

Mentoria Provas Discursivas de Enfermagem

Módulo 1

Sumário

1. Orientações Gerais para Produção de Texto	2
2. Questão do Módulo I	5
2.1 (ALESE/FCC/2018)	5
2.2 (USP/2019)	16
2.3 (TCE-TO/FGV/2022)	22
2.4 (TCE-TO/FGV/2022)	27
2.5 (USP/2018)	33
3. Revisão Teórica	42
3.1 PNPS – Programa Nacional de Segurança do Paciente	42
3.2 Lesão por Pressão e Diagnóstico de Enfermagem	44
3.3 Choque	47
3.4 Angina e Infarto Agudo do Miocárdio	54
3.5 Pneumonia, Crescimento/Desenvolvimento e Diagnóstico de Enfermagem.	60

Orientações Gerais para Produção de Texto

1. Paragrafação e estrutura (esqueleto do texto)

Paragrafação é divisão, é a necessidade de dividir as ideias de um texto. Para que haja coerência, é importante que um parágrafo esteja relacionado ao outro (coesão). Quando a prova é uma questão discursiva, em regra, cada pergunta do examinador será respondida em um parágrafo, seguindo a ordem de perguntas do enunciado.

Em provas discursivas, em regra, o texto será estruturado com um parágrafo para introdução, dois ou três parágrafos para o desenvolvimento e um parágrafo de conclusão. No entanto, questões discursivas com limite de linhas restrito (15, 20 linhas) requerem máxima concisão e objetividade.

Mesmos nesses casos, em que o número de linhas para resposta é limitado, havendo espaço, pode-se incluir uma pequena introdução e conclusão no texto. Lembre-se que a estrutura do seu texto deve seguir a ordem das perguntas do examinador.

2. Margens e recuos

O recuo no início dos parágrafos deve ser de 1,25 cm (ABNT), porém esse número é apenas uma base, o importante é manter o mesmo recuo no início de cada parágrafo (mantendo a simetria e objetividade do texto). Você pode adotar a medida de 1 ou dois dedos, ponta da caneta, etc. Não escrever nada fora das margens da folha de resposta do texto definitivo.

3. Marcas de identificação

Cuidado para não trazer, na folha de texto definitivo, qualquer marca que possa ser encarada pela banca examinadora como um elemento de identificação do candidato. São completamente vedados: desenhos, rabiscos, seu nome, rubricas, título em redação ou questão discursiva (a não ser que a banca exija, o que incomum).

4. Objetividade e clareza

Lembre-se de que o responsável pela correção do seu texto, geralmente, não é um enfermeiro/a, logo facilite a vida do examinador respondendo, de forma clara e direta, apenas o que foi solicitado na questão. Evite palavras rebuscadas, ou termos coloquiais (linguagem informal). A linguagem técnica é sempre bem-vinda.

5. Rascunho x texto definitivo

Cuidado para não confundir as folhas de rascunho e de texto definitivo. Geralmente a folha de rascunho vem com a marca "RASCUNHO", mas há bancas que não trazem essa identificação. Cuidado para não manchar a folha de texto definitivo com alimento, canetas ou água.

6. Importância do rascunho

O objetivo do rascunho é reunir as ideias a respeito do tema fornecido pela banca, organizando-as e dando-lhes uma feição coerente e coesa. Como é o primeiro texto produzido, muitas vezes é marcado por um fluxo desorganizado de ideias, que precisam ser redistribuídas ao longo da redação – esse trabalho

recebe o nome de “projeto de texto”. <https://guiadoestudante.abril.com.br/redacao/redacao-fazer-rascunho-e-perda-de-tempo>

7. Caligrafia

Para a banca examinadora, não existe letra feia ou bonita, existe letra legível e ilegível. Se você tem caligrafia que dificulta a leitura do seu texto por outra pessoa, deve melhorá-la para a sua prova.

Algumas dicas: peça para alguém ler um texto escrito por você, e assim verificar a legibilidade da sua caligrafia; evite letras “estilosas” que só você compreenda com facilidade; escreva muitos textos simulando o dia da prova, utilizando uma folha de resposta padrão; não tente corrigir erros e acabar rasurando (nesse caso, passe um risco na palavra errada e a escreva novamente); a depender do número de linhas, será necessário dosar o tamanho da letra, especialmente em provas com limite de até 15/20 linhas; diferencie bem as vogais, sinais de pontuação e demais letras.

Se tiver dificuldade em escrever letra cursiva, use letra de forma, mas diferenciando letras maiúsculas e minúsculas.

Sempre treine com o mesmo modelo de caneta que será utilizado no dia da prova. Opte por uma caneta de fácil escrita, que não solte muita tinta (risco de borrar) e com ponta fina.

8. Comece a sua prova pela parte discursiva

Ao receber a prova, imediatamente leia a questão discursiva, assim você começará a levantar as ideias que farão parte da sua resposta e terá tempo, ao longo da resolução das questões objetivas, para organizar e estruturar os tópicos que utilizará no texto.

Utilize os primeiros 5 a 15 minutos, após a leitura da questão discursiva, para fazer o esqueleto do seu texto, levantando, em tópicos e palavras-chaves, tudo o que vier a sua mente e que puder ser utilizado na resposta.

Se preferir pode utilizar mais 15 a 30 minutos para fazer o seu rascunho. Ao longo da prova objetiva, mentalmente, você vai elaborando e melhorando o texto que será transcrito para a folha definitiva.

Quando passar para o texto definitivo, releia o rascunho para você mesmo, em busca de problemas de pontuação, crase, ortografia, coesão e concordância, principalmente.

Você deve evitar: repetição constantes de palavras, sempre que puder utilize sinônimos; repetição exagerada da palavra QUE; frases no gerúndio; utilização de primeira pessoa do singular ou do plural (sempre redija o texto em terceira pessoa).

9. Escrever bem exige treino

Somente a prática leva à perfeição. Ao praticar, você perderá o medo e conseguirá descobrir estratégias e mecanismos para desenredar a forma de expressar as ideias no papel.

Na fase de treino, sempre antes de escrever o texto, revise o tema. Apenas com uma base teórica sobre um determinado assunto será possível trazer as informações solicitadas pelo examinador.

10. Analise o edital

Analisar o edital do seu concurso é uma tarefa obrigatória. É importante verificar os critérios de avaliação, tipo de prova (questão discursiva, texto dissertativo sobre tema geral/específico ou estudo de caso), limites mínimo e máximo de linhas, critérios de eliminação, tipo de caneta.

11. Como fazer enumeração

Em geral, a enumeração é introduzida por dois-pontos. Pode dar continuidade ao texto introdutório ou começar em outra linha. Na enumeração contínua, após os dois-pontos, a enumeração deve ser feita com letras minúsculas ou algarismos arábicos fechados por parêntese; deve-se iniciar o texto enumerado com letra minúscula e encerrá-lo com ponto e vírgula.

Provas Discursivas - Módulo 01

1. (ALESE/FCC/2018) Em 2013, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, com o objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Nesse contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) elaborou seis protocolos básicos de segurança do paciente e a intervenção correspondente.

- a. Cite quais são esses seis protocolos.
- b. Cite uma intervenção para cada um dos protocolos

Máximo de 30 linhas.

Direcionamento

Vejamos como deve ser formulada a resposta. A banca limitou o texto a um total de 30 linhas. Nesse caso, o ideal é que a resposta seja construída, preferencialmente, em 4 parágrafos:

- No primeiro parágrafo, pode-se apresentar uma breve introdução do assunto, falando sobre o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
- No segundo parágrafo, você pode abordar a relação entre o PNSP e os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Em seguida, responda a primeira questão e cite os seis protocolos da forma mais direta possível. Ex.: Os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente são: 1 - ...; 2 - ...; 3 - ...; 4 - ...; 5 - ...; e 6 - ...
- No terceiro parágrafo, você deve citar uma intervenção para cada um dos protocolos. Existem inúmeras intervenções possíveis. Para que não precise repetir novamente os seis protocolos, descreva-os objetivamente, da seguinte forma: Dentre as intervenções estabelecidas para cada protocolo, pode-se elencar, respectivamente: 1 - ...; 2 - ...; 3 - ...; 4 - ...; 5 - ...; e 6 - ...
- No último parágrafo, elabore uma pequena conclusão sobre assunto. Por exemplo, pode citar como esses protocolos são importantes para a prática dos profissionais de saúde e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao paciente.

Hora de praticar

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

Rascunho

Texto definitivo

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

Padrão de resposta

Pergunta	Resposta esperada	Pontos
Cite quais são os seis protocolos	1) Cirurgia Segura. (1,00) 2) Identificação do Paciente. (1,00) 3) Prevenção de Úlcera por Pressão. (1,00) 4) Higiene das Mãos em Serviços de Saúde. (1,00) 5) Prevenção de Quedas. (1,00) 6) Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. (1,00)	0,00 - 6,00
Cite uma intervenção para cada um dos protocolos	1. Cirurgia Segura: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar sistematicamente a Lista de Verificação de Cirurgia Segura. (0,66) • Dispor de profissionais capacitados. • Possuir ambiente, equipamentos e materiais adequados para a realização do procedimento, conforme a legislação vigente. Antes da indução anestésica <ul style="list-style-type: none"> • Revisar verbalmente com o próprio paciente (sempre que possível) que sua identificação tenha sido confirmada. • Confirmar que o procedimento e o local da cirurgia estão corretos. • Confirmar o consentimento para cirurgia e a anestesia. • Confirmar visualmente o sítio cirúrgico correto e sua demarcação. • Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento. • Revisar verbalmente com o anestesiológico, o risco de perda sanguínea do paciente, dificuldades nas vias aéreas, histórico de reação alérgica e se a verificação completa de segurança anestésica foi concluída. Antes da incisão cirúrgica <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar cada membro da equipe pelo nome e função. • Confirmar a realização da cirurgia correta no paciente correto, no sítio cirúrgico correto. • Revisar, verbalmente, uns com os outros, os elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da Lista de Verificação como guia. • Confirmar a administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 60 minutos da incisão cirúrgica. • Confirmar a acessibilidade dos exames de imagens necessários. Antes do paciente sair da sala de cirurgia a equipe deverá, em conjunto <ul style="list-style-type: none"> • Revisar a conclusão da contagem de compressas e instrumentais. • Revisar a identificação de qualquer amostra cirúrgica obtida. • Revisar qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas. 	0,00 - 4,00

- Revisar plano de cuidado e as providencias quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala de cirurgia.

2. Identificação do Paciente:

- Identificar o paciente utilizando, pelo menos, dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada em um membro. (0,66)
- Colocar a pulseira de identificação, preferencialmente, no punho em adulto e no tornozelo em recém-nascidos.
- Educar o paciente/acompanhante/familiar/cuidador no processo de identificação correta.
- Explicar para o paciente/acompanhante/familiar/cuidador os propósitos dos dois identificadores da pulseira e que a conferência da identificação seja obrigatória antes do cuidado.
- Confirmar a identificação do paciente antes do cuidado, como a administração de medicamentos, sangue e hemoderivados, a coleta de material para exame, a entrega de dieta e a realização de procedimentos invasivos.

3. Prevenção de Úlcera por Pressão:

- Avaliar na admissão de todos os pacientes as condições da pele para detectar a existência de úlceras por pressão (UPP) ou lesões de pele já instaladas. (0,66)
- Avaliar na admissão o risco de desenvolvimento de UPP.
- Reavaliar diariamente o risco de desenvolvimento de UPP de todos os pacientes internados.
- Inspeccionar diariamente a pele para os pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de UPP.
- Identificar as lesões de pele como, UPP, de acordo com a definição e classificação internacional.
- Limpar a pele sempre que apresentar sujidade e com intervalos regulares.
- Realizar a limpeza cuidadosamente com um agente suave e que minimize a irritação e a secura da pele.
- Minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas.
- Utilizar fraldas e absorvente, quando recomendado.
- Utilizar agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele, quando indicado.
- Revisar os fatores nutricionais e de hidratação do paciente.
- Consultar nutricionistas para os pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.
- Reposicionar o paciente a cada 2 horas.
- Colocar superfícies de apoio específicas, como colchões, camas e almofadas, para redistribuir a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos.

- Avaliar o risco da pele em pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado no momento pré, intra e pós-operatório.
- Utilizar medidas preventivas para UPP conforme classificação de risco.

4. Higiene das Mãos em Serviços de Saúde:

- Higienizar as mãos em cinco momentos essenciais e necessários: antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento limpo/asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, após tocar o paciente e após tocar superfície próximas ao paciente. (0,66)
- Utilizar sabonete líquido e água quando indicado.
- Utilizar preparação alcoólica quando indicado.

5. Prevenção de Quedas

- Avaliar o risco de queda no momento da admissão. (0,66)
- Utilizar uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição para avaliar o risco de queda.
- Repetir diariamente a avaliação do risco de queda até a alta do paciente.
- Avaliar na admissão a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento.
- Adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos, o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes.
- Utilizar estratégias de educação para os pacientes e familiares, incluindo orientações sobre o risco de queda e de dano por queda e também sobre como prevenir sua ocorrência; elaborar e distribuir material educativo sobre quedas.

6. Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos:

Práticas seguras na prescrição de medicamentos

- Apresentar na prescrição ambulatorial de medicamentos, no mínimo, o nome completo do paciente, o endereço e a data de nascimento. (0,66)
- Apresentar na prescrição hospitalar de medicamentos, no mínimo, as seguintes informações: nome do hospital, nome completo do paciente, número do prontuário ou registro do atendimento, leito, serviço, enfermaria/apartamento e andar/ala.
- Identificar o prescritor na prescrição por meio do nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura.

- Constar na prescrição ambulatorial e hospitalar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.
- Manter a legibilidade da escrita na prescrição.
- Registrar a data da prescrição para a dispensação e a administração dos medicamentos.
- Utilizar a prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade, sendo recomendado o uso de formulários sem pauta para a sua impressão; evitar o uso de abreviaturas na prescrição.
- Utilizar a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional para a prescrição.
- Destacar na escrita da prescrição a parte do nome que diferencia os medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição.
- Utilizar o sistema métrico para expressar as doses desejadas.
- Registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores.
- Registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva; utilizar a lista de medicamentos selecionados/padronizados pelo estabelecimento de saúde para a prescrição.
- Conferir as doses prescritas antes assinatura da prescrição.
- Apresentar na prescrição a duração do tratamento.
- Evitar o uso de expressões vagas.
- Descrever a posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração.
- Certificar-se de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras.
- Restringir as prescrições verbais às situações de urgência/emergência. Descrever quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação.
- Realizar a prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.
- Utilizar o suporte eletrônico para prescrição; e detalhar outras informações importantes para a prescrição segura.

Práticas seguras na administração de medicamentos

- Seguir os nove certos na administração de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma certa e resposta certa).

- Instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos potencialmente perigosos ou medicamentos de alta vigilância.
- Remover do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.
- Permanecer nas unidades de internação apenas os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.
- Seguir o procedimento operacional padrão para administração de medicamentos.

Nota máxima 10,00

Proposta de texto

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, é uma iniciativa que busca integrar diversas ações, diretrizes e estratégias para aprimorar a segurança dos pacientes nos serviços de saúde do país. Ele visa a redução de riscos e danos relacionados à assistência, a prevenção de eventos adversos e a melhoria contínua dos processos de cuidado.

Os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, estabelecidos como uma estratégia de operacionalizar o PNSP, são: 1) Cirurgia Segura; 2) Identificação do Paciente; 3) Prevenção de Úlcera por Pressão (UPP); 4) Higiene das Mãos em Serviços de Saúde; 5) Prevenção de Quedas; e 6) Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

Dentre as intervenções estabelecidas para cada um dos seis protocolos, pode-se elencar, respectivamente: 1) utilizar sistematicamente a Lista de Verificação de Cirurgia Segura; 2) identificar o paciente utilizando, pelo menos, dois identificadores em pulseira branca padronizada, colocada em um membro; 3) avaliar, na admissão de todos os pacientes, as condições da pele para detectar a existência de UPP ou lesões de pele já instaladas; 4) higienizar as mãos em cinco momentos essenciais e necessários: antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento limpo/asséptico, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, após tocar o paciente e após tocar superfície próximas ao paciente; 5) avaliar o risco de queda no momento da admissão; e 6) apresentar, na prescrição ambulatorial de medicamentos, no mínimo, o nome completo do paciente, o endereço e a data de nascimento.

É essencial que os profissionais de saúde estejam familiarizados com os protocolos e os coloquem em prática na sua rotina diária, uma vez que esses instrumentos são pilares da prática assistencial segura.

Textos enviados pelos alunos para correção

1	O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído
2	pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria n° 529, de 2013 traz a
3	elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de se-
4	gurança do paciente, como uma de suas estratégias de implementação
5	do PNSP.
6	Os protocolos básicos de segurança do paciente são: identificação do
7	paciente, prática de higienização das mãos, cirurgia segura, prevenção
8	de quedas, prevenção de lesão por pressão e segurança na prescrição,
9	no uso e na administração de medicamentos.
10	O protocolo de identificação do paciente tem como intervenção a
11	identificar os pacientes corretamente, sendo inevitável o uso de dois iden-
12	tificadores em pulseira na cor branca, colocada num membro do paci-
13	ente com a finalidade da sua conferência antes de qualquer procedimento.
14	A higienização das mãos em serviços de saúde tem cinco mo-
15	mentos para a garantia do cuidado seguro para os pacientes, ^{que} são:
16	antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento limpo/asepti-
17	co, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, após tocar
18	o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente.
19	Cirurgia segura utiliza a lista de verificação de cirurgia seg- ura e contempla três etapas: antes da indução anestésica, antes da inci- são cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operações.
20	Prevenção de quedas tem a avaliação do risco de queda como
21	uma de suas intervenções, que deve ser feita na admissão, diaria-
22	mente e na alta do paciente, com uso de escala para queda.
23	Prevenção de lesão por pressão pode ser evitada identificando pacientes
24	com risco para lesão por pressão, e para intervenção na segurança na pres-
25	crição, uso e administração de medicamentos, itens de verificação como
26	identificação do paciente, identificação do prescritor na prescrição, da-
27	ta, legibilidade e entre outros tornam mais segura a assistência ao
28	paciente.
29	
30	

Sugestões:

- Utilizar as denominações exatamente como constam nos materiais oficiais (neste caso, nos protocolos do PNSP).
- Evitar rasuras no texto definitivo. Para isso, passe um traço na palavra com erro de grafia, para em seguida escrevê-la novamente.
- Poderia ter sido utilizado um único parágrafo com a resposta da segunda questão (intervenções dos protocolos), mesmo que ficasse extenso. Poderia ter numerado os seis protocolos já na resposta na primeira pergunta, para que, na resposta a segunda pergunta, não precisasse repeti-los.
- Como é uma redação longa, com 30 linhas, deveria ter sido escrito um pequeno parágrafo de conclusão ao final do texto.

Nota esperada: 8,00 a 9,00 pontos

1	
2	Os seis protocolos elaborados para a Segurança do Paciente são:
3	a prática de higiene das mãos, a prevenção de lesão por pressão, cirur-
4	gia segura, identificação do paciente, prevenção de queda e prescri-
5	ção, uso e administração correta de medicação.
6	A intervenção que pode ser adotada para a higienização das
7	mãos é manter em forma de educação em saúde a importância da
8	prática da lavagem das mãos tanto para o profissional da saúde
9	quanto para o paciente. Para a prevenção de lesão por pressão adota-se
10	a avaliação por meio da escala de Braden, onde avalia-se o risco de
11	desenvolvimento de LPP, podendo assim, a equipe multiprofissional agir
12	diante do risco. Seguindo para a cirurgia segura, a melhor interven-
13	ção se dá através do check-list de Cirurgia Segura, que é na maioria
14	das vezes realizado por enfermeiro durante o período perioperatório. A
15	identificação do paciente é de suma importância durante o seu perman-
16	ecimento em uma unidade de saúde. Por isso, sempre lembrar da pul-
17	seira de identificação, como também a placa de identificação em seu le-
18	ito para pacientes que permanecerem internados. É importante para a ad-
19	ministração correta de medicamentos a utilização dos 9 certos: paciente
20	certo, hora certa, via certa, dose certa, medicamento certo, registro certo, o-
21	rientação certa, resposta certa e forma farmacêutica certa. É para finali-
22	zar, para a prevenção de quedas utiliza-se a escala de Morse, e ava-
23	lia-se se os riscos são baixos, moderados ou elevados para quedas e é
24	sempre importante dar as orientações ao paciente para evitar as quedas.
25	O Programa Nacional de Segurança do Paciente está descrito na
26	Portaria 529 de 1º de abril de 2013 e tem por objetivo contribuir para
27	a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de saúde dentro do teri-
28	tório brasileiro. Os seus protocolos estão divididos em duas portarias do
29	Ministério da Saúde a nº 1377/2013 e a nº 2095/2013.

Sugestões:

- Utilizar termos e denominações exatamente como constam nos materiais oficiais (neste caso, nos protocolos).
- Descrever a sigla na primeira vez que ela for citada.
- Poderia ter numerado os seis protocolos já na resposta a primeira pergunta, para que, na resposta a segunda pergunta, não precisasse repeti-los.
- Como se trata de um texto com limite de até 30 linhas, deveria ter começado o texto com uma breve introdução, seguida da resposta a primeira questão.
- Elaborar uma conclusão mais objetiva e que aborde a importância desses protocolos para a assistência de enfermagem.

Nota esperada: 7,00 a 8,00 pontos.

2. (Residência/USP/2019) W.L.M., 65 anos, foi levado ao pronto-socorro pela filha, pois está apresentando picos febris de até 38,5°C, de difícil controle, há 3 dias, regurgitação da alimentação e sonolência. Durante triagem no pronto-socorro, a enfermeira verifica que W.L.M. é diabético e evoluiu com demência após Acidente Vascular Cerebral há 2 anos. Ao realizar o exame físico, ela afere temperatura de 37,4°C, frequência respiratória de 25 rpm, frequência cardíaca de 135 bpm, pressão arterial de 85 x 65 mmHg e tempo de enchimento capilar de 4 segundos. O paciente apresenta-se sonolento e pouco responsivo ao estímulo verbal. Verifica-se a presença de ferida em região sacral com secreção abundante, odor fétido e tecido desvitalizado presente. A enfermeira solicita avaliação médica, após a qual W.L.M. é internado. Ele é viúvo, foi casado com S.M.M., que faleceu aos 55 anos de câncer, e tiveram 3 filhos: J.L.M., 45 anos, pintor, solteiro; D.L.M., 43 anos, pedreiro e casado com N.L.M., 41 anos, com quem teve 2 filhos, Ana, 10 anos, e Ricardo, 8 anos; e M.L.M., 40 anos, que mora com o pai, é sua cuidadora principal e dona de casa. W.L.M. trabalhava como marceneiro, participava do clube de dominó do bairro e ajudava na organização de eventos na igreja, para onde ia frequentemente. Após seu adoecimento, não conseguiu mais realizar suas atividades. Apesar disso, os amigos da igreja sempre frequentam sua casa e ajudam sua filha quando ocorrem remoções para o hospital.

- a) Com base no histórico de enfermagem e no exame físico levantados pela enfermeira, identifique e justifique um importante diagnóstico de enfermagem relacionado à indicação de internação de W.L.M.
- b) Cite e justifique 4 cuidados de enfermagem que o (a) enfermeiro (a) deve prescrever para a melhora da ferida sacral.

Máximo de 15 linhas.

Direcionamento

Vejamos como deve ser formulada a resposta. A banca limitou o texto a um total de 15 linhas, logo, seja breve e objetivo para responder aos questionamentos. Nesse caso, não existe espaço para preparar uma introdução e conclusão. Deve, portanto, já no início do primeiro parágrafo, trazer o que foi pedido.

No primeiro parágrafo, avalie cuidadosamente o caso clínico e os dados do histórico de enfermagem e do exame físico, para determinar e justificar um importante diagnóstico de enfermagem relacionado à indicação de internação do paciente. Analise com cautela cada um dos achados, pois nesse caso clínico, é possível elencar inúmeros diagnósticos de enfermagem, porém o examinador busca apenas aqueles que estejam relacionados DIRETAMENTE com a indicação de internação do paciente.

No segundo parágrafo, cite e justifique 4 cuidados de enfermagem que o(a) enfermeiro(a) deve prescrever para a melhora da ferida sacral. Para isso, analise novamente o caso clínico e avalie o que você, enquanto profissional de plantão, poderia fazer para melhorar a condição da ferida sacral desse paciente.

Hora de praticar

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Rascunho

Texto definitivo

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Padrão de resposta

Pergunta	Resposta esperada	Pontos
<p>Com base no diagnóstico de enfermagem e no exame físico da enfermeira, identifique e justifique um importante diagnóstico de enfermagem relacionado à indicação de internação de W.L.M.</p>	<p>Importantes diagnósticos de enfermagem:</p> <p>a) “Lesão por pressão no adulto”, em virtude da presença de ferida na região sacral com secreção abundante, odor fétido e tecido desvitalizado. A internação desse paciente é justificada pela necessidade de cuidado especializado com a ferida sacral, de estabilização dos parâmetros hemodinâmicos e de controlar a infecção. (2,00)</p> <p>b) “Débito cardíaco diminuído”, uma vez que esse paciente apresenta instabilidade circulatória e sinais de comprometimento hemodinâmico, como: taquicardia (135 bpm); hipotensão (85x65 mmHg); PAS < 90 mmHg (que pode prejudicar a perfusão orgânica); enchimento capilar lentificado (4 segundos); taquipneia (25 rpm); confusão mental e sonolência. Diante desse quadro, a internação é necessária para que haja a avaliação médica e intervenção imediata.</p> <p>Importante! Outros diagnósticos de enfermagem podem estar presentes no caso apresentado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertermia. • Perfusão tissular ineficaz. • Integridade da pele prejudicada. • Comunicação verbal prejudicada. • Confusão crônica. • Risco de aspiração. • Risco de glicemia instável. • Risco de quedas. • Interação social prejudicada. • A filha do paciente apresenta o Risco de tensão do papel de cuidador. <p>No entanto, a questão busca apenas aqueles que justifiquem a internação do paciente.</p>	0,00 - 2,00
<p>Cite e justifique 4 cuidados de enfermagem que o(a) enfermeiro(a) deve prescrever para a melhora da ferida sacral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar uma avaliação detalhada da ferida, incluindo a localização, extensão, profundidade, quantidade e características do exsudato, odor e presença de tecido desvitalizado e de sinais de infecção, a fim de avaliar a condição atual e a evolução da ferida. (2,00) • Utilizar técnicas assépticas adequadas na limpeza da ferida para a remoção do exsudato, do tecido desvitalizado e de outros resíduos. (2,00) • Realizar o desbridamento da ferida para remover o tecido desvitalizado e promover um ambiente mais propício à cicatrização. (2,00) • Utilizar uma cobertura de curativo adequada, a fim de manter o ambiente úmido, evitar o maceramento da pele perilesional, tratar a infecção e reduzir o odor fétido e o exsudato. (2,00) 	0,00 - 8,00

- Realizar mudança de decúbito a cada 2 horas para aliviar a pressão na região sacral.
- Implementar medidas de prevenção de infecções, como lavagem adequada das mãos antes e após os cuidados com a ferida, uso de equipamentos de proteção individual e aplicação de técnicas assépticas durante o curativo.
- Avaliar a ferida diariamente para identificar o progresso na cicatrização e fornecer informações relevantes para a equipe de saúde.
- Proporcionar uma nutrição e hidratação adequadas para auxiliar na cicatrização e fortalecer o sistema imunológico do paciente.
- Administrar antibióticos, se prescritos, para tratar a infecção.
- Administrar analgésicos, se prescritos, para o controle da dor relacionado à ferida.
- Orientar a cuidadora/família sobre a importância do cuidado com a ferida e a prevenção de novas lesões.

Nota máxima 10,00

Proposta de texto!

Um importante diagnóstico de enfermagem relacionado à indicação de internação de W.L.M. é “lesão por pressão no adulto”, em virtude da presença de ferida na região sacral com secreção abundante, odor fétido e tecido desvitalizado. A internação desse paciente é justificada pela necessidade de cuidado especializado com a ferida sacral, de estabilização dos parâmetros hemodinâmicos e de controle da infecção.

Diante do caso clínico exposto, além de outros cuidados de enfermagem para a melhora da ferida sacral, devem ser prescritos: 1) realizar uma avaliação detalhada da ferida, incluindo a localização, extensão, profundidade, quantidade e características do exsudato, odor e presença de tecido desvitalizado e de sinais de infecção, a fim de avaliar a condição atual e a evolução da ferida; 2) utilizar técnicas assépticas adequadas na higiene da ferida para a remoção do exsudato, do tecido desvitalizado e de outros resíduos; 3) realizar o desbridamento da ferida (se necessário), buscando remover o tecido desvitalizado, o que promoverá um ambiente mais propício à cicatrização; e 4) escolher uma cobertura de curativo adequada, a fim de manter um ambiente úmido, evitar o maceramento da pele perilesional, tratar a infecção e para reduzir o odor fétido e o exsudato.

Textos enviados pelos alunos para correção

1	<p>O Diagnóstico de Enfermagem (DE) que justifica a internação do paciente W.L.M é a perfusão tissular periférica ineficaz, devido o comprometimento hemodinâmico constatado com dispnéia, taquicardia, hipotensão, enchimento capilar de 4 segundos, sonolência e pouco responsivo ao estímulo verbal.</p>
2	
3	
4	
5	
6	<p>Para a melhora da ferida em região sacral deve-se ter como cuidados de enfermagem: mudança de decúbito a cada duas horas, a fim de que não interfira no processo de cicatrização da ferida e previna novas lesões por pressão; avaliar ^{a cada 7 dias} diariamente o leito da ferida, para comparação da evolução ^{de} cicatrização e de mudança de tipo de curativo; realizar curativo da região sacral com hidroalginato de cálcio com prata para melhora de secção e odor fétido; e avaliar estado nutricional para melhora da cicatrização.</p>
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Sugestões:

- Para esse caso clínico, existem dois diagnósticos possíveis que justificam a indicação de internação do paciente: a) Lesão por pressão no adulto; e b) Débito cardíaco diminuído. O aluno apresentou diagnóstico incorreto, todavia citou corretamente os sinais e sintomas que justificam a internação, assim garantindo parte da pontuação reservada a essa pergunta.
- Existem mínimos erros no texto, os quais não comprometem a compreensão das respostas. Contudo, o aluno deve estar atento para evitá-los em textos futuros.

Nota esperada: 8,00 a 9,00 pontos.

1	
2	Durante o exame físico do paciente W.L.M foi observado a presen-
3	ça de ferida em região sacral com secreção abundante, odor fétido
4	e tecido devitalizado presente. Por isso, um importante diagnóstico
5	de enfermagem é a Integridade da pele prejudicada, relacionada
6	a pressão sobre saliência óssea caracterizada por alteração na inte-
7	griedade da pele.
8	Dentre os cuidados de enfermagem que podem ser prescritos para es-
9	ta situação, estão a limpeza da ferida de forma correta para evitar
10	que ela infeccione ainda mais; solicitar colção piramidal para dar
11	mais conforto para o paciente e diminuir o risco para novas lesões; es-
12	colher a cobertura correta para a ferida a fim de diminuir o risco
13	da lesão e ter o tratamento mais eficaz; e mudar o paciente de decú-
14	bito para a não piora da área afetada e evitar surgimento de le-
15	sões por pressão em outras áreas.

Sugestões:

- Para esse caso clínico, existem dois diagnósticos possíveis que justificam a indicação de internação: a) Lesão por pressão no adulto; e b) Débito cardíaco diminuído. Embora tenha apresentado o diagnóstico errado, citou corretamente os sinais e sintomas que justificam a internação, garantindo parte da pontuação.
- Melhorar a caligrafia, pois, em algumas partes do texto, não é possível diferenciar as letras "i", "e", e "d".
- Melhorar questões gramaticais: concordância verbal e nominal, pontuação, e paralelismo sintático.

Nota esperada: 7,50 a 8,50 pontos.

3. (TCE-TO/FGV/2022) Considere a seguinte situação hipotética: Uma mulher de 27 anos, sem comorbidades conhecidas, foi vítima de perfuração por arma branca, perdendo grande volume sanguíneo e apresentando sinais de choque hemorrágico (hipovolêmico) Classe II. Com base no caso apresentado, redija um texto a respeito desse tipo de choque, abrangendo os seguintes pontos:

a) A classificação do choque hipovolêmico compreende, entre outros fatores, o volume perdido (seja de sangue ou de fluidos). Sendo assim, cite os respectivos volumes perdidos (em ml ou em %) nos choques hipovolêmicos das Classes I, II, III e IV.

b) Frequência cardíaca, frequência respiratória e o volume urinário de um paciente com choque hipovolêmico Classe II.

c) Os três estágios (fases) evolutivos do choque e suas principais características.

Valor: 10 pontos

Máximo de 15 linhas.

Direcionamento

Vejam como deve ser formulada a resposta. A banca limitou o texto a um total de 15 linhas, logo, seja breve e objetivo. Nesse caso, se limite apenas a responder estritamente ao que foi pedido. A utilização de siglas é uma ótima estratégia para tornar o texto breve e conciso. Na primeira vez que utilizá-la, cite o seu nome por extenso e nas próximas vezes use apenas a sigla. Ex.: Frequência cardíaca (FC). A construção do texto deve conter três parágrafos, que apresentem sua resposta para cada um dos questionamentos, conforme descrito a seguir:

- No primeiro parágrafo, cite os respectivos volumes perdidos (em ml ou em %) nos choques hipovolêmicos das Classes I, II, III e IV. Elabore a resposta da maneira mais direta possível para economizar espaço. Lembre-se de ser coerente na escrita, logo, se optar por citar os volumes perdidos em ml (ou em %), siga esse padrão para as quatro Classes. Ex.: O volume perdido no choque hipovolêmico corresponde a: x na Classe I; y na Classe II; z na Classe III e; xx na Classe IV.
- No segundo parágrafo, apresente os valores referentes à frequência cardíaca, à frequência respiratória e ao volume urinário de um paciente com choque Classe II. Da mesma forma que no parágrafo anterior, aqui também seja breve e objetivo, respondendo somente ao que foi pedido.
- O terceiro parágrafo, exigirá um grande poder de síntese, pois requer que você descreva os três estágios (fases) evolutivos do choque e suas principais características. Não se apegue à fisiologia e à fisiopatologia dos estágios do choque, pois não há espaço suficiente para isso. Foque nos achados mais importantes e nos dados que diferenciam os estágios entre si.

Hora de praticar

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Rascunho

Texto definitivo

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Pergunta	Resposta esperada	Pontos
Cite os respectivos volumes perdidos nos choques hipovolêmicos das Classes I, II, III e IV	<ul style="list-style-type: none"> • Volume perdido na classe I: < 750 ml ou < 15%. (1,00) • Volume perdido na classe II: 750 - 1.500 ml ou 15 - 30%. (1,00) • Volume perdido na classe III: 1.500 - 2,000 ml ou 30 a 40%. (1,00) • Volume perdido na classe IV: > 2,000 ml ou > 40%. (1,00) 	0,00 - 4,00
Frequência cardíaca, frequência respiratória e o volume urinário de um paciente com choque Classe II	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca pode estar normal ou aumentada: 100 - 120 bpm. (1,00) • Frequência respiratória normal ou com mínima alteração: 20 - 30 rpm. (1,00) • Volume urinário normal ou com mínima alteração: 16 - 30 ml/h. (1,00) 	0,00 - 3,00
Os três estágios (fases) evolutivos do choque e suas principais características	<ul style="list-style-type: none"> • Estágio 1 (compensatório): ocorre a manutenção do débito cardíaco adequado; pressão arterial (PA) nos limites de normalidade; aumento da FR; pele fria e pegajosa; débito urinário diminuído; alcalose respiratória; confusão e/ou agitação. (1,00) • Estágio 2 (progressivo): o organismo não consegue compensar a perda de volume sanguíneo; queda da PA média; hipotensão; FC aumentada; respirações superficiais rápidas; pele mosqueada e com petéquias; débito urinário diminuído; acidose metabólica. (1,00) • Estágio 3 (irreversível): lesão irreversível dos órgãos; requer suporte mecânico ou farmacológico; demanda intubação, ventilação mecânica e oxigenação; icterícia; FC errática; anúria; acidose profunda; inconsciência. (1,00) 	0,00 - 3,00
Nota máxima		10,00

Proposta de texto!

O volume perdido no choque hipovolêmico corresponde a: < 750 ml (< 15%) na Classe I; de 750 a 1.500 ml (15 - 30%) na Classe II; 1.500 a 2,000 ml (30 - 40%) na Classe III e; > 2,000 ml (> 40%) na Classe IV.

Na Classe II, a frequência cardíaca (FC) pode estar normal ou aumentada (100 - 120 bpm), enquanto a frequência respiratória (FR) e o volume urinário podem estar normais, com uma mínima alteração (20 a 30 rpm; 16 a 30 ml/h, respectivamente).

Os estágios evolutivos do choque são: estágio 1 (compensatório) - manutenção do débito cardíaco (DC) adequado, com pressão arterial (PA) nos limites de normalidade, aumento da FR, pele fria e pegajosa, débito urinário (DU) diminuído, alcalose respiratória e confusão e/ou agitação; estágio 2 (progressivo) - impossibilidade de compensar a perda de volume sanguíneo, o que resulta em queda da PA média, hipotensão, FC aumentada, respirações superficiais rápidas, pele mosqueada e com petéquias, DU diminuído e acidose metabólica; e estágio 3 (irreversível) - lesão irreversível dos órgãos, exigindo suporte mecânico ou farmacológico, intubação, ventilação mecânica e oxigenação. O paciente apresenta icterícia, FC errática, anúria, acidose profunda e inconsciência.

Textos enviados pelos alunos para correção

1	<p>O choque hipovolêmico é determinado pela diminuição do volume intravascular. É dividido em quatro classes com seus respectivos volumes e porcentagens: classe I, com volume de até 750 ml e que corresponde 15%; classe II, volume de 750 a 1500 ml e correspondendo de 15 a 30%; classe III, 1500 a 2000 ml e com 30 a 40%; e classe IV, com mais de 2000 ml e que corresponde a 40% de volume perdido.</p>
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	<p>O paciente com choque hipovolêmico classe II apresenta frequência cardíaca em torno de 100 a 120 batimentos por minuto, frequência respiratória entre 20 a 30 movimentos respiratório por minuto e mantém o volume urinário normal, com mínima alteração.</p>
9	
10	
11	<p>Os estágios e suas principais características são: estágio compensatório, o qual a pressão arterial é mantida normal; estágio progressivo, que ocorre descompensação na pressão arterial, na taxa filtração glomerular, bomba cardíaca e entre outros; estágio refratário, que ocorre insuficiência generalizada e alta taxa para morte.</p>
12	
13	
14	
15	
16	

Sugestões:

- Para a primeira pergunta, se a banca deu duas opções de resposta (ml ou %), escolha apenas uma, aquela que trazer mais segurança.
- Para a segunda pergunta, não foi apresentado o valor do volume urinário.
- Na última pergunta, não foram apresentadas as características de cada estágio do choque.

Nota esperada: 6,00 a 8,00 pontos.

QUESTÃO 03

1	O choque hipovolêmico classe I possui perda de sangue
2	<750ml (<15%); e classe II possui perda de sangue de
3	750-1500 (15 a 30%); e classe III perda de sangue de 1500-
4	2000 (30 a 40%) e e classe IV perda de sangue de >2000 (>40%).
5	O paciente com choque hipovolêmico classe II apre-
6	senta frequência cardíaca de 100 a 120bpm, frequência
7	respiratória de 20 a 30irpm e volume urinário de 20 a 30ml/h.
8	Os três estágios do choque são: Fase compensatória, é a
9	fase inicial da perda de volume, com sinais vitais normais, com-
10	pensando a pressão arterial, a frequência cardíaca e a respiração;
11	Fase descompensada, onde a perda volêmica é tão grande que
12	e mecanismo compensatório não funciona e a fase irre-
13	versível, onde a pressão arterial começa a reduzir, e aumenta
14	a frequência cardíaca e respiratória, sendo irreversível,
15	levando ao óbito.

Sugestões:

- Não trazer qualquer texto fora das margens.
- Ajustar o início do parágrafo, pois o espaçamento ficou muito curto.
- A banca pediu que fosse citado o volume em ml ou em porcentagem, assim, só precisaria escrever uma das formas.
- Lembre-se sempre de acrescentar a unidade de medida (aqui no caso em ml), pois a banca pode considerar os itens como errados se não for especificada a medida.
- Respeitar as margens da folha de texto definitiva.
- Padronizar a escrita: utilizar os termos "fase" ou "estágio". Como já tinha iniciado o parágrafo falando em "estágios do choque", nem precisaria citar novamente a palavra "estágio", somente o nome dele.
- Melhorar a pontuação, utilizando ponto e vírgula nas enumerações, especialmente contendo frases longas
- Dar preferência para a escrita com letras menores e mais próximas umas das outras, especialmente em textos com apenas 15 linhas.

Nota esperada: 7,5 a 8,5 pontos.

4. (TCE-TO/FGV/2022) Paciente do sexo masculino, 47 anos, obeso, hipertenso, fumante e com histórico de dislipidemia, deu entrada na unidade de pronto atendimento apresentando dor precordial aguda e dispneia. Com base na história clínica, sinais vitais, glicemia e saturação de O₂, as suspeitas diagnósticas são de Angina e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O paciente recebeu o primeiro atendimento e foi encaminhado para realização de um Eletrocardiograma, no qual foi verificado supradesnível do seguimento ST.

Redija um texto a respeito do caso apresentado, abrangendo os seguintes pontos:

- a) duas características da dor torácica anginosa e duas características da dor torácica não anginosa.
- b) quatro sinais e/ou sintomas sugestivos de IAM.
- c) significados e intervalos recomendados para os tempos porta-ECG, porta-balão e porta-agulha.
- d) quatro intervenções/cuidados de enfermagem na assistência aos pacientes com IAM.

Máximo de 15 linhas.

Direcionamento

Veamos como deve ser formulada a resposta. A banca limitou o texto a um total de 15 linhas, logo, seja breve e objetivo. A construção do texto pode conter quatro parágrafos, conforme descrito a seguir:

1. No primeiro parágrafo, inicie trazendo duas características que diferenciem a dor torácica anginosa e duas características da dor torácica não anginosa. Não tem problema caso esse parágrafo fique pequeno, com duas ou três linhas. Se limite apenas a responder ao que foi solicitado, sem fazer uma introdução breve do assunto ou definir o que seriam esses dois tipos de dor torácica.
2. No segundo parágrafo, seja direto e já inicie com a própria frase contida na questão, pois isso, além de economizar espaço no texto, facilita que o avaliador identifique rapidamente a resposta para aquele questionamento. Ex.: Os sinais e sintomas sugestivos de infarto agudo do miocárdio (IAM) são:...
3. No terceiro parágrafo, apresente, da maneira mais breve possível, os significados e os intervalos recomendados para os tempos porta-ECG, porta-balão e porta-agulha.
4. Por fim, no último parágrafo, cite quatro intervenções/cuidados de enfermagem na assistência aos pacientes com IAM. Existem inúmeras intervenções/cuidados de enfermagem possíveis para esse caso, então selecione quatro de forma objetiva.

Hora de praticar

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Rascunho

Texto definitivo

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

Padrão de resposta

Perguntas	Resposta esperada	Pontos
2 características da dor torácica anginosa e duas características da dor torácica não anginosa	<ul style="list-style-type: none"> • Dor torácica anginosa: profunda (0,50); retroesternal (0,50); difusa; constrictiva (em caráter de esmagamento); sufocante; irradiação para o braço esquerdo, acompanhada de sudorese. Apresenta início súbito, depois de refeição pesada ou esforço físico. Aliviada por repouso e/ou uso de medicamentos (nitratos). • Dor torácica não anginosa: superficial (0,50); cortante (0,50). latejante, aguda; sensação de pontada (dor pleurítica); sem melhora com repouso ou medicamentos (nitratos); com persistência de muitas horas ou segundos; sua área é pequena e bem delimitada, localizada com precisão e facilidade pelo paciente; não irradia; aumenta de intensidade com respiração ou tosse. 	0,00 - 2,00
4 sinais e/ou sintomas sugestivos de IAM	<p>Dor torácica (0,50), que surge subitamente (0,50) e continua apesar da medicação e do repouso (0,50). A dor geralmente é sentida profundamente no tórax, na área retroesternal, e/ou epigástrica (0,50), sendo mal localizada e que pode irradiar para o pescoço, a mandíbula, os ombros e as faces internas da parte superior dos braços, (sobretudo esquerdo), acompanhada por pressão, sufocação ou estrangulamento persistente, com sensação de peso ou aperto de morte iminente.</p> <p>Os pacientes podem apresentar uma combinação de sintomas, incluindo dor torácica, dispneia, indigestão, náuseas e ansiedade. Eles podem apresentar pele fria, pálida e úmida. As frequências cardíaca e respiratória podem estar mais rápidas do que o normal. Em muitos casos, os sinais e sintomas de IAM não podem ser distinguidos daqueles da angina instável; daí a evolução do termo síndrome coronariana aguda.</p>	0,00 - 2,00
Significados e intervalos recomendados para os tempos porta-ECG, porta-balão e porta-agulha	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo porta-ECG: período entre a chegada do paciente no hospital e a realização do eletrocardiograma (0,30), que não deve ultrapassar 10 minutos. (0,30) • Tempo porta-balão: período entre a admissão no pronto-atendimento e a reperfusão no setor de hemodinâmica (0,35), sendo idealmente menor que 90 minutos. (0,35) • Tempo porta-agulha: período entre a admissão e o início do tratamento trombolítico (0,35), que deve ser inferior a 30 minutos. (0,35) 	0,00 - 2,00
4 intervenções / cuidados de enfermagem na assistência aos pacientes com IAM	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar frequente os sinais vitais. (1,00) • Obter um registro de ECG de 12 derivações durante os eventos sintomáticos, conforme prescrito. (1,00) • Administrar de oxigênio conforme prescrição. (1,00) • Preparar o paciente para possíveis procedimentos de emergência. (1,00) • Administrar de terapia medicamentosa conforme prescrição. • Avaliar regularmente a função respiratória. • Monitorar regularmente a saturação de oxigênio. • Investigar a persistência e/ou recidiva de sinais e sintomas de isquemia, incluindo dor torácica, sudorese, hipotensão. • Estar atento às queixas verbais de dorsalgia. 	0,00 - 4,00

- Verificar regularmente a temperatura da pele e os pulsos periféricos.
- Descartar etiologias fisiológicas para aumento ou manifestação de ansiedade antes de administrar sedativos. As causas fisiológicas devem ser identificadas e tratadas em tempo hábil para evitar resultados adversos ou fatais irreversíveis. Os sedativos podem mascarar os sintomas, retardando a identificação, o diagnóstico e o tratamento em tempo hábil.
- Assegurar o repouso físico: cabeceira do leito elevada; dieta conforme tolerado; utilização de cadeira higiênica; utilização de laxante. Proporcionar um ambiente tranquilo e acalmar os temores e a ansiedade com delicadeza e solidariedade. Individualizar a visitação com base na resposta do paciente.
- • Monitorar e identificar precocemente os sinais e sintomas de potenciais complicações.

Nota máxima

10,00

Proposta de texto!

A dor torácica anginosa é profunda, retroesternal, difusa e constritiva. Em contrapartida, a dor torácica não anginosa é superficial, cortante ou latejante.

Os sinais e/ou sintomas sugestivos de infarto agudo do miocárdio (IAM) são: dor torácica intensa, que surge subitamente e continua apesar da medicação e do repouso, sendo sentida profundamente no tórax, na área retroesternal e/ou epigástrica.

O tempo porta-ECG é o período entre a chegada do paciente no hospital e a realização do eletrocardiograma, que deve ser inferior a 10 minutos. O tempo porta-balão é o período entre a admissão no pronto-atendimento e a reperfusão no setor de hemodinâmica, sendo idealmente menor que 90 minutos. O tempo porta-agulha se refere ao período entre a admissão e o início do tratamento trombolítico, que deve ser menor que 30 minutos.

Dentre os cuidados de enfermagem no IAM, tem-se: verificação frequente dos sinais vitais; obtenção de um registro de ECG de 12 derivações durante os eventos sintomáticos, conforme prescrito; administração de oxigênio conforme prescrição; e a preparação do paciente para possíveis procedimentos de emergência.

Textos enviados pelos alunos para correção

1	
2	A dor torácica anginosa, irradia para o ombro e mandíbula e
3	tem duração de alguns minutos. A dor torácica não anginosa, não
4	tem característica de dor com origem coronariana, e pode apresentar
5	reflexo. Como sintomas sugestivos de IAM estão a dor torácica, dor
6	epigástrica, sudorese e fadiga.
7	O eletrocardiograma é o exame que usa identificar o IAM, por
8	isso é preciso que o tempo de porta-ECG seja menor que 10 min, levando
9	em consideração a entrada deste paciente na unidade de saúde. O
10	tempo porta-balão equivale ao tempo de entrada do paciente no hos-
11	pital, apresentando sintomas de IAM até o momento que ocorre a reperfusão
12	por meio da angioplastia coronariana, onde ocorre a insuflação do balão,
13	e esse tempo deve ser menor que 90 minutos não ultrapassando 120 minutos. É
14	o tempo porta-agulha que vai até a administração do trombolítico não é
15	recomendado que seja maior que 30 minutos. E dentre os cuidados de enfer-
16	magem, está atento a PA, a FC, orientar sobre o repouso e dieta do paciente.

Sugestões:

- Responder cada pergunta em um parágrafo, facilitando a identificação das respostas pelo examinador.
- Melhorar a caligrafia.
- Melhorar a organização das ideias no texto.
- Buscar mais objetividade, sempre utilizando enumerações diretas (Ex.: O tempo porta-ECG é...).
- Sempre descrever as siglas, na primeira vez que forem utilizadas no texto.
- Descreveu apenas um cuidado de enfermagem válido aos pacientes com IAM: orientar sobre repouso e dieta do paciente.

Nota esperada: 5,00 a 7,00 pontos.

QUESTÃO 04

1	A dor torácica anginosa é caracterizada por desconforto, queimação ou opressão na região precordial que irradia para o ombro e/ou braço esquerdo. A dor torácica não anginosa não irradia e é transitória.
2	Os principais sintomas sugestivos de infarto agudo do miocárdio são: dor precordial e/ou epigástrica, dispnéia, tontura, sudorese e náusea.
3	O tempo porta-ECG é o tempo da realização do eletrocardiograma no pronto atendimento para pacientes suspeitos de IAM, que deve ser de até 10 minutos. O tempo porta-agulha é para o início da infusão de trombolítico, que deve ser de até 30 minutos. O tempo porta-balão é o tempo para a realização da angioplastia, que deve ser de até 90 minutos.
4	A assistência de enfermagem ao paciente com IAM inclui a monitorização dos sinais vitais e queixas de dor precordial; oxigenoterapia e acesso venoso calibroso; repouso absoluto no leito; controle hídrico rigoroso (evitar sobrecarga cardíaca); eletrocardiograma e orientações.
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	

Sugestões:

- Responder cada pergunta em um parágrafo, seguindo a ordem de perguntas da questão.
- Nesse texto, deveria ter trazido o “tempo porta-balão” antes do “tempo porta-agulha”.
- Ao abordar os cuidados de enfermagem para um determinado caso, colocar sempre os verbos no infinitivo: verificar os sinais vitais e queixas de dor precordial; realizar oxigenoterapia, sob prescrição médica; puncionar acesso venoso calibroso; orientar repouso absoluto no leito; realizar controle hídrico rigoroso.
- Lembrar-se de que algumas ações requerem prescrição médica, como oxigenoterapia, logo é preciso citar essa necessidade no texto.
- Não apresentar respostas genéricas. No último parágrafo, o termo "orientações" não é um cuidado de enfermagem. Orientações sobre o que? Da mesma forma, "eletrocardiograma" por si só não quer dizer nada. Era preciso descrever "realização de eletrocardiograma" ou "monitorização cardíaca por meio de eletrocardiograma".

Nota esperada: 8,00 a 9,00 pontos.

5. (Residência/USP/2018) João, 4 anos, vindo do pronto-socorro Infantil, foi admitido na unidade de internação pediátrica pela enfermeira Ana, acompanhado pela mãe, Sra. Lúcia, por crise de sibilância e pneumonia. Encontra-se assustado, choroso ao exame físico, corado, hidratado, com temperatura corpórea 38,6 °C, frequência respiratória 48 rpm, frequência cardíaca 136 bpm, com narinas bastante obstruídas e com secreção espessa branca, tosse produtiva. A ausculta pulmonar revela murmúrios vesiculares presentes, roncos e sibilos difusos bilaterais, tiragem subdiafragmática e retração de fúrcula leves, saturando 96% em ar ambiente. Apresenta equimoses por venopunções em membros superiores e tempo de enchimento capilar de 2 segundos. Demais seguimentos corpóreos inalterados. A mãe relata que esta é a primeira internação da criança, porém já teve outras crises de sibilância tratadas em domicílio, após avaliação na unidade básica de saúde (UBS) de referência da família, UBS Jd Helena, onde também faz acompanhamento de puericultura. Mora com a mãe, Lúcia (26 anos, dona de casa, saudável), com o pai, Manoel (32 anos, porteiro, hipertenso e asmático), e com a irmã Jéssica, de 6 anos, também chiadora. Os avós maternos, Pedro e Maria, são bastante presentes na vida da família e ajudam nos cuidados com os netos; já os avós paternos, Francisco e Antônia, moram no interior de Minas Gerais e visitam pouco a família. O paciente frequenta a pré-escola em período integral, alimenta-se muito bem, tem bom padrão de sono, e não houve alterações nas eliminações fisiológicas. Diante do caso exposto, responda às questões de 1 a 4.

1. Em que fase do desenvolvimento encontra-se João? Cite duas características dessa fase do desenvolvimento.
2. O diagnóstico de enfermagem “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” foi levantado pela enfermeira Ana ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem do paciente. Quais sinais e sintomas apresentados por João justificam esta escolha?
3. Cite e justifique quatro cuidados de enfermagem que deverão ser prescritos para João, considerando especificamente seu quadro respiratório.
4. Considerando que João encontra-se assustado e choroso ao exame físico, cite cinco estratégias que a enfermeira poderia ter utilizado para facilitar a abordagem da criança.

Máximo de 30 linhas.

Direcionamento

Vejamos como deve ser formulada a resposta. A banca limitou o texto a um total de 30 linhas, logo, é possível preparar uma resposta mais elaborada. Nesse caso, até 5 parágrafos são indicados:

- O primeiro parágrafo deve apresentar uma introdução do assunto. Você pode fazer um resumo do caso clínico apresentado, por exemplo. Pode ainda discutir sobre a relação entre as crises de sibilância e pneumonia na infância, ou ainda sobre a frequência elevada de pneumonias em criança pequenas. Em seguida, ainda no primeiro parágrafo, responda a primeira questão: identifique em que fase do desenvolvimento encontra-se João; e cite duas características dessa fase do desenvolvimento.
- O segundo parágrafo pode ser iniciado com a resposta à pergunta número 2, justificando a escolha do diagnóstico de enfermagem. Ex.: A escolha do diagnóstico de enfermagem “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” pode ser justificada por...

- No terceiro parágrafo, cite e justifique quatro cuidados de enfermagem que deverão ser prescritos para João, considerando especificamente seu quadro respiratório. Assim, leia novamente o caso clínico e analise os achados relacionados à condição respiratória da criança.
- No quarto parágrafo, cite cinco estratégias que a enfermeira poderia ter utilizado para facilitar a abordagem da criança, considerando que João encontra-se assustado e choroso ao exame físico. Você precisa analisar que condutas poderiam ser adotadas pela enfermeira para que a criança se sentisse mais tranquila e pudesse colaborar com a realização do exame físico. Lembre-se de que se trata de uma criança de 4 anos, logo, atividades lúdicas são bem efetivas.
- Por fim, o último parágrafo precisa apresentar uma conclusão geral sobre o caso. Você pode abordar alguns assuntos nessa parte, como a importância dos cuidados de enfermagem diante da condição clínica da criança com problemas respiratórios, os desafios do atendimento em pediatria ou a necessidade de uma abordagem diferenciada do profissional quando se trata da assistência à saúde da criança.

Hora de praticar

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

Rascunho

Texto definitivo

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	

Padrão de resposta

Pergunta	Resposta esperada	Pontos
<p>Em que fase do desenvolvimento encontra-se João? Cite duas características dessa fase do desenvolvimento</p>	<p>Fase do desenvolvimento: primeira infância, mais precisamente no estágio pré-escolar (2 a 6 anos). (1,00)</p> <p>Características dessa fase do desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento da autonomia e independência. (0,50) • Ganho de força muscular. (0,50) • Curiosidade e busca por conhecimento. • Imaginação e criatividade. • Construção de um vocabulário mais amplo. • Formação de frases mais complexas. • Aprimoramento das habilidades motoras grossas e finas. • Desenvolvimento da socialização com o mundo exterior. • Aumento do egocentrismo. Desenvolvimento da empatia. • Construção de um senso básico de moralidade. 	0,00 - 2,00
<p>O diagnóstico de enfermagem “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” foi levantado pela enfermeira Ana ao realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem do paciente. Quais sinais e sintomas apresentados por João justificam esta escolha?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Narinas bastante obstruídas e com secreção espessa branca. (0,50) • Tosse produtiva. (0,50) • Presença de roncos e sibilos difusos bilaterais durante ausculta pulmonar. (0,50) • Tiragem subdiafragmática. (0,50) • Retração leve de fúrcula. • Saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente. 	0,00 - 2,00
<p>Cite e justifique quatro cuidados de enfermagem que deverão ser prescritos para João, considerando especificamente seu quadro respiratório</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar regularmente os sinais vitais para identificar alterações no quadro respiratório. (0,75) • Realizar aspiração de secreções nasais para promover a desobstrução das vias aéreas. (0,75) • Elevar a cabeceira da cama de 30 a 45° para auxiliar na passagem do ar. (0,75) • Garantir a hidratação adequada para promover a fluidificação das secreções. (0,75) • Encorajar a tosse e a expectoração para promover a eliminação das secreções. • Monitorar os sons respiratórios, a fim de identificar mudanças na ausculta pulmonar e identificar a presença de ruídos respiratórios anormais, como sibilos e roncos. • Observar o padrão respiratório, incluindo a frequência, a profundidade e a regularidade da respiração para identificar precocemente mudanças que podem ser indicativas de melhora ou piora do quadro clínico. • Administrar oxigênio suplementar, se prescrito, para melhorar as trocas gasosas. 	0,00 - 3,00

	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar regularmente a saturação de oxigênio para identificar a necessidade de intervenções adicionais. • Administrar broncodilatadores, conforme prescrição, para alívio da sibilância. Administrar antibióticos, conforme prescrição, para tratamento da pneumonia. • Avaliar continuamente a resposta ao tratamento, a fim de identificar a melhora ou o agravamento da condição clínica. • Fornecer suporte emocional para a criança, uma vez que a hospitalização pode ser assustadora e estressante. • Orientar a família sobre o uso adequado dos medicamentos, para que o tratamento seja mantido adequadamente após a alta hospitalar. • Orientar a família sobre a identificação de sinais de alerta para buscar atendimento médico urgente. 		
<p>Considerando que João encontra-se assustado e choroso ao exame físico, cite cinco estratégias que a enfermeira poderia ter utilizado para facilitar a abordagem da criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se aproximar de maneira amigável e acolhedora. (0,60) • Agachar-se ao nível dos olhos da criança. (0,60) • Usar uma voz suave e afetuosa. (0,60) • Explicar os procedimentos de uma maneira que seja compreensível para a idade da criança. (0,60) • Utilizar brinquedos ou figuras para ilustrar os procedimentos. (0,60) • Usar técnicas de distração, como cantar, contar uma história ou ofertar um brinquedo. Fazer perguntas sobre os interesses da criança ou suas atividades favoritas. • Decorar a sala do exame físico para criar um ambiente acolhedor, como adesivos infantis na parede, brinquedos ou almofadas coloridas. • Utilizar roupas de personagens infantis. • Incentivar a participação da mãe no processo de encorajamento e conforto da criança. • Respeitar a autonomia da criança oferecendo escolhas sempre que possível. logiar e reforçar o comportamento da criança quando ela estiver colaborando. • Respeitar os limites da criança e estar atenta aos sinais de desconforto ou medo. • Ofertar adesivo ou pequenas recompensas após o exame físico. 	0,00 - 3,00	
		Nota máxima	10,00

Proposta de texto!

No caso clínico apresentado, tem-se uma criança de 4 anos que foi admitida na unidade de internação pediátrica por crise de sibilância e pneumonia. A fase do desenvolvimento em que se encontra João é primeira infância, mais precisamente no estágio pré-escolar (2 a 6 anos). São características dessa fase o desenvolvimento da autonomia e independência e o ganho de força muscular.

A escolha do diagnóstico de enfermagem “Desobstrução ineficaz de vias aéreas” pode ser justificada pela presença dos seguintes sinais e sintomas: narinas bastante obstruídas e com secreção espessa branca; tosse produtiva; presença de roncos e sibilos difusos bilaterais durante ausculta pulmonar; tiragem subdiafragmática; retração leve de fúrcula e saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente.

O quadro respiratório do João requer a prescrição de alguns cuidados de enfermagem, tais como: monitorar regularmente os sinais vitais para identificar alterações no quadro respiratório; realizar aspiração de secreções nasais para promover a desobstrução das vias aéreas; elevar a cabeceira da cama de 30 a 45° para auxiliar na passagem do ar; e garantir a hidratação adequada para promover a fluidificação das secreções.

Durante o exame físico, algumas estratégias poderiam ter sido utilizadas para facilitar a abordagem da criança, dentre eles: se aproximar de maneira amigável e acolhedora; agachar-se ao nível dos olhos da criança; usar uma voz suave e afetuosa; explicar os procedimentos de uma maneira que seja compreensível para a idade da criança; e utilizar brinquedos ou figuras para ilustrar os procedimentos.

Em virtude da internação hospitalar ser uma experiência estressante para qualquer pessoa, principalmente para uma criança, é necessário que o profissional utilize uma abordagem sensível, empática e afetuosa, tornando o ambiente mais acolhedor e menos traumático.

Textos enviados pelos alunos para correção

1	
2	A fase do desenvolvimento que João está é a Pré-escolar, que é o
3	período que compreende dos 3 aos 6 anos de idade. Suas caracte- rísticas predominantes dessa fase é a agilidade, onde as crianças são
4	capazes de correr e pular com mais destreza, e as habilidades de lin- guagem que se aprimoram e elas começam a expressar suas neces- sidades com mais clareza.
5	
6	Os sinais e sintomas que levaram ao diagnóstico dado pela
7	enfermeira foram, narinas bastante obturadas e com secreção espessa
8	branca, tosse produtiva, murmúrios vesiculares presentes, roncos e sibilos
9	de bases bilaterais, tiragem subdiafragmática.
10	
11	Os cuidados de enfermagem para esse caso, são a observação
12	da saturação para caso seja necessário o uso de O ₂ ; importante tra- balhar junto com a criança o estímulo da tosse para a eliminação
13	da secreção; hidratação para que a secreção seja expelida com mais
14	facilidade e a inalação para a melhora do quadro respiratório.
15	
16	Como João estava muito inquieto e choroso, a abordagem que
17	a enfermeira poderia ter utilizado era o uso do brinquedo terapêu- tico, mantendo através deste os procedimentos a serem feitos, a conversa é
18	um fator importante, podendo trazer assuntos que crianças dessa faixa
19	etária gostam, e como ele está na fase de criar contos imaginários, criar
20	histórias com personagens infantis e deixar que a própria criança que- re de sua criação. Outras formas de abordar é dar papel e lápis pa- ra a criança desenhar e também fazer uso de jogos como "quebra- cabeça" e "jogo da memória" para que o ambiente se torne mais con- vidativo e João se sinta mais à vontade durante o exame.
21	
22	
23	
24	
25	
26	

Sugestões:

- Jamais escrever sobre uma letra ou palavra errada. Nesse caso, passe um traço sobre o erro, e escreva a palavra novamente.
- Ao abordar as ações/cuidados de enfermagem para um determinado caso, colocar sempre os verbos no infinitivo, para citar realmente as ações.
- Melhorar a organização das ideias no texto. Procurar ser o mais objetivo possível. Textos truncados/confuso dificultam a correção pelo examinador.
- O primeiro parágrafo poderia ter começado com uma introdução breve sobre o assunto, seguida pela resposta a primeira pergunta.
- Deveria ter sido incluída uma breve conclusão ao final do texto
- Somente utilizar siglas após descrevê-las por extenso anteriormente no texto.
- Melhorar a pontuação do texto.
- No último parágrafo, as informações ficaram confusas devido à pontuação utilizada. Uma enumeração com dois pontos, seguidos das ações separadas por ponto e vírgula traria maior clareza e organização.

Nota esperada: 8,00 a 9,00 pontos.

QUESTÃO 05

1	João concentra-se na fase de desenvolvimento pré-escolar,
2	nessa fase a criança veste-se com auxílio e conta ou in-
3	venta pequenas histórias.
4	O diagnóstico de Enfermagem desobstrução inequívoca de
5	vias aéreas foi levantado pelos sinais e sintomas de crise
6	de sibilância, narinas obstruídas e com secreção espessa,
7	roncos e sibilos difusos bilaterais, tiragem subdiafragmá-
8	ca e retração de zúscula leues.
9	Os cuidados de enfermagem para o quadro respiratório
10	são: realizar inalacao (terapia com aerosol); estimular
11	a tosse e expectoração; estimular a hidratação, ingestão
12	hídrica e deambulação; regular a entrada de fluidos para
13	otimizar o balanço de fluidos; controle de vias aéreas; man-
14	ter a posição sentada ou Fowler; administrar medicamentos
15	prescrito e aspirar vias aéreas se necessário e monitorar frequên-
16	cia respiratória e promover a troca gasosa eficaz.
17	A enfermeira poderia ter utilizado a estratégia de es-
18	tabelecimento de vínculo e confiança com a criança através
19	do diálogo terapêutico; Procurar descontrair, brincar, mostrar
20	figuras e desenhos; conversar e explicar os procedimentos;
21	minimizar o trauma hospitalar; oferecer um brinquedo tera-
22	pêutico estimulando a criatividade e oferecer uma abordagem
23	lúdica.

Sugestões:

- Melhorar e uniformizar o recuo no início dos parágrafos.
- Escrever o texto dentro do espaço adequado, não ultrapassando as margens.
- O primeiro parágrafo poderia ter começado com uma introdução breve sobre o assunto, seguida da resposta a primeira pergunta.
- Deveria ser incluída uma conclusão breve ao final do texto.
- Mesmo apresentando vários cuidados de enfermagem para o quadro respiratório, não deles foi acompanhado de justificativa.

Nota esperada: 7,50 a 8,50 pontos.

Revisão Teórica – Questão nº 01

Tema: Programa Nacional de Segurança do Paciente

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Esse programa teve como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados (BRASIL, 2013a).

Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

OBJETIVA

contribuir para qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde.

Constituem-se como objetivos específicos do PNSP (BRASIL, 2013a):

I - promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

II - envolver os pacientes e os familiares nas ações de segurança do paciente;

III - ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

IV - produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente; e

V - fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde.

O PNSP tem quatro eixos

o estímulo a uma prática assistencial segura;

o envolvimento do cidadão em sua segurança;

a inclusão do tema no ensino;

e o incremento de pesquisa sobre ele.

A cultura de segurança do paciente é um elemento que perpassa todos esses eixos (BRASIL, 2013a; 2014):

Quadro 3 – Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/2013³⁹

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.

Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.

Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.

Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.

Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

Diante disso, foram definidas como estratégias de implementação do PNSP (BRASIL, 2013a):

I - elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente;

II - promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente;

III - inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente;

IV - implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, aos gestores e aos usuários de saúde e à sociedade;

V - implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes;

VI - promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e no aprimoramento organizacional, no engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; e

VII - articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

A Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), deva ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais (BRASIL, 2013a; 2014).

Esses protocolos são os recomendados pela OMS nos desafios globais e nas chamadas soluções de segurança para o paciente. Além disso, constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa (BRASIL, 2013a; 2013b; 2014).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 43, Brasília, DF, 02 abr. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Seção 1, p. 32, Brasília, DF, 26 jul. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Revisão Teórica – Questão nº 02

Tema: Lesão por Pressão e Diagnóstico de Enfermagem (USP/2019)

A lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea ou pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo. Esse tipo de lesão é decorrente de uma intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento. A sua apresentação pode ocorrer como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa (RODRIGUES *et al.*, 2020).

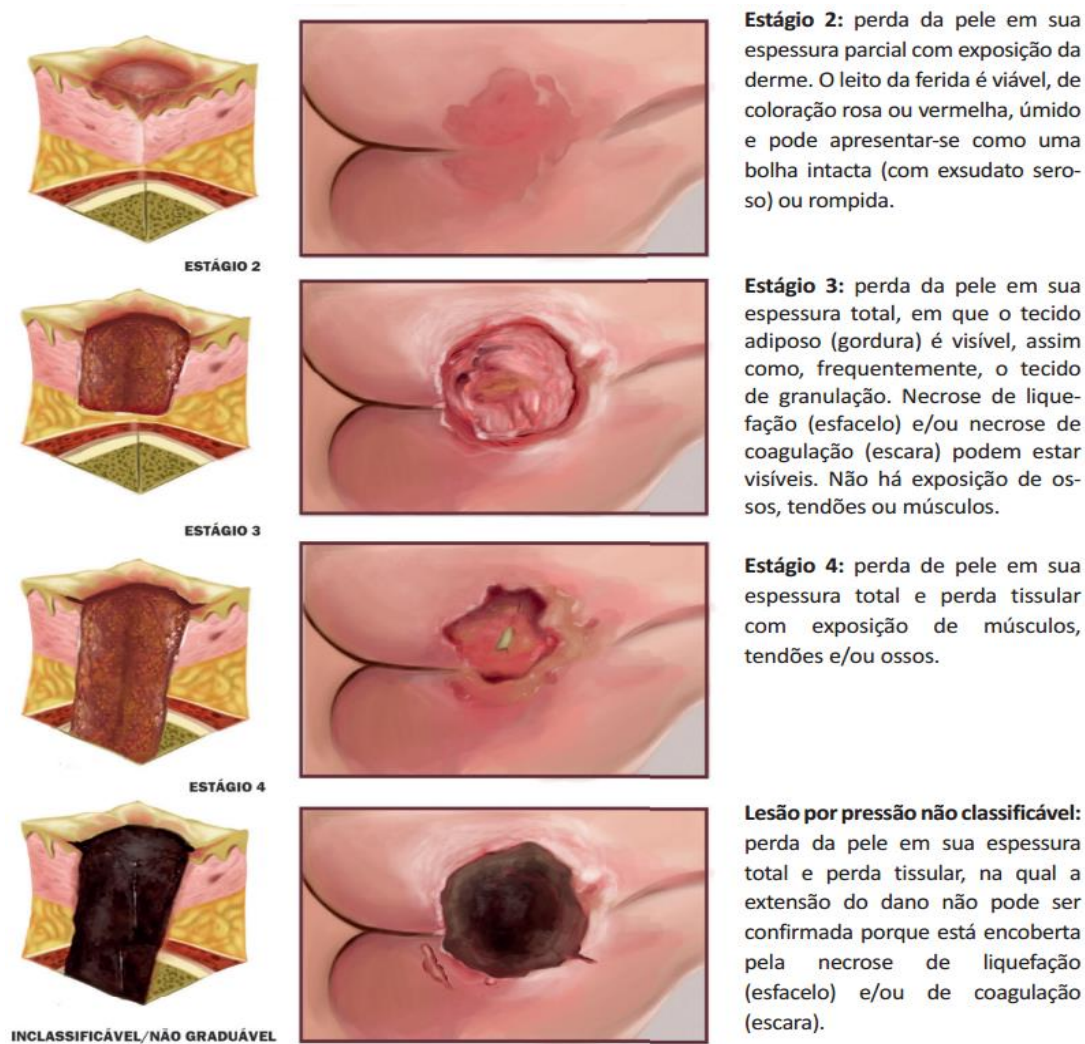


Alguns fatores contribuem para o surgimento das lesões por pressão, como (RODRIGUES *et al.*, 2020):

- Idade
- Diabetes *mellitus*
- Incontinência fecal
- Incontinência urinária
- Imobilidade no leito
- Alteração do nível de consciência
- Uso de drogas vasoativas e corticoides
- Anemias
- Infecção
- Umidade
- Atritos
- Força de cisalhamento

As lesões por pressão estão categorizadas em seis estágios, conforme a extensão da lesão ocorrida no tecido. Sem um cuidado de enfermagem efetivo, as úlceras podem evoluir facilmente para os estágios mais avançados. O *National Pressure Ulcer Advisory Panel* anunciou a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão, e a atualização da nomenclatura dos estágios do sistema de classificação (NPUAP, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2020):





Além dos quatro estágios citados, existem ainda mais duas classificações (NPUAP, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2020):

- Categoria não graduável: quando há perda total dos tecidos, com a profundidade preenchida por tecido necrosado.
- Categoria suspeita de lesão tissular profunda: quando apresenta lesões com áreas vermelhas-escuras, flictema com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão ou cisalhamento.
- Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico: essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.
- Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: a lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Nesse sentido, alguns cuidados de enfermagem podem ser implementados para prevenir o desenvolvimento de lesão por pressão (NETTINA, 2021):

- Realizar cuidados de movimentação e posicionamento meticulosos para pacientes imóveis.
- Inspeccionar a pele várias vezes ao dia.
- Lavar a pele com sabão neutro, enxágue e seque com uma toalha macia.
- Lubrificar a pele com uma loção suave para mantê-la macia e maleável.
- Utilizar um colchão de pressão alternada ou colchão de ar para pacientes de alto risco, para prevenir ou tratar lesões por pressão.
- Evitar colchão mal ventilado, coberto com plástico ou material impermeável.
- Usar dispositivos especiais para amortecer áreas específicas (principalmente áreas ósseas), como almofadas de água, lã de carneiro ou espuma de colchão, protetores de pés e de cotovelos. Erguer os calcanhares da cama em pacientes acamados. Não usar dispositivos com furo central.
- Empregar programas de prevenção de incontinência fecal e vesical.
- Evitar a elevação da cabeceira da cama acima de 30°.
- Mudar o decúbito a cada 2 h.
- Aconselhar mudanças de decúbito frequentes e erguer frequentemente a região das nádegas quando o paciente estiver sentado.
- Proporcionar atividade e locomoção tanto quanto possível.
- Promover uma dieta nutritiva com proteínas, vitaminas e ferro.
- Conversar com pacientes idosos e familiares sobre a importância de boa nutrição, hidratação, atividade, posicionamento e prevenção de pressão, cisalhamento, fricção e umidade.

Para aqueles pacientes que já apresentam alguma lesão por pressão, podem ser empregados os seguintes cuidados (NETTINA, 2021):

- Usar soro fisiológico para limpar e hidratar feridas.
- Aplicar curativos úmidos a secos ou pomadas enzimáticas para desbridamento, conforme protocolo, ou auxilie no desbridamento cirúrgico.
- Evitar coletar culturas da lesão, pois feridas abertas são sempre colonizadas por bactérias, a menos que haja evidência de infecção sistêmica ou infecção local progressiva, como celulite.
- Aplicar antibióticos tópicos em lesões por pressão infectadas, conforme prescrição.
- Cobrir a ferida com um curativo protetor, pois isso minimiza a interrupção da migração de fibroblastos e células epiteliais e resulta em um ambiente úmido e rico em nutrientes para que ocorra a cicatrização.
- Utilizar curativos de filme fino de poliuretano para feridas superficiais de baixa exsudação. Eles são permeáveis ao ar e à água, mas não absorvem o exsudato.
- Os hidrocoloides podem fornecer preenchimento às feridas, mas levar à maceração; eles não são permeáveis ao oxigênio.
- Curativos de membrana ou espuma de poliuretano absorvem o exsudato e são permeáveis ao oxigênio.
- Curativos de hidrogel têm multicamadas e incluem propriedades de hidrocoloides e poliuretano.

REFERÊNCIAS

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). **Pressure Ulcer Stages Revised**. Washington, 2016; Disponível em: <http://www.npuap.org/about-us/>

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

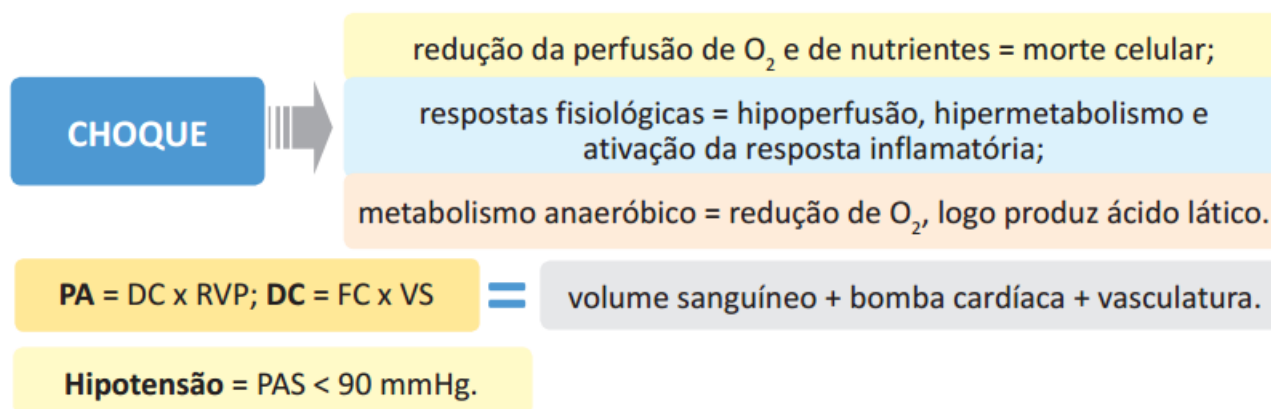
RODRIGUES, A. B. *et al.* **Guia da enfermagem: rotinas, práticas e cuidados fundamentados**. 3. ed. São Paulo: Érica, 2020.

Revisão Teórica – Questão nº 03

Tema: Choque (TCE/FGV/2022)

O choque é definido como uma síndrome clínica, resultado da perfusão tissular inadequada, que cria um desequilíbrio entre a oferta de oxigênio e nutrientes que sustentam a função celular. O adequado fluxo sanguíneo para os tecidos e as células exige uma bomba cardíaca efetiva, vasculatura ou sistema circulatório adequado e volume de sangue suficiente. Se um desses componentes estiver comprometido, a perfusão para os tecidos é ameaçada ou comprometida. Sem tratamento, o fluxo sanguíneo inadequado para as células resulta em oferta insuficiente de oxigênio e nutrientes, hipoxia celular e morte celular, que progride até a disfunção do órgão e, finalmente, morte (HINKLE; CHEEVER, 2022).

O choque é um distúrbio potencialmente fatal com várias causas subjacentes, e cuja progressão não é linear nem previsível (PELLICO, 2015). Trata-se de uma síndrome caracterizada pela diminuição da perfusão tecidual e pelo comprometimento do metabolismo celular, que resulta em um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio e nutrientes (LEWIS *et al.*, 2013). Em outras palavras, o choque pode ser definido como um estado de hipoperfusão celular generalizada, no qual a liberação de oxigênio em nível celular é inadequada para atender às necessidades metabólicas (PHTLS, 2021).



* PA = pressão arterial; PAS = pressão arterial sistólica; DC = débito cardíaco; FC = frequência cardíaca; VS = volume sistólico e RVP = resistência vascular periférica.

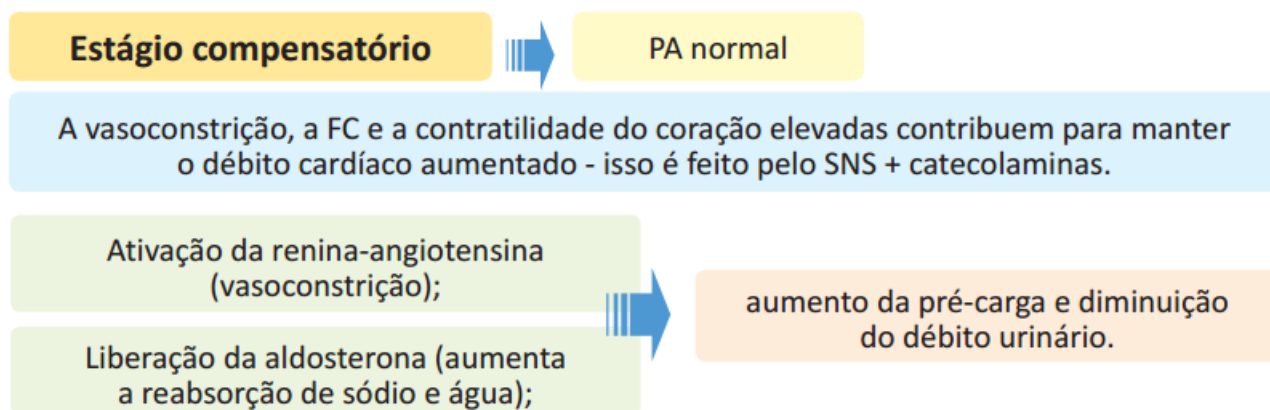
O choque afeta todos os sistemas corporais. Pode se desenvolver rápida ou lentamente, dependendo da causa subjacente. Durante o choque, o corpo luta para sobreviver, recrutando todos os seus mecanismos homeostáticos para restaurar o fluxo sanguíneo. Qualquer agravo ao corpo pode criar uma cascata de eventos que resulte em perfusão tissular insuficiente. Portanto, todo paciente com qualquer doença corre risco de evoluir com choque. O processo fisiopatológico primário e o distúrbio subjacente são utilizados para classificar o choque (p. ex., choque hipovolêmico, choque cardiogênico, choque obstrutivo, choque distributivo [i. e., neurogênico, anafilático, séptico] (HINKLE; CHEEVER, 2022).

Independentemente da causa inicial do choque, determinadas respostas fisiológicas são comuns a todos os tipos de choque. Essas respostas fisiológicas incluem hipoperfusão dos tecidos, hipermetabolismo e ativação da resposta inflamatória. O corpo responde aos estados de choque por meio da ativação do sistema nervoso simpático e da composição de uma resposta hipermetabólica e inflamatória. A falha dos mecanismos compensatórios de restaurar efetivamente o equilíbrio fisiológico é a via final de todos os tipos de choque e resulta em disfunção de órgão-alvo e morte (HINKLE; CHEEVER, 2022).

O choque progride em um continuum e pode ser identificado como inicial ou tardio, dependendo dos sinais e sintomas e da gravidade geral da disfunção dos órgãos. A maneira conveniente de entender as respostas fisiológicas e os sinais clínicos e os sintomas subsequentes do choque é dividir o *continuum* em estágios separados: compensatório (estágio 1), progressivo (estágio 2) e irreversível (estágio 3). Quanto mais cedo as intervenções forem instituídas ao longo desse *continuum*, maior a chance de sobrevivência do paciente (HINKLE; CHEEVER, 2022).

No **estágio compensatório do choque**, a PA permanece nos limites normais. A vasoconstrição, o aumento da frequência cardíaca e o aumento da contratilidade do coração contribuem para a manutenção do débito cardíaco adequado. Isso resulta da estimulação do sistema nervoso simpático e da subsequente liberação de catecolaminas (p. ex., epinefrina, norepinefrina). Os pacientes apresentam a resposta com frequência descrita como de “luta ou fuga”. O corpo desvia sangue de órgãos, tais como a pele, os rins e o sistema digestório para o cérebro, o coração e os pulmões para assegurar o suprimento sanguíneo adequado para esses órgãos vitais. Como resultado, a pele pode estar fria e pálida, os sons intestinais são hipoativos e o débito urinário diminui em resposta à liberação de aldosterona e HAD (HINKLE; CHEEVER, 2022).

Apesar de uma PA normal, o paciente apresenta diversos sinais clínicos que indicam perfusão orgânica inadequada. O resultado da perfusão inadequada é o metabolismo anaeróbico e o acúmulo de ácido láctico, que produz acidose metabólica. A frequência respiratória aumenta em resposta à necessidade de elevar a oferta de oxigênio para as células e para a compensação da acidose metabólica. Essa frequência respiratória rápida facilita a remoção do excesso de CO₂, mas eleva o pH sanguíneo e, com frequência, causa uma alcalose respiratória compensatória. O paciente pode apresentar alteração da emoção, se sentir ansioso ou ficar confuso. Se o tratamento tiver início nesse estágio do choque, o prognóstico para o paciente é melhor que nos estágios posteriores (HINKLE; CHEEVER, 2022).



No **segundo estágio do choque (progressivo)**, os mecanismos que regulam a PA não conseguem mais compensar, e a PAM cai abaixo dos limites normais. Os pacientes estão clinicamente hipotensos; isto é definido com PA sistólica inferior a 90 mmHg ou diminuição na PA sistólica de 40 mmHg do valor basal em diante. O paciente apresenta sinais de declínio do estado mental. As chances de sobrevivência dependem da saúde geral do paciente antes do estado de choque, bem como do tempo que leva para a perfusão tissular ser restaurada. À medida que o choque progride, os sistemas de órgãos descompensam (HINKLE; CHEEVER, 2022).

Estágio progressivo

PA descompensada, a PAM diminui, a PAS fica < 90 mmHg* e diminui a pressão de pulso (PP)**;

Quando a PAM fica < 65 mmHg, a TFG dos rins não pode ser mantida e ocorrem alterações drásticas na função renal.

bomba cardíaca comprometida;

mediadores inflamatórios liberados - lesão de órgãos - sangue desviado para órgãos nobres;

aumento da inflamação - ativa a cascata de coagulação (CID);

redução de O_2 e aumento do CO_2 , taquipneia; aumento da FC;

alteração do SNC - confusão, letargia e perda da consciência.

* PAS < 90 mmHg ou ocorre a redução de 40 mmHg do valor basal em diante.

** PP = PAS - PAD.

O **estágio irreversível (ou refratário) do choque** representa o ponto no continuum do choque no qual a lesão dos órgãos é tão grave que o paciente não responde ao tratamento e não consegue sobreviver. Apesar do tratamento, a PA permanece baixa. A disfunção renal e hepática, composta pela liberação de mediadores bioquímicos, cria acidose metabólica aguda. O metabolismo anaeróbico contribui para a piora da acidose láctica. As reservas de ATP estão quase totalmente esgotadas, e os mecanismos para o armazenamento de novos suprimentos de energia foram destruídos. A disfunção do sistema respiratório compromete a oxigenação e a ventilação adequadas, apesar do suporte ventilatório mecânico, e o sistema cardiovascular é ineficaz na manutenção de PAM adequada para a perfusão tissular (HINKLE; CHEEVER, 2022).

Estágio irreversível (ou refratário)

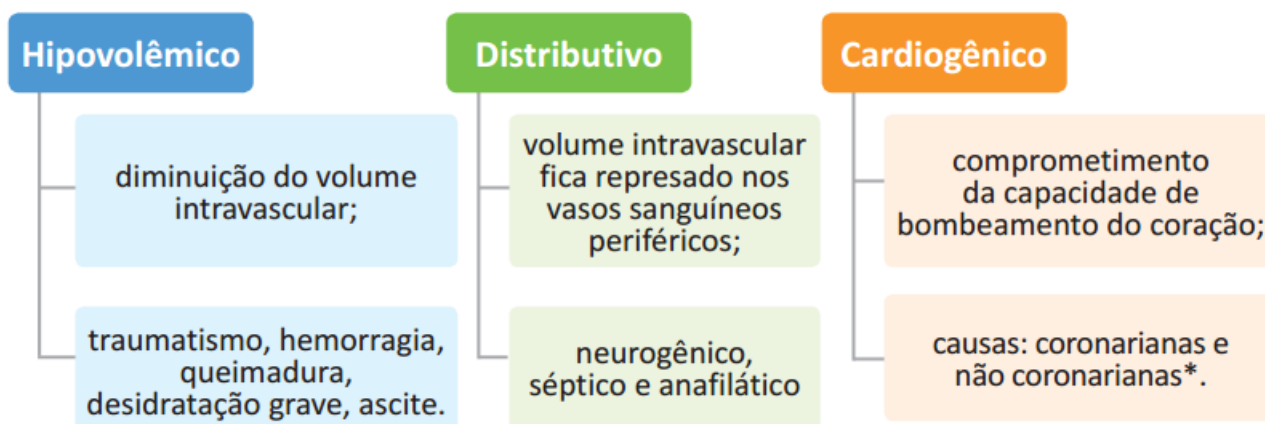
representa o ponto ao longo do *continuum* do choque, no qual o paciente não responde ao tratamento nem pode sobreviver;

ocorre acidose avassaladora, insuficiência generalizada e múltiplas disfunções orgânicas, contribuindo para uma alta taxa de mortalidade.

Dentre os tipos de choque, o mais comum é o **hipovolêmico**, sendo caracterizado pela diminuição do volume intravascular. O choque por hipovolemia é caracterizado por pressões intracardíacas reduzidas, débito cardíaco reduzido e resistência vascular sistêmica elevada. Quando associado à perda de sangue, pode ser caracterizado como choque com padrão de hipóxia por hipofluxo e por anemia. Ademais, esse tipo de choque pode ser causado por **perdas externas de líquido** (ex.: **perda sanguínea traumática**, vômito, diarreia, diurese, cirurgia e diabetes insípido) ou por **movimentações internas de**

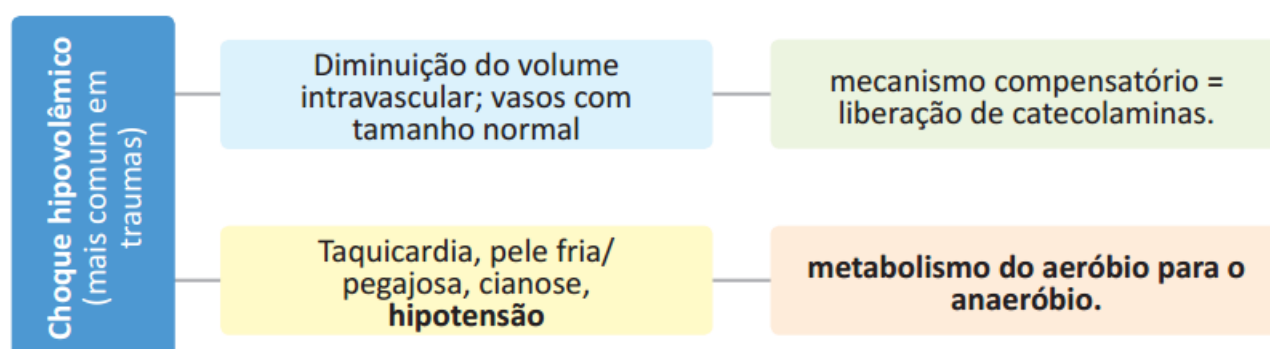
Líquido (ex.: desidratação grave, edema grave e ascite) (HINKLE; CHEEVER, 2022; TIMERMAN; GUIMARÃES, 2020).

Principais tipos de choque



* Segundo Hinkle e Cheever (2020), o choque cardiogênico ocorre quando a capacidade do coração de se contrair e de bombear o sangue se mostra comprometida, e o suprimento de oxigênio é inadequado para esse órgão e para os tecidos. As causas do choque cardiogênico são conhecidas como **coronarianas** ou **não coronarianas**. De acordo com o PHTLS (2021), esse tipo de choque resulta de causas que podem ser classificadas como **intrínsecas** (resultado de lesão direta do próprio coração, como lesão direta ao músculo cardíaco e ruptura valvar) ou **extrínsecas** (relacionadas a problemas fora do coração, como o tamponamento cardíaco e o pneumotórax hipertensivo).

O choque hipovolêmico é o tipo mais comum, caracterizado pela diminuição do volume intravascular. Ocorre quando há redução no volume intravascular de 15 a 30%, que representa perda de, aproximadamente, 750 a 1.500 ml de sangue em uma pessoa com 70 kg (HINKLE; CHEEVER, 2022). O choque por hipovolemia é caracterizado por pressões intracardíacas reduzidas, débito cardíaco reduzido e resistência vascular sistêmica elevada. Quando associado à perda de sangue, pode ser caracterizado como choque com padrão de hipóxia por hipofluxo e por anemia (TIMERMAN; GUIMARÃES, 2020). Ademais, esse tipo de choque pode ser causado por perdas externas de líquido (ex.: perda sanguínea traumática, vômito, diarreia, diurese, cirurgia e diabetes insípido) ou por movimentações internas de líquido (ex.: desidratação grave, edema grave e ascite) (HINKLE; CHEEVER, 2022).



Os efeitos fisiológicos da hemorragia são divididos em **4 classes**, com base nas manifestações clínicas, que são úteis para estimar a perda aguda de sangue. As alterações representam uma hemorragia contínua e servem somente como um guia para o tratamento inicial (ATLS, 2018):

- **Classe I:** exemplificada pela condição do doador de 1 unidade de sangue. Nesse caso, não ocorrem alterações mensuráveis na PA, na PP ou na FR.

- **Classe II:** representada pela hemorragia não complicada, mas na qual é necessário repor cristaloides. Os sintomas clínicos incluem taquicardia (FC > 100 bpm no adulto), taquipneia e diminuição da PP.
- **Classe III:** um estado hemorrágico mais complicado, no qual é necessário repor, no mínimo, cristaloides e, possivelmente, sangue. Apresenta sinais clássicos de perfusão inadequada, incluindo taquicardia acentuada, taquipneia, alterações significativas do estado mental e queda mensurável da PAS.
- **Classe IV:** deve ser considerada como um evento pré-terminal, no qual, a menos que medidas terapêuticas muito agressivas sejam adotadas, a pessoa morre dentro de minutos. A transfusão sanguínea é necessária. Apresenta taquicardia acentuada, diminuição significativa da PAS e presença de PP muito estreita (ou de pressão diastólica não mensurável).

Sinais e sintomas de hemorragia por classe (ATLS, 2018)

PARÂMETRO	Classe I	Classe II (Leve)	Classe III (Moderada)	Classe IV (Severa)
Perda aproximada de sangue	< 15%	15 - 30%	31 - 40%	> 40%
Frequência cardíaca	↔*	↔/↑	↑	↑/ ↑ ↑
Pressão arterial	↔	↔	↔/↓	↓
Pressão de pulso	↔	↓	↓	↓
Frequência respiratória	↔	↔	↔/↑	↑
Débito urinário	↔	↔	↓	↓↓
Pontuação da Escala de Coma de Glasgow	↔	↔	↓	↓
Base Excess (BE)**	0 a 2 mEq/l	-2 a -6 mEq/l	-6 a -10 mEq/l	-10 mEq/l ou menos
Necessidade de hemoderivados	monitorar	possível	sim	protocolo de transfusão massiva

* Normal, mínima alteração para mais ou para menos (↔).

** O BE é a quantidade de base (HCO_3^- em mEq/l) que está acima ou abaixo da faixa normal no corpo. Um número negativo é chamado de deficit de base e indica acidose metabólica.

Outra forma de representar os estágios de choque hemorrágico é representada pela tabela seguinte:

Classificação de choque hemorrágico (PHTLS, 2021)

	Classe I	Classe II	Classe III	Classe IV
Perda sanguínea (ml)	< 750	750 - 1.500	1.500 - 2.000	> 2.000
Perda sanguínea (% volume sanguíneo)	< 15%	15 - 30%	30 - 40%	> 40%
Frequência do pulso	< 100	100 - 120	120 - 140	> 140
Pressão arterial	normal	normal	diminuída	diminuída
Pressão de pulso (mmHg)	normal ou aumentada	diminuída	diminuída	diminuída
Frequência ventilatória	14 - 20	20 - 30	30 - 40	> 35
Sistema nervoso central/ estado mental	ansiedade discreta	ansiedade leve	ansiedade, confusão	confusão, letargia
Reposição de líquidos	cristaloides	cristaloides	cristaloides e sangue	cristaloides e sangue

Baseada no American College of Surgeons (ACS) Committee on Trauma. **Advanced Trauma Life Support for Doctors Student Course Manual**. 8. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2008.

Manejo de enfermagem

A prevenção primária do choque é um foco essencial do cuidado de enfermagem. O choque hipovolêmico pode ser prevenido em alguns casos por meio de cuidadoso monitoramento de pacientes que correm risco para déficits de líquido e por meio do cuidado de reposição de líquido antes de o volume intravascular ser esgotado. Em outras circunstâncias, o cuidado de enfermagem tem como foco o tratamento direcionado à causa do choque e à restauração do volume intravascular (HINKLE; CHEEVER, 2022).

As medidas gerais de enfermagem incluem garantir a administração segura dos líquidos e medicamentos prescritos, assim como documentar a sua administração e seus efeitos. Bombas infusoras devem ser usadas para administrar medicamentos vasopressores, se prescritos. Outro papel de enfermagem importante é o monitoramento quanto às complicações e aos efeitos colaterais do tratamento e seu relato imediato (HINKLE; CHEEVER, 2022).

A administração segura de transfusões de sangue é uma função muito importante da enfermagem. Em situações de emergência, é importante coletar amostras de sangue rapidamente para obter um hemograma completo basal e para realizar a tipagem e a prova cruzada do sangue prevendo transfusões de sangue. Um paciente que recebe uma transfusão de hemoderivados deve ser cuidadosamente monitorado com relação a efeitos adversos (HINKLE; CHEEVER, 2022).

Podem ocorrer complicações com a reposição de líquido, especialmente quando grandes volumes são administrados rapidamente. O enfermeiro, portanto, monitora o paciente cuidadosamente quanto à sobrecarga cardiovascular, aos sinais de dificuldade respiratória, uma condição conhecida como sobrecarga circulatória associada à transfusão. A lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão pode ocorrer e é caracterizada por edema pulmonar, hipoxemia, angústia respiratória e infiltrados pulmonares,

geralmente poucas horas depois de uma transfusão maciça. O risco dessas complicações é maior em idosos, em pessoas com cardiopatia preexistente e com a frequência crescente de hemoderivados administrados (HINKLE; CHEEVER, 2022).

A síndrome compartimental abdominal também é uma possível complicação da reanimação com excesso de líquido e inicialmente pode se apresentar com sinais e sintomas respiratórios (dificuldade respiratória) e diminuição do débito urinário. Pressão hemodinâmica, sinais vitais, gasometria arterial, níveis de lactato sérico, níveis de hemoglobina e hematócrito, monitoramento da pressão vesical e equilíbrio hídrico estão entre os parâmetros monitorados. A temperatura também deve ser cuidadosamente monitorada para assegurar que a rápida reposição volêmica não cause hipotermia. As soluções infundidas por via intravenosa podem precisar ser aquecidas quando grandes volumes são administrados (HINKLE; CHEEVER, 2022).

A avaliação física se concentra na observação das veias jugulares quanto à distensão e no monitoramento da pressão venosa jugular. A pressão venosa jugular está baixa no choque hipovolêmico, aumenta com o tratamento efetivo e está significativamente elevada quando os pacientes apresentam sobrecarga de líquido e insuficiência cardíaca. O enfermeiro deve monitorar as condições cardíaca e respiratória cuidadosamente e relatar para o médico as alterações na PA, na pressão de pulso, na PVC, na frequência e no ritmo cardíacos e os sons pulmonares (HINKLE; CHEEVER, 2022).

O oxigênio é administrado para aumentar a quantidade de oxigênio transportada pela hemoglobina disponível no sangue. Um paciente que esteja confuso pode se sentir apreensivo com a colocação de uma máscara ou cânula de oxigênio, e explicações frequentes sobre a necessidade da máscara podem reduzir um pouco do medo e da ansiedade do paciente. Simultaneamente, o enfermeiro deve direcionar esforços para a segurança e o conforto do paciente (HINKLE; CHEEVER, 2022).

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. COMMITTEE ON TRAUMA. **ATLS, Advanced Trauma Life Support For Doctors**: student course manual. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 14. ed. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

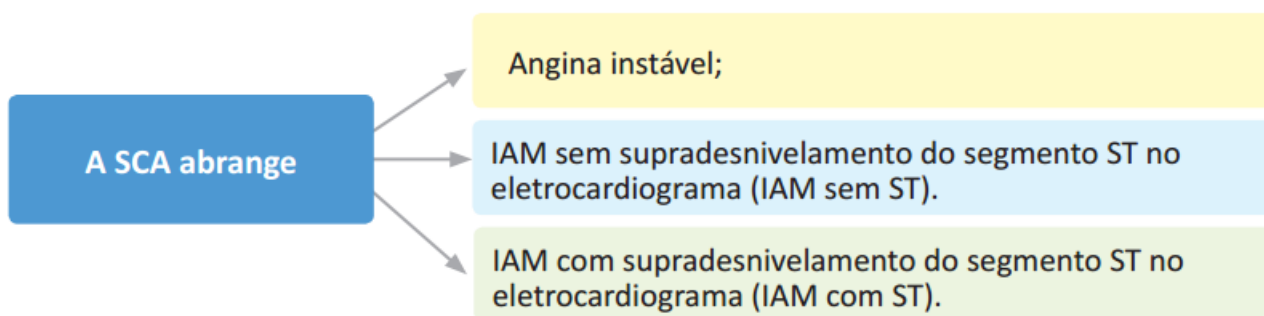
NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. **PHTLS**: Atendimento Pré-hospitalar ao Traumatizado. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

TIMERMAN, S.; GUIMARÃES, H. P. **Emergências Médicas**: passo a passo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

Revisão Teórica – Questão nº 04

Tema: Angina e Infarto Agudo do Miocárdio (TCE-TO/FGV/2022)

A **síndrome coronariana aguda (SCA)** é uma situação de emergência caracterizada por início agudo de isquemia do miocárdio, que resulta em morte miocárdica (ou seja, infarto agudo do miocárdio - IAM) se as intervenções definitivas não ocorrerem imediatamente. O espectro da SCA inclui a angina instável, o IAM sem elevação do segmento ST (NSTEMI) e o IAM com elevação do segmento ST (STEMI) (HINKLE; CHEEVER, 2022).

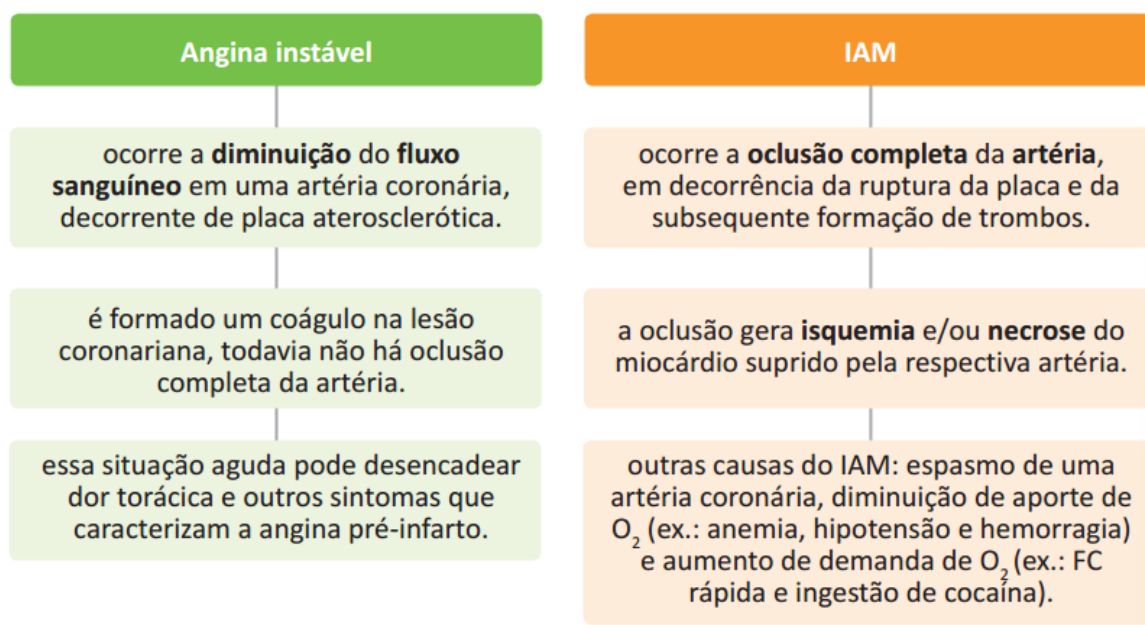


Na angina instável, ocorre redução do fluxo sanguíneo em uma artéria coronária, geralmente em virtude de placa aterosclerótica. Um coágulo começa a se formar sobre a lesão coronariana, mas a artéria não é completamente ocluída. Esta é uma situação aguda, que pode resultar em dor torácica e outros sintomas que podem ser qualificados como angina pré-infarto, tendo em vista que o paciente provavelmente sofrerá um IAM se não houver intervenções imediatas (HINKLE; CHEEVER, 2022; MORTON; FONTAINE, 2019).

Em um IAM, a ruptura da placa e a subsequente formação de trombos resultam na oclusão completa da artéria, o que leva à isquemia e à necrose do miocárdio suprido por aquela artéria. O espasmo de uma artéria coronária, a diminuição do aporte de oxigênio (p. ex., em virtude de perda sanguínea aguda, anemia ou hipotensão) e o aumento da demanda de oxigênio (p. ex., em virtude de frequência cardíaca rápida, tireotoxicose ou ingestão de cocaína) são outras causas de IAM. Em cada caso, há um profundo desequilíbrio entre o aporte e a demanda de oxigênio miocárdico (HINKLE; CHEEVER, 2022).

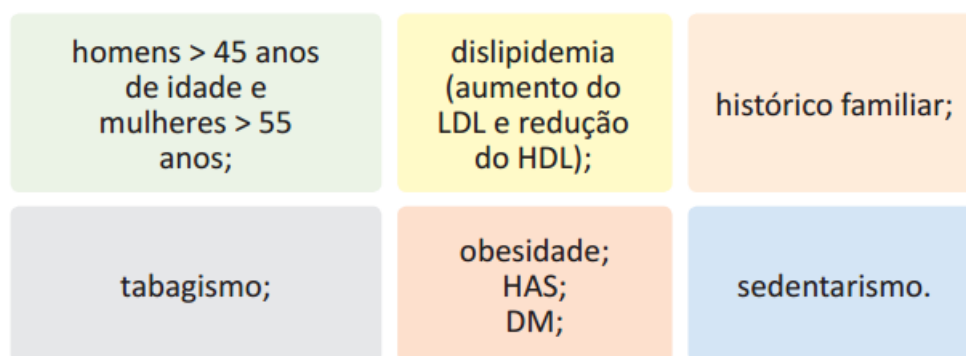
A área de infarto desenvolve-se ao longo de minutos a horas. À medida que as células são privadas de oxigênio, a isquemia desenvolve-se, ocorre a lesão celular, e a ausência de oxigênio resulta em infarto, ou morte das células. Diversas descrições são utilizadas para identificar um IAM: o tipo (NSTEMI ou STEMI, sendo diferenciados por exames complementares), a localização da lesão na parede ventricular (anterior, inferior, posterior ou lateral) e a cronologia (agudo, em evolução ou antigo). A diferenciação entre NSTEMI e STEMI é determinada por exames complementares (HINKLE; CHEEVER, 2022).

O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações identifica o tipo e a localização do IAM, e outros indicadores ECG, tais como onda Q e história patológica pregressa do paciente, identificam a ocasião. Independentemente da localização, os objetivos da terapia clínica são aliviar os sintomas, prevenir ou minimizar a morte tecidual miocárdica e evitar as complicações (FEITOSA FILHO, 2020; HINKLE; CHEEVER, 2022).



Os fatores de risco para a SCA podem ser classificados em: não modificáveis - aqueles sobre o qual uma pessoa não tem controle; e modificáveis - aqueles sobre o qual uma pessoa pode exercer controle, tanto pela alteração do estilo de vida ou hábito pessoal quanto pelo uso de medicamento. Um fator de risco pode agir independentemente ou em conjunto com outros fatores de risco. Quanto mais fatores de risco uma pessoa apresentar, maior será a probabilidade de SCA. Os pacientes em risco são aconselhados a realizar exames clínicos regulares e adquirir hábitos saudáveis para o coração (com o grande intuito de reduzir a quantidade e a extensão dos riscos) (HINKLE; CHEEVER, 2022).

Fatores de risco



A dor torácica que ocorre subitamente e que continua, apesar do repouso e dos medicamentos, é o sintoma da maioria dos pacientes com SCA. Alguns desses pacientes apresentam sintomas prodrômicos ou um diagnóstico prévio de DAC, mas outros não relatam sintomas anteriores. Os pacientes podem apresentar uma combinação de sintomas, incluindo dor torácica, dispneia, indigestão, náuseas e ansiedade. Eles podem apresentar pele fria, pálida e úmida. As frequências cardíaca e respiratória podem estar mais rápidas do que o normal. Esses sinais e sintomas, que são causados pela estimulação do sistema nervoso simpático, podem ocorrer por apenas um breve período ou podem persistir. Em muitos casos, os sinais e sintomas de IAM não podem ser distinguidos daqueles da angina instável; daí a evolução do termo SCA (HINKLE; CHEEVER, 2022).

O diagnóstico de SCA geralmente tem por base os sintomas iniciais. São realizados ECG de 12 derivações e exames laboratoriais (p. ex., biomarcadores cardíacos seriados) para esclarecer se o paciente apresenta angina instável, NSTEMI ou STEMI. O prognóstico depende da gravidade da obstrução da artéria coronária e da existência e da extensão da lesão miocárdica. O exame físico sempre é realizado, mas, isoladamente, não confirma o diagnóstico (HINKLE; CHEEVER, 2022).

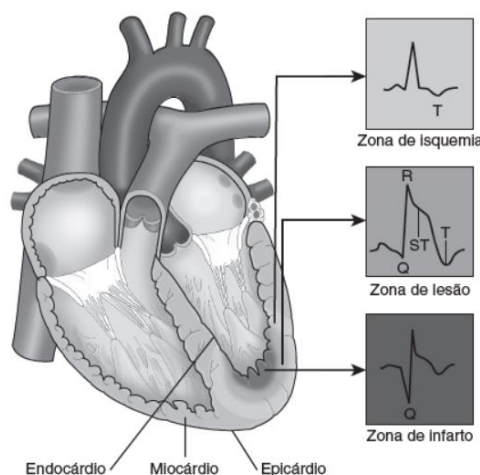


Figura 27.5 Efeitos da isquemia, da lesão e do infarto em um registro de eletrocardiograma. A isquemia causa inversão da onda T em virtude da alteração da repolarização. A lesão do músculo cardíaco causa elevação do segmento ST. Posteriormente, a onda Q se desenvolve em virtude da ausência da corrente de despolarização do tecido necrótico e das correntes opostas de outras partes do coração.

As modificações no eletrocardiograma que ocorrem durante o IAM são observadas nas derivações que visualizam a superfície acometida do coração. As alterações clássicas do ECG consistem em desenvolvimento de onda Q anormal, elevação do segmento ST e inversão da onda T (FEITOSA FILHO, 2020; HINKLE; CHEEVER, 2022; MORTON; FONTAINE, 2019; NETTINA, 2021).

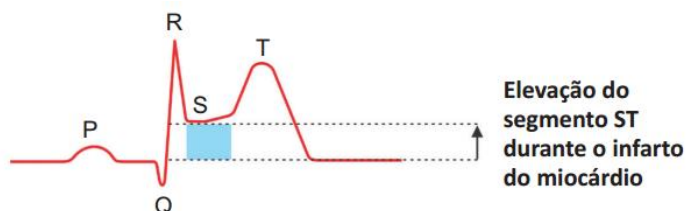
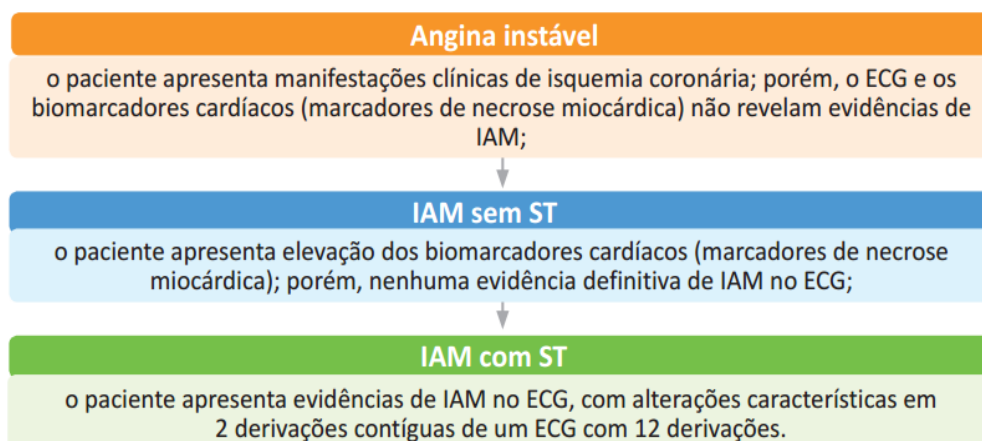


Figura: Nesse tipo de IAM, ocorre uma lesão significativa no miocárdio.

Os pacientes com SCA são diagnosticados com uma das seguintes formas de investigação (HINKLE; CHEEVER, 2022):



Manejo de enfermagem

Durante a avaliação, o(a) enfermeiro(a) deve (HINKLE; CHEEVER, 2022; NETTINA; 2021):

- Reunir informações sobre a dor torácica do paciente:
 - Natureza e intensidade – Descreva a dor nas próprias palavras do paciente e compare-a com a dor previamente experimentada.
 - Início e duração – O momento exato em que ocorreu a dor, bem como o momento de alívio ou a diminuição da dor (se aplicável).
 - Localização e irradiação – Indicar a área onde a dor está localizada e outras áreas onde a dor parece irradiar.
 - Fatores precipitantes e agravantes – Peça ao paciente para descrever a atividade realizada imediatamente antes do início da dor e se alguma manobra e/ou medicação aliviou a dor.
- Perguntar ao paciente sobre outros sintomas associados à dor. Observar o paciente quanto a sudorese, palidez facial, dispneia, comportamentos de proteção, postura corporal rígida, fraqueza extrema e confusão mental.
- Avaliar o estado cognitivo, comportamental e emocional.
- Perguntar ao paciente sobre o estado de saúde anterior, com ênfase em medicamentos de que faz uso, alergias (analgésicos opiáceos, iodo, frutos do mar), traumatismo ou cirurgia recente, ingestão de anti-inflamatórios não esteroidais, úlceras pépticas, desmaios, consumo de substâncias psicoativas (inclusive álcool etílico).
- Analisar as informações para identificar contraindicações a terapia fibrinolítica e intervenção coronária percutânea (ICP).
- Reunir as informações sobre a presença ou não de fatores de risco cardíaco.
- Identificar o sistema de apoio social do paciente e possíveis cuidadores.
- Identificar a reação de familiares à situação de crise.

Com base nas manifestações clínicas, na história e nos dados da avaliação diagnóstica, os principais diagnósticos de enfermagem podem incluir (HINKLE; CHEEVER, 2022; NETTINA; 2021):

- Dor aguda relacionada com o aumento da demanda de oxigênio miocárdico e com a diminuição do aporte de oxigênio miocárdico
- Risco de diminuição da perfusão tissular cardíaca relacionado com a redução do fluxo sanguíneo coronariano
- Risco de desequilíbrio do volume de líquido
- Risco de perfusão tissular periférica ineficaz relacionada com a diminuição do débito cardíaco em virtude de disfunção ventricular esquerda
- Ansiedade relacionada com dor torácica, medo da morte, ambiente ameaçador
- Risco de sangramento relacionado com dissolução de coágulos de proteção
- Intolerância à atividade associada à oxigenação insuficiente para realizar as atividades da vida diária, efeitos descondicionantes decorrentes do repouso no leito
- Enfrentamento ineficaz relacionado com ameaças à autoestima, interrupção do padrão de sono-descanso, ausência de um sistema de apoio significativo, perda de controle e mudança no estilo de vida
- Conhecimento deficiente a respeito dos cuidados pessoais pós-SCA.

As principais metas para o paciente incluem o alívio da dor ou dos sinais isquêmicos (p. ex., alterações do segmento ST) e dos sintomas, prevenção da lesão miocárdica, manutenção da função respiratória efetiva, manutenção ou conquista da perfusão tissular adequada, redução da ansiedade, prevenção de sangramentos, aumento da tolerância a atividades, adesão ao programa de cuidados pessoais e reconhecimento inicial das complicações (HINKLE; CHEEVER, 2022; NETTINA; 2021).

Inúmeros cuidados de enfermagem podem ser implementados para os pacientes com SCA, os quais variam de acordo com o caso clínico e a condição física do indivíduo. Dentre os principais cuidados, tem-se (HINKLE; CHEEVER, 2022; NETTINA; 2021):

- Obter um registro de ECG de 12 derivações durante os eventos sintomáticos, conforme prescrito, para avaliar quanto à isquemia.
- Administrar oxigênio, conforme prescrito.
- Administrar a terapia medicamentosa conforme prescrito, e avaliar a resposta do paciente continuamente.
- Assegurar o repouso físico: cabeceira do leito elevada para promover o conforto; dieta conforme tolerado; utilização de cadeira higiênica; utilização de laxante para evitar o esforço com a defecação. Proporcionar um ambiente tranquilo e acalmar os temores e a ansiedade com delicadeza e solidariedade. Individualizar a visitação com base na resposta do paciente.
- Inicialmente, a cada 4 h, em caso de desconforto torácico, avaliar, documentar e relatar ao médico o seguinte:
 - Sons cardíacos anormais (galope por B3 e B4 ou novo sopro).
 - Hipotensão.
 - Taquicardia e outra arritmia.
 - Ruídos respiratórios anormais (sobretudo estertores crepitantes).
 - Diminuição da oxigenação.
 - Intolerância às atividades.
 - Alterações do estado mental.
 - Redução do débito urinário (< 0,5 ml/kg/h).
 - Extremidades frias, úmidas e cianóticas, diminuição dos pulsos periféricos, prolongamento do enchimento capilar.
- Preparar o paciente para possíveis procedimentos de emergência: cateterismo cardíaco, cirurgia de *bypass*, ICP, terapia fibrinolítica, balão intra-aórtico.
- Verificar sinais vitais a cada 15 minutos durante a infusão do agente fibrinolítico e depois a cada hora.
- Investigar a ocorrência de hematomas ou ruptura da pele, especialmente em áreas de potencial pressão, como sacro, costas, cotovelos, tornozelos.
- Estar atento às queixas verbais de dorsalgia, indicativas de possível sangramento retroperitoneal.
- Observar todos os locais de infusão a cada 15 minutos durante a infusão de terapia fibrinolítica e, de hora em hora, quanto a sangramento.
- Administrar agentes ansiolíticos, conforme prescrição.
- Descartar etiologias fisiológicas para aumento ou manifestação de ansiedade antes de administrar sedativos. As causas fisiológicas devem ser identificadas e tratadas em tempo hábil

para evitar resultados adversos ou fatais irreversíveis. Os sedativos podem mascarar os sintomas, retardando a identificação, o diagnóstico e o tratamento em tempo hábil.

- Investigar a persistência e/ou recidiva de sinais e sintomas de isquemia, incluindo dor torácica, sudorese, hipotensão – pode indicar extensão do IAM e/ou reoclusão do vaso coronário.

REFERÊNCIAS

FEITOSA FILHO, G. S. **ECG simples, fácil e prático**. 1. ed. Barueri: Manole, 2020.

HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 14. ed. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados críticos em enfermagem**: uma abordagem holística. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

Revisão Teórica – Questão nº 05

Tema: Pneumonia, Crescimento/Desenvolvimento e Diagnóstico de Enfermagem (USP/2018)

A pneumonia, uma inflamação do parênquima pulmonar, é comum na infância, mas ocorre com mais frequência na primeira infância. Clinicamente, a pneumonia pode ocorrer como uma doença primária ou como uma complicação de outras doenças. O agente causal é inalado diretamente para o interior dos pulmões ou chega até eles através da corrente sanguínea (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

A classificação da pneumonia mais utilizada é baseada no agente etiológico (p. ex., viral, bacteriana, micoplasmática, ou por aspiração de substâncias estranhas). Histomicose, coccidioidomicose, e outros fungos também podem causar pneumonia. A pneumonite é uma inflamação aguda localizada sem a toxemia associada com pneumonia lobar (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

As manifestações clínicas da pneumonia variam dependendo do agente etiológico, da idade da criança, da reação sistêmica da criança à infecção, da extensão das lesões e do grau de obstrução brônquica e bronquiolar. O agente causal é identificado a partir da história clínica, da idade da criança, do histórico geral de saúde, do exame físico da radiografia e dos exames laboratoriais (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

Pneumonia Viral

As pneumonias virais ocorrem mais frequentemente do que as bacterianas, são observadas em crianças de todas as faixas etárias e em geral estão associadas às infecções do trato respiratório superior. Os vírus que causam pneumonia incluem o vírus sincicial respiratório em lactentes e o parainfluenza, influenza, metapneumovírus humano e adenovírus nas crianças maiores. A diferenciação entre os vírus é feita pelas características clínicas, tais como a idade, história clínica progressiva, estação do ano, exames radiológicos e laboratoriais tornam a criança afetada mais suscetível à invasão bacteriana secundária, especialmente quando há desnudamento da mucosa brônquica (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

O tratamento é sintomático e inclui medidas que promovam a oxigenação e o conforto, tais como administração de oxigênio umidificado, antitérmicos, monitoração da ingesta de fluidos e suporte familiar. A terapia antimicrobiana é reservada para crianças nas quais a infecção bacteriana é diagnosticada através de culturas apropriadas (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

Pneumonia Atípica Primária

O termo pneumonia atípica refere-se à pneumonia causada por outros patógenos diferentes dos tradicionalmente comuns e facilmente isolados em culturas (p. ex., *S. pneumoniae*). Na categoria de pneumonias atípicas, o *M. pneumoniae* é causa mais comum de pneumonia adquirida na comunidade em crianças de 5 anos ou mais. Ela ocorre nos meses do outono e do inverno e é mais prevalente em condições ambientais onde há acúmulo de pessoas (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

Os indivíduos mais afetados recuperam-se da doença aguda em 7 a 10 dias, com tratamento sintomático, seguido de 1 semana de convalescença. O período de incubação é de 2 a 3 semanas, mas a tosse pode permanecer por várias semanas. A pneumonia por clamídia, causada pela *C. trachomatis*, pode ocorrer em lactentes e geralmente aparece entre 3 e 19 semanas de idade. O recém-nascido adquire a infecção através do contato com trato genital materno ao nascimento. A eritromicina (para aquelas crianças com menos de 9 anos de idade), a azitromicina e a claritromicina são os antibióticos de escolha no tratamento da pneumonia atípica (HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

Pneumonia Bacteriana

O *S. pneumoniae* é o patógeno mais comum, responsável por pneumonia adquirida na comunidade em crianças e adultos. Outras bactérias que causam pneumonia são os pneumococos, *Streptococcus* do grupo A, *S. Aureus*, *M. catarrhalis* e *C. pneumoniae*. Após o período neonatal, a pneumonia bacteriana desencadeia diferentes padrões clínicos que facilitam sua diferenciação de outras formas de pneumonia (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

O início da doença é abrupto e geralmente é seguido de infecção viral que compromete os mecanismos de defesas naturais do trato respiratório superior. A criança com pneumonia bacteriana geralmente tem aparência de doente. Os sintomas incluem febre, mal-estar, respiração rápida e superficial, tosse e dor torácica. A dor da pneumonia pode ser referida como dor abdominal em crianças pequenas e confundida com apendicite. Calafrios e sintomas meníngeos (meningismo) sem meningite são comuns (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

Os sinais gerais dos quadros de pneumonia são (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018):

- Febre geralmente alta.
- Respiratórios:
 - Tosse não produtiva a produtiva com secreção esbranquiçada.
 - Taquipneia.
 - Sons respiratórios: crepitações, diminuição dos sons respiratórios, estertores.
 - Hipotimpânico à percussão.
 - Dor torácica.
 - Retrações.
 - Batimento de aletas nasais.
 - Palidez ou cianose (dependendo da gravidade).
- Radiografia de tórax: infiltração difusa ou localizada com distribuição peribrônquica.
- Comportamento: irritabilidade, inquietação, mal-estar, letargia.
- Gastrointestinal: anorexia, vômito, diarreia, dor abdominal.

A maioria das crianças mais velhas com pneumonia pode ser tratada no domicílio se o diagnóstico e o tratamento forem realizados precocemente. A administração de antibiótico, o repouso, a ingesta livre de líquidos e o uso de antitérmicos são as principais medidas terapêuticas. A percussão torácica e a drenagem postural podem ser indicadas, contudo, há controvérsias (BURNS *et al.*, 2017; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

O seguimento é recomendado para lactentes jovens e crianças de 1 a 3 anos. A hospitalização é indicada quando a doença é acompanhada de derrame ou empiema pleural, desconforto respiratório e

em situações em que a adesão ao tratamento pode estar prejudicada em recém-nascidos, e quando há doenças crônicas tais como cardiopatias congênitas ou displasia broncopulmonar. Podem ser necessários líquidos intravenosos para garantir a hidratação e oxigenoterapia se a criança tiver desconforto respiratório; algumas crianças podem necessitar de antimicrobianos intravenosos devido à gravidade da doença (BURNS *et al.*, 2017; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018).

Os cuidados de enfermagem para a criança com pneumonia são primariamente de suporte e sintomáticos, mas necessitam de avaliação respiratória minuciosa e administração de oxigênio suplementar (se necessário), líquidos e antibióticos. A frequência respiratória da criança, o ritmo e a profundidade, a oxigenação, a disposição geral e o nível de atividade devem ser avaliados frequentemente. Para prevenir a desidratação, líquidos intravenosos são administrados frequentemente na fase aguda (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018; NETTINA, 2021).

Os cuidados de enfermagem da criança com dreno torácico requerem atenção contínua do padrão respiratório. O dreno torácico e o dispositivo de drenagem devem ser monitorados quanto ao funcionamento adequado (i.e., permeabilidade, localização correta do vácuo, dreno livre de dobras, se o curativo que cobre o local de inserção do dreno está intacto, manutenção do selo d'água [caso esteja utilizando] e se o dreno permanece no local) (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018; NETTINA, 2021).

A movimentação no leito e a deambulação são encorajadas de acordo com as condições respiratórias da criança, o que requer a analgesia regular para o controle da dor. O oxigênio suplementar pode ser necessário na fase aguda da doença e pode ser administrado por cateter nasal, máscara facial ou tenda. As crianças geralmente ficam mais confortáveis na posição semiereta, mas deve ser permitido que elas determinem a posição de maior conforto. Deitar sobre o lado afetado (se a pneumonia for unilateral) comprime o tórax naquele lado e reduz o atrito pleural que frequentemente gera desconforto (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018; NETTINA, 2021).

A febre é controlada pela manutenção de um ambiente fresco e com o uso de antitérmicos. As crianças, principalmente os lactentes, com tosse ineficaz ou dificuldade para eliminar as secreções necessitam de aspiração para manter as vias aéreas desobstruídas. Um bulbo de borracha geralmente é suficiente para remover as secreções das narinas e nasofaringe nos lactentes, mas a aspiração mecânica deve estar prontamente disponível caso seja necessário. Um dispositivo de aspiração não invasivo pode ser utilizado para a aspiração de lactentes sem o risco de causar traumas; o dispositivo pode ser conectado à sucção mecânica, para a obtenção de melhores resultados (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018; NETTINA, 2021).

As crianças mais velhas geralmente podem eliminar as secreções sem auxílio. A percussão torácica, a drenagem postural e a nebulização com broncodilatador são tratamentos que podem ser prescritos dependendo das condições clínicas da criança. Não há evidências suficientes que demonstrem que a percussão torácica e a drenagem postural melhorem as condições da criança ou reduzam o tempo de tratamento da pneumonia adquirida na comunidade (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018; NETTINA, 2021).

Para a criança que está sendo tratada no domicílio, a enfermeira deve instruir os pais a respeito da administração dos antibióticos e antitérmicos, da avaliação das condições respiratórias e da ingestão de líquidos por via oral. Se a criança estiver doente, ela pode rejeitar os alimentos sólidos e a ingestão de

líquidos por via oral deve ser encorajada até que a criança se sinta melhor para ingerir os alimentos sólidos. O retorno à escola ou à creche é geralmente permitido de acordo com o tipo de pneumonia, gravidade da doença e recomendações dos profissionais de saúde. Deve ser enfatizado que a infecção pode ser transmitida para outras crianças se houver contato próximo (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018; NETTINA, 2021).

A criança hospitalizada pode estar apreensiva, e os tratamentos e exames podem ser assustadores e geradores de estresse. É importante que toda a família seja envolvida nos cuidados com a criança, sempre que for possível, e encorajada a formular questionamentos para estimular a comunicação efetiva. Reduzir a ansiedade e a apreensão melhora o estresse psicológico na criança, e quando a criança está mais relaxada, os esforços respiratórios são minimizados. Reduzir os esforços respiratórios torna a criança menos apreensiva. A presença e o apoio dos pais e cuidadores são fundamentais para a recuperação da criança doente (HINKLE; CHEEVER, 2022; HOCKENBERRY; WILSON; RODGERS, 2018; NETTINA, 2021).

REFERÊNCIAS

- BURNS, D. A. R. *et al.* **Tratado de pediatria**: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4. ed. Barueri: Manole, 2017.
- HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 14. ed. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
- HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; RODGERS, C. C. **Wong** - Fundamentos de enfermagem pediátrica. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.