 mmHg.

120 mmHg.

Resposta

É aconselhável evitar e corrigir imediatamente a hipotensão (PAS <90mmHg, PAM < 65mmHg) durante os cuidados pós-PCR.

Alternativa: B.

Ano: 2018

Banca: COMPERVE

Órgão: UFRN

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Sobre o processo de rastreamento e diagnóstico da hipertensão arterial, analise as afirmações a seguir.



I A presença de sintomas deve ser considerada como fator decisivo para a adoção de conduta, pois o indivíduo assintomático sem fatores de riscos presentes provavelmente não é hipertenso.

II A primeira verificação deve ser realizada especificamente no braço esquerdo e esse braço deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.

III A presença ou não de sintomas não deve ser considerada como fator decisivo para a adoção de conduta, ou seja, mesmo indivíduo assintomático e com inúmeros fatores de riscos presentes deve ter seu risco definido e, a partir do grau, ter seu acompanhamento estabelecido.

IV O seguimento do hipertenso não deve estar apenas vinculado com a medida da pressão, devendo-se sempre avaliar os fatores de risco. Mais importante que o diagnóstico de hipertensão é a somatória dos fatores de risco e sua interação, ou seja, a avaliação global do risco cardiovascular.

Estão corretas as afirmativas

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

Resposta

OS erros estão na I e II, veja:

I – A hipertensão é uma doença silenciosa e deve ser tratada mesmo na ausência de sintomas.

II - A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços. Caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas.

Alternativa: C.

Ano: 2011

Banca: FCC

Órgão: TRT - 14ª Região (RO e AC)

Paciente, 35 anos, nega hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias, realizou nesta semana dois turnos extras, foi levado ao posto médico da metalúrgica em que trabalha devido cefaleia em região da nuca e mal-estar. Aferido PA = 160/100 mmHg.



Segundo as diretrizes de hipertensão arterial, trata-se de Hipertensão

- a) arterial estágio 1.
- b) arterial estágio 2.
- c) arterial estágio 3.
- d) maligna.
- e) arterial sistólica isolada.

Resposta

Conforme a tabela de classificação, um pouco mais acima, trata-se do estágio 2.

Alternativa: B.

Ano: 2017

Banca: CONSULPLAN

Órgão: TRF - 2ª REGIÃO

“Colaborador de empresa procurou o serviço de enfermagem do trabalho para mensuração de pressão arterial. O mesmo relatou que está passando mal, com cefaleia e visão turva. Após o exame, constata-se que a pressão arterial deste senhor se encontra a 150 x 90 mmHg.” Baseado nas novas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), este senhor é classificado como:

- a) Normotenso.
- b) Crise hipertensiva.
- c) Hipertensão estágio 1.
- d) Hipertensão estágio II.

Resposta

De mesmo raciocínio, classifica-se no estágio 1.

Alternativa: C.

Ano: 2011

Banca: FCC

Órgão: TRT - 1ª REGIÃO (RJ)

O tratamento da hipertensão arterial

- a) não diminui o risco de acidente vascular cerebral.
- b) não diminui o risco de infarto agudo do miocárdio.
- c) não diminui o risco de insuficiência cardíaca.
- d) diminui o número de diálises no país.



e) não inclui medidas como perda de peso.

Resposta

Dentre as complicações da HAS está a nefropatia, logo, o tratamento da hipertensão arterial pode reduzir casos de nefropatia com necessidade de diálise.

Alternativa: D.

Ano: 2011

Banca: FCC

Órgão: TRT - 1ª REGIÃO (RJ)

É considerada causa de hipertensão arterial secundária:

- a) feocromocitoma.
- b) doença vascular obstrutiva de membros inferiores.
- c) diabetes.
- d) litíase renal.
- e) aneurisma de aorta torácica.

Resposta

Repetindo aqui para você se lembrar:

Hipertensão SECUNDÁRIA: relacionada a uma doença sistêmica que eleva a resistência arterial periférica ou o débito cardíaco. As causas de HAS secundária podem ser divididas em categorias:

*Causas renais: rim policístico, doenças parenquimatosas.

*Causas renovasculares: coarctação da aorta, estenose da artéria renal.

*Causas endócrinas: **feocromocitoma**, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, hipertireoidismo, hipotireoidismo, acromegalia.

*Causas exógenas: drogas, álcool, tabagismo (especialmente em grandes quantidades), cafeína, intoxicação química por metais pesados.

Alternativa: A.

Ano: 2013

Banca: CONPASS

Órgão: Prefeitura de Carnaíba – PE

Qual dos seguintes medicamentos são usados para hipertensão e diabetes, respectivamente?

- a) Captopril e Glibenclamida



- b) Insulina regular e Glibenclamida
- c) Captopril e Hidroclorotiazida
- d) Glibenclamida e Captopril
- e) Hidroclorotiazida e Propranolol

Resposta

Captopril é um fármaco do tipo iECA, inibidor da enzima conversora da angiotensina I. Sua principal indicação é para tratamento de hipertensão arterial e alguns casos de insuficiência cardíaca.

Glibenclamida é uma sulfonilureia de segunda geração usada no tratamento do diabetes mellitus tipo 2, severa, estável e que não pode ser controlada através de dieta, exercícios e perda de peso.

Alternativa: A.

Ano: 2011

Banca: CESGRANRIO

Órgão: Transpetro

Ao verificar a pressão arterial de um trabalhador com queixa de mal-estar súbito pós-prandial, o técnico de enfermagem informou ao médico o valor de 170/80 mmHg que indica

- a) hipertensão sistólica
- b) hipertensão arterial
- c) hipotensão arterial
- d) pressão diastólica
- e) pressão convergente

Resposta

Apenas o valor sistólico está elevado, logo, hipertensão sistólica.

Alternativa: A.

Ano: 2011

Banca: FCC

Órgão: TRE-RN

Dentre os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são considerados:

- a) obesidade, sedentarismo, doença vascular encefálica e diabetes melito.



- b) ingestão de bebidas alcoólicas, ingestão de fibras, diabetes melito e obesidade.
- c) consumo de sal, asma, gordura saturada e doença renal.
- d) doença arterial coronária, fatores psicossociais, ansiedade e tabagismo.
- e) etnia, tabagismo, excesso de peso, sedentarismo e etilismo.

Resposta

Os fatores de risco são: idade, gênero, etnia, excesso de peso, obesidade, ingestão de álcool e álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética, etc.

Alternativa: E.

Ano: 2010

Banca: CESPE

Órgão: BRB

A monitorização ambulatorial da pressão arterial é recomendada nas suspeitas de hipertensão do jaleco branco, de hipertensão noturna, de hipotensão ortostática e de insuficiência autonômica.

Resposta

Conforme as Diretrizes da MAPA, tem-se utilidade nos seguintes casos:

Diagnóstico da hipertensão do avental branco em pacientes com hipertensão de consultório, mas sem lesões em órgãos-alvo (LOA)

Diagnóstico de hipertensão limítrofe sem LOA Avaliação de hipertensão refratária

Avaliação de hipertensão episódica

Sintomas de hipotensão

Decisão sobre o tratamento de hipertensão arterial em idosos Identificação de hipertensão noturna

Manejo da hipertensão durante a gravidez

Avaliação da eficácia anti-hipertensiva na clínica ou em pesquisa

Alternativa: Certa.

Ano: 2009

Banca: FCC

Órgão: TRT - 7ª Região (CE)

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica está correlacionada diretamente com a idade, sendo que a Pseudo-hipertensão pode ser



- a) caracterizada pelo afrouxamento das paredes arteriais.
- b) provocada pela osteoporose.
- c) detectada por meio da manobra de Osler.
- d) agravada pela perda de peso.
- e) causada por medicamentos hipotensores.

Resposta

Pseudo-hipertensão, caracterizada por níveis pressóricos falsamente elevados, devido ao enrijecimento da parede arterial, que dificulta a oclusão da artéria. Podemos identificar esta situação com a Manobra de Osler que consiste em inflar o manguito até acima do nível da pressão sistólica e palpar a artéria radial. Nos pacientes que apresentam calcificação vascular a artéria permanece palpável (sinal de Osler positivo).

Alternativa: C.

Ano: 2016

Banca: FUNCAB

Órgão: EMSERH

A Pseudo-hipertensão está correlacionada com a idade e é caracterizada por níveis pressóricos falsamente elevados. Sobre a Pseudo-hipertensão é correto afirmar:

- a) É provocada pela perda de peso.
- b) Ocorre devido ao uso de medicamentos e drogas que possam aumentara pressão arterial.
- c) Caracterizada quando, após a ausculta dos anos iniciais, ocorre o desaparecimento dos sons e o seu reaparecimento em níveis pressóricos mais baixos, o que subestima a verdadeira pressão sistólica.
- d) Ocorre devido ao enrijecimento da parede arterial, que dificulta a oclusão da artéria. É detectada por meio da manobra de Osler.
- e) Ocorre exclusivamente em pessoas tabagistas.

Resposta

A Pseudo-hipertensão: causado pelo um processo aterosclerótico, utiliza-se a manobra de OSLER para detectá-lo e observa-se que a artéria RADIAL permanece palpável após a insuflação do manguito.

Alternativa: D.

Ano: 2014

Banca: Prefeitura de Bom Retiro



Órgão: Prefeitura de Bom Retiro

Acerca da hipertensão arterial, podemos afirmar que é um dos principais fatores de risco para ocorrência de:

- a) Acidente vascular cerebral.
- b) Infarto agudo do miocárdio.
- c) Aneurisma arterial.
- d) Todas estão corretas.

Resposta

Todas as alternativas têm a hipertensão como fator de risco.

Alternativa: D.

Ano: 2015

Banca: IBFC

Órgão: CEP 28

A hipertensão arterial é uma doença da regulação vascular na qual estão alterados os mecanismos que controlam a pressão arterial dentro da faixa da normalidade. A hipertensão prolongada lesiona os vasos sanguíneos, aumenta o risco de acidente vascular cerebral, angina, infarto, entre outros. Analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa incorreta:

- a) A hipertensão é uma das doenças crônicas mais prevalentes em todo mundo e uma das causas mais importantes de doença renal crônica.
- b) História familiar e ingestão excessiva de potássio são fatores de risco para a hipertensão.
- c) O paciente obeso e com estilo de vida sedentária tem risco aumentado para hipertensão.
- d) Ingestão excessiva de álcool é fator associado a maior prevalência de hipertensão arterial.

Resposta

Estamos procurando a incorreta. Potássio não é risco para hipertensão, mas sim ingesta de sódio.

Alternativa: B.

Ano: 2010

Banca: IF-RJ

Órgão: IF-RJ



Dentre os diversos fatores de risco, para a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), podemos citar

- a) hipóxia, ataxia e disfagia
- b) hipertensão, hipercolesterolemia e tabagismo.
- c) diabetes, cardiopatia e intubação orotraqueal.
- d) alcoolismo, hipotensão e ventilação mecânica.
- e) hipertensão, taquicardia e cefaleia intensa.

Resposta

Dentre as alternativas, temos que hipertensão colesterol elevado e tabagismo são fatores de risco para AVC e outras complicações cardiovasculares.

Alternativa: B.

Ano: 2010

Banca: CETAP

Órgão: AL-RR

Quando falamos em Hipertensão Arterial Sistêmica é INCORRETO afirmar que:

- a) A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.
- b) Por ser na maior parte do seu curso uma doença sintomática, vemos uma alta adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito.
- c) Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é responsável por, pelo menos, 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.
- d) Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.
- e) A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais na vigília e durante o sono. São consideradas anormais no MAPA as médias de pressão arterial de 24 horas, vigília e sono acima de 130/80, 135/85 e 120/70 mmHg, respectivamente.

Resposta

Toda doença crônica carece de adesão devido à necessidade de persistência no tratamento.

Utilize as demais alternativas para estudar!



Alternativa: B

Ano: 2014

Banca: NUCEPE

Órgão: Prefeitura de Parnarama - MA

O enfermeiro, na equipe de saúde, tem papel importante no acompanhamento e controle do paciente hipertenso e diabético. Suas ações devem estar direcionadas para:

- a) Educar e orientar no controle metabólico para a eficácia e sucesso no tratamento.
- b) Evitar fazer avaliações rotineiras do tratamento.
- c) Estabelecer uma relação de amizade com o paciente e a família.
- d) Estabelecer um controle rígido dos cadastrados para evitar gastos desnecessários.
- e) Orientar para consultas de rotina e realização de exames.

Resposta

O papel do enfermeiro como educador é fundamental para a abordagem de prevenção, tratamento, adesão, e etc.

Alternativa: A.

Ano: 2016

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: EBSEH

O escore de Framingham revisado estima

- a) probabilidade de câncer de colo de útero em mulheres acima de 40 anos.
- b) determinantes sociais de pobreza.
- c) risco de evento cardiovascular.
- d) probabilidade de diabetes na população geral.
- e) incidência de morte por causas externas.

Resposta

O escore de Framingham avalia o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronária nos próximos 10 anos.

Se o paciente apresentar baixo risco (< 10% de chance de evento cardiovascular) deve-se fazer o seguimento anualmente.

Se o paciente apresentar risco intermediário(10-20-% de chance de evento cardiovascular) deve-se fazer o seguimento semestral. Se o paciente apresentar alto



risco(> 20% de chance de evento cardiovascular) ou lesão em órgão alvo deve-se fazer o seguimento trimestral.

Alternativa: C.



DIABETES MELLITUS

Engloba transtornos metabólicos com ocorrência da hiperglicemia seja por deficiência da secreção da insulina, por defeitos na sua atividade ou ambos.

Está frequentemente associada a complicações que elevam a morbimortalidade e reduz a expectativa e qualidade de vida dos indivíduos, tais como DAC, DVP, AVC, neuropatia diabética, amputação, DRC e cegueira.

As classificações são:

DM1 (Autoimune): deficiência absoluta de insulina por destruição das células β pancreáticas;

DM2: Gradativo quadro de resistência insulínica e perda progressiva da capacidade secretória da célula beta.

Outros tipos específicos de diabetes

- Defeitos genéticos na função da célula beta (MODY, por exemplo)
- Defeitos genéticos na ação da insulina
- Doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, fibrose cística, neoplasia) •

Endocrinopatias (síndrome de Cushing e acromegalia, por exemplo)

- Uso de drogas (antirretrovirais, interferon, glicocorticoides)
- Associado a doenças genéticas (síndrome de Down, síndrome de Turner, por exemplo)

Diabetes gestacional: diabetes diagnosticado na gestação.



Ano: 2015

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: EBSEH

O diabetes mellitus é

- a) uma alteração da produção de insulina, com deficiência da mesma.
- b) um grupo de distúrbios metabólicos resultantes de defeito da ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas.
- c) uma deficiência na ação da insulina.
- d) uma resistência à ação da insulina em nível periférico.
- e) uma falência completa do pâncreas exócrino.

Resposta

Resumindo: ou falta insulina ou ela não age como deveria.

Alternativa: B.

Detalhando mais:

Diabetes mellitus tipo 1, também conhecido como diabetes juvenil, depende de insulino-terapia para o controle. Costuma apresentar, abruptamente, poliúria, polifagia, polidipsia e emagrecimento, podendo a cetoacidose diabética ser a primeira manifestação da doença.,

Diabetes mellitus tipo 2: surge, geralmente, após os 40 anos, apresentando relação com o estilo de vida, ou seja, com o sedentarismo, com a dieta e com a obesidade. A presença de anticorpos anticélulas beta faz com que esses indivíduos tenham uma evolução mais rápida para a insulinização.

Diabetes gestacional: Representa risco tanto para a mãe quanto para o neonato. São fatores de risco: Idade materna avançada, Sobrepeso, obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual, Deposição central excessiva de gordura corporal, História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, Crescimento fetal excessivo, polidramnion, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia ou DMG, Síndrome de ovários policísticos, Baixa estatura (inferior a 1,5 m).



Dentre os fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em adultos estão:

- Sedentarismo
- História familiar de DM em parente de 1º grau
- Antecedentes de macrossomia fetal
- HAS (PA ≥ 140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivo)
- Níveis plasmáticos de colesterol HDL $\leq$ 35 mg/dL e/ou TG $\geq$ 250 mg/dl
- Síndrome de ovários policísticos
- Diagnóstico de pré-diabetes
- Obesidade grave,
- Etnias com alto risco para DM como japoneses e índios

Ano: 2013

Banca: IBFC

Órgão: ILSL

Em relação ao Diabetes, assinale a alternativa correta:

- a) O Diabetes Mellitus do tipo 1 é consequente à destruição de células beta do pâncreas, o que leva à deficiência absoluta de insulina e tendência à cetoacidose. Geralmente, tem seu início na infância ou na adolescência.
- b) A insulina regular tem ação de 1 a 3 horas, com pico de ação de 5 a 7 horas, sendo utilizada para manutenção da glicemia.
- c) A insulina regular deve ser aplicada exclusivamente por via subcutânea e a insulina NPH pode ser aplicada por diferentes vias (subcutânea, intramuscular e endovenosa).
- d) Os rodízios de locais de aplicação devem ser recomendados apenas para a insulina NPH, que é utilizada para manutenção diária.

Resposta

Descrição perfeita do DM 1. O tratamento se resume a mudanças de hábito e insulinoterapia.

Alternativa: A.

Ano: 2017

Banca: CONSULPLAN

Órgão: TRF - 2ª REGIÃO



O Diabetes mellitus classificado como tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população brasileira. Assinale, a seguir, a alternativa que melhor caracteriza este tipo de diabetes.

- a) Resistência à ação da insulina.
- b) Geralmente tem aparecimento na população mais jovem.
- c) Defeitos genéticos na função das células beta do pâncreas.
- d) Destruição das células alfa do pâncreas por processos autoimunes com consequente deficiência de insulina.

Resposta

O DM tipo II se relaciona diretamente com a resistência à insulina, geralmente tem aparecimento em população adulta e não se relaciona com destruição de células beta autoimune.

Alternativa: A.

As categorias de tolerância à glicose têm sido definidas com base nos seguintes exames:

- **Glicemia em jejum:** deve ser coletada em sangue periférico após jejum calórico de no mínimo 8 horas;
- **TOTG:** previamente à ingestão de 75 g de glicose dissolvida em água, coleta-se uma amostra de sangue em jejum para determinação da glicemia; coleta-se outra, então, após 2 horas da sobrecarga oral. Importante reforçar que a dieta deve ser a habitual e sem restrição de carboidratos pelo menos nos 3 dias anteriores à realização do teste. Permite avaliação da glicemia após sobrecarga, que pode ser a única alteração detectável no início do DM, refletindo a perda de primeira fase da secreção de insulina;
- **Hemoglobina glicada (HbA1c):** oferece vantagens ao refletir níveis glicêmicos dos últimos 3 a 4 meses e ao sofrer menor variabilidade dia a dia e independe do estado de jejum

São critérios laboratoriais para diagnóstico, adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes:



	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso	HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	–	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicose em jejum. ²
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200#	–	≥ 5,7 e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

Na presença de glicemia casual igual ou superior a 200 mg/dL, acompanhada de sintomas clássicos (poliúria, polidipsia e perda de peso), também é feito o diagnóstico de DM. Na ausência de sintomas clássicos de hiperglicemia ou de glicemia igual ou superior a 200 mg/dL, o teste para diagnóstico de DM deve ser repetido, em uma segunda ocasião.

Ano: 2018

Banca: COMPERVE

Órgão: UFRN

Diabetes mellitus é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. As duas abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são:

- dosagem da hemoglobina glicada (A1c) e auto monitoramento da glicemia capilar.
- tolerância diminuída à glicose e auto monitoramento da hipertrigliceridemia.
- auto monitoramento da glicemia de jejum e glicemia pós-prandial.
- dosagem da hemoglobina glicada (A1c) e auto monitoramento da tolerância à glicose.

Resposta



O monitoramento glicêmico envolve o monitoramento da glicemia capilar (como se fosse uma foto) e a dosagem de hemoglobina glicada (como se fosse um filme de um passado recente).

Alternativa: A.



Insulinoterapia

Como o DM1 se caracteriza por produção insuficiente de insulina, o tratamento medicamentoso depende da reposição desse hormônio, utilizando-se de esquemas e preparações variados e estabelecendo-se “alvos glicêmicos” pré e pós-prandiais para serem alcançados.

Apesar de existirem recomendações de metas glicêmicas para o controle do DM, é importante enfatizar a necessidade de individualização dos objetivos glicêmicos, evitando-se tanto sequelas de hipoglicemias quanto alterações no sistema nervoso central decorrentes de hiperglicemias alternadas com hipoglicemias.

O tratamento insulínico pode ser realizado com diferentes tipos de insulina, além de dispositivos com distintas características e indicações de uso. O profissional de saúde deve manter-se atualizado e ser capacitado (dispondo dos recursos necessários) a educar e a treinar o usuário de insulina, os seus responsáveis e os cuidadores para a condução de um tratamento seguro.

No processo educativo, o profissional deve evitar termos desatualizados, incorretos e de dupla interpretação, não cometer erros técnicos ao demonstrar o preparo e a aplicação de insulina.

Alguns erros muito comuns são:

- Dizer “tomar” insulina: o correto é “aplicar” ou “injetar”, nunca “tomar” insulina, pois isso poderia levar indivíduos pouco esclarecidos a beber a insulina;
- Demonstrar a aplicação em prega subcutânea no antebraço, local não recomendado para sua administração;



– Ao mostrar como aplicar a insulina, pressionar o êmbolo da seringa ou o botão injetor da caneta antes de introduzir a agulha no tecido subcutâneo: com isso, haverá perda de insulina, sendo a dose aplicada menor e o risco de consequências graves é alto, principalmente em crianças e adolescentes;

– Demonstrar a aplicação de insulina sobre a roupa: os pacientes não devem injetar a insulina através da roupa, porque não é possível inspecionar o local previamente, fazer a prega subcutânea nem determinar o ângulo corretamente, entre outros fatores.

A via usual para aplicação de insulina é a subcutânea (SC). A extensa rede de capilares possibilita a absorção gradativa da insulina e garante o perfil farmacocinético descrito pelo fabricante. A via intramuscular (IM), às vezes, é usada em pronto-socorro, para atender urgência de hiperglicemia, e o serviço não tem disponível análogo de insulina de ação rápida. A via endovenosa (EV) é considerada em unidade de terapia intensiva (UTI), na qual o paciente permanece devidamente monitorado, com acompanhamento médico e de enfermagem.

A insulina de ação rápida é a única alternativa para aplicações por via IM e por via endovenosa (EV). A velocidade de absorção das insulinas humanas é discretamente maior quando elas são injetadas no abdome e, seguidamente, em braços, coxas e nádegas.

Quanto aos análogos de insulina humana, a absorção é semelhante em todas as regiões de aplicação recomendadas. Por sua vez, quando aplicada erroneamente, por via intradérmica (ID), ela tem absorção mais lenta, com risco de perda de insulina no local da aplicação, o que diminui a dose injetada e leva a consequente hiperglicemia. Quando a aplicação de insulina é por via IM, a absorção é acelerada, com risco de hipoglicemia; isso pode ser grave, principalmente em crianças, dependendo do tipo de insulina aplicado.

Outros aspectos, como exercício físico, temperatura ambiente elevada, febre, banho quente, compressa quente e massagem, aumentam a velocidade de absorção da insulina e podem causar hipoglicemia.

Massagear o local de aplicação antes ou depois de injetar a insulina pode acelerar a sua absorção. Os pais devem ser instruídos, portanto, a não realizar massagem local após a aplicação de insulina, procedimento comum em crianças pequenas como demonstração de carinho. De outro modo, compressa fria, banho frio e desidratação diminuem a velocidade de absorção e podem causar hiperglicemia. Finalmente, ressalta-



se que a absorção irregular de insulina está associada a injeções em regiões com lipohipertrofia.

Veja um resumo acerca das insulinas:

Tipo	Início da Ação	Pico	Duração	Horário para injeção
Bolus				
Ultrarrápida (Análogos Ultrarrápidos) • Apidra® (Glulisina) • Humalog® (Lispro) • NovoRapid® (Asparte)	10-15 minutos	1-2 horas	3-5 horas	Utilizada junto às refeições. Deve ser injetada imediatamente antes das refeições.
Rápida (Insulina Humana Regular) • Humulin® • Novolin®	30 minutos	2-3 horas	6 horas e 30 minutos	Utilizada junto às refeições ao dia. Deve ser injetada entre 30 e 45 minutos antes do início das refeições.
Basal				
Ação intermediária (NPH – humana) • Humulin® N • Novolin® N	1-3 horas	5-8 horas	Até 18 horas	Frequentemente, a aplicação começa uma vez ao dia, antes de dormir. Pode ser indicada uma ou duas vezes ao dia. Não é específica para refeições.
Longa duração (Análogos lentos) • Lantus® (Glargina) • Levemir® (Detemir) • Tresiba® (Degludeca)	90 minutos	Sem pico	Lantus: até 24 horas Levemir: de 16 a 24 horas Degludeca: > 24h	Frequentemente, a aplicação começa uma vez ao dia, antes de dormir. Levemir pode ser indicada uma ou duas vezes ao dia. Tresiba é utilizada sempre uma vez ao dia, podendo variar o horário de aplicação. Não é específica para refeições.
Pré-misturada				
Insulina pré-misturada regular • Humulin® 70/30 e • Novolin® 70/30)	10 a 15 minutos (componente R) e 1 a 3 horas (componente N)	30% da dose como insulina R e 70% da dose com insulina N	30% da dose como insulina R e 70% da dose com insulina N	Aplicada junto a uma ou mais refeições ao dia. Deve ser injetada de 30 a 45 minutos antes do início das refeições.
Insulina pré-misturada análoga • NovoMix® 30 • Humalog Mix® 25 • HumalogMix® 50)	O número indica o percentual de ultrarrápida na mistura, o restante tem perfil de ação compatível com insulina N	Insulina ultrarrápida e insulina N (de acordo com a proporção do produto: 25, 30 ou 50% da dose de ultrarrápida)	Insulina ultrarrápida e insulina N (de acordo com a proporção do produto: 25, 30 ou 50% da dose de ultrarrápida)	Aplicada junto a uma ou mais refeições ao dia. Deve ser injetada de 0 a 15 minutos antes do início das refeições.



Ano: 2018

Banca: COMPERVE

Órgão: UFRN

Prova: COMPERVE - 2018 - UFRN - Enfermeiro

Diabetes mellitus é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. Os critérios diagnósticos para o pré-diabetes ou risco aumentado de diabetes tipo 2 incluem a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos dos exames de

glicemia de jejum ou glicemia 2 h após sobrecarga com 75 g de glicose ou dosagem da hemoglobina glicada (HbA1c).

tolerância à glicose diminuída ou de triglicerídeos e colesterol com valores de LDL – C e colesterol não HDL aumentados.

tolerância à glicose diminuída ou hipertrigliceridemia.

glicemia de jejum ou glicemia ao acaso alteradas.

Resposta

Lembra:

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso	HbA1c (%)
Normoglicemia	< 100	< 140	–	< 5,7
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200#	–	≥ 5,7 e < 6,5
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5

Alternativa: A.



Ano: 2009

Banca: FCC

Órgão: TRT - 15ª Região (SP)

São dadas abaixo, as características de insulinas e seus análogos:

Insulina/ análogo	início ação	pico	duração efetiva
I	5-15 min	30-90 min	5h
II	30-60 min	2-3h	5-8h
III	2-4h	4-10h	10-16h
IV	2-4h	sem pico	20-24h

Os análogos de insulina Glargina e lispro são, respectivamente,

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

Resposta

Glargina ou Lantus é a ultralenta, sem pico e a lispro, é a ultrarrápida, com pico após 30 minutos.

Alternativa: D.

Ano: 2015

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: EBSEH

O início da ação de uma insulina de ação rápida ocorre entre

- a) 30-60 minutos.
- b) 2-4 horas.
- c) 3-9 horas.
- d) 7-9 horas.
- e) 1-2 minutos.

Resposta

A insulina rápida apresenta início de ação entre 30 a 60 minutos, motivo pelo qual se deve atentar para o horário da refeição após a sua administração.

Alternativa: A.

As recomendações para o uso das agulhas segundo a SBD são as seguintes:



Agulhas (mm)	Indicação	Prega SC	Ângulo de inserção	Recomendação
4	Todos	Dispensável, exceto para crianças menores de 6 anos	90	Realizar prega se pessoa com pouco SC
5	Todos	Dispensável, exceto para crianças menores de 6 anos	90	Realizar prega se pessoa com pouco SC
6	Todos	Indispensável	90 (adulto)	Realizar ângulo de 45, em pessoas com pouco SC
8	Adultos	Indispensável	90 ou 45 (adulto) 45 criança ou adolescente	Realizar ângulo de 45, em pessoas com pouco SC

As insulinas apresentam boa estabilidade e têm ação preservada, desde que devidamente conservadas, segundo as recomendações do fabricante. Existem diferenças de conservação e de validade entre a insulina em uso e a lacrada, para que a potência e a estabilidade sejam mantidas deve-se anotar a data inicial de uso da insulina, a fim de acompanhar a validade, bem como verificar o aspecto da insulina antes de sua utilização.

Em geladeira doméstica, a insulina deve ser **conservada entre 2 e 8°C**; para isso, precisa ser armazenada nas prateleiras do meio, nas da parte inferior ou na gaveta de verduras, longe das paredes, em sua embalagem original e acondicionada em recipiente plástico ou de metal com tampa.

Não deve ser congelada e se isso acontecer, precisa ser descartada. Quando sob refrigeração, a insulina em uso deve ser **retirada da geladeira entre 15 e 30 minutos antes da aplicação**, para evitar dor e irritação no local em que será injetada. Os



fabricantes não recomendam guardar a caneta recarregável em geladeira, pois isso poderia causar danos ao mecanismo interno e interferência no registro da dose correta.

Quanto ao transporte da insulina, é importante seguir as recomendações do fabricante, a fim de manter a sua integridade. **O transporte doméstico pode ser feito em embalagem comum. Se for utilizada embalagem térmica ou isopor, devem-se tomar precauções para que a insulina não entre em contato direto com gelo ou similar, quando usado. Em deslocamentos, independentemente da forma e do tempo, a insulina sempre deve ser transportada em bagagem de mão.**

Descrevem-se, a seguir, algumas sugestões para a organização do rodízio:

- Dividir cada local de aplicação recomendado em pequenos quadrantes: as aplicações, nesses quadrantes, devem ser espaçadas em pelo menos 1 cm entre eles e seguir em sentido horário;
- Para múltiplas aplicações, aconselha-se fixar um local para cada horário e alternar os pequenos quadrantes do mesmo local. Para uma ou duas aplicações ao dia, o mesmo local poderá ser usado, alternando-se os lados direito, esquerdo e os quadrantes de aplicação.

Uma dúvida muito frequente é como misturar 2 insulinas. Para tal, veja as etapas do preparo de dois tipos de insulina (NPH e Regular) na mesma seringa:

1. Proceder à assepsia da borracha do frasco de insulina.
2. Aspirar, na seringa, ar correspondente à dose de insulina NPH.
3. Injetar o ar no frasco de insulina NPH, depois retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH.
4. Aspirar, na seringa, ar correspondente à dose de insulina Regular.
5. Injetar o ar no frasco de insulina Regular, virar o frasco e aspirar a dose prescrita de insulina Regular.
6. Colocar o frasco de insulina Regular na posição inicial e retirar a agulha.
7. Posicionar o frasco de insulina NPH de cabeça para baixo, introduzir a agulha da seringa que já está com a insulina regular e aspirar a dose correspondente à insulina NPH. O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas.
8. Retornar o frasco à posição inicial.
9. Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação.

Ano: 2015



Banca: COSEAC

Órgão: UFF

Com relação aos tipos de insulina, pode-se afirmar que a:

- a) ultrarrápida tem aspecto leitoso e é administrada por via subcutânea.
- b) NPH é de ação rápida e deve ser administrada por via subcutânea.
- c) regular tem aspecto transparente e cristalino e pode ser administrada por via endovenosa, intramuscular e subcutânea.
- d) ação ultralenta de aspecto límpido inicia seu efeito entre 1 e 5 minutos e deve ser administrada sempre pela via intramuscular.
- e) pré-misturas são insulinas NPH e Regular misturadas no mesmo frasco em proporções fixas, e devem ser administradas por via endovenosa.

Resposta

- a) ERRADA NPH tem aspecto leitoso.
- b) ERRADA. É intermediária
- c) CERTA
- d) ERRADA. Como a ultralenta inicia ação tão rápida?
- e) ERRADA. Via SC.

Alternativa: C.

Tratamento farmacológico do diabetes Tipo II

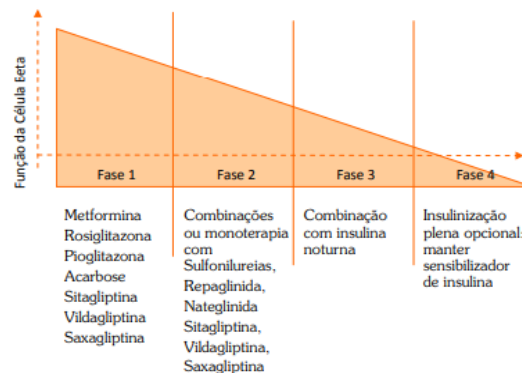
A escolha desse medicamento baseia-se nos seguintes aspectos: mecanismos de resistência à insulina (RI), falência progressiva da célula β , múltiplos transtornos metabólicos (disglicemia, dislipidemia e inflamação vascular) e repercussões micro e macrovasculares que acompanham a história natural do DM2.

Com finalidade prática, os antidiabéticos serão classificados em quatro categorias:

- Os que aumentam a secreção de insulina (hipoglicemiantes);
- Os que não a aumentam (anti-hiperglicemiantes);
- Os que aumentam a secreção de insulina de maneira dependente da glicose, além de promover a supressão do glucagon;
- Os que promovem glicosúria (sem relação com a secreção de insulina)

Algoritmo terapêutico para o tratamento de acordo com a progressão da doença.





É importante lembrar que a frequência de uso da insulina no tratamento do DM2, contudo, seja em combinação com outros hipoglicemiantes, seja isoladamente, aumenta progressivamente à medida que se prolonga o tempo de doença.

Esse fato está em linha com a fisiopatologia e a história natural do DM2, no qual sabidamente ocorre um declínio progressivo da função da célula β (A).

De qualquer modo, a introdução de insulina no tratamento do DM2 é frequentemente protelada por muitos anos além do ponto em que sua indicação já estaria estabelecida,² expondo os pacientes às consequências decorrentes do mau controle metabólico por tempo prolongado. Isso ocorre em razão de várias barreiras; dentre elas, as mais importantes são a inércia terapêutica, por parte dos médicos, e a aversão ao ganho de peso e ao risco de hipoglicemia, por parte dos pacientes.

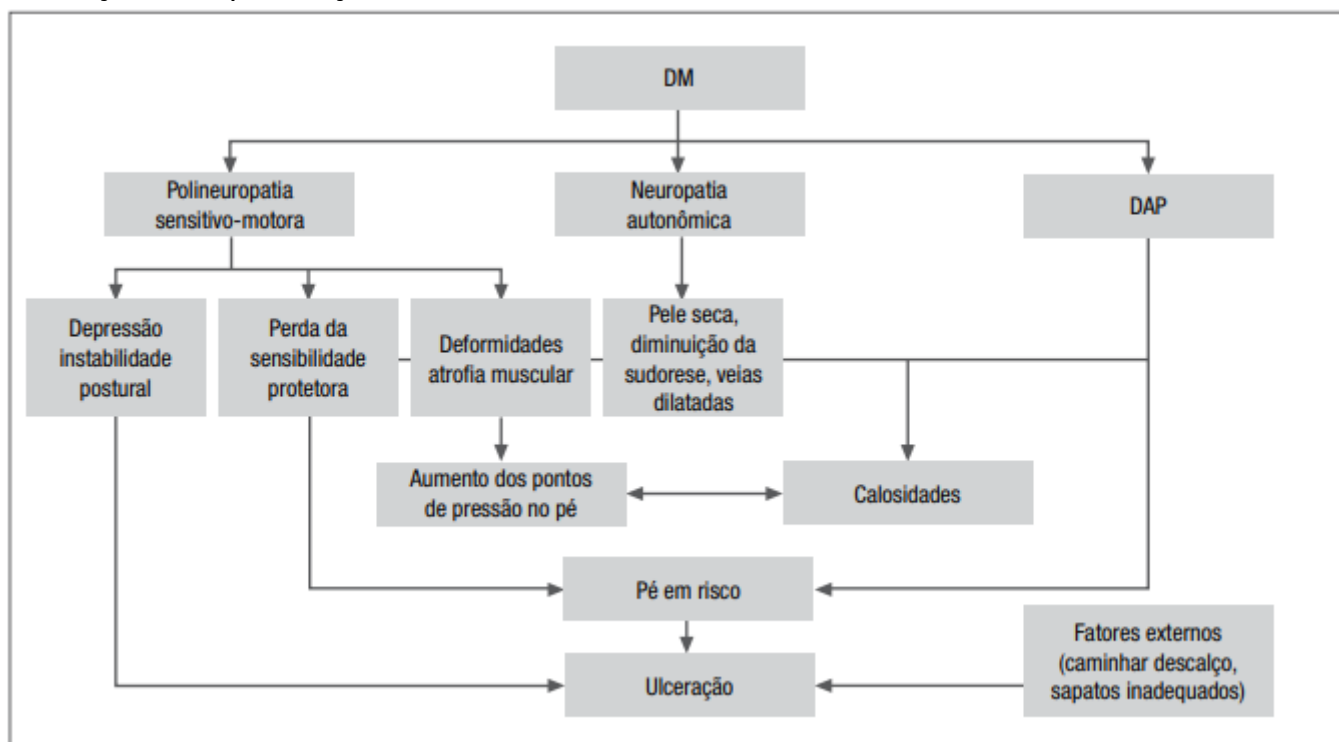
O surgimento das complicações crônicas relacionadas ao DM apresenta relação com a duração da doença e o grau de controle metabólico aliados à participação de comorbidades como o tabagismo, a HAS e a dislipidemia.

A prevenção dessas complicações ou pelo menos o retardo na progressão daquelas já existentes podem ser alcançados por meio do diagnóstico precoce e do tratamento adequado, no contexto da assistência integral ao indivíduo diabético.

As complicações crônicas podem ser classificadas como:

- Macrovasculares: doença arterial, coronariana doença cerebrovascular, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral,
- Microvasculares: retinopatia, nefropatia, Neuropatia, Pé diabético.

Falando em pé diabético, estes são os fatores que predispõem a ocorrência de ulcerações, na presença do diabetes melitus:



Ano: 2018

Banca: FCC

Órgão: Prefeitura de Macapá - AP

Pacientes cardiopatas e diabéticos, em tratamento com Metformina, compõem o grupo de risco para a administração endovenosa de contraste radiológico a base de iodo. Nesse caso, para evitar eventos graves, o enfermeiro deve avaliar alguns resultados de exames laboratoriais, como o

A da Ferretina.

B da Amilase.

C da PSA.

D do HDL.

E da Creatinina sérica.

Resposta

Pacientes em uso de metformim exibem um risco aumentado de desenvolvimento de acidose láctica após a administração de contrastes iodados. Essa complicação é extremamente rara, porém com uma mortalidade em torno de 50%.

Em pacientes com função renal normal ou desconhecida, a medicação, idealmente, deve ser suspensa 24-48h antes do procedimento, e reiniciada caso o paciente e a creatinina sérica estejam estáveis após 48h.

Alternativa: E.

Ano: 2018

Banca: FCC

Órgão: Câmara Legislativa do Distrito Federal

Ao realizar uma abordagem educativa para pessoas com Diabetes Mellitus com vistas à prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés, uma orientação a ser prestada é

A não utilizar sapatos novos por períodos prolongados e, antes de utilizá-los rotineiramente, amaciá-los por meio do uso por pequenos períodos de tempo.

B evitar usar protetor solar nos pés e aplicar produtos abrasivos para remoção de calos e ceratose.

C caminhar descalço sempre que possível, para estimular a circulação de retorno.

D não hidratar os pés na presença de rachaduras na pele e edema.

E aquecer os pés com bolsa de água quente, na presença de extremidades inferiores frias.

Resposta

Sapatos novos comumente, até a adaptação ao formato dos pés, causam desconforto e podem romper a pele. Para pacientes diabéticos, este pode ser uma porta de entrada para infecções e complicações.

Atenção porque todas as demais estão erradas! Serem de orientação do que NÃO fazer.

Alternativa: A

Ano: 2016

Banca: FUNCAB

Órgão: EMSERH



As complicações crônicas do Diabetes Mellitus são:

- a) hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar.
- b) hiperglicemia, pé diabético e retite.
- c) nefrite glomerular, hipoglicemia e retinopatia.
- d) retinopatia, nefropatia e a neuropatia diabética.
- e) **poliúria, sudorese e hipoglicemia.**

Resposta

As complicações crônicas microvasculares incluem retinopatia, nefropatia, Neuropatia, Pé diabético. Veja que as alternativas misturam sintomas ou ainda, com complicações agudas.

Alternativa: D.

As complicações agudas, hiperglicêmicas, do paciente diabético ainda representam um importante problema de saúde pública nas unidades de emergência, tanto em nosso meio como em âmbito mundial.

A cetoacidose é uma complicação aguda, típica do paciente diabético do tipo 1, e esse conjunto de distúrbios metabólicos se desenvolve em uma situação de deficiência insulínica grave ou absoluta, comumente associada a condições estressantes, que levam ao aumento dos hormônios contrarreguladores. O aumento da atividade cetogênica é um componente fisiopatológico marcante em tal situação de emergência clínica.

O estado hiperglicêmico hiperosmolar é uma complicação aguda, característica do diabético tipo 2, com deficiência insulínica relativa e que se caracteriza pela hiperglicemia, hiperosmolaridade e desidratação, principalmente envolvendo o sistema nervoso central.

Ano: 2016

Banca: FCC

Órgão: TRT - 23ª REGIÃO (MT)

Constitui fator de risco não modificável para Diabetes Melito

- a) obesidade central.
- b) antecedente familiar de diabetes.
- c) hipertensão arterial.
- d) diabetes gestacional prévio.
- e) **dislipidemia.**

Resposta



Das alternativas, o que não se pode modificar é a hereditariedade acerca do DM.

Alternativa: B.

Ano: 2015

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: EBSEH

Paciente feminino, 46 anos, refere perda de peso rápido nos últimos 3 meses, poliúria, dores em MMII, visão turva. No momento, refere cefaleia intensa e mal-estar geral.

Qual é a hipótese diagnóstica?

- a) Dor precordial.
- b) Diabetes.
- c) Trombose.
- d) HDA.
- e) HAS.

Resposta

Além dos sintomas clássicos do diabetes, tais como poliúria, polifagia, perda de peso e polidipsia, também pode haver queixas de dores em MMII e visão turva.

Alternativa: B.

Ano: 2016

Banca: FUNRIO

Órgão: IF-PA

Marque a alternativa que não é considerada um efeito adverso dos hipoglicemiantes orais e insulinas.

- a) Hipotensão postural
- b) Hipertensão de rebote na retirada.
- c) Anemia hemolítica.
- d) Diminuição da libido.
- e) Hemorragia.

Resposta

Hipoglicemiantes orais não causam hemorragia.

Alternativa: E.

Ano: 2013



Banca: CESPE

Órgão: TRT - 10ª REGIÃO (DF e TO)

Um paciente de trinta e seis anos de idade, diabético, está em jejum por 12 horas, aguardando uma cirurgia. O paciente não está recebendo soro.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

Se for diabético do tipo I, o paciente em apreço deverá receber insulina regularmente no dia da cirurgia, não sendo necessária a realização de exame de glicemia capilar.

Resposta

Em jejum e com insulina sem controle gera grande risco de hipoglicemia.

Alternativa: Errada.

Ano: 2008

Banca: CESPE

Órgão: SERPRO

Os principais fatores desencadeantes da DM são: obesidade, estresse, vida sedentária, gravidez, viroses e(ou) infecções, ingestão excessiva de carboidratos, medicamentos e distúrbios endócrinos.

Resposta

Acima estão descritos os fatores de riscos para diabetes.

Alternativa: Certa.

Ano: 2014

Banca: FCC

Órgão: TRT - 2ª REGIÃO (SP)

Ao atender um adulto com cetoacidose diabética no serviço de urgência é necessário estar atento às suas manifestações e iniciar as ações pertinentes. Uma dessas ações emergenciais é

- a) administrar por via endovenosa o soro fisiológico acrescido de insulina de ação intermediária e insulina de ação lenta.
- b) administrar bicarbonato de sódio quando a gasometria arterial indicar acidose e se o nível do pH for muito baixo (menor ou igual a 7).
- c) avaliar quadro de hipernatremia e a necessidade de reposição de potássio por via intravenosa.
- d) corrigir a hipoglicemia, por meio da administração de soro glicosado hipertônico.



e) instalar soro glicosado 10% por via intravenosa profunda, com gotejamento não superior a 40 gotas/minuto.

Resposta

É necessário alcalinizar em caso de acidose, logo o bicarbonato é a droga de escolha.

Alternativa: B.

Ano: 2018

Banca: COMPERVE

Órgão: UFRN

As pessoas com fatores de risco para Diabetes Mellitus deverão ser encaminhadas para uma consulta de rastreamento e solicitação do exame de glicemia. Casos de tolerância diminuída à glicose, glicemia de jejum alterada ou diabetes gestacional prévia, podem ser testados

- a) a cada 3 anos.
- b) anualmente, no mínimo.
- c) a cada 5 anos.
- d) de acordo com os sintomas de hiperglicemia.

Resposta

A Associação Brasileira de Diabetes recomenda a realização de glicemia nos casos previstos no enunciado, anualmente., pelo menos.

Alternativa: B.

ASMA

Doença inflamatória crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com tratamento.

É uma condição multifatorial determinada pela interação de fatores genéticos e ambientais. Na patogenia da asma, está envolvida uma variedade de células e mediadores inflamatórios que atuam sobre a via aérea e levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas.



Os fatores de risco podem ser divididos em ambientais e próprios do paciente, como é o caso dos aspectos genéticos, obesidade e sexo masculino (durante a infância). Os fatores ambientais são representados pela exposição à poeira domiciliar e ocupacional, baratas, infecções virais (especialmente vírus sincicial respiratório e rinovírus).

Os principais sintomas para o diagnóstico de asma são: sibilância, dispneia, tosse e desconforto torácico.

O diagnóstico da asma é eminentemente clínico e, sempre que possível, a prova de função pulmonar deve ser realizada, para a confirmação diagnóstica e para a classificação da gravidade.

Entre os principais exames complementares, estão a espirometria e a medida do pico do fluxo expiratório (PFE ou peak flow). Espirometria Estudo da função pulmonar após expiração forçada, cujos valores são comparados com a média esperada para sexo, altura e peso.

O objetivo principal é comprovar a presença do processo obstrutivo e demonstrar sua reversibilidade. Avalia-se principalmente o VEF1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) e a CVF/VEF1 (capacidade vital forçada/VEF1).

PFE $\geq$ 20%(adultos) e $\geq$ 30% (crianças) $\rightarrow$ REVERSIBILIDADE

A avaliação da gravidade da asma deve ser feita na intercrise pela análise da frequência e intensidade dos sintomas, frequência do uso do broncodilatador e/ou pela função pulmonar e esta pode variar ao longo do ano, ou no início e após o tratamento.



Classificação	Sintomas		β_2 curta duração para alívio	PFE ou VEF1 (% previsto)	Variação PFE ou VEF1 (% previsto)
	Dia	Noite			
Intermitente	< 1x/semana Atividades normais Exacerbações breves	< 2x/mês	$\leq$ 1x/semana	$\geq$ 80%	< 20%
Persistente leve	> 1x/semana, mas não todo dia Crises podem afetar atividades e sono	> 2x/mês e < que 1x/semana	$\leq$ 2x/semana	$\geq$ 80%	< 20 a 30%
Persistente moderada	Diários Crises podem afetar as atividades	> 1x/semana	Diariamente	60-80%	>30%
Persistente grave	Contínuos, diários Crises frequentes Atividades limitadas	Frequentes	Diariamente	$\leq$ 60%	>30%

O objetivo do tratamento medicamentoso é mantê-la controlada o maior tempo possível com a maior segurança e menores efeitos colaterais possíveis e o menor custo possível para atingir o controle.

As medicações para asma podem ser classificadas em duas categorias, a saber, aquelas para controle e prevenção das exacerbações e outras manifestações da doença (dispneia e tosse aos esforços físicos, despertares e tosse noturnos) e aquelas para alívio das exacerbações. As vias de administração podem ser oral, inalatória ou parenteral.

Deve-se sempre dar preferência à via inalatória devido à menor absorção sistêmica, maior eficácia e menor taxa de efeitos colaterais.

Os corticoides inalatórios são os principais medicamentos para controle da asma, e os beta-agonistas de ação rápida associados aos corticoides sistêmicos são os mais efetivos para o alívio das crises, tanto em crianças quanto em adultos de qualquer idade.

Os objetivos do tratamento da asma são:



- Controlar os sintomas
- Prevenir limitação crônica ao fluxo aéreo
- Permitir atividades normais (trabalho, escola e lazer)
- Manter a melhor função pulmonar possível
- Evitar crises, idas a serviços de emergências e hospitalizações
- Reduzir a necessidade do uso de broncodilatador para alívio
- Minimizar efeitos adversos dos medicamentos
- Melhorar a qualidade de vida
- Reduzir o risco de morte

Ano: 2016

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: EBSERH

A asma tem um impacto importante na vida dos pacientes, seus familiares e no sistema da saúde. Embora não exista cura, o manejo adequado pode resultar em controle da doença. Os objetivos do tratamento são

- A avultar os índices de morbimortalidade.
- B estimular atividades leves priorizando períodos de repouso.
- C manter função pulmonar dissonante.
- D prevenir exacerbações.
- E otimizar efeitos adversos das medicações.

Resposta

Considerando que a exacerbação é grave, com risco de morte, preveni-la é o principal objetivo do tratamento da asma.

Alternativa: D.

A educação para o autocuidado e autonomia do paciente é um dos pilares do tratamento da asma. Deve estar direcionada aos usuários e aos seus cuidadores, objetivando o controle da doença e melhoria da adesão ao tratamento. Os demais, incluem o tratamento da agudização e o tratamento farmacológico.

Ano: 2011

Banca: FCC

Órgão: TRT - 23ª REGIÃO (MT)



A asma é uma doença inflamatória caracterizada por aumento da reatividade das vias aéreas inferiores, sendo que

A A ação educativa para o autocuidado, o tratamento farmacológico e o tratamento da crise aguda compõem os pilares do tratamento.

B As medidas de controle ventilatório e o uso de drogas vasopressoras previnem as crises.

C O uso constante de soro antiloxoscélico e o autocuidado controlam a inflamação e previnem as crises.

D A utilização de adesivos transdérmicos previne e controla as crises de broncoespasmo.

E O uso contínuo de neuroléptico associado a fenoterol controla a infecção e previne as crises.

Resposta

Os pilares do tratamento da asma são: ação educativa para o autocuidado, tratamento farmacológico e ação na exacerbação.

Alternativa: A.

As pessoas com asma, independentemente da gravidade, devem ser sempre acompanhadas nas unidades de saúde. Nos casos de asma persistente moderada, pode ser necessário acompanhamento conjunto com a unidade especializada, ao passo que as pessoas com asma grave devem necessariamente ser também acompanhadas em centros de referência. Em geral, as etapas do tratamento, são:

Etapa 1 (medicamento de alívio)

Etapa 2 (medicamento de alívio + medicamento único para controle)

Etapa 3 (medicamento de alívio + 1 ou 2 medicamentos de controle)

Etapa 4 (medicamento de alívio + 2 ou mais medicamento de controle)

Etapa 5 (medicamento de alívio + 2 ou mais medicamento de controle + corticoide oral)

CRISE AGUDA

A crise asmática, ou exacerbação da asma, corresponde à agudização do quadro de obstrução e hiper-responsividade das vias aéreas. Durante a exacerbação, ocorre edema e infiltrado inflamatório da parede brônquica e aumento da produção de muco. Isso causa o estreitamento da luz das vias aéreas, que, por sua vez, reduz o fluxo de ar dos pulmões.



A sensação de aperto no peito, acompanhada de tosse seca, geralmente marca o início de uma crise.

Em seguida, a respiração se torna rude e bem audível, com presença de sibilos, principalmente à expiração. Os pulmões se tornam hiperinsuflados e há aumento no diâmetro anteroposterior do tórax.

Os pacientes geralmente apresentam taquipneia ($FR > 24$ irpm), taquicardia e hipertensão sistólica leve. Nos casos mais graves, ocorre uso da musculatura respiratória acessória com tiragem intercostal, cornagem, cianose, redução ou desaparecimento difuso do murmúrio vesicular à ausculta. Como na asma persistente, a exacerbação também deve ser classificada quanto à gravidade, determinando a conduta específica, a saber, leve/moderada, grave e muito grave.

Ano: 2017

Banca: NUCEPE

Órgão: FMS

A asma brônquica é uma doença inflamatória crônica das vias respiratórias que provoca hiper-reatividade das vias respiratórias, edema de mucosa e produção de muco, sendo os 3 sintomas mais comuns:

- A Tosse crônica, produção de expectoração e taquipneia.
- B Dispneia, febre e tosse seca.
- C Dor torácica, taquipneia e tosse crônica.
- D Tosse, dispneia e sibilos.
- E Dispneia, febre e astenia.

Resposta

As três manifestações clínicas mais importantes da ASMA são os sibilos, a dispneia, a tosse.

Alternativa: D.

Os fatores responsáveis pelo desencadeamento de uma crise asmática são conhecidos como “gatilhos” (triggers). Entre os principais, destacam-se:





- Infecção viral.
- Alérgenos (poeira, ácaros, pólen, pelo de animais, entre outros).
- Fumaça de cigarro.
- Irritantes químicos e poluição ambiental.
- Mudanças climáticas.
- Exercícios físicos vigorosos.
- Medicamentos (anti-inflamatórios não esteroides e betabloqueadores).
- Estresse emocional.

Durante a crise, é possível a associação do oxigênio com as seguintes medicações, abaixo:

Oxigênio: 6L/min manter a $SpO_2 > 90\%$ (em cças $> 95\%$)

- preferencialmente em máscara facial bem adaptada .
- não oferecer fluxo muito intenso para não diminuir muito a $PaCO_2$.

Broncodilatadores : para crises graves (via inalatória):

- fenoterol (berotec) 1gt/3kg/dose (5 a 20gtas) cada 20min (até 3x).
- associar brometo de ipratrópio (atrovent) 20-40 gotas/dose – cada 4 horas .

Teofilina: Ataque: 1 inalação a cada 20min na primeira hora .

Corticóides sistêmicos : VO ou EV (a eficácia é similar mesmo em exacerbação)

prednisona ou prednisolona (VO): (1 a 2 mg/kg) máximo de 60mg.

hidrocortisona (EV): adulto 200mg 6/6hs.

criança 4mg/kg 6/6hs.

metilprednisolona (EV): adulto 100mg 6/6hs.

criança 1 a 1,5mg/kg 6/6hs.

Terbutalina (1mg/ml): Ataque: 0,25mg (0,25ml) SC. Pode ser repetida a cada 30min.

Epinefrina (adrenalina) 1:1.000 (1mg/ml): Ataque: 0,2-0,5mg IM – *para risco iminente de morte* .

Sulfato de magnésio : Ataque: 1.2 a 2g EV em 20min – *para risco iminente de morte ($VEF_1 25-30\%$), para tentar evitar a intubação (monitorar reflexos tendinosos , pressão arterial e FC).*

A combinação de duas drogas broncodilatadoras (beta-agonista de ação rápida e brometo de ipratrópio) potencializa o efeito da broncodilatação, diminui o número de hospitalizações e melhora a função pulmonar (PFE e VEF_1).

Obs.:



- 1) A epinefrina (adrenalina) SC ou IM está indicada apenas em choque anafilático ou em exacerbação muito grave com morte iminente.
- 2) A metilprednisolona é preferida à hidrocortisona por menos efeitos mineralocorticoides.
- 3) O sulfato de magnésio somente deve ser usado em casos muito graves de asma devido aos riscos potenciais. O seu uso pode evitar a necessidade de intubação. Deve-se monitorar a PA, FC e os reflexos tendinosos.

Ano: 2018

Banca: CONSULPLAN

Órgão: Câmara de Belo Horizonte - MG

O objetivo da nebulização é desentupir as vias respiratórias, transmitindo uma sensação de prazer e alívio ao paciente que tenta voltar a respirar normalmente. Ela é indicada para as doenças que acometem, principalmente, as vias aéreas inferiores, como asma e bronquite, tanto agudas quanto crônicas. Em relação à nebulização, analise as afirmativas a seguir.

I. Tem o objetivo de diminuir a inflamação através das associações de corticoides à nebulização.

II. Forma de administrar agentes antiespumantes nos casos de edema agudo de pulmão.

III. A nebulização com o remédio broncodilatador deve ser diluída com soro fisiológico; a dose recomendada é de 5 ml, 3 vezes por dia, de 8 em 8 horas.

IV. Deve-se colocar o paciente em posição sentada ou em posição de Fowler no leito.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

a) I.

b) III.

c) I, II e IV.

d) II, III e IV.

Resposta

O erro está na III, visto que a prescrição será de acordo com a necessidade do paciente.

Alternativa: C.

Ano: 2013

Banca: NC-UFPR



Órgão: UFPR

A asma é uma doença do trato respiratório que acontece com maior frequência nas épocas de frio. A criança com asma pode mostrar sinais e experimentar sintomas que variam desde episódios agudos de falta de ar, sibilância e tosse, seguidos por um período tranquilo, até um padrão relativamente contínuo de sintomas crônicos. Uma das condutas terapêuticas medicamentosas para controlar a exacerbação da doença é a administração de corticosteroides.

Assinale a alternativa que apresenta um fármaco da classe dos corticosteroides.

A Berotec®.

B Furosemida.

C Prednisolona.

D Dipirona

E Atrovent®.

Resposta

Berotec: Broncodilatador

Furosemida: diurético

Prednisolona: corticoide

Dipirona: Analgesico e antitermico

Atrovent: Broncodilatador

Alternativa: C

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)

DPOC é uma doença com repercussões sistêmicas, prevenível e tratável, caracterizada por limitação do fluxo aéreo pulmonar, parcialmente reversível e geralmente progressiva. Essa limitação é causada por uma associação entre doença de pequenos brônquios (bronquite crônica obstrutiva) e destruição de parênquima (enfisema).

A bronquite crônica é definida clinicamente pela presença de tosse e expectoração na maioria dos dias por no mínimo três meses/ano durante dois anos consecutivos. O



enfisema pulmonar é definido anatomicamente como aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes alveolares.

Ano: 2015

Banca: LEGALLE

Concursos Órgão: Prefeitura de Joaçaba - SC

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) caracteriza-se por uma limitação do fluxo de ar, habitualmente progressiva e que está associada a uma resposta inflamatória do pulmão. Esta doença é um conjunto de:

- A Bronquite crônica, enfisema e asma brônquica
- B Enfisema, asma brônquica e pneumonia
- C Pneumonia, enfisema e bronquite aguda.
- D Bronquite crônica, pneumonia e asma brônquica.
- E Pneumonia, bronquite crônica, enfisema.

Resposta

A asma e a DPOC são doenças distintas, embora ambas sejam doenças pulmonares crônicas, acompanhadas de inflamação dos brônquios e com sintomas semelhantes. A asma geralmente surge na infância ou adolescência, tem como fator de risco a exposição aos alérgenos, sua evolução é intermitente e suas alterações inflamatórias são reversíveis com o tratamento. Já a DPOC pode ter início a partir dos 40 anos, tem como fator de risco principal o tabagismo, sua evolução é progressiva e suas consequências no pulmão não podem ser curadas, apenas pode ter sua evolução postergada.

Alternativa: A.

Ano: 2018

Banca: COPEVE-UFAL

Órgão: UFAL

A DPOC consiste em alterações clínicas, radiológicas, funcionais e patológicas do pulmão, que abrange doenças caracterizadas pela limitação crônica ao fluxo aéreo, devido ao aumento da resistência das vias aéreas e aprisionamento anormal de gás intratorácico, traduzido por uma dificuldade para expirar.

Quais são essas doenças?



- A Bronquite e CA de pulmão.
- B Embolia pulmonar e asma.
- C Pneumonia e CA de pulmão.
- D Bronquite e enfisema pulmonar.
- E Tuberculose e enfisema pulmonar.

A DPOC envolve bronquite crônica e enfisema pulmonar, os quais geralmente ocorrem de forma simultânea, com variáveis graus de comprometimento relativo num mesmo indivíduo.

Alternativa: D

São fatores de risco para DPOC

- Tabagismo: responsável por 80 a 90% das causas determináveis da DPOC.
- Poluição domiciliar (fumaça de lenha, querosene).
- Exposição ocupacional a poeiras e produtos químicos ocupacionais.
- Infecções respiratórias recorrentes na infância.
- Suscetibilidade individual.
- Desnutrição na infância.
- Deficiências genéticas (responsáveis por menos de 1% dos casos), como de alfa1 antitripsina.

Acerca do diagnóstico, tem-se que pacientes acima de 40 anos e que são tabagistas ou ex-tabagistas deveriam realizar espirometria após o teste de rastreamento na anamnese. Para tanto, utilizam-se as cinco perguntas abaixo. Caso três delas sejam positivas, considera-se rastreamento positivo:

- Você tem tosse pela manhã?
- Você tem catarro pela manhã?
- Você se cansa mais do que uma pessoa da sua idade?
- Você tem chiado no peito à noite ou ao praticar exercício?
- Você tem mais de 40 anos?

Alguns exames complementares ajudam no diagnóstico da DPOC: Espirometria, Raio X de tórax (contribui pouco para o diagnóstico), Bacterioscopia e cultura de escarro.

A dispneia pode ser avaliada com base na escala de dispneia do Medical Research Council (MRC), que apresenta boa correlação com o prognóstico da DPOC.



Escala 1: tem falta de ar ao realizar exercício intenso

Escala 2: Tem falta de ar quando apressa o passo ou quando sobe escada ou ladeiras

Escala 3: Precisa parar algumas vezes quando anda no próprio passo, ou anda mais devagar que pessoas da mesma idade.

Escala 4: Precisa parar muitas vezes devido à falta de ar quando anda cerca de 100 metros ou poucos minutos de caminhada no plano.

Escala 5: Sente tanta falta de ar que não consegue sair de casa ou precisa de ajuda para se vestir.

A gravidade de um paciente com DPOC depende do grau de obstrução ao fluxo de ar bem como da intensidade dos sintomas (falta de ar e diminuição de capacidade para a realização das atividades diárias).

Dentre os objetivos do tratamento, estão:

- Aliviar os sintomas
- Melhorar a qualidade de vida
- Prevenir progressão da doença
- Melhorar a tolerância a exercícios
- Prevenir e tratar exacerbações
- Reduzir a mortalidade



Atenção!

A vacinação contra influenza deve ser indicada aos pacientes com DPOC.

A redução na exposição pessoal à fumaça do tabaco, poeiras ocupacionais, poluentes domiciliares e ambientais são metas importantes para diminuir a progressão da DPOC.

A terapia com oxigênio domiciliar é uma intervenção efetiva em reduzir a mortalidade dos pacientes com DPOC grave, além de aliviar os sintomas decorrentes da insuficiência cardíaca direita. Porém tem como inconveniente a dificuldade para o deslocamento dos pacientes e risco aumentado para acidentes se o paciente continuar fumando.

Os medicamentos broncodilatadores são a principal classe para o tratamento da DPOC. Eles podem ser administrados tanto de forma regular como para alívio sintomático, se



necessário. Os efeitos colaterais, bem como a toxicidade, são dose-dependentes e tendem a ser menores na forma inalatória.

Os Bronco Dilatadores de curta duração disponíveis são:

Curta duração:

- β_2 agonistas: fenoterol, salbutamol, terbutalino
- Anticolinérgico: brometo de ipratrópio

Longa duração:

- β_2 agonistas: formoterol, salmeterol
- Anticolinérgico: brometo de tiotrópio

Importante lembrar que pacientes com DPOC devem realizar exercícios físicos regulares concomitantes com o tratamento farmacológico.

Ano: 2013

Banca: CESPE

Órgão: TRT - 8ª Região (PA e AP)

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um estado patológico caracterizado pela limitação do fluxo de ar.

Considerando a DPOC e os cuidados de enfermagem para o paciente portador dessa enfermidade, assinale a opção correta.

A A ventilação mecânica não invasiva é indicada em casos de taquipneia (menos de 24 irpm); uso de musculatura acessória, respiração paradoxal; rebaixamento do nível de consciência (hipocapnia); PaO₂ menor que 60 mmHg e SaO₂ menor que 90% com O₂.

B O paciente deve ser orientado a evitar temperaturas muito baixas, pois o frio tende a promover o broncoespasmo, não havendo restrição quanto às temperaturas elevadas.

C Lesão da medula espinhal pode causar DPOC.

D O tabagismo é responsável por menos de 20% dos casos de DPOC; portanto, cessar o tabagismo não é uma das principais orientações de enfermagem.

E A vacinação contra influenza deve ser indicada aos pacientes com DPOC.

Resposta

A única correta é com relação à vacina contra influenza, sendo INDICADA aos pacientes com DPOC. Atenção, pois é comum a questão colocar o inverso.

Alternativa: E.



Ano: 2017

Banca: CPCON

Órgão: Prefeitura de Patos - PB

As doenças respiratórias crônicas constituem um dos maiores problemas de saúde no Brasil e no mundo. Elas afetam a qualidade de vida e podem provocar incapacidades nos indivíduos afetados, principalmente em grupos de crianças e idosos. Nos casos de Asma, DPOC e rinite alérgica, qual das atividades abaixo NÃO é considerada atribuição da enfermagem?

A Orientar sobre a doença e tratamento.

B Realizar consulta de enfermagem, educação permanente junto com os demais profissionais da equipe e coordenar o trabalho dos ACSe da equipe de enfermagem.

C Solicitar exames complementares conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.

D Assistência domiciliar e apoiar as ações de assistência farmacêutica.

E Realizar consulta para confirmação diagnóstica e criar a Comissão de Farmácia e Terapêutica do município.

Resposta

Nada da alternativa “e” é competência da enfermagem! Além disso, observe as demais e tire delas proveito para identificar as ações possíveis e recomendadas.

Alternativa: E.

EPILEPSIAS

As epilepsias consistem em um complexo sintomático de várias disfunções, caracterizadas por distúrbios paroxísticos e transitórios não provocados da função cerebral.

Pode haver perda associada da consciência, movimentos em excesso ou perda do tônus muscular ou do movimento e distúrbios do comportamento, humor, sensação e percepção.

A epilepsia pode ser primária (idiopática) ou secundária (quando a causa é conhecida, e a epilepsia constitui um sintoma de outra condição subjacente, como tumor cerebral).



O problema básico nas epilepsias consiste em distúrbio (disritmia) das células nervosas em uma parte do cérebro, causando descargas elétricas anormais, recorrentes e descontroladas. A crise epiléptica característica consiste na manifestação dessa descarga neuronal excessiva.

Na maioria dos casos, a causa não é conhecida (idiopática); a suscetibilidade a alguns tipos pode ser herdada. As epilepsias frequentemente ocorrem após muitos distúrbios clínicos, traumatismos e intoxicações por substâncias ou álcool. Elas também estão associadas a tumores cerebrais, abscessos e malformações congênitas.

A epilepsia não é sinônimo de retardamento ou doença mental; não está associada à capacidade intelectual.

As epilepsias variam desde episódios simples de olhar fixo até movimentos convulsivos prolongados, com perda da consciência. As convulsões são classificadas em parciais, generalizadas e não classificadas, de acordo com a área acometida do cérebro; o padrão inicial da convulsão frequentemente indica a região do cérebro na qual se origina. A aura, uma sensação premonitória ou de alerta, pode ocorrer antes de uma convulsão (p. ex., ver uma luz intermitente, ouvir um som).

Crises parciais simples

- Apenas um dedo ou uma das mãos podem sofrer abalo; a boca pode tremer de modo incontrolável
- O cliente pode falar de maneira ininteligível, apresentar tontura ou experimentar visões, sons, odores ou paladares inusitados ou desagradáveis – sem perda da consciência.

Crises parciais complexas

- O cliente permanece imóvel, ou move-se automaticamente, mas de modo inapropriado para o momento e o local
- O cliente pode ter emoções excessivas de medo, raiva, euforia ou irritabilidade
- O cliente não se lembra do episódio quando tiver cessado.



Crises generalizadas | Convulsões tipo grande mal

As crises generalizadas envolvem ambos os hemisférios do cérebro.

- Intensa rigidez de todo o corpo, seguida de relaxamento e contração musculares alternadas (contração tônico-clônica generalizada)
- Contrações simultâneas do diafragma e dos músculos torácicos, produzindo o grito epiléptico característico
- Mastigação da língua; cliente com incontinência urinária e fecal
- Os movimentos convulsivos têm 1 ou 2 min de duração
- Relaxamento seguido de coma profundo e respiração ruidosa; respirações principalmente abdominais

Estado pós-ictal

- Após a convulsão, o cliente frequentemente fica confuso e com dificuldade de despertar
- O cliente pode dormir por várias horas
- Muitos clientes queixam-se de cefaleia, músculos doloridos, fadiga e depressão.

Avaliação e achados diagnósticos

- Obtém-se uma história de desenvolvimento (incluindo gravidez e parto) para identificar qualquer lesão preexistente ou traumatismo cranioencefálico. É necessário realizar exame físico e exame neurológico para determinar o tipo, a frequência e a gravidade das convulsões; são incluídos exames bioquímicos, hematológicos e sorológicos
- A RM é usada para detectar lesões estruturais, tais como anormalidades focais, anormalidades vasculares cerebrais e alterações degenerativas cerebrais
- O eletroencefalograma (EEG) ajuda a classificar o tipo de convulsão
- A TC por emissão de fóton único (SPECT) pode ser usada para identificar a zona epileptogênica.

Manejo cirúrgico

- A cirurgia está indicada quando a epilepsia resulta de tumores intracranianos, abscessos, cistos ou anomalias vasculares



- A remoção cirúrgica do foco epileptogênico é realizada para convulsões que se originam em uma área bem circunscrita do cérebro, que possa ser excisada sem produzir déficits neurológicos significativos
- Para as convulsões que são refratárias aos medicamentos em adolescentes e adultos com crises focais, pode ser implantado um gerador de pulso com derivação fixada ao nervo vago para liberar sinais elétricos ao cérebro por meio do nervo vago, a fim de controlar e reduzir a atividade convulsiva.

As complicações potenciais incluem estado de mal epilético e toxicidade relacionada com os medicamentos.

Planejamento e metas

As principais metas incluem prevenção da lesão, controle das convulsões, obtenção de um ajuste psicossocial satisfatório, aquisição de conhecimento e compreensão sobre a condição e a ausência de complicações.

O estado de mal epilético (atividade convulsiva prolongada aguda) refere-se a uma série de crises generalizadas, que ocorrem sem recuperação completa da consciência entre as crises. A condição é uma emergência médica, caracterizada por convulsões clínicas ou elétricas contínuas de pelo menos 30 min de duração. Episódios repetidos de anoxia e edema cerebrais podem levar a uma lesão cerebral irreversível e fatal. Os fatores comuns que precipitam o estado de mal epilético incluem interrupção dos medicamentos anticonvulsivantes, febre e infecção concomitante.

Na crise convulsiva, basicamente, as ações se resumem em:

- Proporcionar privacidade e proteger o cliente dos espectadores curiosos
- Colocar o cliente no chão, se possível
- Proteger a cabeça com uma almofada para evitar bater em uma superfície dura
- Afrouxar as roupas apertadas
- Afastar qualquer móvel que possa causar lesão do cliente durante uma crise
- Se o cliente estiver na cama, remover os travesseiros e elevar as grades laterais
- Não tentar abrir a boca que está cerrada durante um espasmo nem inserir qualquer objeto. Durante uma crise convulsiva, não tentar conter o cliente
- Colocar o cliente em decúbito lateral com a cabeça flexionada para a frente, a fim de ajudar a drenar as secreções faríngeas



- Manter um aparelho de aspiração à disposição, se necessário, para eliminar as secreções.

Ano: 2018

Banca: CONSULPLAN

Órgão: Câmara de Belo Horizonte - MG

A crise convulsiva ou convulsão ocorre devido a um aumento excessivo e desordenado da atividade elétrica das células cerebrais; nesse caso, os neurônios. Essa atividade elétrica alterada é, em muito dos casos, o causador das alterações motoras de uma crise convulsiva, muitas vezes caracterizada por movimentos desordenados, repetitivos e rápidos de todo o corpo. São procedimentos para auxiliar uma pessoa durante uma crise convulsiva, EXCETO:

- a) Afrouxar um pouco as roupas para que a pessoa respire melhor.
- b) Acomodar o indivíduo em local sem objetos dos quais ele pode se debater e se machucar.
- c) Posicionar o indivíduo de lado, de forma que o excesso de saliva ou vômito (pode ocorrer em alguns casos) escorra para fora da boca.
- d) Colocar a mão dentro da boca da vítima, para que ela não engasgue, pois as contrações musculares durante a crise convulsiva são muito fortes e inconscientes.

Resposta

Pergunta clássica. Grave que não é recomendação colocar a mão na boca da vítima.
Alternativa: D.

Ano: 2017

Banca: FEPESE

Órgão: SES-SC

Analise as afirmativas abaixo relacionadas à convulsão e à crise convulsiva:

1. A crise convulsiva é uma desordem na transmissão dos impulsos elétricos cerebrais, que leva a espasmos musculares involuntários e perda da consciência em todos os pacientes.
2. Crianças de três meses a cinco anos com convulsões febris apresentam uma probabilidade maior de desenvolver epilepsia com o decorrer da idade.



3. A duração de uma crise convulsiva é aproximadamente de 10 a 15 minutos, sendo que a cefaleia, a confusão mental, as dores musculares e a fadiga aparecem após o episódio.

4. Durante a convulsão, a administração de droga miorrelaxante é preferencialmente por via endovenosa, mas na impossibilidade ou insucesso da venopunção, a opção é a via intraóssea.

Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas corretas.

- a) São corretas apenas as afirmativas 1 e 4.
- b) São corretas apenas as afirmativas 2 e 4.
- c) São corretas apenas as afirmativas 3 e 4.
- d) São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 3.
- e) São corretas apenas as afirmativas 2, 3 e 4.

Resposta

Erros: I e III

I - Pode não haver perda da consciência.

III – A duração costuma ser menor de 5 minutos.

Alternativa: B.

Ano: 2016

Banca: FCC

Órgão: TRT - 20ª REGIÃO (SE)

Durante o primeiro atendimento a uma pessoa em convulsão tônico-clônica generalizada, o profissional de saúde deve, dentre outros,

- a) restringir os membros superiores e inferiores da vítima com ataduras.
- b) abrir a boca da vítima com o auxílio de um instrumental cirúrgico estéril.
- c) colocar uma compressa esterilizada entre seus dentes ou na cavidade bucal.
- d) proteger a vítima de possíveis objetos que possam causar lesões.
- e) colocar a vítima em posição prona após a convulsão.

Resposta

A conduta mais básica é evitar que os movimentos vigorosos causem lesão na vítima, logo, protege-la é a ação principal durante a crise.

Alternativa: D.

Ano: 2015

Banca: FUNDEP (Gestão de Concursos)

Órgão: HRTN - MG



A convulsão é uma intercorrência frequente no ambiente hospitalar e ambulatorial, sua etiologia é diversa e o atendimento deve ser imediato e eficiente, evitando complicações e diminuindo os riscos para o paciente.

São cuidados de enfermagem que devem ser prestados ao paciente em crise convulsiva, EXCETO:

- a) Lateralizar a cabeça para que a saliva escorra, evitando, assim, a aspiração.
- b) Afastar móveis e objetos do corpo do paciente, protegendo-o de lesões.
- c) Imobilizar os membros durante a fase tônico-clônica.
- d) Deixar o paciente dormir na fase pós-comicial, uma vez que ele estará sonolento e isto é natural.

Resposta

Grave: Não ponha a mão na boca, nem segure o paciente. Proteja-o.

Alternativa: C.

GASTRITE

A gastrite é uma inflamação da mucosa gástrica e um distúrbio gastrointestinal (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.

A gastrite aguda, cuja duração é de várias horas a alguns dias, frequentemente é causada por imprudência alimentar (consumo de alimento irritante, que é excessivamente temperado ou de alimento contaminado). Observa-se, também, o desenvolvimento de gastrite aguda nas doenças agudas (p. ex., lesões traumáticas importantes; queimaduras; infecção grave; insuficiência hepática, renal ou respiratória; ou cirurgia de grande porte).

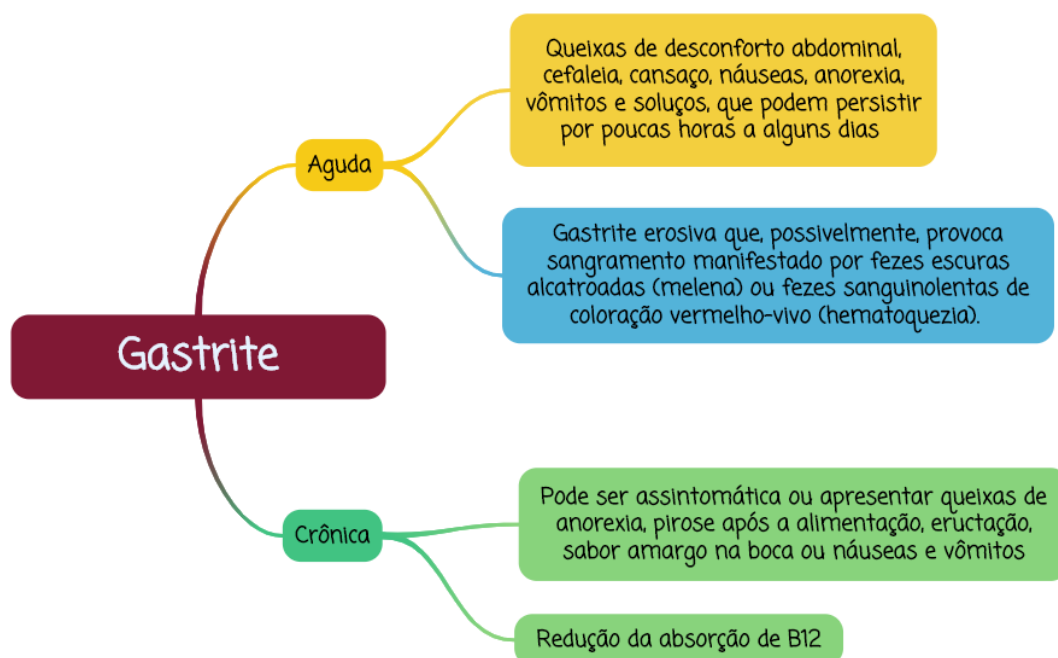
Outras causas incluem uso excessivo de ácido acetilsalicílico e de outros agentes anti-inflamatórios não esteroides (AINE), consumo excessivo de bebidas alcoólicas, refluxo biliar e radioterapia. Um tipo mais grave de gastrite aguda é causado pela ingestão de ácidos ou álcalis fortes, que podem fazer 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 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.

Na gastrite, a mucosa gástrica torna-se edemaciada e hiperemiada (congesta com líquido e sangue) e sofre erosão superficial. Secreta uma quantidade escassa de suco gástrico, contendo pouquíssimo ácido, porém, muito muco. Pode haver ulceração superficial em consequência de doença erosiva, podendo levar à ocorrência de hemorragia.



O diagnóstico se dá por sintomas clínicos e visualização endoscópica com achados de hiperemia, úlcera ou perfuração.

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.

O cliente deve abster-se de bebidas alcoólicas e alimentos até o desaparecimento dos sintomas. Em seguida pode progredir para uma dieta com alimentos não irritantes.



Havendo sangramento, o tratamento assemelha-se ao da hemorragia do trato GI superior.

A terapia de suporte pode consistir em antiácidos e antagonista do receptor de histamina-2 (bloqueadores H_2 ; por exemplo, famotidina, ranitidina, inibidores da bomba de prótons, como lansoprazol); sondagem nasogástrica (NG) e líquidos IV podem ser necessários.

Se a gastrite for causada pela ingestão de ácidos ou álcalis fortes, diluir e neutralizar o ácido com antiácidos comuns (p. ex., hidróxido de alumínio) e neutralizar o álcali com suco de limão diluído ou vinagre diluído. Se a corrosão for extensa ou grave, evitar os eméticos e a lavagem em razão do perigo de perfuração.

Ano: 2012

Banca: Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ

Órgão: Prefeitura de Rio de Janeiro - RJ

O antibiótico empregado, em associação com o inibidor de bomba de próton, no tratamento da gastrite e das úlceras gástricas e duodenais associadas à infecção pelo *Helicobacter pylori* é:

- a) amoxicilina
- b) cefalexina
- c) clindamicina
- d) Eritromicina

Resposta

O tratamento de primeira linha deve ser feito com amoxicilina 1 g + claritromicina 500 mg + omeprazol 20mg (ou pantoprazol 40 mg ou lansoprazol 30 mg), a cada 12 horas, por 7 dias.

Alternativa: A.

Ano: 2016

Banca: Prefeitura do Rio de Janeiro - RJ

Órgão: TBG

A gastrite é um distúrbio inflamatório da mucosa gástrica, que ocorre de forma súbita, podendo ser de curta duração, tornar-se crônica ou ainda evoluir para uma úlcera. As gastrites crônicas estão mais relacionadas com a presença da seguinte bactéria:

- a) *Campylobacter pylori*



- b) *Helicobacter pylori*
- c) *Lactobacillus acidophilus*
- d) *Peptostreptococcus*

Resposta

As perguntas são bem diretas e objetivas quanto a isso. Memorize: Gastrite crônica está associada com *Helicobacter pylori*.

Alternativa: B.

Ano: 2013

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: Colégio Pedro II

A gastrite é um distúrbio inflamatório da mucosa gástrica. Seu aparecimento ocorre de forma súbita, podendo ser de curta duração, tornar-se crônica ou ainda evoluir para uma úlcera. Sobre a gastrite, assinale a alternativa correta.

- a) A gastrite crônica, frequentemente, é causada por agressores com ação direta na mucosa gástrica, por exemplo, as frituras.
- b) As gastrites agudas estão mais relacionadas com a presença do *Helicobacter pylori*.
- c) Entre as manifestações clínicas da gastrite, destacam-se: dor epigástrica, vômitos, náuseas, eructação e pirose após as refeições.
- d) O diagnóstico pode ser feito por meio da colonoscopia, com realização de biópsia e de radiografia contrastada.
- e) O tratamento está baseado na utilização de antibióticos que atuam na acidez gástrica.

Resposta

Note que a “a” e a “b” estão inversas. A “d” se corrige com “endoscopia” e “e” o erro está em “antibióticos”, visto que na gastrite aguda, não está.

Alternativa: C.

DOENÇA DO REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO

Trata-se de uma afecção crônica que se desenvolve quando o refluxo do conteúdo gástrico causa sintomas incomodativos ou complicações, sendo sintomas incomodativos aqueles definidos pelos pacientes.



O Refluxo Gastro-Esofágico (RGE) define-se como a passagem de conteúdo gástrico para o esôfago, na ausência de vômito. É um fenómeno fisiológico normal quando assintomático, de pequena duração e de ocorrência intermitente particularmente após as refeições.

Do ponto de vista endoscópico, classifica-se a DRGE em não erosiva, erosiva e complicada, quando ocorre ulceração, estenose ou metaplasia intestinal (esôfago de Barrett).

Os fatores desencadeantes mais comuns são os alimentos gordurosos ou picantes, cítricos, carminativos, café, refrigerantes, álcool, refeições volumosas, tabaco, medicamentos e o hábito de se deitar imediatamente após as refeições. Os fatores de alívio mais frequentes são a ingestão de leite, água ou antiácidos.

Situações que provocam aumento da pressão intra-abdominal também podem desencadear pirose, tais como ganho de peso, levantamento de peso, exercícios isométricos, gravidez ou exercícios abdominais. Alguns pacientes com pirose referem alívio do sintoma quando assumem o decúbito lateral esquerdo.

A pirose pode vir associada, ainda que não necessariamente de forma simultânea, à regurgitação ácida ou, mais frequentemente, à sensação de refluxo ácido retroesternal, atingindo até a faringe ou a boca, sem exteriorização.

Veja, resumidamente, quais as manifestações típicas, atípicas e complicações associadas ao Refluxo Gastroesofágico:



Obs:

- *DTOI: Doença torácica de origem indeterminada*
- *ORL: Sintomas otorrinolaringológicos tais como Rouquidão Disfonia Dor de garganta Pigarro Tosse crônica Globus Apneia Espasmo laríngeo Disfagia alta Gotejamento pós-nasal Neoplasia de laringe*

O espectro terapêutico da DRGE passa, deste modo, pelos seguintes pontos:

- Modificação no estilo de vida, como elevação da cabeceira da cama, posicionamento em decúbito lateral esquerdo e a perda de peso.
- Medidas farmacológicas, tais como Antiácidos; Antiemético, Procinéticos (pois aumentam a pressão do esfíncter esofágico inferior, o peristaltismo e o esvaziamento gástrico), Inibidores de refluxo (pois inibem os relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior) e Supressores da secreção ácida.

Ano: 2008

Banca: CESPE

Órgão: STF

Julgue os itens seguintes acerca de problemas comuns em recém-nascidos e lactentes.

Para o tratamento do refluxo gastresofágico em crianças com menos de um ano de idade, devem ser escolhidas as posições pronação e decúbito lateral esquerdo.

Resposta

O certo é Indicar posição semi-sentada (em posição lateral esquerda preferencialmente após as alimentações ou decúbito ventral elevado.

Alternativa: Errada.

Ano: 2013

Banca: CESPE

Órgão: SERPRO

Acerca da atuação dos medicamentos no organismo humano, julgue os itens seguintes.

Antieméticos são medicamentos utilizados para inibir o refluxo do vômito.

Resposta

Antiemético, junto com antiácidos e outros citados fazem parte das opções medicamentosas.



Alternativa: Certa.

APENDICITE

O apêndice é um pequeno anexo digitiforme fixado ao ceco exatamente abaixo da papila ileal. Como o seu esvaziamento no cólon não é eficiente e o seu lúmen é pequeno, o apêndice é propenso à obstrução e vulnerável à infecção (apendicite). A apendicite é a causa mais comum tanto de inflamação aguda no quadrante inferior direito da cavidade abdominal quanto de cirurgia abdominal de emergência. Embora possa ocorrer em qualquer idade, é mais frequente entre 10 e 30 anos.

O apêndice torna-se inflamado e edemaciado em consequência de dobras ou oclusão por um fecálito (ou seja, massa fecal endurecida), tumor, hiperplasia linfóide ou corpo estranho. Uma vez obstruído o apêndice, o processo inflamatório resultante aumenta a pressão intraluminal, causando dor em algumas horas, localizada no quadrante inferior direito do abdome. O apêndice torna-se isquêmico, há proliferação bacteriana e, por fim, pode ocorrer gangrena.

Manifestações clínicas

- A dor no quadrante inferior direito do abdome costuma ser acompanhada por febre baixa, náuseas e, eventualmente, vômitos; é comum haver perda do apetite; pode ocorrer constipação intestinal
- No ponto de McBurney (localizado no ponto médio entre a cicatriz umbilical e a espinha ilíaca anterior) há dor à compressão, bem como alguma rigidez da parte inferior do músculo reto do abdome direito
- Também há descompressão de rebote; a localização do apêndice determina a magnitude da hipersensibilidade, espasmo muscular e ocorrência de constipação intestinal ou diarreia
- O sinal de Rovsing pode ser induzido pela palpação do quadrante inferior esquerdo do abdome que, paradoxalmente, provoca dor no quadrante inferior direito do abdome
- Outros sinais positivos incluem sinal do psoas (ou seja, ocorre dor com a extensão lenta da coxa direita quando o cliente está em decúbito lateral esquerdo) ou o sinal



do obturador (ou seja, ocorre dor com rotação medial passiva da coxa direita em flexão com o cliente em decúbito dorsal)

- Se houver ruptura do apêndice, a dor torna-se mais difusa; a distensão abdominal é consequente ao íleo parálítico, e ocorre agravamento da condição do cliente.

Avaliação e achados diagnósticos

- O diagnóstico baseia-se na história da saúde e no exame físico completo do cliente e nos resultados dos exames laboratoriais e de imagem; em geral, os clientes são mais jovens e, portanto, a idade é um achado diferencial de importância crucial
- Leucocitose, com elevação dos neutrófilos; as radiografias, a US e a TC do abdome revelam densidade no quadrante inferior direito do abdome ou distensão localizada do intestino
- Em geral, efetua-se um exame de urina para excluir a possibilidade de infecção urinária; solicita-se teste de gravidez para mulheres em idade fértil, para descartar a possibilidade de gravidez ectópica.

O tratamento é cirúrgico (apendicectomia).

Ano: 2017

Banca: CESPE

Órgão: SEDF

Com relação às emergências clínico-cirúrgicas e à assistência de enfermagem, julgue o item a seguir.

A apendicite apresenta como sintomatologia náuseas, vômitos, febrícula e sinal de Blumberg; é uma emergência cirúrgica e o enfermeiro deve realizar o preparo intestinal do paciente.

Resposta

Apendicite é considerada uma urgência, sendo assim também não permitiria um preparo intestinal.

Alternativa: Errada.

Ano: 2015

Banca: FAUEL

Órgão: FMSFI

O apêndice é um pequeno anexo semelhante a um dedo com cerca de 10 cm de comprimento, ligado ao ceco logo abaixo da válvula ileocecal. O apêndice enche-



se de alimento e esvazia-se regularmente no ceco. Como ele se esvazia insuficientemente e a sua luz é pequena, está propenso a tornar-se obstruído e é particularmente vulnerável a infecção, chamada de apendicite. Ao exame físico abdominal, na palpação, como é chamado o sinal que ao posicionar o paciente em decúbito dorsal, realiza-se uma compressão no ponto de McBurney, seguida de uma descompressão súbita, que será referida pelo paciente como dor ou piora da dor quando o sinal estiver presente. Este é considerado um sinal sugestivo de apendicite aguda. Assinale a alternativa correta.

- a) Sinal de Murphy.
- b) Sinal de Giordano.
- c) Sinal de Blumberg.
- d) Sinal de Piparote.

Resposta

Memorize essa associação da apendicite com seu sinal. É clássico de prova.

O sinal mais clássico é o de Blumberg, que consiste na dor à descompressão (mais intensa do que à compressão) na fossa ilíaca direita. Embora seja um sinal de irritação peritoneal presente em múltiplas situações, ele foi originalmente descrito para apendicite.

Alternativa: C.

PSORÍASE

A psoríase é uma doença inflamatória não infecciosa crônica e comum da pele, caracterizada pelo surgimento de placas prateadas, mais frequentemente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo, região lombar e nádegas. Com frequência, observa-se uma simetria bilateral.

A psoríase pode estar associada à artrite assimétrica de múltiplas articulações com fator reumatoide negativo. Pode haver desenvolvimento de um estado psoriático esfoliativo, em que a doença evolui e acomete toda a superfície do corpo (psoríase eritrodérmica). O início pode ser observado em qualquer idade, com idade mediana de 28 anos; é mais prevalente em mulheres, em indivíduos brancos e entre pessoas obesas. A psoríase tem tendência a melhorar e, em seguida, sofrer recidiva durante toda a vida.



As evidências atuais sustentam uma base imunológica para a psoríase. A epiderme torna-se infiltrada com células T ativadas e citocinas, resultando em ingurgitamento vascular e proliferação de queratinócitos, com consequente hiperplasia epidérmica (crescimento excessivo da epiderme). Essas células epidérmicas tendem a reter, inapropriadamente, os núcleos, impossibilitando sua capacidade de liberar lipídios que estimulam a adesão celular. Isso resulta em rápida renovação das células incompletamente maduras, que não aderem de modo adequado umas às outras, resultando na apresentação clássica de lesões semelhantes a placas, que têm aspecto escamoso e prateado.

Os sintomas variam desde um incômodo estético até um distúrbio fisicamente incapacitante e desfigurante.

- As lesões aparecem como placas de pele avermelhadas e elevadas, cobertas com escamas prateadas
- Se as placas forem removidas, a base vermelho-escura da lesão é exposta, com múltiplos pontos hemorrágicos
- As placas são úmidas e podem ser pruriginosas
- A condição pode envolver depressão, alteração da coloração e fragmentação das unhas abaixo das bordas livres e separação da placa ungueal.

Dentre as complicações, pode ocorrer artrite reumatoide assimétrica de múltiplas articulações, com fator reumatoide negativo, em até 30% dos indivíduos com psoríase. Podem ser observadas outras complicações, como espondiloartropatias, incluindo artrite psoriática.

Avaliação e achados diagnósticos

- Ocorrência de lesões clássicas em placas (que se modificam histologicamente, com placas iniciais progredindo para placas crônicas)
- Sinais de comprometimento das unhas e do couro cabeludo, bem como história familiar positiva
- A biopsia tem pouco valor diagnóstico.



As metas do manejo consistem em diminuir a velocidade da renovação rápida da epiderme, promover a resolução das lesões psoriáticas e controlar os ciclos naturais da doença. Não existe nenhuma cura conhecida. A abordagem terapêutica deve ser passível de compreensão, cosmeticamente aceitável, e não deve alterar excessivamente o estilo de vida do indivíduo.

Três tipos de terapia constituem o tratamento padrão: terapia tópica, fotoquimioterapia e terapia sistêmica.

Terapia tópica

- O tratamento tópico é utilizado para diminuir a hiperatividade da epiderme
- A terapia com corticosteroides tópicos atua para reduzir a inflamação; os curativos oclusivos aumentam a efetividade dos corticosteroides tópicos.

Fotoquimioterapia

A fotoquimioterapia (também conhecida como *fototerapia*) que utiliza a luz ultravioleta B de banda estreita (UVB) pode ser útil para clientes que não respondem de modo satisfatório aos tratamentos tópicos. Em geral, é mais efetiva quando administrada como luz ultravioleta A em associação a um agente oral fotossensibilizador (PUVA), como psoralenos.

Terapia sistêmica

- A linha mais recente de tratamento para a psoríase inclui um grupo de agentes biológicos, por serem derivados de imunomoduladores e proteínas obtidas por bioengenharia (como anticorpos ou citocinas recombinantes) e por sua ação diretamente direcionada sobre as células T. Exemplos desses agentes biológicos são o infliximabe, o ustequinumabe, o etanercepte e o adalimumabe. Cada um desses agentes apresenta um mecanismo ligeiramente diferente e todos têm efeitos colaterais significativos, exigindo monitoramento rigoroso.

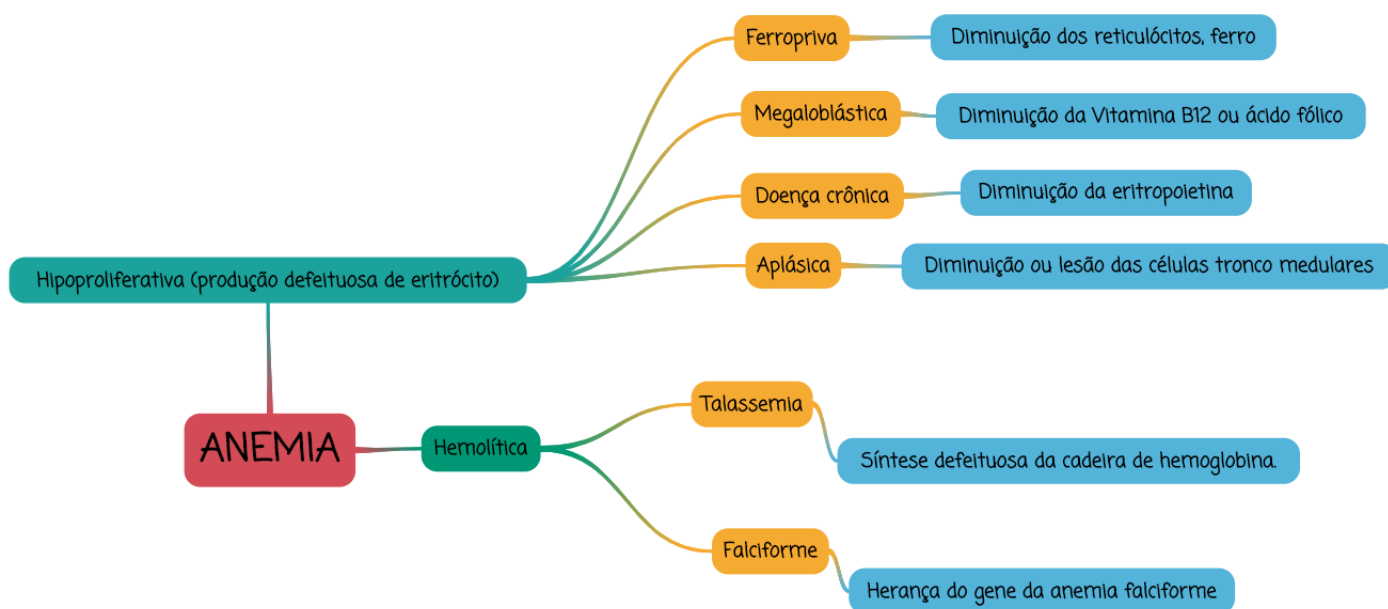
Afecções dermatológicas caem muito pouco em concursos. Separei esta pois é de repercussão importante na vida do paciente.



ANEMIA

A anemia é definida por valores de hemoglobina (Hb) no sangue abaixo do normal para idade e gênero. É um dos principais problemas de saúde pública mundial, chegando a afetar mais de um quarto da população do planeta.

Define-se anemia, a condição em que a concentração de hemoglobina / eritrócitos está reduzida, com impacto na quantidade de oxigênio liberado para os tecidos corporais. Independente da etiologia, quando o sangue tem células vermelhas insuficientes ou estas carregam hemoglobina insuficiente para entregar oxigênio adequadamente para os tecidos significa que houve falha na produção das hemácias e sobrevém anemia, muitas vezes multifatorial num mesmo indivíduo e por isto uma síndrome complexa para avaliação e estabelecimento da conduta a adotar.



Em geral, as manifestações clínicas da anemia se manifestam por palidez, fadiga, respiração superficial, cefaleia, mal estar generalizado, síncope. As complicações incluem insuficiência cardíaca, angina, parestesias e confusão.

Anemia Ferropriva: Quando a deficiência de ferro é grave, além dos sintomas citados, pode ocorrer unhas fracas e quebradiças, língua lisa e ulcerada e o fenômeno de pica (desejo de ingerir substâncias incomuns).



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (alguns)

- pacientes adultos masculinos com Hb abaixo de 13 g/dL;
- pacientes adultas femininos com Hb abaixo de 12 g/dL;
- pacientes gestantes com Hb abaixo de 11 g/dL.

Tratamento não medicamentoso:

Atualmente, entre os grupos de risco mais vulneráveis para a ocorrência de anemia estão as crianças com menos de 2 anos, gestantes e mulheres no pós-parto.

Os alimentos fontes de ferro devem ser recomendados, principalmente as carnes vermelhas, vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, peixes e hortaliças verde-escuras, entre outros. Para melhorar a absorção do ferro, recomenda-se a ingestão de alimentos ricos em vitamina C, disponível nas frutas cítricas, como laranja, acerola e limão, evitando-se excessos de chá ou café, que dificultam esta absorção.



Anemia falciforme

A anemia falciforme é a doença hereditária monogênica mais comum, no Brasil.

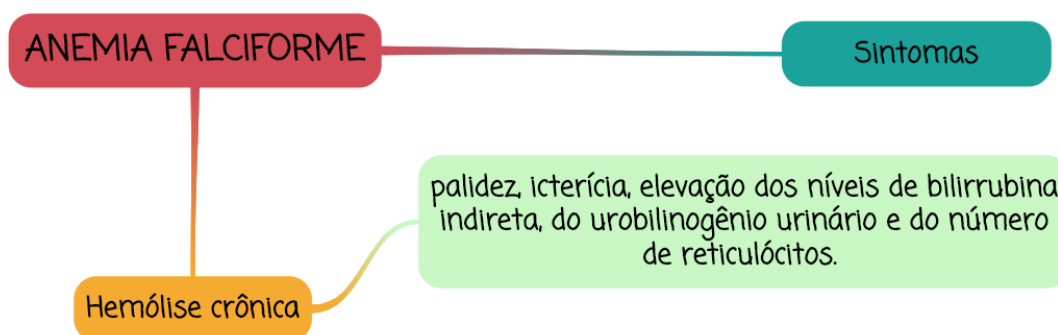
A causa da doença é uma mutação pontual no gene beta da globina, em que há a substituição de uma base nitrogenada do códon GAG para GTG, resultando na troca do



ácido glutâmico (Glu) pela valina (Val) na posição número seis do gene. Essa substituição origina uma molécula de hemoglobina anormal denominada hemoglobina S (HbS), ao invés da hemoglobina normal chamada de hemoglobina A (HbA).

A hemoglobina falciforme adquire uma formação semelhante ao cristal quando exposta à baixa pressão de oxigênio. O eritrócito que contém o gen HbS perde sua forma bicôncava e torna-se deformado e rígido, com forma de foice.

Em geral, os pais são portadores assintomáticos de um único gene afetado (heterozigotos), produzindo HbA e HbS (AS), transmitindo cada um deles o gene alterado para a criança, que assim recebe o gene anormal em dose dupla (homozigoto SS).



A denominação “anemia falciforme” é reservada para a forma da doença que ocorre nesses homozigotos SS. Além disso, o gene da HbS pode combinar-se com outras anormalidades hereditárias das hemoglobinas, como hemoglobina C (HbC), hemoglobina D (HbD), beta-talassemia, entre outros, gerando combinações que também são sintomáticas, denominadas, respectivamente, hemoglobinopatia SC, hemoblobinopatia SD, S/beta-talassemia. No conjunto, todas essas formas sintomáticas do gene da HbS, em homozigose ou em combinação, são conhecidas como doenças falciformes.

Uma das características dessas doenças é a sua variabilidade clínica: enquanto alguns pacientes têm um quadro de grande gravidade e estão sujeitos a inúmeras complicações e freqüentes hospitalizações, outros apresentam uma evolução mais benigna, em alguns casos quase assintomática.

Tanto fatores hereditários como adquiridos contribuem para esta variabilidade clínica. Entre os fatores adquiridos mais importantes está o nível sócio-econômico, com as



conseqüentes variações nas qualidades de alimentação, de prevenção de infecções e de assistência médica.

Acerca da ANEMIA PERNICIOSA, veja o que cai:

Ano: 2011

Banca: FCC

Órgão: TRT - 24ª REGIÃO (MS)

Um paciente de 70 anos com gastrite atrófica tem maior chance de desenvolver anemia

- a) por deficiência de piridoxina.
- b) por deficiência de vitamina B12 e folato.
- c) ferropriva.
- d) sideroblástica.
- e) por deficiência de vitamina B12.

Resposta

A gastrite atrófica irá influenciar diretamente na absorção da Vitamina B12.

Alternativa: E.

Ano: 2015

Banca: BIO-RIO

Órgão: IF-RJ

Na gastrite da anemia perniciosa há deficiência de vitamina:

- A) A.
- B) B.
- C) C.
- D) D.
- E) E.

Resposta

Geralmente o que cai é muito simples! Anemia perniciosa é a deficiência de vitamina B.

Alternativa: B.

Ano: 2018

Banca: Prefeitura de Fortaleza - CE



Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

A anemia na gravidez é caracterizada quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que:

- a) 11 g/dL.
- b) 12 g/dL.
- c) 13 g/dL.
- d) 14 g/dL.

Resposta

Lembrando: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- pacientes adultos masculinos com Hb abaixo de 13 g/dL;
- pacientes adultas femininos com Hb abaixo de 12 g/dL;
- pacientes gestantes com Hb abaixo de 11 g/dL.

Alternativa: A.

ANAFILAXIA

A anafilaxia, a mais grave das reações de hipersensibilidade, é uma resposta clínica a uma reação imunológica imediata (hipersensibilidade do tipo I) entre um antígeno específico e um anticorpo.

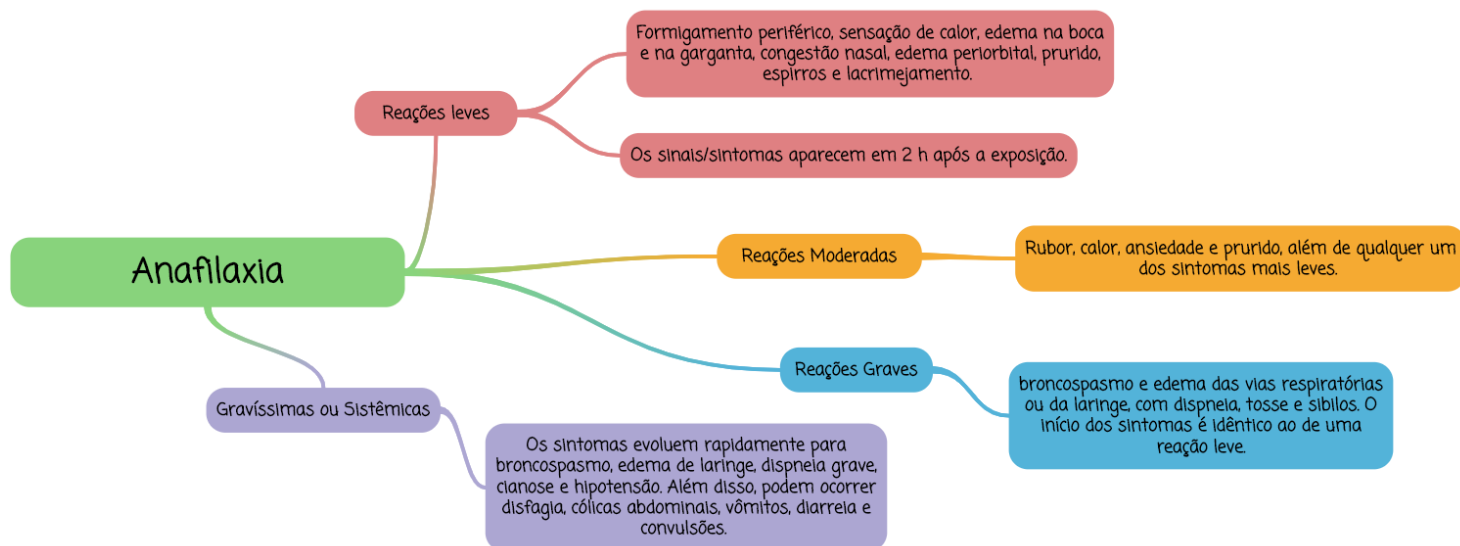
Resulta da rápida liberação de substâncias químicas mediadas pela IgE, as quais podem induzir uma reação alérgica grave e potencialmente fatal, resultando em hipotensão, broncospasmo e colapso cardiovascular.

A histamina, as prostaglandinas e os leucotrienos inflamatórios são mediadores vasoativos potentes, que estão implicados nas alterações de permeabilidade vascular, rubor, urticária, angioedema, hipotensão e broncoconstrição que caracterizam a anafilaxia. As causas mais comuns de anafilaxia incluem alimentos, medicamentos, picadas de insetos e látex.

Os antibióticos (p. ex., penicilina) e os agentes de contraste radiológicos causam as reações anafiláticas mais graves. A reação de anafilaxia não alérgica (anafilatoide) apresenta correlação próxima à anafilaxia.



As reações anafiláticas provocam uma síndrome clínica que afeta múltiplos sistemas de órgãos. As reações podem ser classificadas em leves, moderadas ou graves. A intensidade depende do grau de alergia e da dose de alérgeno; as reações de hipersensibilidade do tipo I podem incluir reações tanto locais quanto sistêmicas.



Além destas, também pode haver dor abdominal, aumento do peristaltismo com urgência para evacuar ou liberação de esfíncter, náusea/vômito, diarreia.

A avaliação diagnóstica do cliente com distúrbios alérgicos costuma incluir exames de sangue (hemograma completo com contagem diferencial, níveis séricos totais elevados de IgE), esfregaços das secreções corporais, testes cutâneos e teste radioalergossorvente (RAST).

Adrenalina é a droga de escolha para anafilaxia. Estimula os receptores beta e alfa adrenérgicos e inibe posterior liberação de mediadores mastócitos e basófilos. Pode ser administrada tanto IM quanto EV.

Dentre as ações frente a esta circunstância, está a avaliação das funções respiratória e cardiovascular com reanimação cardiopulmonar (RCP) nos casos de parada cardíaca. Administra-se oxigênio suplementar em altas concentrações durante a RCP, ou quando o cliente apresenta cianose, dispnéia ou sibilos.



Terapia farmacológica

- Epinefrina, anti-histamínicos e corticosteroides podem ser administrados para evitar recidivas da reação e para aliviar a urticária e o angioedema
- São administrados líquidos IV (p. ex., soro fisiológico), expansores de volume e agentes vasopressores para manter a pressão arterial e o estado hemodinâmico normais; pode-se administrar glucagon
- Aminofilina

Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EMAP

A respeito de aspectos relacionados à anafilaxia, julgue o item que segue.

Na fisiopatologia da anafilaxia imediata, há liberação de prostaglandinas, leucotrienos e histamina por via não imunomediada.

Resposta

Oposto. É imunomediada.

Alternativa: Errada.

Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: EMAP

A respeito de aspectos relacionados à anafilaxia, julgue o item que segue.

A terapia medicamentosa primária em casos de anafilaxia inclui a administração de adrenalina, que pode ser realizada por via intramuscular ou por via intravenosa.

Resposta

Cespe gosta deste tema!

Exato.

Certo

Errado

Ano: 2015

Banca: Cislipa

Órgão: Cislipa



Anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade aguda potencialmente fatal, que envolve a liberação de mediadores dos mastócitos, basófilos e recrutamento de células inflamatórias. Quais itens, a seguir, são sinais e sintomas iniciais esperados?

- a) Dor abdominal, aumento do peristaltismo com urgência para evacuar ou liberação de esfíncter, náusea/vômito, diarreia.
- b) Eritema difuso, rubor, urticária, prurido, angioedema.
- c) Cólicas uterinas, urgência miccional ou incontinência urinária.
- d) Todas as alternativas acima estão corretas.

Resposta

Resuminho. Todas certas.

Alternativa: D.

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Trata-se de doença crônica de alta prevalência e repercussão importante sobre a qualidade de vida, alta morbidade, mortalidade e custo elevado para os sistemas de saúde.

O termo “insuficiência cardíaca” é definido como uma síndrome em o que o coração não oferta fluxo sanguíneo adequadamente aos tecidos por redução ou limitação para aumentar o débito cardíaco diante de aumento da necessidade.

Importante saber o seguinte conceito: Mecanismo de Frank-Starling

Trata-se de um mecanismo que o coração não se adapta em sua contratilidade frente as variações de fluxo sanguíneo, interferindo, diretamente, no débito cardíaco.

A insuficiência cardíaca pode ser classificada nas seguintes classes, de acordo com a limitação que a doença acarreta:



Critérios maiores	Critérios menores
Dispneia paroxística noturna Distensão das veias do pescoço Estertores Cardiomegalia Edema pulmonar agudo Galope de B3 Pressão venosa central elevada Tempo de circulação > 25 s Refluxo hepatojugular Perda de peso > 4,5/dia em 5 dias em resposta ao tratamento com diuréticos	 Edema de tornozelo bilateral Tosse noturna Dispneia em esforço usual Hepatomegalia Derrame pleural Taquicardia > 120bpm

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

I - Paciente com doença cardíaca, porém sem limitação para atividades físicas habituais

II Paciente com leve limitação para atividades físicas habituais, assintomático em repouso

III Paciente com grande limitação para atividades físicas habituais, assintomático em repouso

IV Paciente sintomático, inclusive em repouso

Os critérios mais utilizados para o diagnóstico de IC crônica são os de Boston e Framingham, sendo este último, o que mais cai em concurso.

Critérios de Framingham positivo: significa a presença de 2 critérios maiores ou 1 critério maior e 2 menores.

A insuficiência cardíaca pode ser secundária a:

1. Doenças cardiovasculares sistêmicas como hipertensão arterial, aterosclerose, (com suas várias manifestações como IAM, por exemplo), doenças das válvulas cardíacas, etc.
2. Cardiomiopatias
3. Pericardiopatias



4. Endocrinopatias

Lembre-se que quando a congestão for à esquerda, os sintomas serão predominantemente pulmonares (dispneia, tosse noturna, estertores, dentre outros) e quanto for a direita, os sintomas serão sistêmicos tais como estase jugular, edema, ascite, hepatomegalia, etc.

Os métodos diagnósticos incluem a própria avaliação clínica (critérios maiores e menores) e os seguintes exames: ECG, Radiografia de tórax, ecocardiograma e exames laboratoriais.

O tratamento inclui restrição hídrica, salina, exercícios e prescrição de drogas tais como inibidores da enzima conversora da angiotensina, betabloqueadores, bloqueadores dos receptores AT-1 da angiotensina II e antagonistas dos receptores da aldosterona.

Ano: 2010

Banca: IF

Órgão: IF – RJ

Estes sinais estão relacionados ao quadro clínico de insuficiência cardíaca esquerda, exceto:

- a) as extremidades frias.
- b) a dispneia.
- c) o pulso filiforme.
- d) a ascite.
- e) o edema agudo de pulmão

Resposta

Conforme vimos, apenas a ascite se refere a insuficiência de lado direito.

Alternativa: D.

Ano: 2014

Banca: FCC

Órgão: TRT - 16ª REGIÃO (MA)

Uma das indicações ao paciente com sintomas de insuficiência cardíaca em repouso é colocá-lo na posição:

- a) dorsal horizontal.
- b) de Fowler.



- c)prona.
- d)de litotomia.
- e)de Kraske.

Resposta

O desconforto pela dispneia na presença de insuficiência cardíaca pode ser aliviado quando o paciente permanece com cabeceira elevada, ou seja, posição de Fowler.

Alternativa: B.

Ano: 2016

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: EBSERH

O escore de Framingham revisado estima:

- a)probabilidade de câncer de colo de útero em mulheres acima de 40 anos.
- b)determinantes sociais de pobreza.
- c)risco de evento cardiovascular.
- d)probabilidade de diabetes na população geral.
- e)incidência de morte por causas externas.

Resposta

Ficou fácil porque acabamos de ver a tabela acima, né. Esta é a intenção desta aula, mesclar teoria com o que mais tem caído em concurso para você mandar bem na prova.

O escore de Framingham estima o risco de evento cardiovascular.

Alternativa: C.

Ano: 2013

Banca: FCC

Órgão: DPE-RS

As causas mais comuns de insuficiência cardíaca nos idosos são:

- a) doença aterosclerótica coronariana e hipertensão arterial.
- b) diabetes mellitus e hipertensão arterial.
- c) cardiopatia valvar e doença aterosclerótica coronariana.
- d) hipotireoidismo e fibrilação atrial.
- e) miocardiopatia hipertrófica e hipertensão arterial.

Resposta



HAS e hipercolesterolemia são fatores de risco para insuficiência cardíaca nos idosos. Veja que na população idosa, as artérias ficam mais rígidas e menos complacentes, aumentando a sobrecarga mecânica no coração.

Alternativa: A.

Ano: 2011

Banca: FCC

Órgão: TRT - 24ª REGIÃO (MS)

Pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca diastólica geralmente apresentam

- a) pressão de capilar pulmonar normal ou baixa.
- b) insuficiência cardíaca sem congestão pulmonar.
- c) diminuição da pressão de enchimento de ventrículo esquerdo.
- d) valvopatia mitral ou aórtica.
- e) diminuição da complacência de ventrículo esquerdo.

Resposta

Lembre-se do mecanismo de Frank-Starling, onde o coração não se adapta em sua contratilidade (complacência) frente as variações de fluxo sanguíneo, interferindo, diretamente, no débito cardíaco.

Alternativa: E.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

A rede venosa do SNC apresenta características morfofuncionais específicas, como as artérias que são extremamente sinuosas, que contribuem para a dissipação do impacto provocado pelos picos de pressão de cada ciclo cardíaco.



Conceitos Básico

• **Trombo:** é um coágulo de sangue que se localiza dentro dos vasos sanguíneos, aderido à parede do mesmo, obstruindo a passagem de sangue. A obstrução pode ser parcial ou total. Quando o vaso é obstruído por um trombo, damos o nome de trombose.

• **Infarto:** É a morte das células por uma isquemia prolongada. Ocorre em geral por obstrução da artéria por um trombo ou por um êmbolo. O infarto mais conhecido é o do miocárdio (músculo do coração), mas ele pode ocorrer em qualquer tecido ou órgão.

• **Êmbolo:** é quando um trombo se solta e viaja pela corrente sanguínea até encontrar um vaso com calibre menor do que o próprio êmbolo, ficando preso e obstruindo a circulação do sangue. Quando um vaso é obstruído por um êmbolo, estamos diante de uma embolia. Um exemplo comum é a embolia pulmonar.

• **Isquemia:** é a falta de suprimento de sangue para algum tecido ou órgão. Toda vez que a circulação de sangue não é suficiente para o funcionamento das células, ocorre a isquemia. É um processo reversível se tratado a tempo.

O acidente vascular cerebral (AVC), também chamado de acidente vascular encefálico (AVE), infarto cerebral, isquemia cerebral, trombose cerebral ou derrame é uma complicação do sistema nervoso central que ocorre quando o suprimento de sangue para uma região do cérebro é interrompido ou substancialmente reduzido, privando o tecido cerebral de oxigênio e nutrientes.

O AVE trata-se de um evento agudo cuja origem é a interrupção do aporte sanguíneo e não fornecimento de glicose e oxigênio ao tecido nervoso posterior ao local do agravo. Pode se classificar em AVE:

AVC / AVE

Isquêmico: ocorre quando um coágulo ou um trombo que se desloca de qualquer outra parte do corpo, oclui um vaso sanguíneo cerebral e causa sofrimento ou morte da região que seria irrigada por ele. Inclui o Acidente Isquêmico Transitório (AIT).

Hemorrágico: ocorre quando um vaso sanguíneo cerebral se rompe, deixando de dar continuidade no suprimento sanguíneo na região posterior e causando morte celular. Inclui: Hemorragia Intraparenquimatosa (HIP) e Hemorragia Subaracnoide (HSA).



Dentre os fatores de riscos estão: obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, predisposição genética, DM, tabagismo.

De acordo com a área cerebral acometida, se apresentarão sinais e sintomas. Exemplificando, existem dois grande territórios, a saber, o Território Carotídeo e o Território Vertebrobasilar. Quando acometidos, ambos geram déficit motor, sensitivo e dificuldade de articular palavras, no entanto, no Território Vertebrobasilar soma-se as alterações visuais, de coordenação e paralisia facial.

A aplicação da **Escala de Cincinatti** consiste em um teste de fácil e rápida aplicação que busca assimetria facial, fraqueza de um dos membros superiores e dificuldade de fala como resultados sugestivos da ocorrência de Acidente Vascular Encefálico.

- Assimetria facial: deve-se pedir para a pessoa sorrir. O “normal” é que ambos os lados da face se movam. O “anormal” é quando um dos lados não se move simetricamente.
- Perda de força em um dos MMSS: deve-se pedir para a pessoa fechar os olhos e levantar ambos os braços na altura do ombro por cerca de 10 segundos. O “normal” é que ambos os braços levanten e permaneçam sustentados. O “anormal” é que um dos braços nem se mexa ou não se sustente simetricamente com o outro.
- Dificuldade de fala: peça para a pessoa pronunciar alguma frase bem fácil: “O mar é azul”, “A cadeira caiu”, qualquer outra simples. O “normal” é que ela seja capaz de repetir a frase. O “anormal” é que a fala seja dificultosa, muito lenta ou pronuncie palavras desconexas ao comando.

Também se realiza exames de imagem, tais como tomografia e ressonância magnética (se isquêmico) para confirmação diagnóstica.

Quanto ao tratamento, tem-se: correção dos distúrbios metabólicos, suporte ventilatório, administração de trombolíticos (isquêmico), repouso, uso de ansiolíticos, corticoides, anticonvulsivantes, dentre outros.

Ano: 2016
Banca: FCC
Órgão: TRT - 20ª REGIÃO (SE)



O técnico de enfermagem que atua no ambulatório de um tribunal deve estar capacitado a reconhecer os sinais que identificam uma vítima com possível Acidente Vascular Encefálico – AVE. Três deles são:

- a) anormalidades na deglutição, intermação e desvio na coluna em forma de S.
- b) desvio de rima labial, fraqueza em um dos membros superiores e anormalidades na fala.
- c) parestesia de membros inferiores, edema nas articulações e dor em flanco esquerdo.
- d) fraqueza muscular, deformidade articular e acondroplasia.
- e) queda facial, displasia esquelética e diplopia.

Resposta

O reconhecimento do AVC na observação das seguintes situações:

Fraqueza ou dormência em um lado do corpo,

Confusão mental,

Dificuldade de fala, de entendimento, visual, de marcha, de coordenação

Cefaleia intensa e súbita sem causa aparente.

Desvio de rima labial

Alternativa: B.

Ano: 2015

Banca: FCC

Órgão: TRT - 3ª Região (MG)

O Técnico de Enfermagem é chamado para atender um trabalhador que apresentou mal estar e suspeitará que se trata de Acidente Vascular Encefálico – AVE, se o trabalhador responder:

- a) claramente as perguntas realizadas e apresentar movimentos oculares involuntários.
- b) à solicitação com movimentos simétricos de ambos os braços e apresentar pupilas isocóricas.
- c) com a fala pastosa e apresentar movimentos assimétricos dos braços.
- d) à solicitação com movimentos simétricos de braços e pernas e apresentar hemianopsia bilateral.
- e) com mímica facial normal e apresentar pupilas isocóricas.

Resposta

Dentre as alternativas, movimentos assimétrico dos braços e fala pastosa são características que podem caracterizar o AVE.

Alternativa: C.



Ano: 2014

Banca: FCC

Órgão: TCE-PI

A portaria do MS de nº 664/2012 estabelece o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas sobre a trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. Dentre as informações descritas nesse documento, consta que:

- a) o aparecimento súbito de déficits neurológicos nos AVC isquêmico e hemorrágico independe da região cerebral envolvida.
- b) o paciente com suspeita de AVC deve ser encaminhado ao centro habilitado para atendimento de urgência em AVC.
- c) a administração do trombolítico, por via intravenosa, deve ocorrer em até 12 horas do início dos sinais e sintomas.
- d) a sintomatologia mais comum nos infartos da artéria carótida é hemiparesia e hemiplegia ipsilateral.
- e) a investigação, quanto ao início das manifestações neurológicas do AVC, é secundária à aplicação dos critérios de inclusão ou de exclusão do trombolítico.

Resposta

- a) ERRADA. O aparecimento súbito de déficits neurológicos nos AVC isquêmico e hemorrágico depende da região cerebral envolvida.
- b) CORRETA.
- c) ERRADA. A administração do trombolítico, por via intravenosa, deve ocorrer em até 4,5 horas do início dos sinais e sintomas.
- d) ERRADA. Hemiplegia contralateral e perda sensitiva contralateral.
- e) ERRADA. A investigação, quanto ao início das manifestações neurológicas do AVC, é primária à aplicação dos critérios de inclusão ou de exclusão do trombolítico.

Alternativa: B.

Ano: 2013

Banca: FCC

Órgão: DPE-RS

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) / Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das maiores causas de morte e incapacidade em todo o mundo. Considerando que o Brasil apresenta a quarta taxa de mortalidade por AVC/AVE entre os países



da América Latina e Caribe, é fundamental que o técnico de enfermagem conheça as ações indicadas pelo Ministério da Saúde para serem realizadas no serviço ambulatorial de atenção básica à saúde com o paciente com queixas sugestivas de AVC/ AVE.

Alguns dos procedimentos no atendimento de emergência, além de avaliar sinais vitais, são:

- a) checar tempo de sangria e tempo de coagulação e manter repouso para recuperação dos sintomas.
- b) checar glicemia capilar, realizar ultrassom *fast* e acionar o serviço de emergência/urgência.
- c) determinar a hora do início dos sintomas e sinais, checar tempo de sangria e tempo de coagulação e acionar o serviço de emergência/urgência.
- d) checar glicemia capilar, determinar a hora do início dos sintomas e sinais e acionar o serviço de emergência/urgência.
- e) checar glicemia capilar, coletar sangue para hemograma e acionar o serviço de emergência/urgência.

Resposta

Considerando que se trata de atenção básica, casos de AVE devem ser prontamente encaminhados ao serviço de urgência, no entanto, anotar o horário do evento e verificar alguns sinais vitais tais como pressão arterial, saturação, glicemia fazem parte do atendimento inicial.

Alternativa: D.

DOENÇA RENAL CRÔNICA

O rim tem múltiplas funções, como a excreção de produtos finais de diversos metabolismos, produção de hormônios, controle do equilíbrio hidroeletrolítico, do metabolismo ácido básico e da pressão arterial.

A doença renal é caracterizada pelo declínio da filtração glomerular ou por lesão à estrutura do aparelho urinário. É um termo geral para as alterações heterogêneas que afetam tanto a estrutura, quanto a função renal, com múltiplas causas. Caracteriza-se por ser uma doença de curso prolongado e, geralmente, assintomático no início.



Causas de doença renal crônica

Diabetes melito	Nefropatia diabética
Vascular	Nefropatia hipertensiva, nefropatia isquêmica, hipertensão maligna, esclerodermia, síndrome hemolítico-urêmica primária ou secundária, toxemia gravídica
Glomerulonefrites primárias	Glomerulonefrite membranosa, glomerulonefrite membranoproliferativa, nefropatia de IgA, glomeruloesclerose segmentar e focal, glomerulopatia fibrilar, pós-GNDA
Glomerulonefrites secundárias	Nefrite lúpica, crioglobulinemia essencial ou secundária, doença de cadeia leve, doença de cadeia pesada, amiloidose, hepatite B, hepatite C, HIV, esquistossomose
Doenças tubulointersticiais	Nefrite intersticial crônica secundária a drogas, pielonefrite de repetição e doença de refluxo, rim do mieloma múltiplo, tuberculose renal
Vasculites	Granulomatose de Wegener, poliangeíte microscópica, Churg-Strauss, vasculite por drogas, poliarterite nodosa, arterite de Takayasu
Doenças císticas hereditárias	Doença de rins policísticos, doença cística medular e outras nefronoftises
Doenças hereditárias	Síndrome de Alport, doença de Fabry, esclerose tuberosa e anemia falciforme
Tumores	Câncer renal, tumor de células transicionais, tumor de Wilms, linfomas renais
Doenças metabólicas	Cistinose, oxalose, nefrocalcinose, erros inatos do metabolismo

O diagnóstico é realizado pela avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), albuminúria, hematúria, creatinúria, bem como exames de imagem, tal como USG renal.

Sendo realizado o diagnóstico, existem alguns marcadores que caracterizam um pior prognóstico para a perda da função renal ao longo da evolução clínica, tais como:



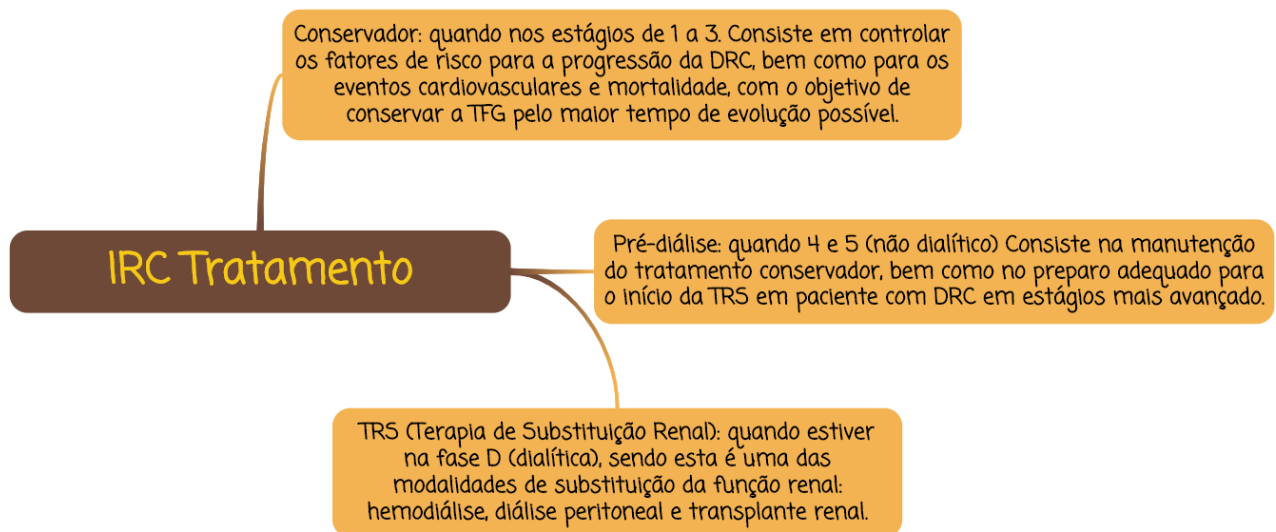
- a) Pessoas com níveis de colesterol, glicêmicos e pressóricos mal controlados;
- b) Estágios da DRC, sendo que há uma tendência à perda de função renal mais rápida nos estágios mais avançados da doença;
- c) Presença de albuminúria e a sua intensidade, sendo que quanto maior o nível de albuminúria, pior o prognóstico para perda de função;
- d) Tabagismo;
- e) Uso de agentes nefrotóxicos, bem como as medicações que necessitam ajustes em pacientes com alteração da função renal.

Os estágios da doença renal crônica, são classificados, conforme segue:

Estágio da DRC	TFG (mL/min./1,73 ²)	Proteinúria	Sintomas Mais Comuns
0	≥90	Ausente	Fatores de Risco
1	≥90	Presente	Anemia; HAS
2	60-89	Presente	Anemia; HAS
3A	45-59	Presente ou Ausente	Anemia; HAS
3B	30-44	Presente ou Ausente	Anemia; HAS; ↑P
4	15-29	Presente ou Ausente	Anemia; HAS; Sd Urêmica
5	<15	Presente ou Ausente	Anemia; HAS; Sd Urêmica

O TRATAMENTO deve ser classificado em





Obs. Os pacientes com DRC devem ser encaminhados para os serviços especializados em transplante, desde o estágio 5-ND. Duas modalidades de transplante de rim podem ser consideradas, de acordo com o tipo de doador, em transplante com doador vivo ou doador falecido.

Alguns achados clínicos e laboratoriais podem ser vistos em pacientes com estágio 4 e 5 conforme o sistema acometido:

- Neurológico: letargia, sonolência, tremores, irritabilidade, soluço, câimbra, fraqueza muscular e déficit cognitivo.
- Gastrointestinais: anorexia, náusea, vômito, gastrite, hemorragia, diarreia e hálito urêmico.
- Cardiovascular ou pulmonar: hipertensão resistente ao tratamento, dispneia, tosse, arritmia e edema.
- Metabólico e Endocrinológico: Perda de peso, acidose metabólica, hiperuricemia, hipercalemia, galactorreia, diminuição de libido, impotência.
- Hematológico: anemia e sangramento.
- Urinário: noctúria e oligúria.

PREVENÇÃO

Consiste em tratar e controlar riscos modificáveis tais como diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo.



Com relação a automedicação, esta deve ser desestimulada, visto que diversos fármacos possuem componentes com efeito reconhecidamente nefrotóxico. Quando o diagnóstico já foi realizado, busca-se retardar a progressão da DRC, bem como situações decorrentes tais como anemia, acidose metabólica, alterações do metabolismo mineral e ósseo, doença cardiovascular, necessidade de Terapia de Substituição Renal e morte.

Ano: 2016

Banca: FCC

Órgão: TRT - 20ª REGIÃO (SE)

A diálise peritoneal é realizada nos pacientes com problema

- a) hepático.
- b) retroperitoneal.
- c) pancreático.
- d) renal.
- e) vesical.

Resposta

A diálise peritoneal faz parte de uma das alternativas para o tratamento da insuficiência renal aguda ou crônica grau 5 (dialítico)

Alternativa: D.

Ano: 2013

Banca: FCC

Órgão: TRT - 9ª REGIÃO (PR)

Diálise peritoneal é um procedimento específico que

- a) promove a limpeza da cavidade abdominal infectada, diminuindo o foco infeccioso.
- b) permite a infusão do dialisato diretamente na cavidade abdominal para remoção de líquidos e toxinas.
- c) promove a drenagem do líquido sanguinolento, após cirurgia abdominal.
- d) infunde solução quimioterápica para tratamento de tumores abdominais.
- e) expõe o sangue intra-abdominal à solução de diálise (dialisato) e, após a filtração, o sangue é devolvido ao paciente por um acesso vascular.

Resposta



Conhecida como auto-diálise utiliza a membrana peritoneal como um filtro do sangue, removendo excesso de água e toxinas do corpo.

Alternativa: B.

Ano: 2017

Banca: FCC

Órgão: TRE-PR

Ao orientar um grupo de pacientes sobre a doença renal crônica é importante que o técnico de enfermagem saiba quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver a doença. Considerando as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica do Ministério da Saúde, um dos grupos de risco são as pessoas com

- a) diabetes, quer seja do tipo 1 ou do tipo 2.
- b) hipotensão postural ortostática.
- c) obesidade com índice de massa corpórea maior que 20 kg/m².
- d) obesidade com índice de massa corpórea menor que 23 kg/m².
- e) diabetes do tipo 3.

Resposta

Como acabamos de ler, dentre as alternativas, é o diabetes um fator de risco para DRC.

Observe que obesidade também é fator de risco, porém tal classificação se dá quando IMC acima de 30kg/m².

Alternativa: A.

Ano: 2016

Banca: INSTITUTO AOCP

Órgão: EBSERH

Dona Helena, 66 anos, obesa, diabética e hipertensa, apresentou, em seu último ultrassom renal, rins policísticos. Com esse histórico, a paciente está propensa a apresentar um quadro de

- a) lúpus eritematoso sistêmico.
- b) doença renal crônica.
- c) hemofilia.
- d) pancreatite.



e)cirrose.

Resposta

A insuficiência renal crônica é a complicação mais temida dos rins policísticos (doença autossômica dominante geralmente assintomática até a fase tardia)

Alternativa: B.

FRATURAS

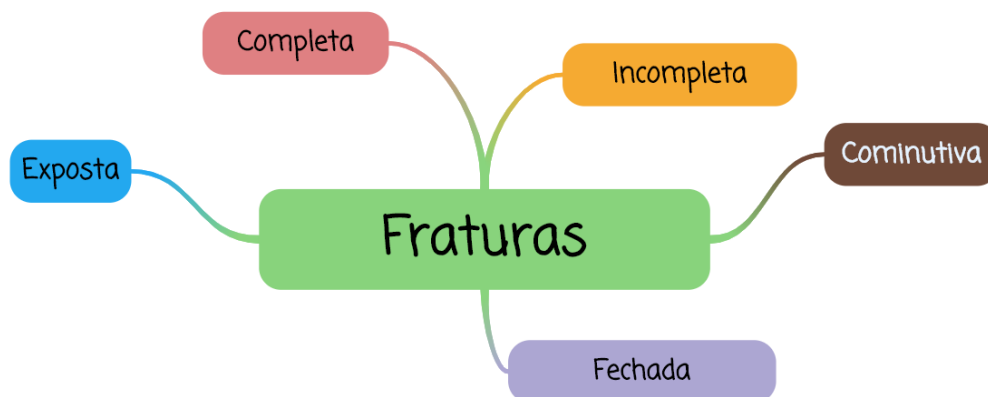
Uma fratura é uma ruptura completa ou incompleta na continuidade da estrutura óssea e é definida de acordo com seu tipo e sua extensão.

Ocorrem fraturas quando o osso fica sujeito a um estresse maior do que a sua capacidade de absorção. As fraturas podem ser causadas por pancadas diretas, por forças de esmagamento, por movimentos súbitos de torção, ou até mesmo por contrações musculares extremas.

Quando o osso é fraturado, as estruturas adjacentes também são afetadas, resultando em edema dos tecidos moles, hemorragia nos músculos e nas articulações, luxações articulares, ruptura de tendões e de nervos e lesão dos vasos sanguíneos. Os órgãos do corpo podem ser lesionados pela força que causou a fratura ou por fragmentos da fratura.

Tipos de fratura





- **Fratura completa:** ruptura em toda a secção transversal do osso, que frequentemente é deslocado de sua posição normal
- **Fratura incompleta,** também denominada *fratura em galho verde*: ruptura que ocorre apenas em parte da secção transversal do osso
- **Fratura cominutiva:** ruptura com vários fragmentos ósseos
- **Fratura fechada ou fratura simples:** não produz ruptura da pele
- **Fratura exposta ou fratura composta ou complexa:** ruptura em que a ferida na pele ou nas mucosas se estende até o osso fraturado; graduada da seguinte maneira:
 - ✓ Grau I: ferida limpa com menos de 1 cm de comprimento
 - ✓ Grau II: ferida maior sem lesão extensa dos tecidos moles
 - ✓ Grau III: ferida altamente contaminada com extensa lesão dos tecidos moles (trata-se do tipo mais grave)
- As fraturas também são descritas de acordo com a localização anatômica dos fragmentos, particularmente se houver ou não luxação

Nem todas essas manifestações são observadas em todas as fraturas; os sintomas podem ser específicos de acordo com a área de lesão:

- Dor aguda e perda da função
- Deformidade, encurtamento do membro
- Crepitação
- Edema e equimose localizados.

O diagnóstico de fratura depende dos sintomas, dos sinais físicos e do exame radiográfico. Em geral o cliente relata ocorrência de lesão da área acometida. A RM e a artroscopia podem ser realizadas para identificar fratura e confirmar o diagnóstico.



- A parte do corpo afetada deve ser imobilizada imediatamente após a lesão, antes de mover o cliente
- Deve-se colocar uma tala na área lesionada, incluindo articulações proximais e distais à fratura, a fim de evitar o movimento dos fragmentos da fratura
- A imobilização dos ossos longos dos membros inferiores é comumente realizada unindo-se as pernas com bandagens em que o membro não afetado serve de tala para o membro lesionado
- Em uma lesão do membro superior, o braço pode ser unido por bandagens ao tórax, ou o antebraço lesionado pode ser colocado em uma tipoia
- O estado neurovascular distalmente à lesão é avaliado tanto antes quanto depois da colocação da tala, a fim de determinar a adequação da perfusão tissular periférica e função nervosa
- A ferida de uma fratura exposta é coberta com curativo estéril para evitar a contaminação dos tecidos mais profundos.

Após redução da fratura, a imobilização mantém o osso na posição e alinhamento corretos até que ocorra a união. A imobilização é obtida por fixação externa (bandagens, aparelhos de gesso, talas, tração contínua e fixadores externos) ou interna.

As complicações precoces das fraturas incluem choque, síndrome de embolia gordurosa (SEG), síndrome compartimental, coagulação intravascular disseminada (CID) e tromboembolia venosa (trombose venosa profunda [TVP], embolia pulmonar [EP]).

As complicações tardias consistem em união tardia, união defeituosa, não união, necrose avascular (NAV) do osso, reação aos dispositivos internos de fixação, síndrome dolorosa regional complexa (SDRC), anteriormente denominada *distrofia simpática reflexa* (DSR), e ossificação heterotópica.

Ano: 2018

Banca: CESPE

Órgão: STJ

Julgue o seguinte item, relativo à assistência em enfermagem de pacientes com disfunções musculoesqueléticas.



Pacientes que desenvolveram síndrome de embolia gordurosa decorrente de fratura de ossos longos ou da pelve, de múltiplas fraturas ou de lesões por esmagamento apresentam, em geral, manifestações clínicas que incluem hipóxia, taquipneia, taquicardia e febre.

Resposta

Isso. Embolia gordurosa é uma das complicações possíveis e hipóxia, taquipneia, taquicardia e febre são as manifestações desta afecção.

Alternativa: Errada.

Ano: 2018

Banca: CESGRANRIO

Órgão: Transpetro

Conhecer os tipos de lesões traumáticas é importante para a conduta adequada do socorrista. Existe um tipo de lesão, na qual as extremidades ósseas que formam uma articulação ficam deslocadas, permanecendo desalinhadas e sem contato entre si, estando o osso desencaixado da articulação.

Esse tipo de lesão é uma

- a) Abrasão
- b) Contusão
- c) Entorse
- d) Fratura
- e) Luxação

Resposta

Trata-se de luxação, pela descrição.

Veja as demais:

Abrasão: significa um arranhão, esfoladura.

Contusão: É uma área afetada por uma pancada ou queda sem ferimento externo. Pode apresentar sinais semelhantes aos da fratura fechada.

Entorse: É a torção de uma articulação, com lesão dos ligamentos (estrutura que sustenta as articulações).

Fraturas: É a quebra de um osso causada por uma pancada muito forte, uma queda ou esmagamento.

Alternativa: E.



IMOBILIZAÇÃO TEMPORÁRIA

Vamos iniciar com a **RESOLUÇÃO COFEN Nº 422/2012** que normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica.

Art. 1º A assistência de enfermagem em Ortopedia e os procedimentos relativos à imobilização ortopédica **PODERÃO** ser executados por profissionais de Enfermagem devidamente capacitados.

Parágrafo único. A capacitação a que se refere o caput deste artigo será comprovada mediante apresentação ou registro, no Conselho Regional de Enfermagem da jurisdição a que pertence o profissional de Enfermagem, de **certificado emitido por Instituição de Ensino, especialmente credenciada pelo Ministério da Educação ou concedido por Sociedades, Associações ou Colégios de Especialistas, da Enfermagem ou de outras áreas do conhecimento, atendido o disposto nas Resoluções Cofen nº 389/2011 e 418/2011.**



ATENÇÃO!

Res. COFEN 389/11 foi REVOGADA pela Resolução Cofen nº 577/2018

Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e lista as especialidades.

Res. COFEN 418/2011

Atualiza, no âmbito do sistema Cofen /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de especialização técnica de nível médio em Enfermagem

Art. 2º Os cuidados e procedimentos a que se refere esta Resolução deverão ser executados no **contexto do Processo de Enfermagem**, atendendo-se às determinações da Resolução Cofen nº 358/2009.



Res. COFEN 358/2009

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se disposições em contrário.

Para melhor contextualizar o tema:



CONTUSÃO	TORÇÃO	ENTORSE	LUXAÇÃO
Lesão muscular por golpe brusco, choque ou queda. Gera dor e edema.	Ocorre estiramento dos ligamentos ao máximo, com rompimento parcial. Geralmente, apenas horas depois ocorre dor, derrame articular e edema.	Distensão violenta com laceração dos ligamentos, edema e dor.	Trata-se de um deslocamento duradouro, parcial ou completo de um ou mais ossos de uma das articulações do corpo. Em geral, causa deformidade.

FRATURAS

FECHADA	ABERTA / EXPOSTA
Não há lesão da pele	A pele é rompida. A ferida se comunica com a fratura.
GALHO VERDE	COMPLETA
Fratura incompleta que atravessa apenas uma parte do osso	Fratura em que o osso sofre descontinuidade total.



COMINUTIVA	ESPIRAL
O osso é fraturado em três ou mais fragmentos	É quando o traço de fratura ocorre em volta da lesão. Geralmente, ocorrem decorrentes de torções.

Toda vítima de trauma deve ser atendida com o máximo cuidado, a fim de não agravar as lesões e os ferimentos. Assim, antes de entrar no assunto da imobilização temporária, em si, lembre-se que deve-se seguir o princípio de mover a vítima somente o necessário, evitando piora ou geração de hemorragias e lesões de estruturas subjacentes.

Na fase pré-hospitalar, deve ser dada ênfase à manutenção da via aérea, ao controle da hemorragia externa e do choque, à imobilização do doente e ao transporte imediato ao hospital apropriado mais próximo, preferencialmente a um centro de trauma credenciado.



A **higienização das mãos** e uso de **EPI's** tais como luvas de procedimentos, avental, calçados conforme recomendações da NR 32 são obrigatórios no processo de imobilização. Outros EPI's podem se fazer necessário, como óculos e máscaras.

No trauma, estabilizar a vítima quanto ao seu posicionamento e movimentação, é importantíssimo.

Para o alinhamento do paciente, é necessário utilizar ambas as mãos, com gestos firmes, as suaves, tentando evitar qualquer movimento brusco e, especialmente, de vai-e-vem.

Se a vítima estiver inconsciente ou incapaz de se comunicar, realize a movimentação, porém de maneira bastante cuidadosa, interrompendo-a caso haja alma resistência ou bloqueio no movimento.

No atendimento a vítima não se pode confundir rapidez com pressa, porque a primeira traduz eficiência e segurança, enquanto a segunda, precipitação e risco. A rapidez só é alcançável mediante treinamento e experiência, sendo sempre almejada, sem jamais permitir qualquer risco desnecessário ao paciente.





Conforme **ATLS**, quatro pessoas são necessárias para a estabilização da coluna, pranchamento e rolamento de vítima suspeita de trauma:

- 1 para manter a imobilização manual e o alinhamento da cabeça e do pescoço do doente
- 1 para o tronco (incluindo a pelve e os quadris)
- 1 para a pelve e as pernas
- 1 para dirigir o procedimento e movimentar a prancha

Esse procedimento mantém o corpo inteiro do doente em alinhamento neutro, minimizando, portanto, qualquer movimento indesejável da coluna vertebral.

ESTABILIZAÇÃO DA CABEÇA	Considerando a suspeita de lesão vertebro-medular, a primeira ação é estabilizar a coluna cervical com o alinhamento corporal em posição neutra, preferencialmente na horizontal, sem tração. Caso a vítima esteja sentada ou em pé, uma leve tração para sustentação da cabeça é necessária. Deve-se interromper a manobra se houver espasmo da musculatura local, piora da dor, aparecimento ou piora de parestesia, perda da capacidade motora ou da função ventilatória.	Manobras empregadas para permeabilizar a via aérea podem causar ou agravar lesões cervicais; portanto, a imobilização da coluna é fundamental durante a execução desses procedimentos.
COLOCAÇÃO COLAR CERVICAL	Após estabilização, coloca-se o colar cervical, a não ser que haja trauma penetrante com objeto ou hematoma expansão no pescoço ou zonas adjacentes.	Obs: Enquanto o 1º elemento se coloca à cabeça da vítima e mantém o alinhamento com estabilização em posição neutra, o segundo elemento aplica o colar cervical de tamanho adequado.



	É necessário a adequada escolha da dimensão do colar, medindo a distância do ângulo da mandíbula à base do pescoço.	Os passos da aplicação do colar dependem do tipo de colar e das suas instruções de colocação. No entanto, sempre que possível, deve-se optar por um colar de duas peças e quatro apoios, ajustando primeiro a parte anterior do colar ao pescoço da vítima, colocando, em seguida, a parte posterior do colar (base).
A imobilização de todo o doente, usando pranchas longas, colares cervicais semirrígidos e/ou outros aparelhos de imobilização cervical, deve ser mantida até que as lesões de coluna tenham sido excluídas. ATENÇÃO:  Um erro comum na imobilização da cabeça é deixar o tronco livre, possibilitando a rotação da coluna cervical tendo o corpo como fulcro Se os dispositivos de imobilização tiverem de ser removidos temporariamente, um dos membros da equipe de trauma deve estabilizar manualmente a cabeça e o pescoço da vítima utilizando técnicas de imobilização com alinhamento. 		
ROLAMENTO	Consiste em mobilizar uma vítima para um plano duro, mantendo	É contraindicado em vítimas em decúbito dorsal com suspeita de



	estabilização com alinhamento manual e com o mínimo movimento da coluna vertebral. Após alinhamento e colocação do colar, a vítima é agarrada pelos ombros e pela cintura pélvica em simultâneo, de modo a manter as extremidades alinhadas em posição neutra e é rolada suavemente na direção do segundo e terceiro elementos. O plano duro é apoiado no bordo lateral oposto aos elementos ou, quando colocado por um quarto elemento, aplicado contra o dorso da vítima. A vítima é rolada para cima do plano duro ou desce junto com este para o solo com a vítima em cima. Uma vez o plano colocado no solo, a vítima é firmemente agarrada pelos ombros, região pélvica e membros inferiores, sendo de seguida deslocada para cima e para o lado, ao longo do plano duro, até ser posicionada com a cabeça colocada no topo do plano e o corpo centrado.	trauma da cintura pélvica; trauma bilateral dos membros, objetos empalados e eviscerações Embora o perigo de uma imobilização inadequada tenha sido bem documentado, também existem riscos associados à imobilização prolongada em superfície rígida, tal como a prancha longa. Além de causar um grande desconforto em doentes acordados, a imobilização prolongada pode levar à formação de graves lesões por pressão em doentes com lesões vertebro medulares.
CINTOS	Na sequência deve-se colocar os cintos da cintura escapular, cintura, MMII, mentoneano e os imobilizadores de cabeça.	





IMOBILIZAÇÃO DE FRATURAS

Neste caso, refere-se a mobilização provisória, que objetiva reduzir hemorragias e não lesionar vasos e tecidos adjacentes.

Dentre os tipos de imobilização provisória, está o enfaixamento ou o uso de bandagens. É recomendado para contusões, entorses, torções, fixação de curativos e deixar o membro imobilizado em repouso, após certas intervenções cirúrgicas para evitar o edema ou o hemorragia.

Outro ponto é que o enfaixamento ocorre da região **DISTAL PARA PROXIMAL**, não deve garrotear o membro e deve-se utilizar a largura adequada de atadura para cada tipo de lesão.

A **FINALIDADE** consiste no repouso de membros superiores, com ou sem imobilizações gessadas. A aplicação adequada da tala ajuda a controlar a perda de sangue, reduz a dor e evita o agravamento das lesões de partes moles. Na presença de fratura exposta, o médico não deve se preocupar em reduzir o osso exposto para dentro da ferida porque todas as fraturas expostas exigem desbridamento cirúrgico.

Sempre que uma extremidade lesada é imobilizada ou engessada, existe a possibilidade de comprometimento vascular. Isso pode ser reconhecido pela mudança ou pelo desaparecimento dos pulsos distais, porém a dor excessiva após a colocação de imobilização gessada também deve ser investigada.



Técnica para confecção da imobilização:

- membro a ser imobilizado em 90º,
- o algodão ortopédico é introduzido dentro da malha tubular (acolchoamento para proteção do apoio na cervical)
- as pontas da malha vão até o antebraço e ali será dado um laço para que haja sustento do membro superior

Atente-se quanto a importância de:

- *coletar o máximo de informações possíveis sobre o mecanismo da lesão;
- *manter a temperatura corporal;
- *imobilizar sempre que houver suspeita de fratura;
- *controlar a hemorragia por compressão manual direta desde que o local da hemorragia não corresponda ao local do foco de fratura. (Nesta situação utilizar o garrote);
- *nas fraturas dos ossos longos deve-se imobilizar sempre a articulação acima e abaixo da fratura, assim como nas fraturas das regiões articulares os ossos longos acima e abaixo desta devem ficar imobilizados;
- *a imobilização deve ser feita com material que preserve o estado circulatório do membro, devendo esta ser vigiada quando a perfusão, pulso distal, coloração e sensibilidade.
- *na presença de fraturas expostas, a lavagem e desinfecção abundantes com soro fisiológico, são fundamentais para minimizar o risco de infecção.



Fratura	Observação
Cintura escapular	Imobilização colocando o braço junto tórax com passagem de atadura sobre o tórax de modo que não haja rotação do tronco durante o transporte.
Úmero	Frequentemente há lesões vasculares e nervosas, associadas.



	Deve-se ajustar de tala almofadada (preferencialmente), com o antebraço fletido para a frente do corpo. Após, utiliza-se ataduras para imobilizar o braço contra o tórax. O nervo que mais frequentemente encontramos lesionados é o nervo radial. Esta situação, apresenta caracteristicamente uma “mão pendente”, sendo a vítima incapaz de fazer a extensão da mão.
A nível de cotovelo	Geralmente resultam habitualmente de traumatismo diretos sobre o cotovelo ou quedas sobre a mão com o membro superior em extensão. Importante verificar o estado circulatório do membro (palpar pulso radial), pois as lesões a este nível podem também dar compromissos vasculares. A imobilização deve ser feita com o mínimo de tração, visto que o edema associado pode comprimir os vasos que passam a nível do cotovelo.
Antebraço	Quando apenas um dos ossos (rádio ou cúbito) é fraturado, os sintomas podem ficar mascarados visto que o osso íntegro faz o papel de tala ao outro lesionado. A tala é colocada ao longo do antebraço com o membro esticado ao lado do corpo e deve ser comprida suficiente para alcançar parte do braço acima do cotovelo, evitando sua flexão.
Punhos	Geralmente fruto de tentativa de se defender de uma queda, a fratura do punho mais frequente, é a fratura de Colles, com presença de deformidade do punho “em garfo”.
Mãos	Geralmente fruto de trauma direto sobre os dedos. Deve-se imobilizá-lo junto ao dedo mais próximo, como tala ou outro objeto que faça a mesma função.
Fêmur	Dentre os sintomas clássicos estão a impotência funcional e o encurtamento do membro Em caso de fratura, deve atender regras básicas tais como tração, alinhamento, e Imobilização feita com talas longas até à cintura e ultrapassando o pé, de forma a manter a tração e alinhamento do membro.



	A hemorragia oriunda de fraturas de ossos longos pode ser volumosa e determinadas fraturas de fêmur podem resultar em perdas sanguíneas significativas para a coxa. NUNCA tentar sentar ou colocar a vítima de pé.
A nível do joelho	Quando a lesão resulta de traumatismo direto deve-se lembrar de pesquisar outras fraturas associadas: fêmur, colo de fêmur e bacia. Comumente se associam a lesões vasculares e nervosas (nervo ciático, popliteu externo e artéria popliteia). A imobilização deve ser feita na posição em que o membro é encontrado, se não for possível fazer a sua extensão.
Tornozelo	Geralmente associada com luxação da articulação com compromisso da circulação (o pé começa a ficar roxo), sendo neste caso permitido tentar alinhar o pé com o restante membro, de modo a facilitar a circulação do mesmo.
Pé	Atenção para a não compressão exacerbada do local, visto o rápido desenvolvimento de edema nesta região. O pé deve ser mantido elevado durante o transporte e imobilização com talas.
COLOCAÇÃO DE TIPOIA Visa o repouso de MMSS independentemente de estarem gessados . • o membro deve ser imobilizado a 90º • o algodão ortopédico é introduzido dentro da malha tubular para acolchoar a região cervical • as pontas da malha vão até o antebraço e ali será dado um laço para que haja sustento do membro superior	

TRAÇÃO CUTÂNEA

A **TRAÇÃO CUTÂNEA** ou tração de pele é realizada utilizando um peso que promove a tração de uma tira ou bota acolchoada presa à pele.



A quantidade de peso aplicada não deve exceder a tolerância da pele (em geral 2 a 3,5 kilos).

A função da tração é:

- minimizar os espasmos musculares;
- reduzir, alinhar e imobilizar fraturas;
- reduzir as deformidades;
- aumentar os espaços entre as superfícies da fratura.

No entanto, NÃO CABE AO ENFERMEIRO A SUA COLOCAÇÃO, mas sim, compete o cuidado de Enfermagem por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme proposto na Resolução COFEN 358/2009.

As intervenções de Enfermagem para os pacientes com tração incluem: o monitoramento e manejo das complicações como solução de continuidade na pele, lesão aos nervos e comprometimento circulatório:

Cuidados cutâneos: Observar a integridade do tecido cutâneo, lesões, feridas ou abrasões, principalmente próximo a inserção das fixações (adesivos).

Cuidados sensitivos: A tração pode pressionar terminações nervosas periféricas, por isso é importante avaliar qualquer alteração sensitiva ou na movimentação do membro.

Cuidados circulatórios: A tração pode pressionar a rede vascular da região da fixação, por isso, é importante avaliar a coloração e a sensibilidade do membro.

Boa parte das questões deste tema, (para não dizer quase todas) são focadas na estabilização da coluna cervical.

Ano: 2018

Banca: FGV

Órgão: TJ-SC

No atendimento a um paciente politraumatizado, o colar cervical é um dispositivo importante para a imobilização, pois limita os movimentos da coluna cervical e ajuda a sustentar o pescoço, protegendo a coluna de compressão.

No entanto, seu uso é contraindicado quando:

- a) o paciente referir dor de cabeça intensa;
- b) o paciente estiver inconsciente;
- c) o alinhamento da cabeça não puder ser obtido;
- d) houver sangramento na região do pescoço;
- e) for necessário imobilizar o paciente sentado.

Resposta



Pela lesão ou qualquer outro fator que impeça o alinhamento da cervical é um impedimento ao uso do colar cervical e não deve ser insistido para não agravar o quadro.

Alternativa: C.

Ano: 2017

Banca: CONSULPLAN

Órgão: TRE-RJ

A maioria das vítimas de trauma necessitam de algum tipo de imobilização e o colar cervical é um dos equipamentos de imobilização utilizados nessas situações. Analise as afirmativas a seguir sobre o uso deste equipamento.

I. O colar cervical deve ser utilizado apenas em vítimas com suspeita de trauma de coluna cervical.

II. Deve ser instalado na vítima sempre em posição de decúbito dorsal horizontal.

III. Antes de sua instalação na vítima, quando não há contraindicação, deve ser feita a estabilização manual da cabeça e da coluna cervical realizando o alinhamento em posição neutra.

Está(ão) correta(s) a(s) afirmativa(s)

a) I, II e III.

b) I, apenas.

c) III, apenas.

d) I e II, apenas.

Resposta

I - Errado. A indicação é para paciente com suspeita de trauma e indicação de imobilização de coluna cervical.

II - Errado. Quando o paciente estiver sentado ou em pé, a colocação se inicia pela adequação do apoio mentoneano do colar sob o mento complementando-se com a passagem por trás do pescoço.

III - Certo.

Alternativa: C.

Ano: 2017

Banca: CESGRANRIO

Órgão: Petrobras

O transporte de um indivíduo que teve queda de uma altura de 4 metros deve ser adotado com o objetivo de não causar dano adicional. Ao imobilizar o doente com



dispositivos de imobilização, este é estabilizado, diminuindo, assim, a sua mobilidade e as consequências dela.

Dessa forma, para uma adequada imobilização, deve-se proceder do seguinte modo:

a) acoplar o colar cervical, que é um equipamento destinado à imobilização total da cabeça da vítima e confeccionado com espuma recoberta de material impermeável e lavável.

b) dispensar a imobilização, se a vítima se levantar ou deambular no local do acidente.

c) estimular a oferta adequada de oxigênio ao cérebro e a outras estruturas vitais.

d) imobilizar a vítima desde acima até abaixo do local de suspeita de uma lesão de coluna, utilizando-se a prancha longa.

e) utilizar o colete de imobilização dorsal (KED), objetivando a imobilização da coluna cervical, torácica e lombar, independentemente do colar.

Resposta

ERRADA. O colar cervical, isoladamente, não estabiliza a cervical, visto que limita, apenas, os movimentos de flexão. É necessário também os imobilizadores laterais, por exemplo, (tirantes) posicionados nos ombros, no quadril e acima dos joelhos. Após o ajuste do tronco e das pernas, fixa-se a cabeça.

ERRADA. Sempre que houver suspeita de lesão, a vítima deverá ser imobilizada para não agravamento de uma possível lesão.

ERRADA. Resposta totalmente desconectada com o enunciado.

CERTA.

ERRADA. O KED é um dispositivo utilizado na imobilização da coluna cervical, vertebral e lombar em uma posição anatômica, permitindo que a vítima seja imobilizada e transportada na posição sentada.

Alternativa: D.

Ano: 2009

Banca: FCC

Órgão: TRE-PI

Ao retirar o material pesado do veículo, o condutor relata uma forte dor no ombro esquerdo, apresentando uma luxação. Os cuidados iniciais ao prestar os primeiros socorros nessa condição consistem em

a) aplicar gelo no local e prosseguir no descarregamento, após a analgesia da dor.

b) aplicar calor no local e prosseguir no descarregamento, após o alívio da dor.

c) colocar uma tipoia e encaminhar para o serviço de saúde.

d) encaminhar ao serviço de saúde para colocação de aparelho gessado.



e)tracionar o membro afetado para corrigir a luxação e aliviar a dor.
Os primeiros cuidados, neste caso, resumem-se em estabilizar o membro afetado.
Para tal, pode-se utilizar de uma tipoia como apoio.
Alternativa: C.

Ano: 2017

Banca: FEPESE

Órgão: SES-SC

A luxação caracteriza-se por:

- a)Torsão de uma articulação, em geral com lesão de ligamento.
- b)Quebra de um osso, com deslocamento da articulação.
- c)Lesão de ligamento com presença de hematoma e edema.
- d)Lesão óssea, com exposição dos ossos e ligamentos.
- e)Deslocamento repentino e duradouro, parcial ou completo de um ou mais ossos de uma articulação.

Resposta

Coloquei esta questão só para reafirmar o conceito e te mostrar que é recorrente.
Luxação é quando há o deslocamento ósseo de forma repentina e duradoura. Não esqueça!

Alternativa: E.

Ano: 2016

Banca: Iniciativa Global

Órgão: CIAS-MG

Colares cervicais rígidos são bastante utilizados em vítimas de trauma. A sua finalidade principal e específica é proteger a coluna cervical de compressão. Todas as afirmativas abaixo fazem parte das diretrizes para utilização de colares cervicais rígidos, EXCETO:

- a)Seu uso isoladamente garante a imobilização adequada da coluna cervical do paciente.
- b)Devem ser de tamanho adequado para cada paciente.
- c)Não devem impedir a abertura da boca do paciente, espontânea ou realizada pelo socorrista caso ocorra vômito.
- d)Não devem obstruir ou dificultar a ventilação.

Resposta



O erro está na palavra “isoladamente”, visto que restringe e despreza todas as demais ações na estabilização da coluna.

Do resto, utilize para estudar!

Alternativa: A.

Ano: 2014

Banca: CISLIPA

Órgão: CISLIPA

Durante o atendimento pré-hospitalar de uma pessoa que sofreu fratura fechada de úmero esquerdo, antes de iniciar o transporte, o enfermeiro deve aplicar uma tala e enfaixar com atadura.

Considerando-se esse procedimento, é CORRETO afirmar que:

a) a tala deve ser escolhida, de forma que sua extensão limite-se à região da fratura e não alcance as articulações proximal e distal à fratura.

b) a atadura deve ser aplicada respeitando-se o sentido proximal-distal do membro fraturado.

c) os membros superiores devem ser imobilizados em posição anátomo-funcional.

d) ao aplicar a tala, a posição do membro deve ser a mais confortável possível, dispensando, se for o caso, o alinhamento e a imobilização do membro.

Resposta

O termo “anátomo-funcional” significa que a posição ficará neutra, sem estiramento ou contrações forçadas. O enfaixamento envolve o membro e o tórax para melhor fixação e será da posição distal para proximal.

Alternativa: C.

Ano: 2014

Banca: CISLIPA

Órgão: CISLIPA

A perda contínua óssea produzida de forma brusca e violenta como resultado de um trauma, denomina-se:

a) Concussão

b) Entorse

c) Luxação

d) Fratura

Resposta



Resumindo:

- a) ERRADA. Concussão - É a rápida perda de memória, como após um golpe físico, por exemplo.
- b) ERRADA. Entorse - associe com laceração ou rompimento dos ligamentos.
- c) ERRADA. Luxação é o deslocamento ósseo.
- d) CERTA.

Alternativa: D.

Ano: 2013

Banca: CESPE

Órgão: DEPEN

A imobilização cervical feita no paciente durante o atendimento pré- hospitalar indica que a equipe de atendimento já suspeitava de TCE. O equipamento usado na estabilização da coluna restringiu- se ao colar cervical, com o intuito de impedir os movimentos de lateralidade da cabeça.

Resposta.

A lateralidade da cabeça é restringida quando se associa o colar com o headblock. O erro está no termo “restringiu-se”.

Alternativa: Errada.

Ano: 2010

Banca: IVIN

Órgão: Prefeitura de Piracuruca - PI

A maior parte dos pacientes com os quais é utilizada imobilização mecânica sofreram traumatismos no sistema musculoesquelético. São exemplos de recursos utilizados para imobilizar estes pacientes, exceto:

- a) Talas infláveis
- b) Tipóia
- c) Gesso
- d) Atadura
- e) Coxins

Resposta

Os coxins protegem proeminências ósseas e auxiliam no posicionamento do paciente.

Alternativa: E.



Ano: 2012

Banca: CESPE

Órgão: Câmara dos Deputados

Julgue o item que se segue, relativo a enfermagem e primeiros socorros.

Ao tratar de paciente com luva gessada, a enfermagem deve avaliar, com frequência, o estado neurovascular da extremidade da mão engessada, sendo sinais de complicação grave a incapacidade de estender os dedos, dor ao alongamento passivo e sinais de circulação reduzida.

Resposta

Grave, para facilitar, que a observação gira em torno da perfusão, sensibilidade e mobilidade do membro.

Alternativa: Certa.

Ano: 2016

Banca: FGV

Órgão: CODEBA

Ao socorrer uma vítima com fratura no braço é importante imobilizar o membro até que chegue o socorro especializado ou a vítima seja transportada para o hospital.

Sobre a forma correta de realizar essa imobilização, analise as afirmativas a seguir.

I. A tala utilizada para realizar a imobilização deve ultrapassar as articulações acima e abaixo da fratura.

II. Em caso de fratura exposta, deve-se tentar recolocar o osso no lugar correto antes de realizar a imobilização.

III. Para improvisar uma tala pode-se usar qualquer material rígido ou semirrígido como madeira ou papelão.

Assinale:

a) se somente a afirmativa I estiver correta.

b) se somente a afirmativa II estiver correta.

c) se somente a afirmativa III estiver correta.

d) se somente as afirmativas I e II estiverem corretas.

e) se somente as afirmativas I e III estiverem corretas.

Resposta

O erro está em dizer em colocar o “osso no lugar”. É necessário imobilizar e remover a vítima para atendimento especializado.

Alternativa: E.



Ano: 2012

Banca: FCC

Órgão: TRE-PR

A Resolução COFEN nº 279/2003 dispõe sobre a vedação da confecção, colocação e retirada de aparelho de gesso e calha gessada, por profissional de enfermagem. Em 24 de março de 2011, a Resolução COFEN nº 377/2011 resolve

- a) permitir que os procedimentos relativos ao aparelho de gesso e calha gessada sejam executados apenas pelos enfermeiros especialistas em Ortopedia.
- b) manter a Resolução COFEN nº 279/2003, em resposta ao questionamento do Conselho Nacional de Educação.
- c) permitir a retirada de aparelho de gesso apenas por profissionais de enfermagem especialistas em Ortopedia, acatando sugestão do Ministério da Saúde.
- d) permitir que os procedimentos relativos ao aparelho de gesso e calha gessada sejam executados nos municípios com população igual ou menor de vinte mil habitantes.
- e) revogar a Resolução COFEN nº 279/2003.

Resposta

De antemão digo que achei esta questão muito mal elaborada, mas pode te ajudar a não errar na prova.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 377/2011 Resenha: Revoga a Resolução Cofen nº 279/2003.

Art. 1º Revogar a Resolução Cofen nº 279/2003, que Dispõe sobre a vedação da confecção, colocação e retirada de aparelho de gesso e calha gessada, por profissional de enfermagem.

Tente memorizar os números dessas resoluções pois tem sido cobrado das formas mais inusitadas possíveis.

Alternativa: E.



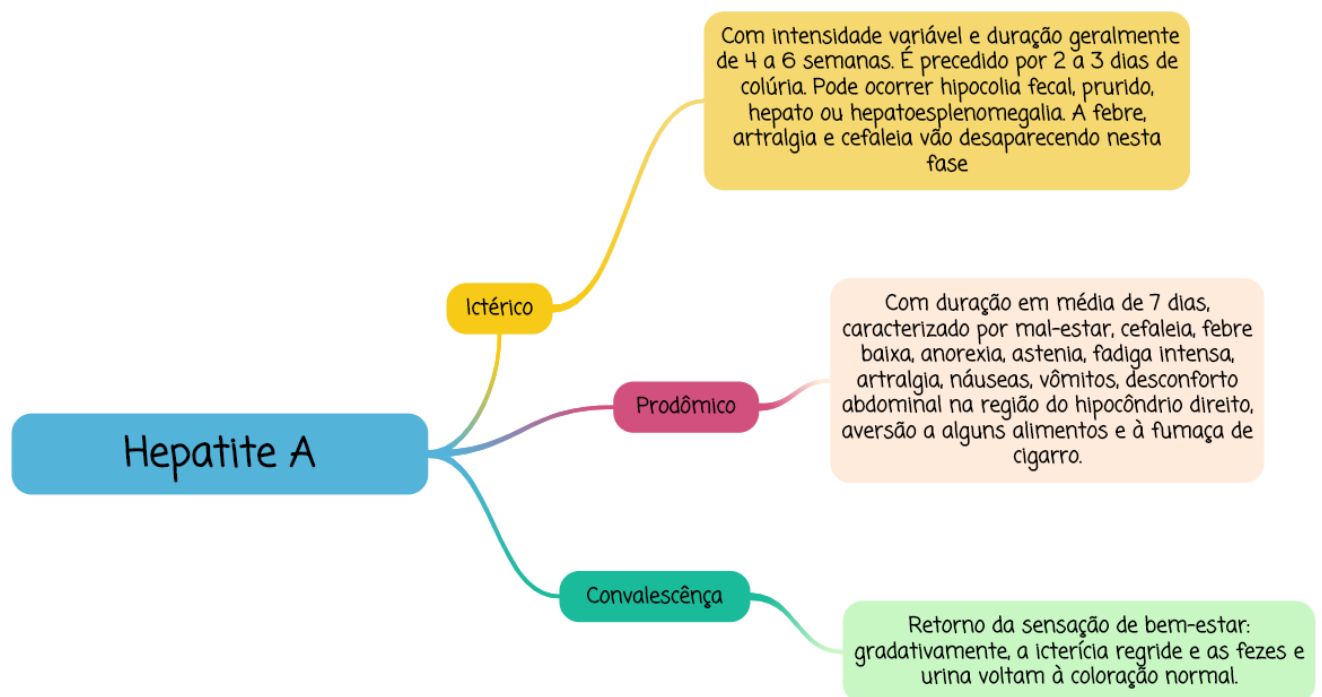
HEPATITES

Entende-se por hepatite os quadros que apresentam uma alteração difusa no parênquima hepático, caracterizadas por uma lesão necroinflamatória dos hepatócitos, de gravidade variável.

Vejamos o que mais é pedido acerca deste tema:

Hepatite A

Doença viral aguda, transmitida pelo vírus (RNA) da Hepatite A, de manifestações clínicas variadas, desde formas subclínicas, oligossintomáticas e até fulminantes (minoria).



Os SINTOMAS se assemelham a uma síndrome gripal, porém há elevação das transaminases.

A TRANSMISSÃO é fecal-oral, veiculação hídrica, pessoa a pessoa (contato intrafamiliar e institucional), alimentos contaminados e objetos inanimados.



Com relação ao diagnóstico laboratorial, segue a interpretação:

Anti-HAV Total	Anti-HAV IgM	Interpretação
(+)	(+)	Hepatite Aguda pelo VHA. Infecção recente
(+)	(-)	Infecção passada / imunidade (por contato prévio com o VHA ou por vacina)
(-)	(-)	Suscetível

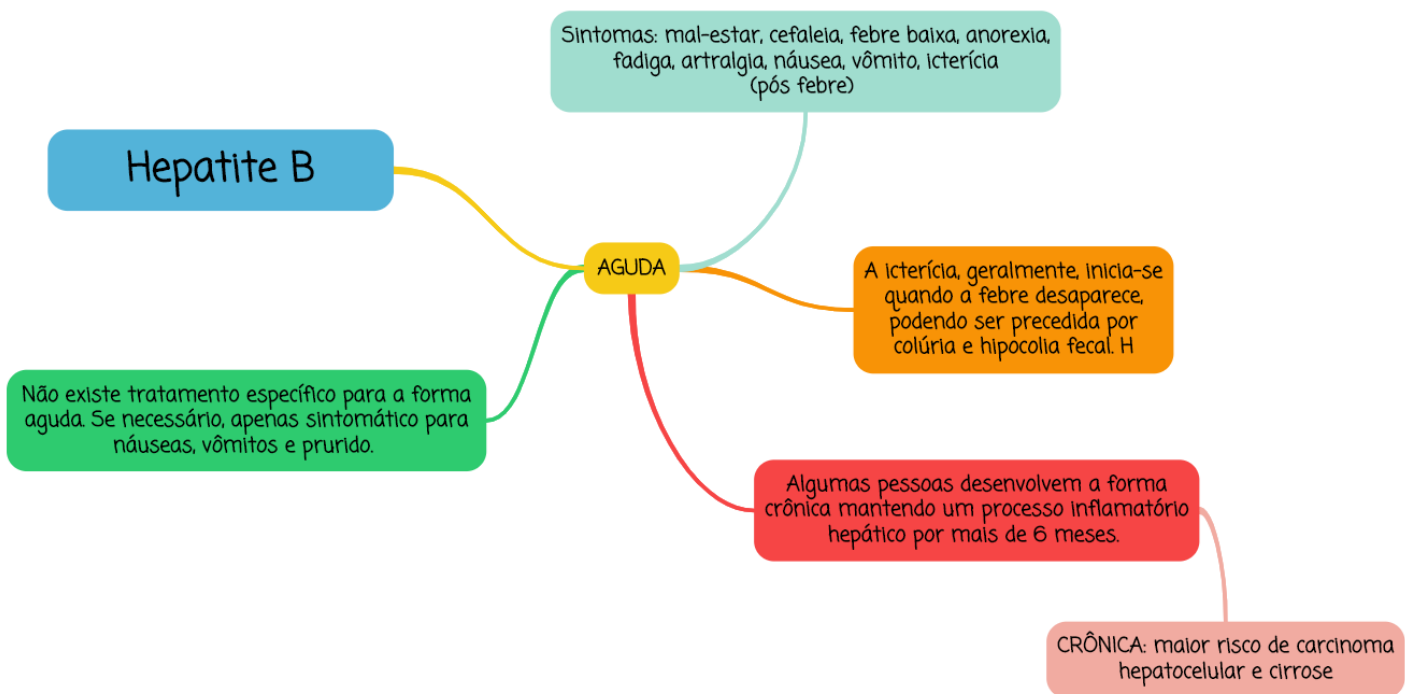
O TRATAMENTO, se necessário, para a forma aguda, apenas sintomático para náuseas, vômitos e prurido.

Quanto às COMPLICAÇÕES estão a manutenção das transaminases em níveis elevados por meses ou, até mesmo, 1 ano. Pode ocorrer necrose maciça ou submaciça do fígado, icterícia, indisposição progressivas, urina escurecida, e coagulação anormal e deteriorização neurológica.

Hepatite B

Doença viral pelo vírus da hepatite B, com quadro assintomático, sintomático ou fulminante.





O RESERVATÓRIO é o homem. Experimentalmente, chimpanzés, espécies de pato e esquilo.

O Período de incubação é de 30 a 180 dias (média em torno de 60 a 90 dias).

O HBV é altamente infectivo e facilmente TRANSMITIDO por via sexual, transfusão sanguínea, verticalmente, acidentes perfurocortantes, compartilhamento de seringas, realização de tatuagens, etc.

O período de transmissibilidade é de duas a três semanas antes dos primeiros sintomas e mantém-se durante a evolução clínica da doença. O portador crônico pode transmitir por vários anos.

A principal COMPLICAÇÃO é a cronificação da infecção cujas consequências podem ser cirrose hepática, ascite, hemorragias digestivas, encefalopatia hepática e carcinoma hepatocelular.

Com relação ao diagnóstico laboratorial, segue a interpretação:

HBsAg	Anti-HBc total	Interpretação/Conduta
(+)	(-)	Início de fase aguda ou falso positivo. Repetir sorologia após 30 dias
(+)	(+)	Hepatite Aguda ou crônica. Solicitar anti-HBc IgM
(-)	(+)	Falso positivo ou cura (desaparecimento do HBsAg). Solicitar Anti-HBs
(-)	(-)	Suscetível



As MEDIDAS DE CONTROLE incluem a profilaxia pré-exposição, pós-exposição, o não compartilhamento ou reutilização de seringas e agulhas, triagem obrigatória nos doadores de sangue, inativação viral de hemoderivados e medidas adequadas de biossegurança nos estabelecimentos de saúde. A vacinação é a medida mais segura para prevenção contra hepatite B.

A vacina contra hepatite B está disponível no SUS para as seguintes situações:

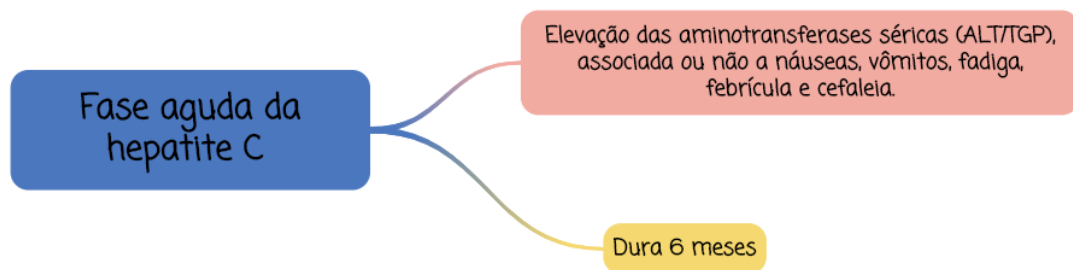
- Menores de um ano de idade, a partir do nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto;
- crianças e adolescentes entre um a 19 anos de idade;
- nos doadores regulares de sangue;
- portadores de hepatite C;
- usuários de hemodiálise;
- politransfundidos;
- hemofílicos;
- talassêmicos;
- profissionais de saúde;
- populações indígenas (todas as faixas etárias);
- comunicantes domiciliares de portadores do vírus da hepatite B;
- portadores de neoplasias;
- pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas, etc);
- população de assentamentos e acampamentos;
- homens que praticam sexo com homens;
- profissionais do sexo
- e para portadores de DST até 30 anos de idade.

A vacina contra hepatite B pode ser administrada em qualquer idade e simultaneamente com outras vacinas do calendário básico. A imunização contra a hepatite B é realizada em três doses, com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6 meses).

Hepatite C

Doença viral causada pelo vírus da Hepatite C, com afecção assintomática, sintomática ou fulminante (rara).





Já no caso da hepatite C crônica, esta é definida quando:

- Anti-HCV reagente por mais de seis meses, e
- Confirmação diagnóstica com HCV-RNA detectável (positivo).

Nesta condição, as manifestações atípicas podem incluir petéquias, outras manifestações de vasculite, neuropatia periférica, insuficiência renal crônica ou cilindrúria.

A transmissão do HCV ocorre pelo contato com sangue infectado em virtude de exposição percutânea, transfusão de sangue e/ou hemoderivados e transplantes de doadores infectados. Atualmente, destacam-se como importantes formas de transmissão do HCV o compartilhamento de equipamentos para uso de drogas, confecção de tatuagens e colocação de piercing, além de objetos de uso pessoal, tais como lâminas de barbear ou depilar, escovas de dente e instrumentos para pedicure/manicure.

Constituem populações de risco acrescido para infecção pelo HCV:

- Pessoas que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993;
- Usuários de drogas injetáveis, inaladas ou pipadas, que compartilham equipamentos contaminados como agulhas, seringas, canudos e cachimbos;
- Pessoas que compartilham equipamentos não esterilizados ao frequentar pedicures, manicures e podólogos;
- Pessoas submetidas a procedimentos para colocação de piercing e confecção de tatuagens;
- Pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos, odontológicos, de hemodiálise e de acupuntura sem as adequadas normas de biossegurança.

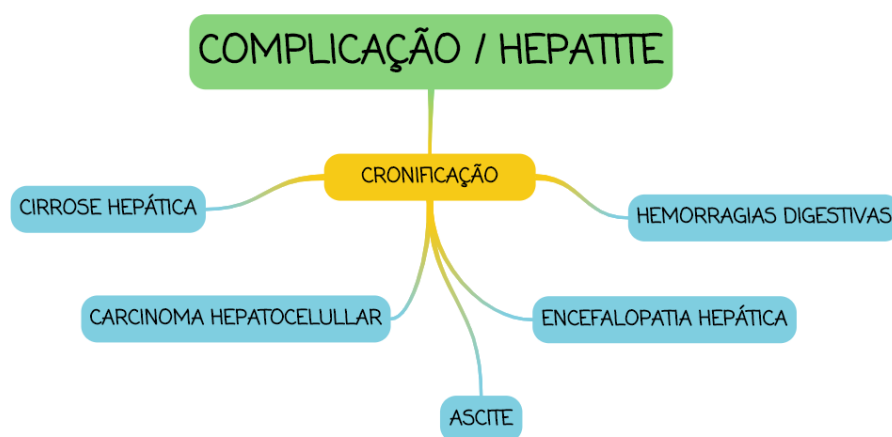
Diagnóstico sorológico: São utilizados testes de detecção de anticorpo ou testes de detecção combinada de antígeno e anticorpo do HCV, em que o anti-HCV é considerado o principal marcador.

Testes moleculares: Testes de detecção de ácidos nucleicos São testes de amplificação de ácidos nucleicos, denominados HCV-RNA, que permitem detectar o RNA viral de todos os



genótipos e subtipos descritos do HCV. Esses testes podem ser qualitativos, quando apenas detectam a presença do RNA viral, ou quantitativos, quando quantificam o RNA viral.

Biópsia hepática: O diagnóstico histológico da hepatite crônica C baseia-se na presença de infiltrado inflamatório portal predominantemente linfocitário, geralmente com número variável de plasmócitos e histiócitos, acompanhada por grau variável de atividade periportal (atividade de interface ou necrose em sacabocados), atividade parenquimatosa (lobular) e fibrose.



Não existe nenhuma medida específica eficaz para a redução do risco de infecção pelo vírus da hepatite C após exposição ocupacional. A única forma de reduzir o risco é a prevenção do próprio acidente.

(COMPERVE / UFRN 2018)

A hepatite B é uma infecção de transmissão parenteral, sexual e vertical. Por isso, recomenda-se vacinar toda pessoa susceptível à hepatite B. A pessoa susceptível é aquela que não foi vacinada, ou que foi vacinada, mas apresenta

- a) HBsAg reagente.
- b) títulos de HBsAg inferiores a 10mUI/mL e anti-HBs não reagente.
- c) anti-HBV reagente.
- d) títulos de anti-HBs inferiores a 10mUI/mL e HBsAg não reagente.

Comentários

Suscetibilidade Hepatite B: são suscetíveis os indivíduos com perfil sorológico HBsAg, anti-hoc e anti-HBs negativos, concomitantemente.



Gabarito: Letra D.

(FCC/TRT - 3ª REGIÃO/2015)

Em um Programa de Educação em Saúde sobre doença sexualmente transmissível, o Técnico de Enfermagem orienta que

- a)** quando um teste de HIV é feito durante o período da janela imunológica, há a possibilidade de apresentar um falso resultado positivo.
- b)** após o nascimento, a mãe soropositiva para HIV deve amamentar seu filho, pois o AZT administrado antes do parto protege o bebê da transmissão do vírus.
- c)** a transmissão da hepatite C é evitada utilizando-se a vacina preconizada pelo Plano Nacional de Imunização.
- d)** a sífilis é transmitida de uma pessoa para outra durante o sexo sem camisinha com alguém infectado, por transfusão de sangue contaminado ou da mãe infectada para o bebê durante a gestação ou o parto.
- e)** a infecção por tricomoníase causa a oftalmia neonatal, sendo necessária a aplicação de uma gota de colírio próprio em cada olho do bebê ao nascer.

Comentários:

Alternativa “a” – errada.

Quando um teste de HIV é feito durante o período da janela imunológica, há a possibilidade de apresentar um falso resultado negativo.

Janela imunológica : intervalo de tempo decorrido entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV produzidos pelo sistema de defesa do organismo.

Se um teste para detecção de anticorpos anti-HIV é realizado durante o período da janela imunológica, há a possibilidade de gerar um resultado não reagente.

Alternativa “b” – errada.

Para a prevenção da contaminação pelo HIV, por intermédio do aleitamento materno, as mulheres infectadas pelo HIV não devem amamentar seus próprios filhos, nem doar leite.

Alternativa “c” – errada.

Hepatite B não tem vacina.

Alternativa “d” – correta.

Alternativa “e” – errada.



A prevenção da oftalmia neonatal gonocócica é feita com uma gota da solução nitrato de prata a 1%.

Gabarito Letra: D.

(Dédalus / COREN-BA / 2018)

O Ministério da Saúde anunciou no dia 05 de julho de 2018 o lançamento de um plano para eliminar a hepatite C até 2030. A estratégia prevê a redução das etapas para o diagnóstico da doença e a ampliação da testagem em grupos considerados prioritários (como pessoas vivendo com HIV/AIDS, pacientes que fazem diálise, usuários de drogas e bebês de mães que têm hepatite C).

(Fonte adaptada: noticias.uol.com.br > acesso em 06 de julho de 2018)

Além da hepatite C, existem também os seguintes tipos de hepatite, exceto:

- a) Hepatite Autoimune.
- b) Hepatite Medicamentosa.
- c) Hepatite Venal.
- d) Hepatite E.

Comentários

Não são as formais mais tradicionais da Hepatite, mas não custa constar para treino. A Hepatite Venal não existe.

Gabarito: C.

(CESPE / MPE-PI / 2018)

Um hospital geral, com 1.560 servidores, foi notificado por auditores fiscais do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), para regularizar sua situação em relação às exigências constantes das normas regulamentadoras de segurança e medicina do trabalho referentes à constituição do SESMT, da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), entre outros itens.

A respeito dessa situação hipotética, julgue o item subsequente.

Os trabalhadores da saúde que atuam no hospital devem ser vacinados gratuitamente contra tétano, difteria e hepatite B.

Comentário:



Exatamente. São populações de risco. Têm direito à vacinação gratuita da Hepatite B.

Alternativa: Certa.

(CS-UFG / Câmara de Goiânia 2018)

Para a segurança no ambiente de trabalho, os profissionais da área da saúde devem estar com o esquema vacinal para a hepatite B completo e atualizado. Essa vacina deverá ser fornecida, gratuitamente, obedecendo ao esquema preconizado no Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde que preconiza a aplicação de uma dose ao nascer, mais

- a) duas doses e dose de reforço aos cinco anos.
- b) duas doses, sem dose de reforço.
- c) três doses e dose de reforço aos cinco anos.
- d) três doses, sem dose de reforço.

Comentário:

Conforme calendário vacinal vigente, são 3 doses e reforço aos 5 anos.

Gabarito: Letra D.

HIV/AIDS

O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*, interfere no sistema imunológico da pessoa infectada, mais especificamente, os linfócitos TCD4.

Tudo começa pela ligação de alta afinidade da glicoproteína GP 120 com a molécula de CD 4, expressa predominantemente em linfócitos T helper ou TCD4', que são os "maestros" da resposta imune. A molécula de CD4 está expressa também em monócitos/macrófagos e células dendríticas / células de Langerhans.

Uma vez ligado à molécula de CD4, a GP120 sofre uma alteração que permite que haja ligação com correceptores correspondentes que promovem uma alteração da membrana celular permitindo a ação do GP 41 que determina a fusão do vírus e sua entrada na célula infectada.

Já no citoplasma da célula infectada, ocorre a retirada da camada proteica capsídeo com facilitação da ação da transcriptase reversa e formação do complexo de pré integração



formado pelo RNA viral, enzimas virais e proteínas acessórias cercadas pelo capsídeo e proteínas de matriz.

A enzima transcriptase reverse produz então o DNA pró viral de dupla fita do HIV que com a ativação da célula infectada, tem acesso ao poro nuclear e é exportado para o núcleo se incorporando ao genoma da célula hospedeira por ação da enzima integrase.



Veja as fases da doença:

A **INFECÇÃO AGUDA** causa a denominada Síndrome Retroviral, é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparece em três a quatro semanas. Os principais achados clínicos de SRA incluem febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia. A SRA pode cursar com febre alta, sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão.

Alguns pacientes desenvolvem exantema de curta duração após o início da febre (frequentemente inferior a três dias), afetando geralmente a face, pescoço e/ou tórax superior, mas podendo se disseminar para braços, pernas, regiões palmares e plantares. Sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais podem estar presentes.

Entretanto, o comprometimento do fígado e do pâncreas é raro na SRA. Cefaleia e dor ocular são as manifestações neurológicas mais comuns, mas pode ocorrer também quadro de meningite asséptica, neurite periférica sensitiva ou motora, paralisia do nervo facial ou síndrome de Guillain-Barré.

Na fase de **LATÊNCIA CLÍNICA**, o exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia, que pode persistir após a infecção aguda. Enquanto os valores de linfócitos T-CD4+ (LT-CD4+) permanece acima de 350 células/mm, há aumento dos episódios infecciosos tais como as infecções respiratórias ou mesmo tuberculose.

Posteriormente, a contagem de LT-CD4+ está abaixo de 200 células/mm³ e o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da **SÍNDROME DA Imunodeficiência ADQUIRIDA** (AIDS), tais como pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus, sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino.



A tuberculose deve ser pesquisada em todas as consultas, mediante o questionamento sobre a presença dos seguintes sintomas: tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas pode indicar TB ativa e deve ser investigada.

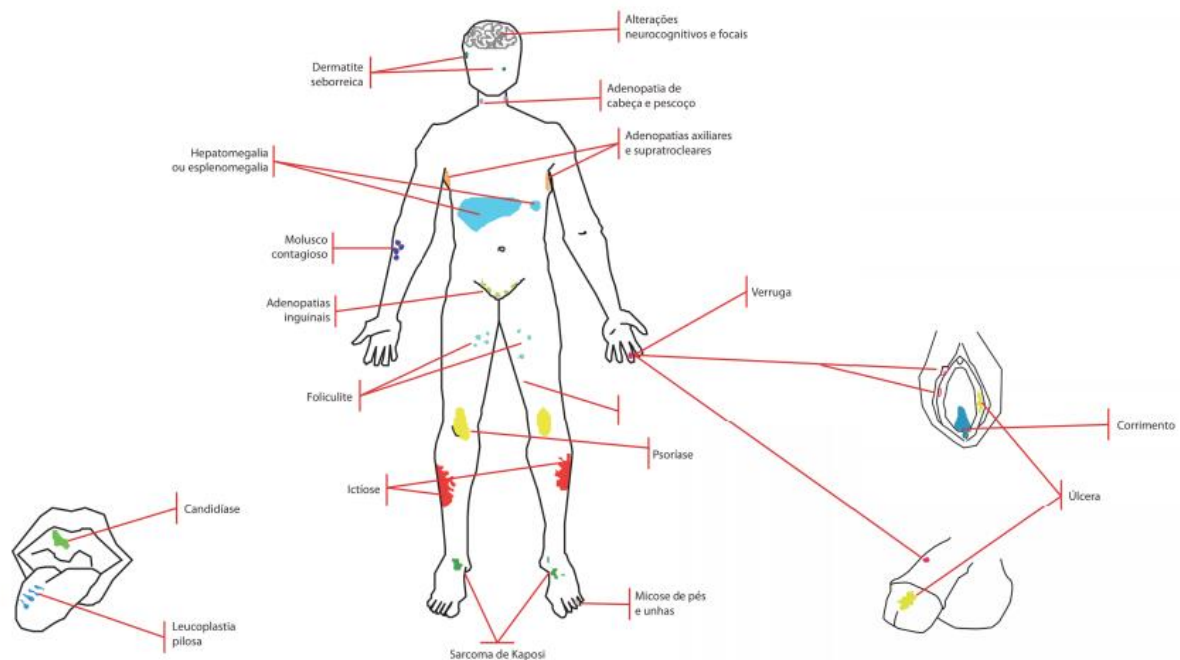
Com relação à tuberculose, a prova tuberculínica (PT) é importante para o diagnóstico da infecção latente da tuberculose (ILTb) e constitui um marcador de risco para o desenvolvimento de tuberculose ativa, devendo ser realizada em todas as pessoas vivendo com HIV e que sejam assintomáticas para tuberculose. O tratamento da infecção latente com isoniazida é recomendado para todas as PVHA com PT ≥ 5 mm, desde que exclua tuberculose ativa.

O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Entre as infecções oportunistas destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus.

As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ está abaixo de 200 células/mm³, na maioria das vezes. Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV-1.

A infecção pelo HIV tem um acometimento sistêmico; é necessário, portanto, estar atento a sinais clínicos comumente associados à doença. O exame físico deve incluir a aferição da pressão arterial, peso, altura, cálculo do índice de massa corpórea e medida da circunferência abdominal. Veja a imagem:





http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf



A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a indicação de início de TARV e a pesquisa de comorbidades. Veja abaixo os exames que devem ser solicitados na primeira consulta:

- ✓ Hemograma
- ✓ Contagem de LT-CD4+ e carga viral do HIV
- ✓ Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)
- ✓ Exame parasitológico de fezes
- ✓ Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)
- ✓ Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBs Ag, anti-HBcT e anti-HBs para verificação de imunização)
- ✓ IgG para toxoplasma
- ✓ Sorologia para HTLV I e II e Chagas (considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas)
- ✓ Dosagem de lipídios
- ✓ Glicemia de jejum



- ✓ Radiografia de Tórax
- ✓ Prova tuberculínica (PT)

Adultos e adolescentes que vivem com HIV podem receber todas as vacinas do calendário nacional, desde que não apresentem deficiência imunológica importante.

À medida que aumenta a imunodepressão, eleva-se também o risco relacionado à administração de vacinas de agentes vivos, bem como se reduz a possibilidade de resposta imunológica consistente. Sempre que possível, deve-se adiar a administração de vacinas em pacientes sintomáticos ou com imunodeficiência grave (contagem de LT-CD4+ < 200 células/mm³), até que um grau satisfatório de reconstituição imune seja obtido com o uso de terapia antirretroviral, o que proporciona melhora na resposta vacinal e redução do risco de complicações pós-vacinais.

A administração de vacinas com vírus vivos atenuados (poliomielite oral, varicela, rubéola, febre amarela, sarampo e caxumba) em pacientes com imunodeficiência deve ser condicionada à análise individual de risco-benefício e não deve ser realizada em casos de imunodepressão grave. O raciocínio é o seguinte:

Contagem de LT-CD4+ (percentual)	Recomendação para uso de vacinas com agentes vivos atenuados
> 350 células/mm ³ (> 20%)	Indicar o uso
200-350 células/mm ³ (15-19%)	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão
< 200 células/mm ³ (< 15%)	Não vacinar

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf

A **TRANSMISSÃO** ocorre via sexual, transfusional, acidente/compartilhamento com material perfurocortante e verticalmente.

O aumento do risco cardiovascular em pessoas portadoras do vírus da AIDS está relacionado a inúmeros fatores, incluindo alterações no perfil lipídico e a indução de alterações vasculares. O estado inflamatório crônico decorrente da infecção pelo HIV e o uso de antirretrovirais estão associados a alterações metabólicas e a um estado mais “aterogênico” nessa população. Além disso, a mudança no perfil metabólico determina o desenvolvimento de resistência à insulina e, em alguns casos, de diabetes mellitus.

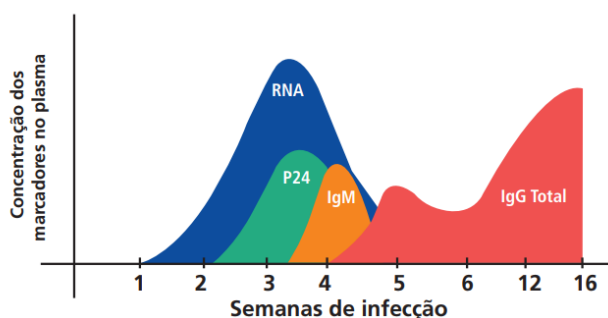
Diagnóstico

Os testes para detecção da infecção pelo HIV são principalmente empregados em três situações: para triagem sorológica do sangue doado e garantia da segurança do sangue,



hemoderivados e órgãos para transplante; para os estudos de vigilância epidemiológica; e para realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV.

A tabela abaixo representa os marcadores da infecção pelo HIV na corrente sanguínea de acordo com o período que surgem após a infecção, seu desaparecimento ou manutenção ao longo do tempo:



Quando um teste de HIV é feito durante o período da janela imunológica, há a possibilidade de apresentar um falso resultado negativo.



Janela imunológica : intervalo de tempo decorrido entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV produzidos pelo sistema de defesa do organismo.

Os **Testes Rápidos** (TR) são imunoensaios (IE) simples, que podem ser realizados em até 30 minutos. Como consequência do desenvolvimento e da disponibilidade de testes rápidos, o diagnóstico do HIV atualmente pode ser realizado em ambientes laboratoriais e não laboratoriais, permitindo ampliar o acesso ao diagnóstico.

Existem vários formatos de TR, e os mais frequentemente utilizados são: dispositivos (ou tiras) de Imunocromatografia (ou fluxo lateral), Imunocromatografia de dupla migração (DPP), dispositivos de imunoconcentração e fase sólida.

Podem ser realizados com fluido oral, soro, plasma ou sangue total (o que permite o uso de amostras obtidas por punção digital). São simples de executar e podem ser utilizados fora do ambiente de laboratório por pessoal capacitado.

Com o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV no Brasil e habilitar o maior número de profissionais de saúde para realizar esses testes, o DDAHV oferece modelos de treinamento presencial ou à distância, que aborda vários aspectos relativos à qualidade, segurança e execução do TR.



As gestantes que forem diagnosticadas com HIV durante o pré-natal têm indicação de tratamento com os medicamentos antirretrovirais durante toda gestação e, se orientado pelo médico, também no parto. O tratamento previne a transmissão vertical do HIV para a criança.

O recém-nascido deve receber o medicamento antirretroviral (xarope) e ser acompanhado no serviço de saúde. Recomenda-se também a não amamentação, evitando a transmissão do HIV para a criança por meio do leite materno.

Segundo o Ministério da Saúde o primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma urgência médica. **A profilaxia antirretroviral pós-exposição (PEP) deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição**, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição após qualquer situação em que exista risco de contato com o HIV, tais como: violência sexual, relação sexual desprotegida ou acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico). O tratamento dura 28 dias e a pessoa deve ser acompanhada pela equipe de saúde por 90 dias.

Vamos aos esquemas de tratamento básicos:

Esquema de terapia inicial – primeira linha
TDF + 3TC + EFV*
* na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível

A associação de tenofovir com lamivudina (TDF/3TC) apresenta um perfil de toxicidade favorável em relação à lipodistrofia e à toxicidade hematológica quando comparada ao AZT, e permite tomada única diária. Essa associação é também recomendada para os casos de coinfeção HIV-HBV.

O EFV apresenta posologia confortável (1 comprimido ao dia), facilitando a adesão ao tratamento. Promove supressão da replicação viral por longo prazo e possui perfil de toxicidade favorável. Seus efeitos adversos mais comuns – tonturas, alterações do sono, sonhos vívidos e alucinações – costumam desaparecer após as primeiras duas a quatro semanas de uso.

Para os casos em que o esquema TDF + 3TC + EFV esteja contraindicado, deve-se proceder da seguinte maneira:



	Utilizar	Situação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

1) AZT + 3TC: A associação de zidovudina com lamivudina (AZT/3TC) é uma das mais estudadas em ensaios clínicos randomizados: apresenta eficácia e segurança equivalentes a outras combinações de dois ITRN/ITRNt, sendo habitualmente bem tolerada. Está disponível em coformulação no Sistema Único de Saúde (SUS), o que contribui para maior comodidade posológica, devendo-se ingerir 1 comprimido 2 vezes ao dia.

Os ITRN estão mais associados a toxicidade mitocondrial, hiperlactatemia e acidose láctica. A toxicidade hematológica é um dos principais efeitos adversos do AZT, o que pode resultar na necessidade de sua substituição.

2) ABC + 3TC: A combinação de abacavir com lamivudina (ABC/3TC) é alternativa para os pacientes com intolerância ou contraindicação aos esquemas com TDF/3TC ou AZT/3TC. Alguns ensaios clínicos mostram que essa associação apresentou maior risco de falha virológica em pacientes com carga viral mais elevada, devido à baixa barreira genética. Reações de hipersensibilidade estão relacionadas ao início do tratamento com ABC.

3) ddl + 3TC: A combinação de didanosina com lamivudina (ddl/3TC) é recomendada na terapia inicial apenas nas situações de intolerância ao AZT, TDF e ABC. Pancreatite e neuropatia periférica estão relacionadas ao uso do ddl.

Os principais efeitos adversos observados no início do tratamento antirretroviral são:

Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo e Nucleotídeo (ITRN(t))		
Medicação	Eventos adversos	Manejo
ABC	Exantema, Síndrome de Stevens Johnson (especialmente em portadores de HLA-B*5701).	Descontinuar o medicamento; contraindicada a reintrodução da droga.
AZT	Náuseas, anorexia, cefaleia, alterações no paladar, mal-estar e insônia. Anemia e neutropenia	Administrar sintomáticos e orientar manutenção da medicação; Deve ser substituído caso Hb < 10,0 g/dL e/ou neutrófilos < 1.000 células/mm ³
3TC	Pancreatite ou neuropatia periférica (raros)	Suspensão da droga, se não houver fatores concorrentes.
TDF	Risco de toxicidade renal, com elevação da uréia e creatinina (redução de depuração estimada), disfunção tubular proximal (Síndrome de Fanconi) e <i>diabetes insipidus</i>	Estimular hidratação. Realizar exame básico de urina, uréia, creatinina e DCE a cada três meses. Disfunção tubular proximal é demonstrada mediante o aumento da beta-2 microglobulina urinária, glicosúria, fosfatúria, hipouricemia, hiperuricosúria, hipofosfatemia, hipocalcemia e acidose metabólica.



Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeo (ITRNN)		
EFV	Sintomas associados ao SNC: tonturas, “sensação de embriaguez”, sonolência ou insônia, dificuldade de concentração e sonhos vívidos (sensação forte de realidade); podem ser exacerbados com o uso concomitante de álcool. Farmacodermias, do tipo <i>rash</i> cutâneo.	Orientar: normalmente desaparecem ao final das primeiras semanas de tratamento. Farmacodermia leve a moderada, administrar medicação sintomática (anti-histamínicos +/- corticóides) ou suspensão do medicamento.
NVP	Exantema (7%), geralmente maculopapular, de tipo eritema multiforme; menos de 1% progride para Síndrome de Stevens-Johnson ou para necrólise epidérmica tóxica.	Suspender quando o exantema cutâneo for extenso, comprometer mucosas, estiver associado a manifestações semelhantes a um resfriado e/ou houver ocorrência de linfadenopatia. 60% apresentarão reação cruzada com EFZ, portanto não se recomenda sua utilização.

Inibidores de Protease (IP)		
ATV/r	Náuseas, vômitos, diarreia, exantema, cefaleia, tontura Icterícia indireta (até quase 50% casos) pode afetar a imagem e a autoestima do paciente. Elevação das transaminases pode ocorrer em cerca de 2% a 7% dos casos.	Efeitos podem ser manejados com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos, mas não há impacto na redução da icterícia. Avaliar a substituição do medicamento em casos de não reversão.
LPV/r	Diarréia (14% a 24%), fezes mal formadas, astenia, dor abdominal, cefaleia, náuseas, vômitos e hiperlipidemia com hipertrigliceridemia. Outros eventos adversos menos frequentes incluem: hiperglicemia, elevação de enzimas hepáticas e hiperamilasemia.	A diarréia pode ser manejada com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos. Avaliar a substituição do medicamento.

Na maioria dos indivíduos, o início da TARV é acompanhado por elevação da contagem de linfócitos T-CD4 e recuperação imune.

Geralmente isso ocorre no primeiro ano de tratamento; depois se observa uma estabilidade seguida de melhora no segundo ano. Entretanto, a imunossupressão severa pode persistir em algumas pessoas, especialmente aqueles que apresentaram níveis muito baixos de CD4 ao iniciar o tratamento. Essa falha na recuperação do CD4 deve servir para alertar a equipe de saúde para potenciais problemas na adesão ou não resposta primária à TARV.



Basicamente, tais medicamentos atuam em uma dessas funções: (mas não costuma ser cobrado!)

- ✓ Inibidor nucleosídeo da Transcriptase Reversa
- ✓ Inibidor não nucleosídeo da Transcriptase Reversa
- ✓ Inibidor de protease
- ✓ Inibidor de fusão
- ✓ Inibidor de integrase
- ✓ Inibidores de entrada

A adesão ao tratamento é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social.

É muito importante que o paciente conheça as características da doença e entenda claramente o objetivo da terapia antirretroviral e participe da decisão de iniciá-la, compreendendo a importância da tomada continuada e correta do medicamento, a fim de atingir uma adequada supressão da replicação virológica.

Ainda, é essencial que o paciente tenha conhecimentos básicos sobre a doença, as formas de transmissão, o significado e a utilidade dos exames laboratoriais (como a contagem de linfócitos T-CD4 e a carga viral) e os possíveis efeitos adversos em curto e longo prazo relacionados à TARV. Tendo acesso às informações e promovendo a própria autonomia, o paciente se fortalece para enfrentar as adversidades trazidas pela doença e seu tratamento.



Facilitam a adesão:

- ✓ Esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitem o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido
- ✓ Conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento
- ✓ Acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar
- ✓ Vínculo com os profissionais de saúde, equipe e o serviço de saúde
- ✓ Capacitação adequada da equipe multidisciplinar
- ✓ Acesso facilitado aos ARV por meio do funcionamento e localização adequada da UDM



- ✓ Parceria com Organizações da Sociedade Civil (OSC)
- ✓ Apoio social



Por outro lado, são fatores que dificultam a adesão:

- ✓ Complexidade do regime terapêutico (diferentes drogas, quantidade de doses)
- ✓ Precariedade ou ausência de suporte social
- ✓ Baixa escolaridade
- ✓ Não aceitação da soropositividade
- ✓ Presença de transtornos mentais, como ansiedade e depressão
- ✓ Efeitos colaterais do medicamento
- ✓ Relação insatisfatória do usuário com o profissional de saúde e serviços prestados
- ✓ Crenças negativas e informações inadequadas referentes ao tratamento e à doença
- ✓ Dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento
- ✓ Abuso de álcool e outras drogas • Falta de recursos humanos na equipe
- ✓ Dificuldade de transporte do paciente
- ✓ Falta de material educativo
- ✓ Medo de sofrer com a discriminação
- ✓ Dificuldade de acesso ao serviço e aos medicamentos
- ✓ Faixa etária do paciente (criança, adolescente e idoso)
- ✓ Estigma relacionado à maternidade/paternidade para PVHA
- ✓ Exclusão social



Dos diversos diagnósticos de enfermagem apontados por esses autores, seguem alguns que podem ser estabelecidos para o indivíduo com DST/HIV/Aids:

- ✓ Alteração da mucosa oral;
- ✓ Ansiedade;
- ✓ Conhecimento deficiente;
- ✓ Déficit no autocuidado para higiene íntima;
- ✓ Disfunção sexual;



- ✓ Dor aguda;
- ✓ Dor crônica;
- ✓ Enfrentamento ineficaz;
- ✓ Integridade da pele prejudicada;
- ✓ Integridade tissular prejudicada;
- ✓ Isolamento social;
- ✓ Manutenção da saúde alterada;
- ✓ Padrão de sexualidade alterada;
- ✓ Risco da integridade da pele prejudicada;
- ✓ Risco de baixa autoestima situacional;
- ✓ Risco de infecção; e
- ✓ Risco de transmissão de infecção.



(FCC/TRT - 5ª REGIÃO/2013)

Uma mulher que participa de um grupo, recebe orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis e o risco de se adquirir ou transmitir o HIV. Esta relata ao enfermeiro que utiliza espermicida em suas relações sexuais e que, recentemente, surgiu um processo inflamatório no local, diagnosticado como vaginite química. Nesta situação, o enfermeiro explica, dentre outros, que

- a)** o processo inflamatório é fator de risco para o aparecimento de candidíase no local e de proteção para o HIV.
- b)** o processo inflamatório está relacionado com o aumento da imunidade ao HIV.
- c)** a vaginite química é caracterizada por um tipo de ectopia que confere proteção para HIV.
- d)** a vaginite química, como processo inflamatório, favorece a transmissão do HIV.
- e)** a vaginite química é um fator de risco para a transmissão do HIV, apenas quando associada a uma infecção.

Comentários:

A vaginite química, ou outros processos inflamatórios locais favorecem a transmissão do HIV.



Gabarito Letra: D.

(FCC/TRT - 5ª REGIÃO/2013)

A equipe multidisciplinar em saúde, ao preparar o paciente portador de HIV/AIDS para o tratamento, deve conhecer os fatores que facilitam a adesão, que são, dentre outros,

- a) não aceitação da soropositividade e apoio social.
- b) acolhimento e escuta ativa do paciente pela equipe multidisciplinar e baixa escolaridade.
- c) vínculo com os profissionais de saúde, equipe e o serviço de saúde e conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento.
- d) capacitação adequada da equipe multidisciplinar e exclusão social.
- e) medo de sofrer com a discriminação e faixa etária do paciente.

Comentários:

Ser devidamente orientado da própria doença bem como das opções terapêuticas existentes é fator essencial para a adesão ao tratamento, visto que se estenderá por toda a vida.

Gabarito Letra: C.

(CESGRANRIO/TRANSPETRO/2018)

Segundo orientação do Ministério da Saúde, nos casos de violência sexual, relação sexual desprotegida, sem o uso de camisinha ou por rompimento da mesma, além da possível ocorrência de acidente ocupacional com instrumentos perfurocortantes ou por contato direto com material biológico contaminado, está indicada a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV, mais conhecida pela sigla PEP.

Trata-se de uma medida de prevenção à infecção pelo HIV, que consiste no uso de medicação com antirretrovirais em até

- a) 12 h
- b) 24 h
- c) 36 h
- d) 48 h
- e) 72 h

Comentários:



O uso da medicação deve ocorrer em até 72 horas após qualquer situação em que exista risco de contato com o HIV, tais como: violência sexual, relação sexual desprotegida ou acidente ocupacional.

Gabarito Letra: E.

(FCC/TRT - 2ª REGIÃO/2014)

Um adolescente vivendo com HIV/AIDS e em tratamento com Efavirenz, medicamento considerado inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeos, necessita ser orientado quanto aos aspectos da ingestão de alimentos. Uma orientação adequada é quanto a

- a) administrar o medicamento de estômago vazio, preferencialmente à noite.
- b) ingerir alimentos gordurosos 1 hora antes de receber esse medicamento.
- c) administrar o medicamento após refeição leve que contenha gordura.
- d) ingerir, no máximo, 500 mL de líquido em 24 horas.
- e) evitar fracionar as refeições, na presença de disfagia e odinofagia, alimentando-se em intervalos maiores de tempo (5/6 horas).

Comentários:

A medicação EFV pode causar tonturas, motivo pelo qual se recomenda a administração à noite, longe de outros alimentos e ou medicamentos para evitar interação.

Gabarito Letra: A.

(INSTITUTO AOCP/EBSERH/2016)

Sobre o significado de vulnerabilidade no caso da Aids, é correto afirmar que uma pessoa, um grupo ou uma comunidade está vulnerável quando apresenta “pontos frágeis”, que facilitam a exposição ao HIV. Quando se observa, no serviço de saúde, filas para atendimento, demora em marcar consultas e atendimento realizado a cada dia por um profissional diferente, está-se diante de uma vulnerabilidade

- a) programática.
- b) individual.
- c) social.
- d) cultural.
- e) transversal.



Comentários:

Vamos a mais definições. De acordo com o artigo Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva.

A dimensão individual considera o conhecimento acerca do agravo e os comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção.

A dimensão programática contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

A dimensão social integra a dimensão social do adoecimento, utilizando-se de indicadores que revelem o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde. Esta dimensão inclui o ciclo de vida, a mobilidade social e a identidade social. Integra, ainda, as características do espaço social, as normas sociais vigentes, as normas institucionais, as relações de gênero, as iniquidades, entre outros aspectos.

Gabarito Letra: A.

(INSTITUTO AOCP/EBSERH/2016)

As avaliações clínica e psicossocial do paciente com diagnóstico positivo para HIV permitem identificar os modos de enfrentamento, as dificuldades de aceitação e de viver com esse diagnóstico. A equipe de saúde deve levar em consideração alguns fatores na elaboração do plano terapêutico, pois esses fatores podem facilitar ou dificultar a adesão. Qual dos seguintes fatores pode ser considerado um dificultador da adesão?

- a) Esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitem o uso de diferentes medicamentos em um mesmo comprimido.
- b) Estigma relacionado à maternidade/paternidade para pessoas vivendo com HIV/Aids.
- c) Parceria com Organizações da Sociedade Civil.
- d) Acesso facilitado aos antirretrovirais (ARV) por meio do funcionamento e localização adequada das Unidades Dispensadoras de Medicamentos.
- e) Conhecimento e compreensão sobre a enfermidade e o tratamento.

Comentários:

Estamos procurando, basicamente, a errada. Veja que quando falamos de estigmas, obviamente, não pode ser um facilitador.



Leia as demais para servir de estudo!

Gabarito Letra: B.

(INSTITUTO AOCP/EBSERH/2016)

Paciente do sexo masculino, 24 anos, dá entrada ao pronto atendimento, relatando exposição sexual de risco, pois manteve relação sexual com pessoa do mesmo sexo, sem uso de preservativo. Se houver indicação, de acordo com o protocolo para profilaxia antirretroviral pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, a profilaxia deve ser iniciada, preferencialmente,

- a) após 12 horas de exposição.
- b) nas primeiras 02 horas após a exposição.
- c) após 24 horas de exposição.
- d) na primeira semana após a exposição.
- e) 28 dias após a exposição.

Comentários:

A profilaxia antirretroviral pós-exposição (PEP) deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 2 horas após a exposição, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição após qualquer situação em que exista risco de contato com o HIV, tais como: violência sexual, relação sexual desprotegida ou acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico).

Gabarito Letra: B.

(INSTITUTO AOCP/CASAN/2016)

No que refere à transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana, assinale a alternativa correta.

- a) É de transmissão exclusivamente sexual.
- b) Somente é transmitido entre indivíduos do mesmo sexo ou usuários de drogas.
- c) A fase aguda corresponde ao período em que são identificadas as diversas infecções oportunistas.
- d) O tratamento para o HIV deve ser iniciado apenas após o início das coinfeções.
- e) O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids).



Comentários:

A infecção passa pela fase aguda, latência e a própria SIDA cuja característica definidora é o aparecimento de infecções oportunistas.

Gabarito Letra: E.

(INSTITUTO AOCP/EBSERH/2015)

Acerca de materiais biológicos e risco de transmissão do HIV, assinale a alternativa correta.

- a)** Materiais contendo sangue, sêmen e secreções vaginais não são considerados materiais biológicos envolvidos na transmissão do HIV.
- b)** Líquidos de serosas (peritoneal, pleural, pericárdico) não são fluidos corporais potencialmente infectantes.
- c)** Líquido amniótico, liquor e líquido articular não são fluidos e secreções corporais potencialmente infectantes.
- d)** Suor, lágrima, fezes, urina, vômitos, secreções nasais e saliva são líquidos biológicos com risco de transmissão ocupacional.
- e)** Qualquer contato sem barreira de proteção com material concentrado de vírus (laboratórios de pesquisa, com cultura de vírus e vírus em grandes quantidades) deve ser considerado uma exposição ocupacional que requer avaliação e acompanhamento.

Comentários:

A exposição ocupacional vai além dos perfurocortantes, mas inclui qualquer material concentrado de vírus (laboratórios de pesquisa, com cultura de vírus e vírus em grandes quantidades).

Gabarito Letra: E

(FCC/TJ-AP/2014)

Considerando que o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV durante a gestação é fundamental para a redução da transmissão vertical, o Ministério da Saúde recomenda, em situações especiais, a realização do teste rápido, que poderá ser realizado por

- a)** enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois trata-se de um procedimento de baixa complexidade.
- b)** técnicos e auxiliares de enfermagem sob supervisão do enfermeiro.



- c) médico, privativamente, pois trata-se de um procedimento para detecção e diagnóstico.
- d) técnico de laboratório com certificação expedida pela Secretaria de Saúde Regional.
- e) enfermeiros devidamente capacitados para realização da metodologia.

Comentários:

Questão desatualizada, mas vale para comentar. A princípio, a resposta era E, mas...

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) aprovou em sessão plenária, realizada em 29 de setembro, o Parecer nº 259/2016, que atualiza as normas para a realização de testes rápidos pela equipe de profissionais de enfermagem.

A partir desse ato, aprovado por unanimidade pelos conselheiros do Cofen, os testes rápidos poderão ser executados também por técnicos e auxiliares de enfermagem.

Gabarito Letra: B (adaptada)

(IBFC/EBSERH/2017)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua manifestação clínica em fase avançada, ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ainda representam um problema de saúde pública de grande relevância na atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua transcendência. Sobre este assunto, analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta.

I. HIV-1 e HIV-2 são retrovírus da família Lentiviridae.

II. Pertencem ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos, necessitando, para se multiplicar, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do ácido ribonucleico (RNA) viral para uma cópia do ácido desoxirribonucleico (DNA), que pode então se integrar ao genoma do hospedeiro.

III. Esses vírus são bastante duráveis no meio externo, não sendo inativados por uma variedade de agentes físicos (calor).

IV. Esses vírus são inativados por agentes químicos como hipoclorito de sódio e glutaraldeído.

Estão corretas as afirmativas:

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



e) II e IV, apenas

Comentários:

Item I – correto.

Item II – correto.

Item III – errado.

Em condições experimentais controladas, as partículas virais intracelulares parecem sobreviver no meio externo por até, no máximo, um dia, enquanto que partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias, à temperatura ambiente, ou até 11 dias, a 37°C.

Item IV – correto.

Gabarito Letra: C.

Abraços para vocês e até a próxima aula!

Prof.^a. Lígia Carvalheiro Fernandes Ferreira



11 949155227



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.