

ENADE

Comentado

ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO
BEATRIZ SEBEN OJEDA
ANA ELIZABETH PRADO LIMA FIGUEIREDO
BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS
JANETE DE SOUZA URBANETTO
MARION CREUTZBERG
VALÉRIA LAMB CORBELLINI
(Organizadoras)

ENFERMAGEM

2010



ENADE

Comentado

ENFERMAGEM

2010



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

Chanceler

Dom Dadeus Grings

Reitor

Joaquim Clotet

Vice-Reitor

Evilázio Teixeira

Conselho Editorial

Ana Maria Lisboa de Mello

Agemir Bavaresco

Augusto Buchweitz

Beatriz Regina Dorfman

Bettina Steren dos Santos

Carlos Gerbase

Carlos Graeff Teixeira

Clarice Beatriz de C. Sohngen

Cláudio Luís C. Frankenberg

Elaine Turk Faria

Érico João Hammes

Gilberto Keller de Andrade

Jane Rita Caetano da Silveira

Jorge Luis Nicolas Audy – Presidente

Lauro Kopper Filho

Luciano Klöckner

EDIPUCRS

Jerônimo Carlos Santos Braga – Diretor

Jorge Campos da Costa – Editor-Chefe

ENADE

Comentado

ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO
BEATRIZ SEBEN OJEDA
ANA ELIZABETH PRADO LIMA FIGUEIREDO
BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS
JANETE DE SOUZA URBANETTO
MARION CREUTZBERG
VALÉRIA LAMB CORBELLINI
(Organizadoras)

ENFERMAGEM

2010



ediPUCRS

Porto Alegre, 2013

© EDIPUCRS, 2013

CAPA: RODRIGO BRAGA

REVISÃO DE TEXTO: PATRÍCIA ARAGÃO

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA: RODRIGO VALLS



EDIPUCRS – Editora Universitária da PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 33
Caixa Postal 1429 – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone/fax: (51) 3320 3711
E-mail: edipucrs@pucrs.br - www.pucrs.br/edipucrs

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 ENADE comentado 2010 : enfermagem [recurso eletrônico]
 / org. Andréia da Silva Gustavo (et al.). – Dados
 eletrônicos. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2013.
 100 p.

Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader
Modo de Acesso: <<http://www.pucrs.br/edipucrs>>
ISBN 978-85-397-0375-3 (on-line)

1. Ensino Superior – Brasil – Avaliação. 2. Exame
Nacional de Desempenho de Estudantes. 3. Enfermagem
– Ensino Superior. I. Gustavo, Andréia da Silva.

CDD 378.81

Ficha Catalográfica elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

CONTEÚDO

APRESENTAÇÃO	7
QUESTÃO 11.....	9
QUESTÃO 12.....	11
QUESTÃO 13.....	15
QUESTÃO 14.....	17
QUESTÃO 15.....	19
QUESTÃO 16.....	23
QUESTÃO 17.....	25
QUESTÃO 18 – ANULADA	29
QUESTÃO 19.....	31
QUESTÃO 20.....	35
QUESTÃO 21.....	37
QUESTÃO 22.....	39
QUESTÃO 23.....	43
QUESTÃO 24.....	45
QUESTÃO 25.....	49
QUESTÃO 26.....	53
QUESTÃO 27.....	57
QUESTÃO 28.....	59
QUESTÃO 29.....	63
QUESTÃO 30.....	67
QUESTÃO 31.....	71
QUESTÃO 32.....	73
QUESTÃO 33.....	75
QUESTÃO 34.....	79
QUESTÃO 35.....	81
QUESTÃO 36.....	83
QUESTÃO 37.....	87
QUESTÃO 38 – DISCURSIVA	89
QUESTÃO 39 – DISCURSIVA	91
QUESTÃO 40 – DISCURSIVA	93

APRESENTAÇÃO

Em 2010 foi publicada a edição do *Enade Comentado 2007 – Enfermagem*, em que foram discutidas as questões da prova de 2007. Essa iniciativa partiu de um projeto institucional que promoveu debates relativos ao Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade), culminando na série eletrônica *Enade Comentado*, publicada pela Editora Universitária da PUCRS (EDIPUCRS).

O Enade é um importante componente do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) que busca contribuir para a permanente melhoria da qualidade do ensino dos cursos oferecidos. No âmbito do Curso de Enfermagem, os debates desenvolvidos permitiram ampliar reflexões acerca do projeto pedagógico para intensificar a integração entre o processo de formação do(a) enfermeiro(a) e as necessidades do sistema de saúde vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizam as Diretrizes Curriculares do Curso.

A publicação *Enade Comentado Enfermagem 2010* amplia tais reflexões com a análise das questões do exame aplicado em 2010. Para a elaboração dessa publicação, contou-se com a participação dos docentes e estudantes do curso com o propósito de promover discussões críticas coletivas acerca dessa estratégia avaliativa no âmbito institucional e nacional.

Cabe salientar que, além das questões analisadas, estão as múltiplas análises extraídas do Relatório da Instituição PUCRS e do Relatório Nacional dos Cursos de Enfermagem do Brasil, disponibilizados pelo Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP/MEC. Tais documentos são relevantes referências para o conhecimento da realidade institucional, regional e nacional, trazendo importantes subsídios para a melhoria do processo de ensino e de comunicação com a comunidade acadêmica do Curso.

A prova do Enade/2010 do Curso de Enfermagem foi organizada em 40 questões assim constituídas: 10 questões de formação geral, 30 questões de conteúdo específico, sendo 27 com respostas objetivas e três questões discursivas. Nesta publicação são apresentadas e discutidas 28 questões da área específica da Enfermagem, tendo em vista que uma das questões foi anulada. As discussões estão fundamentadas em publicações e nas políticas de saúde vigentes, devidamente referenciadas, para que o leitor possa ampliar a reflexão acerca das temáticas abordadas pelas questões.

Agradecemos aos docentes e estudantes do Curso de Enfermagem que assumiram com responsabilidade e competência a realização desta publicação. Almejamos que possa ser mais um recurso para consultas e revisões a estudantes, docentes e profissionais de saúde, com vistas ao aprimoramento de práticas em saúde e de metodologias de ensino e de aprendizagem.

Beatriz Sebben Ojeda

Diretora da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia – FAENFI

QUESTÃO 11

Um paciente com infarto agudo do miocárdio, também portador de DPOC, foi internado em clínica médica com história de pneumonia, apresentando hipertermia (38° C), taquipneico e sinais de insuficiência respiratória. Considerando-se esse caso avalie os procedimentos listados a seguir:

- I. A remoção de secreção das vias aéreas é importante, pois secreções retidas interferem com a troca gasosa.
- II. A frequência cardíaca do paciente com pneumonia diminui devido à sobrecarga imposta pelo trabalho ventilatório e pela hipertermia.
- III. A umidificação e a fluidificação da árvore brônquica ajudam a liquefazer as secreções e aliviam a irritação traqueobrônquica.
- IV. Se o paciente com pneumonia não conseguir tossir para eliminar secreções, ele deve ser encorajado a repousar, até que se sinta em condições de mudar de decúbito e tossir.
- V. A oxigenoterapia em baixo fluxo é fundamental para o paciente com DPOC, pois aumenta o nível de PO₂.

São cuidados de enfermagem adequados ao caso apresentado apenas os descritos em:

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

* **Gabarito: E**

* **Autoras: Fátima Rejane Ayres Florentino e Isabel Kern Soares**

COMENTÁRIO:

Sabe-se que a pneumonia é mais prevalente em pacientes que apresentam determinados distúrbios subjacentes, como a DPOC, uma doença com repercussões sistêmicas, prevenível e tratável, caracterizada por limitação do fluxo aéreo pulmonar, parcialmente reversível e geralmente progressiva. Essa limitação é causada por uma associação entre doença de pequenos brônquios (bronquite crônica obstrutiva) e destruição de parênquima (enfisema).¹ Os pacientes com DPOC apresentam alto risco de desenvolver pneumonia causada por pneumococo ou *Haemophilus influenzae*.²

Uma reação inflamatória provocada pelo pneumococo ocorre nos alvéolos e produz exsudado, que interfere no movimento e na difusão do oxigênio e do dióxido de carbono. Os leucócitos, na maioria, os neutrófilos, migram para dentro dos alvéolos, fazendo com que o segmento pulmonar torne-se uma estrutura mais sólida, à medida que os espaços aéreos tornam-se repletos. As áreas do pulmão não são adequadamente ventiladas por causa de secreções, edema de mucosas e broncoespasmo. Essas condições provocam a oclusão parcial dos brônquios e alvéolos, resultando na queda da pressão alveolar de oxigênio. Conseqüentemente, o sangue venoso, que penetra nos pulmões, atravessa a área hipoventilada e sai do pulmão para o coração, sem ser oxigenado.²

As secreções retidas interferem com a troca gasosa e geralmente provocam a resolução lenta da doença, portanto, dois dos cuidados a serem realizados são a umidificação e a fluidificação da árvore brônquica por meio das nebulizações para liquefazer as secreções e melhorar a ventilação. A ingesta hídrica deve ser encorajada de 2 a 3 litros por dia, pois a hidratação adequada solubiliza e liquefaz as secreções pulmonares e também repõe as perdas hídricas que resultam da febre, diaforese e dispneia. Esses pacientes deveriam ser encorajados a manter atividade física regular e um estilo de vida saudável.¹ A atividade física poderá impedir que secreções pulmonares fiquem retidas.

Se o paciente com pneumonia não conseguir tossir para eliminar secreções, ele deve ser encorajado a repousar para conservar energia, até que se sinta em condições de mudar de decúbito e tossir, de modo a evitar o esforço excessivo e a possível exacerbação dos sintomas. O paciente deve ser colocado em posição semi-Fowler e encorajado a mudar de decúbito, o que evitará o acúmulo de secreção no pulmão.

Paciente com DPOC na fase mais avançada da doença, além da hipoxemia, o também pode não conseguir mais eliminar adequadamente o gás carbônico, condição chamada de hipercapnia. Associadas, elas pioram a falta de ar e podem causar diminuição do nível de consciência e confusão mental. Os pacientes com DPOC ou em ventilação mecânica prolongada apresentam habitualmente valores de PaO₂ mais baixos, sendo este estímulo importante para que eles respirem. Subidas bruscas desses valores por administrações de grandes concentrações de oxigênio (>40%) reduzem ou anulam esse estímulo ventilatório, podendo provocar-lhes hipoventilação ou desenvolver apneia.²

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Doenças Respiratórias Crônicas. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília/DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2013.

2 Smeltzer, S.C.; Bare, B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v. 1.

QUESTÃO 12

Um paciente internado na clínica médica há 12 dias, com história de fratura de fêmur esquerdo, faz uso de anticoagulante. Estão prescritos 12 000 UI de heparina IV de 12/12 horas. No posto da unidade de internação há um frasco de heparina de 5 ml, contendo 5 000 UI/mL. Quantos mililitros de heparina o enfermeiro deve administrar ao paciente em cada horário?

-
- A. 1,8
 - B. 2,0
 - C. 2,2
 - D. 2,4
 - E. 3,5
-

* **Gabarito: D**

* **Autoras: Janete de Souza Urbanetto e Valéria Lamb Corbellini**

COMENTÁRIO:

O conhecimento da matemática básica é essencial para que o enfermeiro possa calcular as doses dos medicamentos que serão administrados. Essa habilidade é importante porque nem sempre os medicamentos são comercializados na unidade de medida em que eles são prescritos.

A administração de medicamentos requer o desenvolvimento de inúmeras habilidades para que se garanta a segurança do paciente no decorrer de todo o processo^{1,2}. Estudo realizado afirma que as ações relacionadas com medicamentos são uma das principais causas de danos ou mortes relacionadas à assistência em saúde, e que, em média, 22% dos incidentes e 39% dos *near-misses* não são relatados – destes os relacionados com medicamentos e aqueles que levam a prejuízos graves são os que mais contribuem para esse percentual³.

Na literatura existe descrição de “certos” na administração de medicamentos. Uma publicação refere os nove “certos” como o paciente certo, medicamento certo, via certa, horário certo, dose certa, registro certo, ação certa, resposta certa e forma certa⁴. Outra publicação, além dos seis primeiros “certos” descritos, refere a compatibilidade medicamentosa, a orientação ao paciente e o direito de recusar o medicamento⁵. Portanto, a dose é um dos nove “certos” da administração de medicamentos^{4,5}. Quando um medicamento for preparado a partir de um volume ou de uma concentração diferente daquele fornecido pela unidade farmacêutica, aumentam as chances da ocorrência de erros de dosagem, pois é necessária a realização de cálculos.

Para o cálculo das doses dos medicamentos existem fórmulas que podem ser utilizadas, dentre elas a regra de três, utilizada para a solução de problemas que relacionam dois valores de uma grandeza e dois de outra⁶.

No caso apresentado na questão 12, a dose prescrita para o paciente (quantidade do medicamento prescrito) é de 12 000 UI, e a dose disponível (peso ou volume do medicamento, em determinada unidade de medida e descrita no rótulo do medicamento) é de 5 000 UI para ml de líquido. Ainda, na descrição do medicamento existe o relato de que o frasco possui o volume total de 5 ml. Nesse caso, o volume total do frasco pode ser utilizado para o cálculo ou não. Veja, a seguir, as duas possibilidades.

Na primeira possibilidade, utilizando o volume total do frasco, é necessário realizar duas etapas de cálculo. A primeira para obter a dose total de heparina no frasco e a segunda, a dose prescrita a ser administrada no paciente.

Primeira Etapa Dose de heparina no total no frasco	Segunda Etapa Dose do paciente
5 000 UI – 1 ml X UI – 5ml $X = (5 \times 5\,000) / 1$ X = 25 000 UI Resposta: o frasco contém um total de 25.000 UI em 5 ml.	25 000 UI – 5 ml 12 000 UI – X ml $X = (12\,000 \times 5) / 25\,000$ X = 2,4 ml Resposta: para administrar 12.000 UI deve-se administrar 2,4 ml de heparina (alternativa “D” da questão 12 – Enade 2010).

Na segunda possibilidade, utilizando a dosagem disponível por ml (5 000 UI em 1 ml), multiplica-se a quantidade do medicamento prescrito (12 000 UI) pelo volume (1 ml). O resultado encontrado é dividido pela quantidade do medicamento presente no volume (5 000 UI). Esse cálculo é direto.

$$\begin{aligned}
 &5\,000\text{ UI} - 1\text{ ml} \\
 &12\,000\text{ UI} - X\text{ ml} \\
 &X = (12\,000 \times 1) / 5\,000 \\
 &X = 2,4\text{ ml}
 \end{aligned}$$

REFERÊNCIAS

- 1 Corbellini VL, Schilling MCL, Frantz SF, Godinho TG, Urbanetto JS. Eventos adversos relacionados a medicamentos: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2011 Abr [acesso 2012 Maio 09]; 64(2): 241-247. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200004&lng=pt>.
- 2 Joint Commission International; World Health Organization; Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care. Patient Safety Solutions. 2007 [acesso em 2013 Mar 9]; 1, Solution 6. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>>.
- 3 House of Commons Committee of Public Accounts. A safer place for patients: learning to improve patient safety. London, National Audit Office, 2006. [acesso em 2013 Mai 14]. Disponível em: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmselect/cmpubacc/831/831.pdf>
- 4 Elliot M, Liu Y. The nine rights of medication administration: an overview. Br J Nurs. 2010 Mar 11-24;19(5):300-305.

5 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Você sabia que pode colaborar para um cuidado mais seguro e com qualidade nos serviços de saúde? Brasília, DF: ANVISA; 2012 [acesso em 2013 Fev 22]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/menu+-+noticias+anos/2012+noticias/pacientes+poderao+contribuir+com+a+qualidade+do+atendimento>.

6 Chaves LC (Org.). Medicamentos – cálculos de dosagens e vias de administração. Barueri (SP): Manole, 2013

QUESTÃO 13

Avalie as asserções a seguir.

As parasitoses intestinais provocadas por protozoários e helmintos são infestações que podem desencadear alterações no estado físico, psicossomático e social, interferindo diretamente na qualidade de vida de seus portadores, principalmente em crianças.

PORQUE

A disseminação das parasitoses também pode ocorrer por meio do contato interpessoal com pessoas infectadas que habitam a mesma residência, principalmente em moradias menores que favorecem o confinamento, reforçando a importância da investigação parasitária na população materno-infantil.

Analisando a relação proposta entre as duas asserções acima, assinale a opção correta.

-
- A. As duas asserções são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
 - B. As duas asserções são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
 - C. A primeira asserção é uma proposição verdadeira, e a segunda é uma proposição falsa.
 - D. A primeira asserção é uma proposição falsa, e a segunda é uma proposição verdadeira.
 - E. As duas asserções são proposições falsas.
-

* **Gabarito: B**

* **Autoras: Gisele Pereira de Carvalho e Beatriz Sebben Ojeda**

COMENTÁRIO:

A parasitose é um problema de saúde mundial, porém sua maior prevalência está nos países em desenvolvimento¹. No Brasil, as condições socioeconômicas (condições de vida, moradia e saneamento básico) são determinantes de transmissão, que, associados ao clima tropical, tornam as parasitoses um dos problemas de saúde mais representativos principalmente na população de escolares^{2,3}.

Os parasitas intestinais mais prevalentes no hospedeiro (crianças e adulto) são: *Ascaris Lumbricoides*, *Trichurius Trichiura*, *Anciloestomídeos Necator Americanus*, *Ancylostoma duodenale*, *Entamoeba histolítica* e *Giardia Lomblia*^{4,5}. E a transmissão desses parasitas tende a ocorrer através da ingestão de cistos e ovos provenientes de alimentos, água contaminada, carne crua ou mal cozida além do contato direto com caixa de areia, terra e animais, estando, portanto, associada à contaminação do meio ambiente^{6,7}.

As helmintíases e as protozooses são doenças de manifestação espectral, variando desde casos assintomáticos a leves. Nestes, os sintomas são inespecíficos, tais como anorexia, irritabilidade, distúrbios do sono, náuseas, vômitos ocasionais, dor abdominal e diarreia. Os quadros graves ocorrem em doentes com maior carga parasitária, imunodeprimidos e desnutridos².

As afirmativas (asserções) apresentadas na questão 13 são verdadeiras, sendo que a primeira apresenta visão ampla dos sintomas e dos prejuízos causados pelas parasitoses, principalmente em crianças, e a segunda afirmativa enfatiza que o domicílio, através da transmissão direta (contato interpessoal de pessoas infectadas) também pode provocar disseminação dessas parasitoses. Dessa forma, as duas asserções são verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira, pois ela se refere ao modo de transmissão e não aos danos à saúde causados pela parasitose.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses. Brasília; Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Enteroparasitoses_Pano_nacional_%2006%2007%202005.pdf.
- 2 Andrade EC, Leite ICG, Rodrigues VO, Cesca MG. Parasitoses intestinais: uma revisão sobre seus aspectos sociais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 231-240, abr.-jun. 2010.
- 3 Soares B; Cantos GA. Qualidade parasitológica e condições higiênico-sanitárias de hortaliças comercializadas na cidade de Florianópolis, SC, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 8, 2005.
- 4 World Health Organization (WHO). Prevention and control of intestinal parasitic infections report of a WHO Expert Committee. Geneve, 987 (technical report series, 749) 1987.
- 5 Pittner E. Enteroparasitoses em crianças de uma comunidade escolar na cidade de Guarapuava, PR. Revista Salus-Guarapuava-PR, p. 97-100, v. 1, 2007.
- 6 Prado MS, Barreto ML, Strina A, Faria JAS, Nobre AA, Jesus SR. Prevalência e intensidade da infecção por parasitos intestinais em crianças na idade escolar na cidade de Salvador (Bahia, Brasil). Rev Soc Bras Med Trop., 34(1):99-101; 2001.
- 7 Chehter L, Cabeça M. Parasitoses intestinais. In: Chehter L, Cabeça M. Atualização terapêutica. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 279-83.

QUESTÃO 14

A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral, de evolução benigna na forma clássica e grave quando se apresenta na forma hemorrágica. É uma importante arbovirose (doença transmitida por artrópodes) que afeta o homem e constitui sério problema de saúde pública, especialmente nos países tropicais, inclusive no Brasil. O principal vetor da dengue é o mosquito *Aedes aegypti*.

No que tange à suscetibilidade e imunidade à dengue, assinale a opção **incorreta**.

-
- A. A suscetibilidade ao vírus da dengue é universal.
 - B. A imunidade não é permanente para um mesmo sorotipo.
 - C. A resposta primária se dá em pessoas não expostas anteriormente ao flavivírus, e o título de anticorpos se eleva lentamente.
 - D. A resposta secundária se dá em pessoas com infecção aguda por dengue, mas que tiveram infecção prévia por flavivírus, e o título de anticorpos se eleva rapidamente em níveis altos.
 - E. A suscetibilidade à febre hemorrágica da dengue não está totalmente esclarecida.
-

* **Gabarito: B**

* **Autores: Andréia da Silva Gustavo, Valéria Lamb Corbellini e Stephanie Thomaz Bottin**

COMENTÁRIO:

O agente etiológico da dengue é um vírus RNA. Arbovírus do gênero *Flavivirus*, pertencente à família *Flaviviridae*. Os quatro sorotipos conhecidos são: DENV 1, DENV 2, DENV 3 e DENV 4.

A suscetibilidade a esse vírus é universal, conforme descrito na **alternativa A**¹.

A **alternativa B** traz informação **incorreta** quanto à imunidade. Na dengue a imunidade é permanente para um mesmo sorotipo (homóloga)¹. Por exemplo, uma pessoa infectada pelo sorotipo 1 é imune em relação a ele para toda a vida, mas pode ser infectada por qualquer um dos outros três sorotipos, e nessa situação o risco de dengue hemorrágica aumenta.

A fisiopatogenia da resposta imunológica à infecção aguda por dengue pode ser classificada em primária e secundária. As **alternativas C e D** caracterizam-nas **corretamente**: a resposta imunológica primária ocorre em pessoas não expostas anteriormente ao flavivírus, no qual o título dos anticorpos se eleva lentamente; a resposta imunológica secundária ocorre em pessoas com infecção aguda por dengue, mas que tiveram infecção prévia por flavivírus, no qual o título de anticorpos se eleva rapidamente, atingindo níveis altos.¹

Quanto à suscetibilidade à febre hemorrágica da dengue (FHD) é **correta** a afirmação da **alternativa E**, pois não está totalmente esclarecida. A seguir descrevem-se as três teorias mais conhecidas que tentam explicar sua ocorrência:^{1:3}

- Teoria de Rosen: relaciona o aparecimento de FHD à virulência da cepa infectante, de modo que as formas mais graves sejam resultantes de cepas extremamente virulentas;
- Teoria de Halstead: relaciona a FHD com infecções sequenciais por diferentes sorotipos do vírus da dengue. Nessa teoria, a resposta imunológica, na segunda infecção, é exacerbada, o que resulta numa forma mais grave da doença;
- Teoria integral de multicausalidade: tem sido proposta por autores cubanos, segundo a qual se aliam vários fatores de risco às teorias de infecções sequenciais e de virulência da cepa. A interação dos fatores de risco, a seguir listados, promoveria condições para a ocorrência da FHD:

- fatores individuais: menores de 15 anos e lactentes, adultos do sexo feminino, raça branca, bom estado nutricional, presença de enfermidades crônicas (alergia, diabetes, hipertensão, asma brônquica, anemia falciforme), preexistência de anticorpos, intensidade da resposta imune anterior;

- fatores virais: sorotipos circulantes e virulência das cepas;

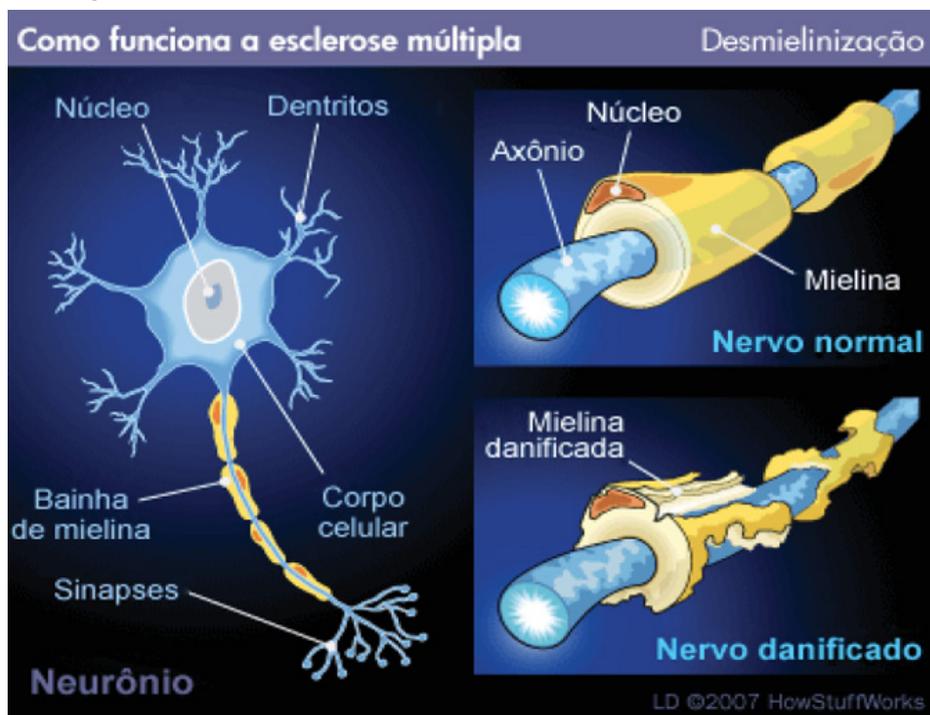
- fatores epidemiológicos: existência de população suscetível, circulação simultânea de dois ou mais sorotipos, presença de vetor eficiente, alta densidade vetorial, intervalo de tempo calculado de 3 meses e 5 anos entre duas infecções por sorotipos diferentes, sequência das infecções (DEN-2 secundário aos outros sorotipos), ampla circulação do vírus.

REFERÊNCIA

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Caderno 9: Dengue, febre amarela, febre do Nilo Ocidental. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 1-48.

QUESTÃO 15

A esclerose múltipla é uma doença autoimune, crônica, que afeta o sistema nervoso central provocando dificuldades motoras e sensitivas, comprometendo a qualidade de vida de seus portadores. Os sintomas caracterizam-se por distúrbios visuais, perda de sensibilidade dos membros inferiores, fadiga, disfunções motoras e dor. A patologia é um processo inflamatório que causa uma lesão nos axônios neuronais e produz uma esclerose em vários locais do sistema nervoso central, conforme ilustra a figura abaixo.



Disponível em: <https://esclerosemultipla.wordpress.com/category/esclerose-multipla>>. Acesso em: 10 ago. 2010.
Nesse contexto, qual a importância da bainha de mielina na função neurológica?

- A. Proteger as fibras nervosas contra agressões físicas, químicas e biológicas.
- B. Retardar a propagação dos impulsos através dos neurônios cerebrais motores.
- C. Dar consistência à fibra nervosa para que não seja comprimida por músculos.
- D. Isolar a fibra nervosa e permitir a condução saltatória dos potenciais de ação.
- E. Promover o transporte axonal que ocorre em vários pontos do sistema nervoso central.

- * **Gabarito: D**
- * **Autoras: Bartira E. Pinheiro da Costa e Graziela Hax**

COMENTÁRIO:

A questão envolve três conceitos básicos: bainha de mielina, processo inflamatório crônico e esclerose múltipla.

As informações sobre esclerose múltipla necessárias para resolver o problema estão mencionadas na própria questão. Entretanto, dados dos outros dois itens são importantes de ser lembrados. A bainha de mielina é uma camada isolante eletricamente das fibras nervosas do cérebro e medula espinhal, permitindo que neurônios localizados próximos ao axônio não sejam indevidamente estimulados. Como consequência desse isolamento, outra vantagem é alcançada: os impulsos podem saltar de um nódulo (interrupções da bainha de mielina) para o outro, permitindo a transmissão rápida das mensagens, e essa característica é mais conhecida como *corrente saltatória*.

O aspecto descontínuo da bainha possibilita o aumento da velocidade na condução do impulso nervoso. Quando as fibras nervosas ficam desmielinizadas, podem provocar “curtos-circuitos” ou falhar na transmissão dos sinais do sistema nervoso. Portanto, quando a bainha de mielina é danificada, os impulsos tornam-se mais vagarosos, pois as mensagens têm de ser passadas ao longo do comprimento total das fibras nervosas, o que torna muito mais lenta a transmissão do que se pudesse saltar de nódulo em nódulo. A comunicação interneuronal é atrasada ou mesmo bloqueada¹.

Os danos à bainha de mielina podem ser ocasionados, entre outras causas, por macrófagos ativados e seus produtos. Macrófagos são células características do processo inflamatório que podem contribuir para a destruição tecidual na inflamação crônica. Esses eventos tornam os axônios despídos ou desmielinizados, promovendo a ineficiência da condução dos impulsos elétricos pela incapacidade saltatória da corrente elétrica. Quando a inflamação reduz, os mecanismos de reparo são ativados, resultando por vezes na remielinização – restauração da mielina que foi lesionada. Esse ciclo de lesão e recuperação pode ocorrer inúmeras vezes nos neurônios do sistema nervoso central. Quando a inflamação afeta uma grande região, ocorre a formação de cicatrizes, que se manifestam pela formação de placas, as quais podem ser detectadas por ressonância magnética. Se a inflamação ocorrer repetidamente no mesmo local, os processos de reparo podem ser insuficientes para manter a restauração, resultando em lesão permanente desses neurônios^{2,3}.

Na esclerose múltipla (EM) a bainha de mielina é danificada através do processo inflamatório crônica, uma vez que se trata de uma doença autoimune. Tais reações inflamatórias não atacam apenas a mielina, mas também os oligodendrócitos (células encarregadas de produzir e manter a bainha de mielina dos axônios no sistema nervoso central).

A EM é uma doença crônica, que afeta muitos (daí o *múltipla* no nome) locais do sistema nervoso central, conduzindo a lesões e cicatrizes (daí *esclerose*) no cérebro e/ou na medula espinhal. As lesões são desencadeadas por uma resposta imune celular que é inapropriadamente dirigida contra os componentes da bainha de mielina. No início, a inflamação é pouco destrutiva e, numa semana ou dez dias, a função neurotransmissora retorna parcialmente². Em pacientes com EM, ocorrem tanto a desmielinização como a remielinização. Por isso o fenômeno transitório remitente-recorrente é característico da esclerose múltipla.

A área do cérebro ou medula espinhal afetada por essas lesões determina quais os sintomas a pessoa irá sentir. Assim, muitas funções do corpo podem ser afetadas. Depois de algum tempo, porém, as lesões se tornam mais intensas e o próprio cérebro perde a condição de se reorganizar e de mielinizar. A avaria desses neurônios conduz ao seu dano irreversível, e a função então é definitivamente perdida^{2,3}.

Os conceitos recém-abordados encontram ressonância apenas na alternativa D, a qual refere a ação isolante da bainha que é desmielinizada na EM, como se mostra na figura disponibilizada na questão, assim como a característica saltatória da corrente elétrica, que, impossibilitada nessa patologia, provoca dificuldades motoras e sensitivas pela diminuição da velocidade de condução.

A alternativa E não deve ser escolhida por ser incompleta, pois, diferentemente da letra D, não refere a ação isolante da bainha que se apresenta muito avariada na EM.

Já a alternativa A refere justamente a capacidade isolante da bainha, sem considerar que a desmielinização reduz a velocidade do impulso que se manifesta na perda da capacidade motora e sensitiva presente na EM.

A alternativa B coloca a importância da bainha como sendo oposta a sua própria função, quando considera o retardo ou atraso da propagação dos impulsos através dos neurônios.

A alternativa C apresenta uma função para a bainha de mielina não referida comumente pela literatura específica, somada ao fato de que as prerrogativas da questão (EM, processo inflamatório e função da bainha de mielina) não se relacionam com as considerações de compressão muscular da fibra nervosa. Nesta resposta há uma clara inversão de causa por efeito, pois a desestruturação da bainha de mielina é o fator desencadeante da maioria dos sintomas da EM, e não a atividade muscular compressora da fibra nervosa.

REFERÊNCIAS

- 1 Hall, J E. Guyton Physiology Review. 11. ed. Philadelphia: Elsevier; 2006.
- 2 Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robbins & Cotran Patologia. Bases patológicas das doenças. 7. ed. Rio de Janeiro: Saunders; 2005.
- 3 Rubin E, Gorstein F, Rubin R, Schwarting R, Strayer D. Rubin Patologia. Bases clínico-patológicas da medicina. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

QUESTÃO 16

A paciente R.G., com 35 anos de idade, do sexo feminino, com IMC = 32, 120 kg, será submetida à gastroplastia por videocirurgia, admitida na unidade de CMC. Durante a aplicação do Histórico de Enfermagem, o enfermeiro responsável pela admissão levantou os seguintes problemas: assadura em região suprapúbica, devido à prega formada pela barriga; abertura pequena de boca; pescoço curto; sudorese intensa em mãos e região axilar; uso de *piercing* em narina direita; uso de prótese dentária na arcada superior; limitação com relação à flexão de joelhos.

Nessa situação, avalie os seguintes procedimentos.

- I. Comunicar ao enfermeiro do CC a respeito da sudorese intensa.
- II. Solicitar visita pré-operatória do anestesista.
- III. Retirar *piercing* da narina direita.
- IV. Encaminhar a paciente para o CC, sem retirar a prótese dentária.
- V. Comunicar ao enfermeiro do CC acerca da limitação de flexão de joelhos.
- VI. Realizar higiene íntima devido à assadura.

São procedimentos adequados em um plano de cuidado pré-operatório apenas os descritos em

-
- A. I, IV e VI.
 - B. II, III e V.
 - C. I, II, III e V.
 - D. I, IV, V e VI.
 - E. II, III, IV e VI.

* **Gabarito: C**

* **Autoras: Graziela Hax e Isabel Cristina Kern Soares**

COMENTÁRIO:

Os procedimentos cirúrgicos, principalmente, as cirurgias gastrintestinais, estão cada vez mais sendo realizados através de laparoscópios.¹ As vantagens da utilização da técnica cirúrgica de gastroplastia por vídeo são, principalmente, redução da dor, menor tempo de internação e melhor relação custo-benefício¹. No entanto, os cuidados pré-operatórios e as orientações que devemos fornecer aos pacientes são os mesmos de outras técnicas cirúrgicas. O preparo pré-operatório otimiza a segurança e os resultados da cirurgia bariátrica e metabólica.²

O papel do enfermeiro na avaliação sistematizada do paciente que vai se submeter a cirurgias é fundamental, e isso deve ocorrer por meio da realização do Histórico de Enfermagem, com entrevista e exame físico detalhado. As orientações pré-operatórias têm por objetivo identificar as alterações que aumentam o risco operatório e dificultam a evolução do paciente no pós-operatório e reduzir o risco de infecção. Estas orientações e/ou informações devem ser transmitidas ao paciente, familiares e equipe que irá acompanhá-lo (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem).

A paciente, descrita nesse caso, apresenta alguns problemas que podem ocasionar complicações no transoperatório e também no pós-operatório mediato e imediato. Uma das complicações após cirurgia gástrica pode ser a Síndrome de Dumping caracterizada, principalmente, por passagem rápida do conteúdo gástrico, ocasionando náuseas, vômitos, suor intenso e diarreia. A detecção desse problema antes da cirurgia é importante, para que não ocorra suspeita dessa síndrome no pós-operatório, e por isso devemos considerar certa a assertiva I.

Solicitar visita prévia do anestesista, como indica a assertiva II, é importante, já que a paciente apresenta pequena abertura da boca e pescoço curto; nesse caso, esses aspectos podem dificultar a intubação para a indução anestésica.

A prótese dentária, como citado na assertiva IV, poderá ocasionar deslizar para as vias aéreas inferiores, causando obstrução. Portanto, é necessário que seja retirada antes de encaminhar o paciente ao CC.

A presença de *piercing* na narina direita (assertiva III) pode causar lesões na pele, decorrentes da mobilização do paciente, e queimaduras eletrocirúrgicas, portanto, é necessária a retirada do *piercing* no pré-operatório.

Comunicar ao enfermeiro do CC acerca da limitação de flexão de joelhos, conforme o que está descrito na assertiva V, vai possibilitar uma adequação no posicionamento cirúrgico dessa paciente.

As orientações para a higiene íntima deverão fazer parte da Prescrição de Enfermagem diária e não apenas do plano de cuidados pré-operatório, e por isso está errada a conduta descrita na assertiva VI.

REFERÊNCIAS

- 1 Nettina, SM. Prática de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 2 Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Cirurgia bariátrica e metabólica. Disponível em: www.sbcbr.org.br/coesa.php?menu=6. Acesso em: 24 jun. 2013.

QUESTÃO 17

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vislumbra a transformação do modelo assistencial em curso no país. A política de Saúde Mental também objetiva a transformação do modelo, e uma de suas estratégias constitui-se nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS e a ESF são processos simultâneos, porém ainda pouco articulados. As práticas de Saúde Mental e de ESF assemelham-se quando

-
- A. adotam a abordagem individual.
 - B. dão ênfase aos deveres.
 - C. reconhecem as pessoas por seus quadros patológicos.
 - D. elegem o território como lócus de coprodução de saúde.
 - E. visam aumentar a autonomia do profissional frente às condições de trabalho.
-

* **Gabarito: D**

* **Autoras: Vera Beatriz Delgado e Beatriz Regina Lara dos Santos**

COMENTÁRIO:

O termo modelo assistencial vem sendo substituído pelo termo modelo de atenção à saúde, pois se entende que a denominação “assistencial” expressa o significado de cidadania como benevolência e dádiva, e não como direito e responsabilidade. Entende-se como modelo de atenção a forma como uma sociedade organiza as ações de atenção à saúde para a resolução dos problemas de saúde de uma coletividade. Tais ações envolvem a articulação de recursos humanos, físicos e tecnológicos.¹

É importante compreender que, quando se fala em mudança de modelo, refere-se à mudança relativa ao modelo ainda hegemônico no país, centrado nas ações médicas, curativas e especializadas, com ênfase no cuidado fragmentado produzido no ambiente hospitalar. O modelo proposto pela política atual, Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios e diretrizes: a integralidade do cuidado; a descentralização e a regionalização dos serviços, com facilidade de acesso; as ações humanizadas, partindo do acolhimento ao usuário, do estabelecimento de vínculo dos serviços com os usuários e da resolução dos problemas; ações planejadas e avaliadas que respeitem as necessidades locais e regionais.²

A questão aborda a mudança de paradigma do modelo de atenção hegemônico para um modelo visando à integralidade e considerando os determinantes sociais do processo de saúde/doença. Constitui um processo de reconstrução e exercício da cidadania, assim como considera três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social³. Os CAPS têm a missão de dar

um atendimento às pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial⁴, enquanto o Programa de Saúde da Família foi proposto como uma estratégia para a organização dos serviços de atenção primária à saúde.

A alternativa A está incorreta. O trabalho desenvolvido no CAPS tem finalidade terapêutica, a qual é alcançada por meio da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento⁴. Assistência prestada ao paciente no CAPS inclui atividades de atendimento individual, em grupo, com oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atendimento à família, orientado por uma prática interdisciplinar⁴. As ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia em Saúde da Família consideram as relações entre indivíduo e coletividade, ou seja, os Determinantes Sociais de Saúde, “partindo do âmbito individual (idade, sexo e fatores hereditários) até uma camada mais distal, onde se situam os macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientes gerais)”⁵⁻³⁵⁷.

A alternativa B está incorreta. A função do CAPS não é voltada para os deveres e, sim, para promover a reinserção social do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários⁵. As ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família visam à mudança de comportamento e de estilo de vida, que dependem da “conscientização da necessidade do processo de mudança”, assim como “a redução das desigualdades sociais e econômicas, violências, degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade”⁵⁻³⁵⁷.

A alternativa C está incorreta, pois o modelo proposto pela política atual, Sistema Único de Saúde (SUS), tem como princípios e diretrizes: a integralidade do cuidado; a descentralização e a regionalização dos serviços, com facilidade de acesso; as ações humanizadas, partindo do acolhimento ao usuário, do estabelecimento de vínculo entre trabalhadores e usuários e o compromisso com a resolução dos problemas; ações planejadas e avaliadas que respeitem as necessidades locais e regionais.² Portanto, as pessoas não são reconhecidas por seu quadro patológico, mas sim integralmente, enquanto o principal participante do tratamento, sendo que sua família e seu grupo social devem ser considerados.⁷

Alternativa D está correta, pois tanto as práticas na ESF como as do CAPS elegem o território como locus de coprodução de saúde, visto que as cidades brasileiras são constituídas por configurações territoriais com marcantes desigualdades sociais, sendo que nas áreas menos favorecidas a população enfrenta situações de maior vulnerabilidade, tanto as relativas à precariedade das condições de moradia, à dificuldade de acesso a serviços, equipamentos, entre outros recursos⁷.

Conforme a Portaria nº 336⁷, o CAPS possui um papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território, assim como a ESF, ocupando importante papel na coordenação e na continuidade do cuidado mediante a hierarquização e a regionalização dos serviços a partir dos territórios e distritos de saúde.

Alternativa E está incorreta. Uma das propostas do CAPS é aumentar, o máximo possível, a autonomia do usuário. O profissional deverá estar habilitado para trabalhar com a reabilitação psicossocial para facilitar a trajetória do usuário na comunidade e no seu território³.

REFERÊNCIAS

- 1 Paim, JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes, EV (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- 2 Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil: Brasília: Senado, 1988.
- 3 Pitta, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
- 4 Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: 2004.

- 5 Thume, E, Soares, UM, Dulelio, AS. Projetos e ações inovadoras na Atenção Primária a Saúde. In: Soares, CB, Campos, CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole, 2013.
- 6 Nakano, AK, Koga, D. Os territórios da urbanidade e a promoção da saúde coletiva. In: Soares, CB, Campos, CMS. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole, 2013.
- 7 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, em 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1. Acesso em: 27 mar. 2011.
- 8 Costa-Rosa A, Abílio. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 141-168.

QUESTÃO 18 – ANULADA

O paciente M.K, de 34 anos de idade, do sexo masculino, alérgico a dipirona e penicilina, encontra-se em primeiro pós-operatório de septoplastia, com tampão nasal limpo e seco e com queixa de cefaleia intensa durante o período da noite. Em sua prescrição médica, encontra-se prescrita dipirona 1g – EV S/N. O enfermeiro responsável pelo cuidado desse paciente, após avaliação da queixa, consultou o prontuário e, diante da prescrição, administrou a medicação, conforme indicação do cirurgião. Nesse caso, considera-se que a segurança do paciente está em risco por erro de:

-
- A. administração de medicamento não autorizado.
 - B. administração pela via errada.
 - C. prescrição.
 - D. preparo.
 - E. dose.
-

ANULADA

QUESTÃO 19

O enfermeiro D.B., responsável pela Central de Material e Esterilização (CME), realizará um treinamento com sua equipe sobre biossegurança na CME. Quais são os sete principais temas que ele deverá abordar com a equipe que atua nessa unidade?

-
- A. Ergonomia; Equipamento de Proteção Individual (EPI); Descarte de materiais; Laser; Riscos elétricos e de incêndio; Líquidos voláteis; Estresse e Burnout.
 - B. Ergonomia; Equipamento de Proteção Individual (EPI); Descarte de materiais; Preparação para situação de emergências e catástrofes; Riscos elétricos e de incêndio; Líquidos voláteis; Estresse e Burnout.
 - C. Ergonomia; Equipamento de Proteção Individual (EPI); Descarte de materiais; Preparação para situação de emergências e catástrofes; Riscos elétricos e de incêndio; Raio X; Estresse e Burnout.
 - D. Quimioterápicos; Equipamento de Proteção Individual (EPI); Descarte de materiais; Preparação para situação de emergências e catástrofes; Riscos elétricos e de incêndio; Raio X; Estresse e Burnout.
 - E. Quimioterápicos; Equipamento de Proteção Individual (EPI); Laser; Preparação para situação de emergências e catástrofes; Riscos elétricos e de incêndio; Raio X; Estresse e Burnout.
-

* **Gabarito: B**

* **Autoras: Gisele Pereira de Carvalho, Graziela Hax e Ana Carolina Gonçalves Kehl**

COMENTÁRIO:

Biossegurança significa um conjunto de ações voltadas para prevenção, eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, à preservação do meio ambiente e à qualidade dos resultados¹. Particularmente na área da saúde, esse tema é extremamente explorado, uma vez que os profissionais, considerando o meio de trabalho, estão mais suscetíveis aos riscos biológicos, químicos, físicos e ergonômicos².

A Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002³, considera o Centro de Material e Esterilização (CME) uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de artigos médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios. É, portanto, um setor de organização de materiais que atua dentro do processo de prestação de assistência ao

paciente, que lida com artigos médico-hospitalares e que está diretamente ligada com a qualidade da assistência prestada.

Dessa forma, esse setor assume vital importância na economia da instituição que depende de seus serviços e também da qualidade da assistência prestada⁴. Os trabalhadores do CME estão expostos a secreções orgânicas, ao lavar e manusear artigos contaminados, e podem ser fonte de transmissão de microrganismos para os pacientes, ao preparar um artigo que será esterilizado e manusear um artigo já esterilizado⁵. Assim, a adoção do Equipamento de Proteção Individual (EPI), embora de uso individual, em algumas situações, se presta à proteção coletiva.

Dentre os temas da biossegurança em Centro de Materiais e Esterilização (CME), conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2010)⁶, incluem-se: risco biológico, ergonômico, risco de natureza físico-química, drogas citotóxicas e risco químico. Mais especificamente os riscos ergonômicos, ou seja, os riscos relacionados aos agentes ergonômicos, são relativos aos fatores necessários ao ajuste entre o profissional e a sua prática e podem ser classificados como: biomecânicos (levantamento de peso, postura, movimento repetitivo, etc.); ambientais (temperatura, umidade, ruídos, contaminantes, etc.); sensoriais (cores e sinais auditivos) e psicológicos (estresse, ritmo de trabalho, relacionamentos interpessoais, etc.).

A alternativa que contempla a resposta correta é a letra B: Ergonomia; Equipamento de Proteção Individual (EPI); Descarte de materiais; Preparação para situação de emergências e catástrofes; Riscos elétricos e de incêndio; Líquidos voláteis; Estresse e Burnout.

Ao avaliarmos as questões de biossegurança que estão relacionadas às atividades realizadas no CME, observamos os seguintes riscos e suas respectivas justificativas:

– Risco ergonômico: os trabalhadores do CME exercem suas atividades laborais em um ambiente onde há a necessidade de carregar peso e de movimentos repetitivos (ao colocar em carga uma autoclave, por exemplo), montagem de bandejas, risco biológico ao fazerem a limpeza e a desinfecção dos materiais, necessitando, assim, do uso de equipamentos de proteção individual e o correto descarte seletivo de materiais.

– O CME é um local insalubre e de extrema periculosidade, considerando-se o risco ambiental. Os equipamentos ali utilizados incluem produtos químicos, biológicos e gases inflamáveis, que estão sob temperatura e pressão variáveis e extremas, provocando risco aumentado. Desse modo, o treinamento e o preparo para situações de emergência e catástrofes, além do combate a incêndio, são tópicos de suma importância para os profissionais que ali exercem suas funções.

– Além dos riscos ambientais, físico-químicos e biológicos, citamos os fatores psicológicos, os quais provocam, com grande frequência, o estresse e a Síndrome de Burnout. O estresse é um dos fatores conhecidos como desencadeadores dessa síndrome, que provoca, no trabalhador, tanto dificuldades físicas quanto emocionais, relacionadas ao ambiente de trabalho⁷.

No CME o Laser e o Raio X deixam de ser um risco físico, pois não são utilizados dentro desse setor, nem mesmo chegam a ser processados e/ou armazenados. No entanto, passam a assumir uma condição de risco quando são utilizados dentro das salas cirúrgicas. Dessa forma, excluimos as alternativas A, C, D e E.

REFERÊNCIAS

- 1 Costa MAF. Qualidade em Biossegurança. Rio de Janeiro: Ed. Qualitymark; 2000.
- 2 Bolick D, Bruner DW. Segurança e controle de infecção. 1. ed. Rio de Janeiro: Reichmanne & Affonso Editores; 2000.
- 3 **Brasil**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 307, 2002**.
- 4 Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da Saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.

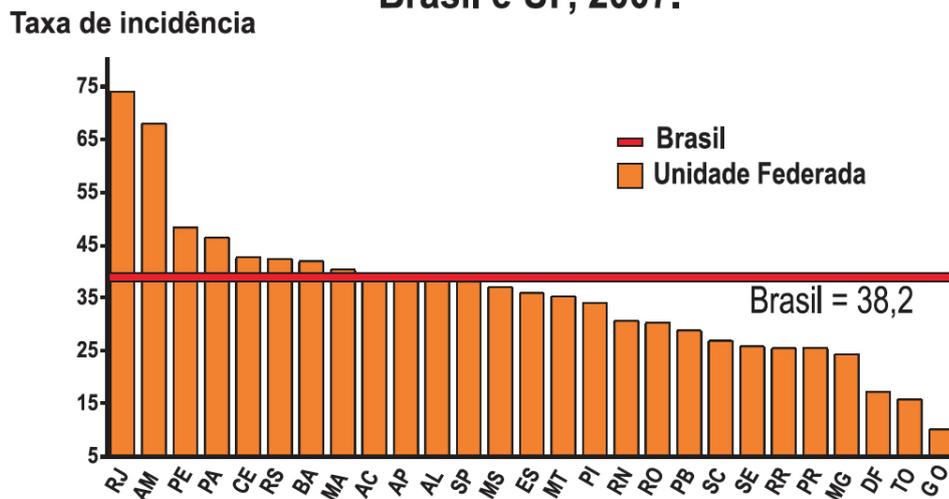
5 Tipple ACFV, Souza TR, Bezerra ALQ, Munari DB. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2):173-180.

6 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfície. Brasília/DF, 2010.

7 Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev. Psiq. Clín. 2007; 34(5):223-233.

QUESTÃO 20

Taxa de incidência/100.000 hab de TB*. Brasil e UF, 2007.



BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual técnico para controle da tuberculose:** caderno de atenção básica. Brasília, 2002.

O gráfico acima revela que a tuberculose continua sendo um preocupante problema de saúde no Brasil, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle. Considerando que os casos bacilíferos são a principal fonte de disseminação da doença, para tentar interromper sua cadeia de transmissão, é fundamental a

- A. realização de prova tuberculínica cutânea em todas as pessoas com casos suspeitos e em seus comunicantes.
- B. percepção de que existem pessoas expostas aos bacilos que não desenvolvem a doença, mas a transmitem por meio de materiais de uso comum.
- C. busca ativa de sintomático respiratório, isto é, de indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a seis semanas.
- D. compreensão de que o conceito de contato abrange os familiares que convivem no mesmo ambiente domiciliar com o caso índice no momento do diagnóstico da tuberculose.
- E. descoberta precoce de caso novo por meio da busca ativa do sintomático respiratório na população com tosse há mais de três semanas.

- * **Gabarito: E**
- * **Autoras: Valéria Lamb Corbellini e Olga Rosaria Eidt**

COMENTÁRIO:

– **A questão A** está **ERRADA**. A prova tuberculínica é indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose. Pessoa reatora ao teste isoladamente é um indicativo tão somente da presença de infecção, não sendo suficiente para o diagnóstico da doença tuberculose. Algumas circunstâncias podem interferir no resultado da prova tuberculínica como, por exemplo: desnutrição, AIDS, sarcoidose, neoplasias, doenças linfoproliferativas, tratamentos com corticosteroides, drogas imunodepressoras, gravidez, etc.^{1,2}

– **A questão B** está **ERRADA**. A transmissão da tuberculose ocorre por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar. Quando essas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, podem provocar a infecção tuberculosa. Quando uma pessoa inala as gotículas contendo os bacilos, muitos deles ficam retidos no trato respiratório superior (garganta e nariz). Se chegarem aos brônquios, os bacilos são aprisionados na secreção (catarro) e eliminados pelo movimento ciliar. Contudo, quando os bacilos atingem os alvéolos, a infecção pode se estabelecer. Nos alvéolos, os bacilos multiplicam-se e um pequeno número entra na circulação sanguínea, disseminando-se por todo o corpo. Dentro de 2 a 10 semanas, no entanto, o sistema imunológico intervém, principalmente por meio das células brancas sanguíneas, chamadas linfócitos e macrófagos, as quais impedem que os bacilos continuem a se multiplicar, bloqueando, assim, a evolução da infecção para tuberculose-doença. Os linfócitos e macrófagos formam o granuloma, uma espécie de barreira em torno dos bacilos provocando sua destruição por meio da fagocitose. Graças à formação do granuloma, a pessoa pode permanecer infectada, não desenvolvendo a doença e, portanto, não transmitindo o germe para as pessoas suscetíveis².

– **A questão C** está **ERRADA**. Quanto maior o número de Unidades de Saúde (US) e de profissionais capacitados, desenvolvendo ações de controle da tuberculose, mais abrangente será a busca, maior será a detecção de casos, mais rápido o início do tratamento e mais eficiente a supervisão do tratamento, o que favorece a cura e a quebra da cadeia de transmissão. A busca de casos deve ser feita principalmente entre os sintomáticos respiratórios, isto é, portadores de tosse com expectoração há pelo menos três semanas^{1,2}.

– **A questão D** está **ERRADA**. O conceito de contato envolve toda pessoa que convive no mesmo ambiente com a pessoa com sintoma respiratório no momento do diagnóstico da tuberculose. Esse convívio pode-se dar em casa e/ou no ambiente do trabalho, instituições de longa permanência, escola, entre outros. A avaliação do grau de exposição do contato será individualizada, considerando o tempo de exposição, o ambiente, entre outros^{1,2}.

– **A questão E** está **CORRETA**. Para interromper a cadeia de transmissão da tuberculose é fundamental a descoberta precoce dos casos bacilíferos. A busca ativa na população de pessoas com tosse prolongada deve ser uma estratégia priorizada nos serviços de saúde (nível primário, secundário e terciário) e deve ser feita em pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas^{1,2}.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Tuberculose, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=3108>.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Vigilância em Saúde – Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abca21.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2013.

QUESTÃO 21

O conhecimento do enfermeiro com relação aos resíduos sólidos de saúde faz parte de sua atuação profissional. A Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32) dedicou especial atenção ao tratamento dos resíduos, por suas implicações na biossegurança pessoal e no meio ambiente. É importante ressaltar que a NR-32 não desobriga o cumprimento da Resolução ANVISA RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, e da Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005. Essas resoluções dispõem acerca do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e da necessidade de designação de profissional com registro ativo junto ao seu conselho de classe.

Com base nessas legislações, qual das opções a seguir apresenta procedimento **inadequado** em relação aos resíduos?

-
- A. Os recipientes existentes em sala de cirurgia e de parto não necessitam de tampa para vedação.
 - B. Para recipientes destinados à coleta de material perfurocortantes, o limite máximo de enchimento deve estar localizado a 5 cm abaixo do bocal.
 - C. O recipiente para acondicionamento de perfurocortante deve ser mantido em suporte exclusivo e em altura que permita a visualização da abertura para descarte.
 - D. O transporte manual do recipiente de segregação deve ser realizado de forma que não exista contato do mesmo com outras partes do corpo, sendo vedado o arrasto.
 - E. Sempre que o transporte do recipiente de segregação possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador, devem ser improvisados por ele meios mais apropriados para não comprometer sua integridade física.

* **Gabarito: E**

* **Autoras: Graziela Hax e Janete Urbanetto**

COMENTÁRIO:

A alternativa E apresenta procedimento inadequado em relação ao transporte do recipiente de segregação dos resíduos, sendo a opção correta dessa questão. Na Norma Regulamentadora nº 32, não existem descrições relacionadas a improvisações. Na referida norma, o item 32.5.4 descreve que “o transporte manual do recipiente de segregação deve ser realizado de forma que não exista o contato do mesmo com outras partes do corpo, sendo vedado o arrasto”^{1:11}. No mesmo referencial, no item 32.5.5, está descrito que “sempre que o transporte do recipiente de segregação

possa comprometer a segurança e a saúde do trabalhador, devem ser utilizados meios técnicos apropriados, de modo a preservar a sua saúde e integridade física”^{1:11}.

Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem aponta vulnerabilidades durante o processo de laboral, como trabalhar em condições inseguras e não adesão às precauções universais (por sobrecarga de atividades ou por condições físicas insalubres), o que pode acarretar adoecimento desses trabalhadores².

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). Brasília: *Diário Oficial da União* (DOU), Seção 1; 2005. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/avalia/saude_do_trabalhador_portaria_485_aprova_NR32.pdf>.

2 Gallas SR, Fontana RT. Biossegurança e enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. *Rev. bras. enferm.* [online], 2010, 63 [acesso em: 2012 Maio 14] (5): 786-792. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/15.pdf>>.

QUESTÃO 22

Um paciente de 2 meses de idade é pré-maturo em UTI neonatal, com cateter venoso central, 1 via em jugular D e SNE para receber leite materno. Ambas as administrações estavam sendo realizadas por uma mesma bomba de infusão. Às 12h foi inserido o leite materno na bomba de infusão para administração pela SNE pelo enfermeiro do plantão da manhã e, às 13h, o enfermeiro do plantão da tarde desligou o equipamento ao término da infusão e detectou que o leite materno havia sido conectado na via da infusão endovenosa.

O equívoco na conexão pode ter sido ocasionado por fator

- I. técnico, pela semelhança e compatibilidade entre os conectores.
- II. organizacional, pela utilização de bombas de infusão diferentes para administração de soluções intravenosas e dietas enterais.
- III. humano, devido ao acúmulo de tarefas, levando à não interrupção de atividades, à desatenção e à falta de descanso.

É correto o que se afirma em:

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

* **Gabarito: C**

* **Autoras: Maria Cristina Lore Schilling e Beatriz Sebben Ojeda**

COMENTÁRIO:

Analisando-se a questão acima, devem-se considerar alguns aspectos relacionados à segurança do paciente.

O ambiente hospitalar é um espaço complexo de assistência à saúde que requer atuação conjunta de equipe multidisciplinar com o objetivo de atenção integral à saúde das pessoas. Essas organizações contam com estruturas e tecnologias cada vez mais complexas (instalações, equipamentos, medicamentos) que requerem permanente interação e capacitação das equipes envolvidas para sua utilização e manejo das mesmas, a fim de minimizar riscos e chances de erros¹.

No contexto das unidades de terapia intensiva, a UTI neonatal é caracterizada como área crítica destinada à internação de pacientes graves, com idade de 0 a 28 dias de vida, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias a diagnóstico, monitorização e terapia². É um ambiente mais suscetível à ocorrência de eventos adversos, seja pela complexidade do tratamento, pelo número de procedimentos invasivos ou pelo uso em grande escala de tecnologia especializada, a qual exige domínio do profissional e agilidade na tomada de decisão.

Conforme a classificação internacional de segurança do paciente, o evento adverso é um incidente com dano, ou seja, implica prejuízo de uma estrutura ou função corporal, incluindo enfermidade, lesão, sofrimento, incapacidade e morte, podendo ser físico, social ou psicológico³.

Outra variável a ser considerada é que nessas unidades os pacientes são mais suscetíveis pela instabilidade de funções vitais que apresentam, pois grande parte das crianças internados nas UTIs neonatais são prematuras ou pré-termo⁴. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pré-termo toda criança nascida antes de 37 semanas. Sendo assim, inclui todo recém-nascido (RN) vivo com menos de 37 semanas completas de gestação (<259 dias), contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual. A incidência é variável e depende de características populacionais⁵.

A prematuridade está associada à mortalidade neonatal, sendo considerada como a principal causa de morte no primeiro mês de vida⁴. A prevenção depende, entre outros fatores, da qualidade dos serviços de saúde e dos cuidados neonatais, os quais têm evoluído no que se refere às novas tecnologias^{4,6}. Recém-nascidos prematuros são mais suscetíveis aos agravos porque seus sistemas orgânicos são imaturos, o que influencia a transição da vida intrauterina para a extrauterina, requerendo cuidados diferenciados em relação aos recém-nascidos a termo^{6,7}.

Na situação descrita, o equívoco pode ter sido ocasionado pelos fatores técnicos e humanos, conforme aponta a resposta C. Não pode ser associado ao fator organizacional “utilização de bombas de infusão diferentes para administração de soluções intravenosas e dietas enterais”, citado nas demais respostas, porque foi utilizada a mesma bomba de infusão para as soluções intravenosas e para a dieta enteral.

Riscos significativos resultam da interação de pessoas com produtos, ferramentas, procedimentos e processos no ambiente clínico⁸. No caso citado, os fatores técnicos envolvidos, ou seja, a semelhança entre os conectores, é um fator significativo para a ocorrência de evento adverso. Autores referem que modernas bombas de infusão multicanal são rotineiramente usadas na unidade de terapia intensiva para administrar múltiplas medicações fluidas por um único acesso central, o que pode levar à ocorrência de erros de administração⁸. Padronizar cores para acessos intravenosos pode auxiliar a equipe de enfermagem a diferenciar as soluções usadas em bombas de infusão multicanal.

Já os eventos adversos associados aos fatores humanos decorrem de diferentes situações. Podem estar atrelados ao número insuficiente de profissionais frente a demandas de pacientes, o que compromete a segurança. Nesse sentido o dimensionamento adequado do quadro de pessoal em unidades de terapia intensiva é um fator importante a ser considerado para a segurança do paciente. Por esse motivo a regulamentação desse dimensionamento tem sido foco de discussões entre profissionais, gestores, instituições de ensino e órgãos regulamentadores (RDC7 e RDC26)^{2,9}.

Outro aspecto associado à segurança do paciente se refere à formação e à capacitação da equipe de profissionais. A educação continuada necessita ser incorporada no cotidiano da equipe da UTI, com avaliação permanente de normas e rotinas das técnicas desenvolvidas na unidade, com a inclusão de novas tecnologias e o gerenciamento dos riscos, com vistas à segurança dos pacientes e dos profissionais e prevenção e controle de infecções². Dessa forma, as UTIs são consideradas locais especiais que demandam um alto grau de especialização do trabalho da equipe de enfermagem e exigem do profissional permanente atualização e engajamento com os diferentes profissionais e afinidade para atuar em unidades fechadas¹⁰.

REFERÊNCIAS

- 1 Wachter, R. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 7, 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf>>.
- 3 Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *Int J Qual Health Care*. 2009 February; 21(1): 18–26. Disponível em: <<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/16534534.pdf>>.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>.
- 5 Ricci, Susan Scott. *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- 6 Gaíva MAM; Gomes MMF. *Cuidando do neonato: uma abordagem de enfermagem*. Goiânia: AB, 2003.
- 7 Lowdermilk DL, Perry S, Bobak I. *O cuidado em enfermagem materna*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 8 Wachter R; Haughom B. Fatores humanos e erros na interface homem-máquina. In: Wachter, Robert. *Compreendendo a segurança do paciente*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 26, 11 de maio de 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html>.
- 10 Arone EM, Cunha ICKO. Tecnologia e Humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integridade da assistência. Brasília, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2007; 60(6): 721-3.

QUESTÃO 23

Avalie as asserções a seguir.

O indicador que melhor retrata o que ocorre na fase fetal é o peso de nascimento da criança.

PORQUE

Pesos ao nascer menor que 2500 g podem ser decorrentes de prematuridade e (ou) déficit de crescimento intrauterino. Recém-nascidos com menos de 2500 g são classificados, genericamente, como de baixo peso ao nascer.

Analisando a relação proposta entre as duas asserções acima, analise a alternativa correta.

-
- A. As duas asserções são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
 - B. As duas asserções são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
 - C. A primeira asserção é uma proposição verdadeira, e a segunda é uma proposição falsa.
 - D. A primeira asserção é uma proposição falsa, e a segunda é uma proposição verdadeira.
 - E. As duas asserções são proposições falsas.
-

* **Gabarito: A**

* **Autoras: Kelly Dayane Stochero Velozo, Olga Rosaria Eidt e Juceline Carla Martinelli.**

COMENTÁRIO:

O período intrauterino é uma etapa importante para o crescimento e o desenvolvimento do feto. É nessa fase intrauterina que se observa a maior velocidade de crescimento que vai desde a concepção, implantação no útero e várias divisões celulares até o conceito apresentar a forma humana¹. Sabe-se que é nesse período de crescimento intrauterino que os fatores genéticos e os riscos externos, tais como agentes infecciosos, nutrição materna, fumo, álcool, drogas, idade materna, intervalo curto entre partos, gestação múltipla, irrigação placentária insuficiente, entre outros, podem acelerar ou restringir o crescimento do feto, interferindo no peso de nascimento e repercutindo no desenvolvimento do neonato¹. Muitos desses fatores e riscos estão relacionados com problemas socioeconômicos e podem ser prevenidos com uma boa cobertura por parte dos serviços de saúde e controle pré-natal.

O recém-nascido pode ser classificado de acordo com a idade gestacional e o peso de nascimento². De acordo com a idade gestacional, o recém-nascido pode ser classificado como:

prematureo ou pré-termo (menos de 37 semanas de gestação), termo (entre 37 e 41 semanas de gestação) e pós-termo (acima de 42 semanas de gestação), independentemente do peso ao nascer².

Também pode ser classificado de acordo com o peso ao nascer em: baixo peso (abaixo de 2500 g), muito baixo peso (entre 1000 g e 1499 g) e extremo baixo peso (abaixo de 1000 g), de forma independente de sua idade gestacional². A morbidade e a mortalidade neonatal são inversamente proporcionais ao peso e a idade gestacional, quanto menor o peso e a idade gestacional, maior será a morbimortalidade².

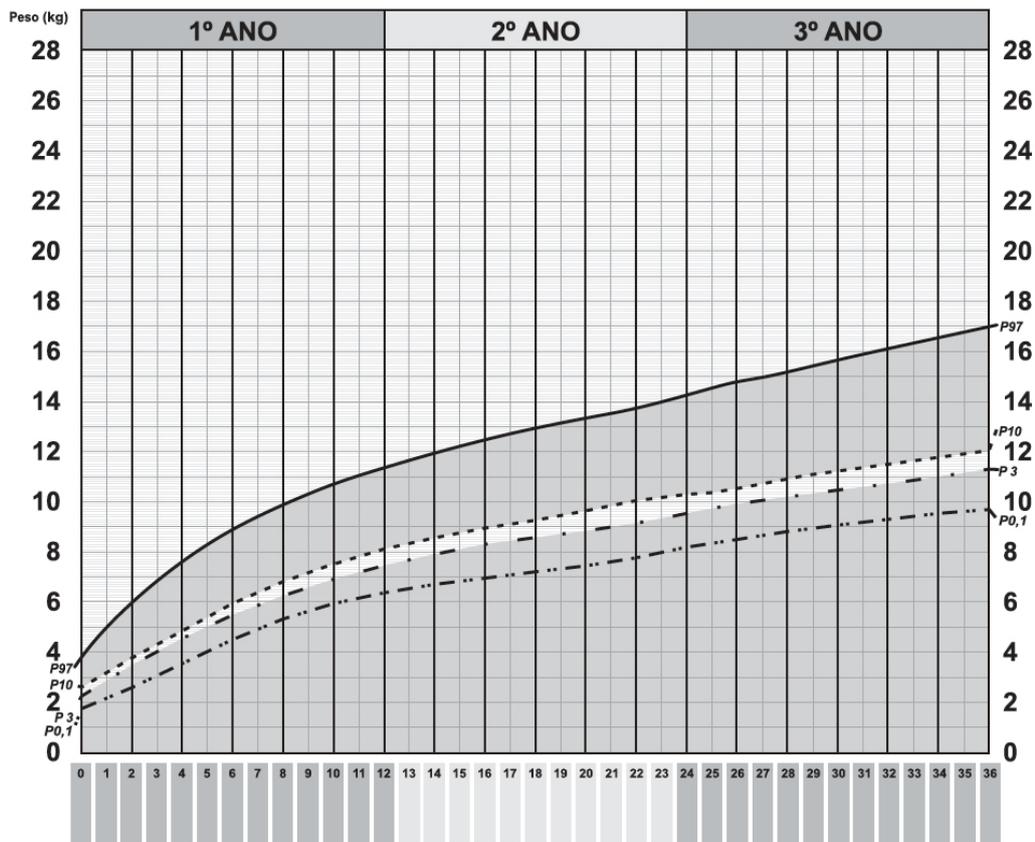
O peso ao nascer reflete no crescimento e desenvolvimento infantil, por isso toda criança com história de baixo peso ao nascer deve ser considerada criança em situação de risco e deve ser acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida^{1,3}. Essas crianças apresentam maiores riscos de internações, de mortalidade infantil e de desenvolver doenças crônico-degenerativas³. Há associação com o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor³.

Nessa questão do Enade, a alternativa A está correta, já que diante do exposto pode-se afirmar que as duas proposições são verdadeiras e o peso ao nascer é o indicador que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal, sendo justificado pelo fato de que os recém-nascidos com menos de 2500 g são classificados como baixo peso ao nascer, e esse baixo peso pode ser decorrente de prematuridade e/ou déficit de crescimento intrauterino devido a fatores internos e externos. Independentemente da causa desencadeante, o baixo peso de nascimento é um fator de risco e está relacionado à morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Manual AIDPI neonatal*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

QUESTÃO 24



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

André, com 10 meses de idade, é levado pelos pais à unidade de saúde para acompanhamento de puericultura. A criança nasceu a termo, parto vaginal, com 2800 g e medindo 49 cm. As vacinas estão atualizadas. Recebeu exclusivamente leite materno até o sexto mês de vida e continua em aleitamento. Seu peso atual é de 7500 g, o que localiza sua curva entre os percentuais 10 e 3. Os pais informam que André ganhou menos peso, depois que passou a frequentar a creche, onde está em período de adaptação.

Diante dessa situação, qual das descrições a seguir reflete comportamento mais adequado de uma enfermeira considerando a atenção à saúde da criança?

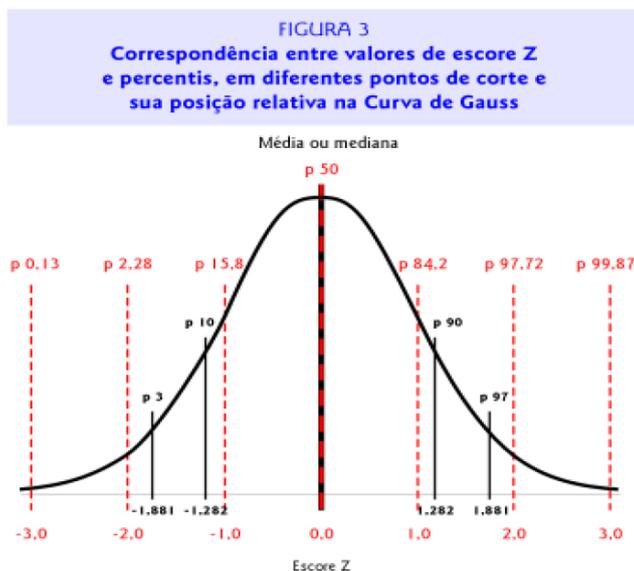
-
- A.** André situa-se na faixa de normalidade nutricional (entre percentuais P97 e P3) na curva peso/idade. A enfermeira reforça orientações básicas e agenda retorno conforme o calendário mínimo de consulta ou de acordo com a rotina da unidade.
- B.** A criança está em risco nutricional. A enfermeira investiga possíveis fatores relacionados à desaceleração do crescimento e orienta os pais no sentido de corrigi-los; orienta alimentação especial para ganho de peso e agenda retorno em 15 dias.
- C.** Apesar do risco nutricional, a criança é eutrófica. A partir disso, a enfermeira investiga possíveis causas da desaceleração do crescimento e orienta os pais a respeito da alimentação complementar e manutenção do aleitamento materno, agendando retorno em 30 dias.
- D.** A desaceleração do crescimento está relacionada à adaptação da criança à creche. A enfermeira reforça orientações a respeito da alimentação complementar e agenda retorno de acordo com o calendário mínimo de consultas.
- E.** A enfermeira encaminha André para consulta com o pediatra, pois a desaceleração do crescimento é acontecimento importante que necessita de intervenção imediata, e agenda retorno para acompanhamento em 30 dias.
-

* **Gabarito: B**

* **Autoras: Kelly Dayane Stochero Velozo, Olga Rosaria Eidt e Ana Carolina da Silva Cardoso**

COMENTÁRIO:

As curvas de crescimento são uma ferramenta importante que permite avaliar o crescimento e o desenvolvimento infantil e identificar as crianças com maior risco de morbimortalidade, acompanhando o progresso individual de cada criança. A forma mais adequada para acompanhar o crescimento de uma criança é o registro periódico do peso no Gráfico Peso/Idade do Cartão da Criança¹. Nesse gráfico, o eixo vertical corresponde ao peso em quilogramas, e o eixo horizontal corresponde à idade da criança em meses¹. Na década atual o Ministério da Saúde vem adotando como critério de avaliação o registro do peso para a idade por meio da leitura de Escores Z². Por isso, é importante lembrar a correspondência dos valores de percentuais com o Escore Z presente na figura e na tabela a seguir.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Tabela 5 – Pontos de corte de peso para a idade para crianças menores de 10 anos

Valores críticos		Diagnóstico nutricional
Percentil > 97	Escore z > +2	Peso elevado para a idade.
Percentil ≥ 3 e 97	Escore z ≥ -2 e +2	Peso adequado para a idade.
Percentil ≥ 0,1 e < 3	Escore z ≥ -3 e < -2	Peso baixo para a idade.
Percentil < 0,1	Escore z < -3	Peso muito baixo para a idade.

Fonte: BRASIL, 2008a.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Portanto, as condutas indicadas para as crianças com pontos de corte entre os percentis 3 e 10 correspondem às mesmas em relação aos Escores Z -2 e -1, a análise avaliativa que consta atualmente no Cartão da Criança².

O gráfico presente no Cartão da Criança é composto por quatro linhas. A primeira linha superior representa os valores do percentil 97 (que corresponde a +2 Escores Z), decrescendo a linha pontilhada representa o percentil 10, a terceira linha representa o percentil 3 (que corresponde a -2 Escores Z), enquanto a linha mais inferior corresponde ao percentil 0,1 (representa os valores abaixo de -3 Escores Z)¹. A relação Peso/Idade pode ser classificada como: acima do percentil 97 (sobrepeso), entre os percentis 97 e 3 (faixa de normalidade nutricional), entre os percentis 10 e 3 (risco nutricional), entre os percentis 3 e 0,1 (peso baixo) e abaixo do percentil 0,1 (peso muito baixo)¹. Também é importante observar nos gráficos a posição e o sentido do traçado da curva de crescimento (ascendente, horizontal ou descendente) sendo que é desejável sempre a curva estar ascendente¹.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais¹. Contudo, em situação de alerta, risco nutricional ou peso baixo deve-se marcar nova consulta em um período de tempo menor, respectivamente para 30 dias (situações de alerta nutricional) e 15 dias (situações de risco nutricional, peso baixo e peso muito baixo)¹.

Na proposta do cartão da criança, os pesos entre os percentis 10 e 3, embora classificados como faixa da normalidade nutricional, caracterizam uma situação de risco ou de alerta nutricional dependendo do traçado da curva¹. Nessa questão 24, a criança está localizada na curva entre os percentis 10 e 3, e os pais informaram que a criança ganhou menos peso devido ao período de adaptação na escola. Entende-se que como a criança ganhou menos peso, o traçado da curva de

acompanhamento está horizontal ou descendente, caracterizando a criança como em situação de risco nutricional. A conduta a ser adotada pelos profissionais de saúde é investigar possíveis causas da perda de peso com especial atenção para o processo de desmame, alimentação complementar, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto e higiene pessoal e ambiental. Além disso, são importantes as orientações aos pais e/ou cuidadores quanto à alimentação complementar visando ao ganho de peso. Destaca-se que, com relação ao acompanhamento dessa criança, é necessário agendar e realizar uma nova consulta em um intervalo máximo de 15 dias.

Diante do exposto, a alternativa “B” está correta. A alternativa “A” está incorreta devido à afirmação de retorno conforme o calendário mínimo de consulta. A alternativa “C” está incorreta, pois como a criança está em risco nutricional a consulta de retorno deve ser de no máximo em 15 dias. A alternativa “D” está incorreta, pois não se pode afirmar que a desaceleração do crescimento é relacionada apenas à adaptação na creche e também devido à afirmação de retorno conforme calendário mínimo de consultas. A alternativa “E” está incorreta, pois nesse caso a criança ainda não precisa de intervenção imediata em um serviço de maior complexidade, e sim devem ser investigadas as possíveis causas da diminuição de peso, orientando os pais sobre a alimentação especial para o ganho de peso e marcando o retorno de acompanhamento no máximo em 15 dias.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

QUESTÃO 25

O acúmulo técnico-político dos três níveis de gestão do SUS, na implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), elementos essenciais para a reorientação do modelo de atenção, tem possibilitado a identificação de um conjunto de questões relativas às bases conceituais e operacionais do que se tem denominado atenção básica à saúde no Brasil, e de suas relações com os demais níveis do sistema. Essa discussão fundamenta-se nos eixos transversais da universalidade, da integralidade e da equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação constitucional e infraconstitucional. Considerando o texto como referência inicial, assinale a opção correta acerca da atenção básica em saúde.

-
- A. O Programa Saúde da Família é a estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica, por ser um atendimento prestado por equipes especializadas que se responsabilizam pelas famílias cadastradas em sua área.
 - B. A equipe mínima para a ESF é composta por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, agentes comunitários de um auxiliar e um técnico de higiene dental.
 - C. A atenção básica em saúde é considerada a porta de entrada para o SUS por cuidar apenas da promoção da saúde e da prevenção primária.
 - D. Cada equipe da ESF é responsável pelo acompanhamento de três mil pessoas ou 500 famílias de determinada área.
 - E. O PACS substitui a ESF em municípios com menos de 50 mil habitantes.
-

* **Gabarito: E**

* **Autoras: Beatriz Regina Lara dos Santos, Heloisa Bello, Gabriela Azevedo e Elise Silveira da Silva**

COMENTÁRIO:

A Constituição Federal e as leis orgânicas (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), com seus princípios doutrinadores e organizacionais de universalidade, equidade, integralidade, controle social, descentralização, hierarquização e regionalização da atenção, representam um grande avanço no projeto de Reforma Sanitária Brasileira.^{1,2}

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada de vários atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único

de Saúde (SUS), como movimentos sociais de usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil, a Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a **Rede de Atenção à Saúde**. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.³

No ano de 1994, o Ministério da Saúde, implantou o Programa Saúde da Família (PSF). Constitui uma estratégia política para promover a organização das ações de atenção básica nos sistemas municipais de saúde, visando à promoção da saúde e qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades.⁴

Surgiu no Brasil o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS), o qual foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, como uma estratégia de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde. A partir de 1998, acelerou-se a implantação das equipes de PACS, consideradas como uma estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF).⁵

A assertiva A está incorreta, pois, segundo a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica no Brasil, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. Tais práticas são dirigidas à população de territórios bem delimitados, e a equipe assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vive tal população.⁶

Em 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), reiterando que a estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, tendo como especificidade a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, “médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde”.⁷

A assertiva B está incorreta. Conforme o Ministério da Saúde, Portaria nº 648 do ano de 2006, são necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família: equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.⁶

A assertiva C está incorreta, pois, de acordo com a Política Nacional de Atenção básica na Portaria nº 648, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.⁶

A assertiva D está incorreta, pois, o art. 1º, inciso I, do item 3 do Capítulo II da Portaria nº 648, passa a vigorar com a seguinte redação: “São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF): I – número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficiente para cobrir 100% (cem por cento) da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 (doze) ACS por ESF”. Quanto às diretrizes para implementação das ESF, entre outras, deve-se

observar a seguinte: equipe multiprofissional formada por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, com carga populacional máxima de 4.000 (quatro mil) habitantes por ESF e média recomendada de 3.000 (três mil) habitantes.⁶

A assertiva E está correta, pois o PACS é uma etapa transitória para o PSF, segundo a Portaria nº 648. Ao abordar a quantidade de ESF por município, refere que nos municípios com população entre 20 (vinte) e 50 (cinquenta) mil habitantes, até 30% (trinta por cento) das ESFs poderão ser implantadas na modalidade Equipe Transitória, ou seja, pela equipe dos ACS.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. Portanto é correto afirmar que o PACS substitui a ESF em municípios com menos de 50 mil habitantes. Conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que substituiu a Portaria nº 648, a assertiva estaria errada, pois prevê equipes transitórias em municípios com menos de 100 mil habitantes^{6,7}.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Brasília: Casa Civil, 1990.
- 2 Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990. Brasília: Casa Civil, 1990.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2006.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 1998 13 nov. Acesso em: 15.5.2013. Disponível em: <<http://www.unisaesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/CC25565101883.pdf>>.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa agentes comunitários de saúde. (PACS). Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Acesso em: 17.5.2013. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe148.pdf>>.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006. Acesso em: 18.4.2013. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Informe Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde(PACS). Ano VI, nº 148, janeiro, 2002. Acesso em: 18.4.2013. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informesaude/informe148.pdf>>.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

QUESTÃO 26

O território de Laranjeiras, situado em um município de pequeno porte, tem apresentado, nos últimos anos, alta incidência e prevalência de casos de violência. Estudos realizados pelo Núcleo de Prevenção às Violências e de Promoção da Saúde, de uma instituição local, revelam que 78% dos casos são registrados na faixa etária de 10 a 17 anos. A gestão municipal, em uma reunião colegiada, elaborou um plano de gestão integrada para enfrentamento da situação. A educação em saúde foi uma das estratégias apontadas para que a equipe de saúde da família enfrentasse o problema.

Nessa situação, é **incorreto** a equipe de saúde da família considerar que a educação em saúde

-
- A. é uma estratégia de promoção da saúde.
 - B. relaciona-se à história, à cultura e aos costumes da comunidade.
 - C. busca apoderar a comunidade para o processo de mudança.
 - D. visa à participação ativa dos sujeitos, acontecendo em diversos espaços.
 - E. objetiva transmitir conhecimentos universalmente aceitos por meio de palestras, vídeos, panfletos, entre outros meios.
-

* **Gabarito:** E

* **Autoras:** Beatriz Reina Lara dos Santos, Olga Rosaria Eidt, Aline Silva do Prado e Cristina Fontoura Bombardelli

COMENTÁRIOS:

À medida que a Educação em Saúde constitui uma ferramenta de promoção da saúde é necessário que os profissionais possuam uma visão integral das necessidades de saúde do sujeito. O ato de ensinar não é condizente apenas com a transferência de conhecimentos, mas sim com a possibilidade de produção e construção do conhecimento pelo aprendiz. A Educação para a Saúde deve gerar o desenvolvimento da autonomia do sujeito e da responsabilidade no cuidado da saúde, engendrando a transformação social¹.

A ação educativa é elemento essencial no processo de trabalho dos profissionais de saúde, entretanto ela não deve ter caráter autoritário, ser baseada apenas na transmissão de informações, visando à mudança de comportamento das pessoas, enfatizando as doenças e o saber técnico e fragmentado. A Educação em Saúde deve ser orientada para promoção da participação das pessoas no enfrentamento de seus problemas, à medida que o processo de saúde-doença é socialmente determinado. A ação educativa deve ser alicerçada em competências tais como: promoção da integralidade do cuidado à saúde; articulação da teoria e da prática; promoção do acolhimento e construção de vínculos; ação visando à transformação da realidade; respeito à autonomia das

pessoas e ao saber popular; e, principalmente, utilização de estratégias e ações pedagógicas que promovam e viabilizem o diálogo. A ação educativa deve articular os diversos trabalhadores e usuários envolvidos na resolução dos problemas relativos ao setor saúde².

A proposta da Educação em Saúde visa à valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; e promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações. A prática da educação em saúde, segundo essa perspectiva, coloca a equipe de saúde como mediadora entre o serviço e a população, o que implica a necessidade de mudança de atitude dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito ao modo como se constroem as pontes entre as proposições e normas do serviço e as necessidades vivenciadas pela população em seu cotidiano³.

A educação em saúde, além da formação permanente de profissionais para atuar nesse contexto, tem como eixo principal a dimensão do desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, visando à melhoria da qualidade de vida e saúde da comunidade assistida pelos serviços, tomando por princípio norteador a Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme as diretrizes também estabelecidas pela carta de Otawa, reforçando que a educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que sempre estiveram articuladas, sendo considerados elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde⁴.

Atualmente “tanto a saúde quanto a educação buscam caminhos para construir um sujeito em estado de permanente aprendizagem, aprendendo a aprender, aprendendo a ensinar e ensinando a aprender”, conspirando para o contexto da qualificação das práticas de saúde do SUS⁵.

- A. **A assertiva A está correta**, pois a educação em saúde é um processo educativo de construção de conhecimento em saúde que visa à apropriação temática pela população. A metodologia problematizadora é mais que uma abordagem educativa; ela é uma postura educacional crítica sobre os elementos da realidade vivida pelos sujeitos do processo, além de considerar que os problemas do cotidiano são janelas de oportunidades para a construção de hipóteses que busquem soluções factíveis nos moldes da ação-reflexão-ação⁶.
- B. **A assertiva B está correta**, pois, ao tomarem-se os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sobre o processo de saúde-doença. Primeiramente, é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos, papéis e suas condições de vida. Assim, as práticas de educação em saúde contemplam os determinantes psicossociais e culturais do processo de saúde-doença⁷.
- C. **A assertiva C está correta**, pois, problematizando a realidade tomada como referencia, a Educação Popular mostra-se como um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos, permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades, favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social. Permite a produção de sentidos para a vida e engendra a vontade de agir em direção às mudanças que se julgem necessárias. As ações pedagógicas constroem cenários de comunicação em linguagens diversas, transformando as informações em dispositivos para o movimento de construção e criação⁸.
- D. **A assertiva D está correta**, pois a ação educativa que visa à possibilidade de produção e construção do conhecimento pelo aprendiz, ao desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e ao cuidado da saúde engendrando a transformação social parte do pressuposto de que é preciso envolver as pessoas em tal ação, por meio da participação, do reconhecimento

do saber popular e, principalmente, do diálogo entre iguais. Nessa concepção, tal prática é emancipatória, pois visa à construção de um saber em relação ao processo de saúde-doença-cuidado, o qual possibilite às pessoas que decidam sobre as estratégias e ações apropriadas para promoção, manutenção e recuperação de sua saúde. As práticas educativas podem ser desenvolvidas tanto nos espaços formais dos serviços de saúde ou de instituições sociais, como também em situações informais do cotidiano. O importante é que, no espaço das relações interpessoais, todo trabalhador de saúde se reconheça como um potencial educador, bem como os usuários sejam sujeitos em busca de autonomia⁷. A Educação em Saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde no Brasil. O reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática nesse âmbito da atenção⁹.

- E. A assertiva E está incorreta**, pois o processo educativo em saúde não pode ser baseado no modelo pedagógico da transmissão de conhecimento. Tal modelo não considera os determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde. Como já foi dito, ao considerar os usuários como objeto das práticas educativas e carentes de um saber sobre a saúde, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores, representações sociais. Atualmente, é necessário abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar a comunicação dialógica, sensível às demandas dos usuários, valorizando a perspectiva dos sujeitos nas práticas de saúde⁷. A Educação em Saúde é afirmada em uma perspectiva que converge para a troca de conhecimentos, a construção de vínculos com a população e o desenvolvimento de processos de participação da comunidade, de acordo com a proposta de “valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito; e promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações”³.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva JLL. Educação em saúde e promoção da saúde: a caminhada dupla para a qualidade de vida do cliente. Informe-se em promoção da saúde, v.1, n.1, jul.-dez. 2006. p. 3.
- 2 Oliveira MAC. Prefácio. In: Leite MMJ. Educação em Saúde: desafios para uma prática inovadora. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; 2010.
- 3 Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2007.
- 4 Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.
- 5 Anastasiou LGC. Ensinar, aprender, apreender e processos de ensinagem. In: Alves LP (org.). Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 7. ed. Joinville: Univille; 2007.
- 6 Machado AGM, Wanderley LCS. Educação em Saúde. Portal Una – SUS/UNIFESP. p.6.
- 7 Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistências. Interface (Botucatu). 2005, v. 9, n. 16, p. 47 e 48.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF; 2007. p. 15.
- 9 Carneiro ACLL, Souza V, Godinho LK, Faria ICM, Silva KL, Gazzinelli MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. Rev Panam Salud Publica. 2012; 31(2):115–20.

QUESTÃO 27

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) é uma diretriz para orientar o empresariado no estabelecimento de um plano de saúde ocupacional para o trabalhador.

Em muitas atividades, há risco aumentado de aquisição e de transmissão de doenças infecciosas no ambiente de trabalho. É importante a educação em relação ao emprego correto das técnicas de proteção individual, assim como a indicação correta da vacinação adequada, preferencialmente ao ingresso do profissional em sua atividade.

BALLAI, I; MIGOWSKI, E. *Imunização e Prevenção nas empresas: um guia de orientação para saúde dos negócios e do trabalhador*. Rio de Janeiro, 2006.

São vacinas recomendadas para todos os profissionais de saúde pelo calendário de vacinação ocupacional da Sociedade Brasileira de Imunizações:

-
- A. pneumocócica, meningocócica C conjugada e tríplice viral.
 - B. tríplice viral, hepatite A e B e cólera (oral).
 - C. febre amarela, meningocócica C conjugada e difteria, coqueluche e tétano.
 - D. hepatite A e B, meningocócica C conjugada e tríplice viral.
 - E. raiva, meningocócica C conjugada e tríplice viral.
-

* **Gabarito: D**

* **Autoras: Fátima Rejane Ayres Florentino e Marion Creutzberg**

COMENTÁRIO:

As recomendações do Calendário de Vacinação Ocupacional levam em consideração o risco biológico da função, os riscos individuais, os riscos do ambiente, a presença de surto, os riscos para a clientela, as vacinas obrigatórias pelo Ministério da Saúde (MS). Assim, as vacinas são especialmente indicadas para cada área profissional^{1,2}.

A alternativa D contempla algumas das vacinas que integram o Calendário de Vacinação Ocupacional direcionado aos profissionais de saúde, segundo recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm)¹. As demais alternativas apontam para outras vacinas, que não estão incluídas nessa recomendação específica.

Na área da saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, patologistas e técnicos de patologia, dentistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, pessoal de apoio, manutenção e limpeza de ambientes hospitalares, maqueiros, motoristas de ambulância, técnicos em raio X e

outros profissionais que frequentam assiduamente os serviços de saúde, como os representantes da indústria farmacêutica) são indicadas as vacinas que seguem^{1,2,3}:

- **Tríplice viral**, que protege contra o sarampo, a rubéola e a caxumba, esquema de dose única, via de administração subcutânea (SC), na região deltoideana esquerda, 0,5 ml (contraindicada para os imunocomprometidos por serem vacinas de vírus vivos atenuados);
- **Hepatite A**, que protege contra hepatite A, esquema de duas doses com intervalo seis meses após a primeira, via de administração intramuscular (IM) no músculo deltoide direito, 0,5 ml (não administrar por via intramuscular na região glútea e não administrar por via subcutânea ou intradérmica, pois a administração por essas vias pode produzir um título menor de anticorpos);
- **Hepatite B**, que protege contra a hepatite B, esquema de três doses com intervalo de um mês entre a primeira e a segunda e de cinco meses entre a segunda e a terceira, via de administração intramuscular no deltoide direito, 0,5 ml até 19 anos e 1 ml após os 20 anos (a vacina de hepatite B não pode ser aplicada na região glútea, pois o tecido adiposo diminui a antigenicidade da vacina; em imunocomprometidos e renais crônicos administra-se o dobro da dose usual, em três aplicações, de acordo com a idade; nos imunocomprometidos com alto risco de exposição, dose usual, conforme idade, em quatro aplicações);
- **Antimeningocócica C conjugada**, que protege contra a meningite meningocócica C, esquema de dose única, via de administração intramuscular, 0,5 ml;
- **Tríplice bacteriana (DTP)**, que protege da difteria, tétano e coqueluche, um reforço de dez em dez anos com a vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa) se o profissional estiver com o esquema de vacinação básica completa e uma dose de vacina tríplice bacteriana acelular tipo adulto (dTpa) e duas doses da vacina dupla do tipo adulto (dT), com intervalos de dois meses, via de administração intramuscular deltoide esquerdo, 0,5 ml, se o profissional estiver com esquema de vacinação básica incompleta;
- **Varicela**, esquema de duas doses com intervalos de dois meses, deve ser administrada por injeção subcutânea aplicada próxima à inserção do músculo deltoide, 0,5 ml;
- **Influenza**, que protege contra gripe, esquema de dose única anual, administra-se 0,5 ml por via intramuscular, de preferência no deltoide.

REFERÊNCIAS

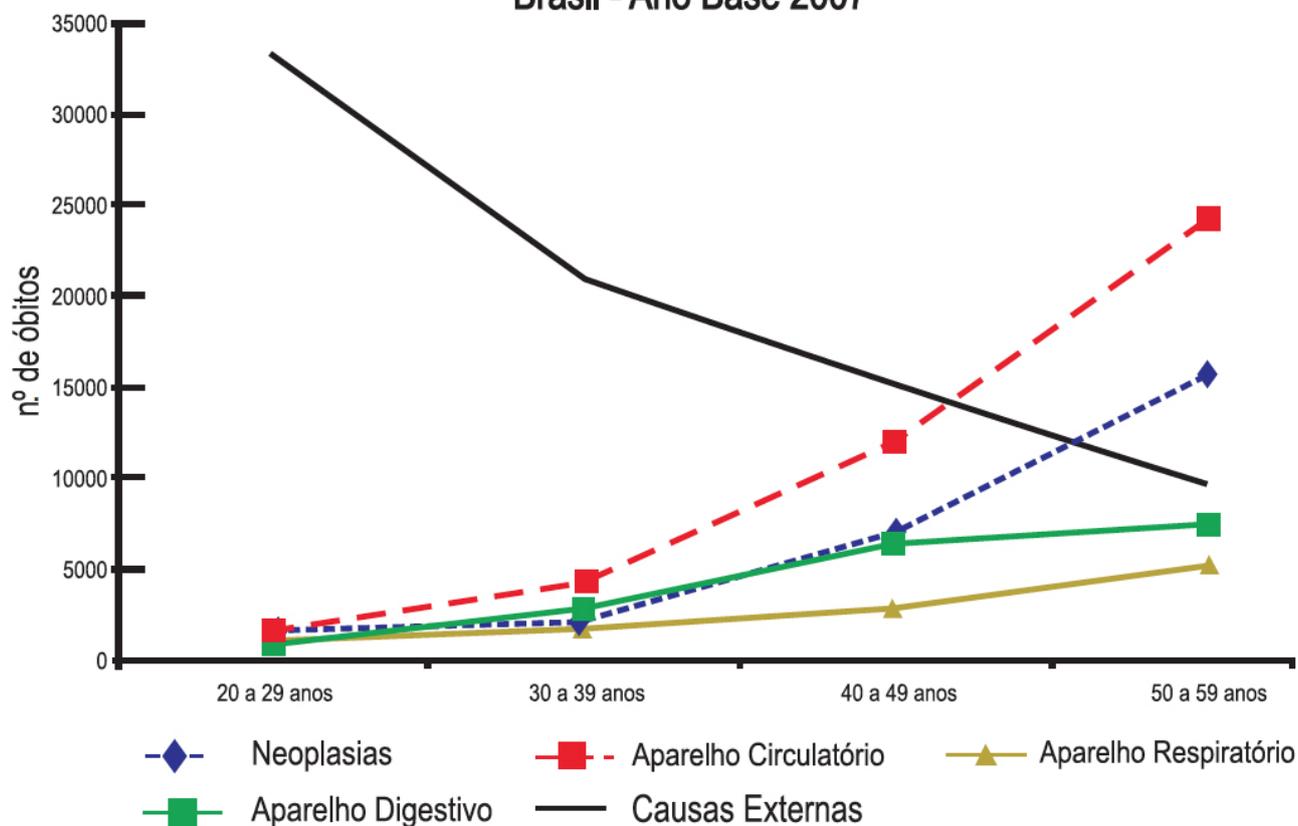
- 1 Sociedade Brasileira de Imunizações. Curso teórico-prático em imunizações. Rio de Janeiro; 2007.
- 2 Ballai I, Migowski E. Imunização e Prevenção nas empresas: um guia de orientação para saúde dos negócios e do trabalhador. Rio de Janeiro; 2006.
- 3 Brasil. Manual de Normas de Vacinação. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília; 2001.
- 4 Brasil. Guia de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. 6. ed. Brasília, DF; 2005.

QUESTÃO 28

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, aprovada em 2009, tem como objetivo a promoção da melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, “contribuindo para a redução das causas de morbidade e mortalidade através do enfrentamento racional dos fatores de risco e facilitando o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde” (BRASIL, 2010). Hoje, no Brasil, duas a cada três mortes de adultos são de homens, o que reforça a necessidade de uma política específica de atenção a essa parcela da população.

O gráfico abaixo apresenta as principais causas de mortalidade na população masculina brasileira de 20 a 59 anos de idade.

**Principais causas de mortalidade na população masculina de 20 a 59 anos.
Brasil - Ano Base 2007**



MS/SVS/DASIS – SIM.Brasil, 2010.

Com base no gráfico conclui-se que

-
- A. há relação inversa entre a mortalidade por causas externas e a mortalidade devida a doenças do aparelho circulatório nos extremos de idade: 20-29 e 50-59 anos de idade.
 - B. as curvas de mortalidade por neoplasias, doenças do aparelho digestivo e do aparelho respiratório têm pouca variação entre si na vida adulta.
 - C. a mortalidade por neoplasias entra em ascensão a partir dos 39 anos de idade e estabiliza na faixa etária de 50 a 59 anos de idade.
 - D. as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por grande parte da mortalidade durante toda a vida adulta.
 - E. causas externas e doenças do aparelho circulatório assumem curvas semelhantes após os 40 anos de idade.
-

* **Gabarito: A**

* **Autoras: Beatriz Sebben Ojeda, Marisa Reginatto Vieira, Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo, Camila Minuzzi e Carine Remor**

Comentário:

Conforme referido no enunciado da questão, o propósito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é qualificar a saúde da população masculina na perspectiva da integralidade da atenção. O fortalecimento da atenção primária é uma estratégia importante na promoção da saúde e na prevenção de agravos, levando em consideração a singularidade da população masculina nos diferentes contextos socioculturais e econômicos. Por meio desta política há o reconhecimento de que os agravos de saúde identificados na população masculina do país se constituem em problemas de saúde pública¹.

O gráfico apresentado nessa questão refere-se ao perfil de mortalidade masculina, tendo como ano-base 2007. As cinco principais causas de óbito identificadas na faixa de 20 a 59 anos no Brasil são: causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores, doenças do aparelho digestório e doenças do aparelho respiratório.

Conforme apresentado no gráfico, a afirmativa A é a correta pois, na faixa etária de 20 a 29 anos, ocorre o pico máximo de mortalidade por causas externas. Também nessa mesma faixa etária, observa-se que a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi pouco expressiva se comparada às causas externas. Quanto à faixa etária de 50 a 59 anos, há uma relação inversa, pois o maior índice de mortalidade refere-se a doenças do aparelho circulatório, enquanto as causas externas foram decrescendo. Deve-se chamar atenção para que as causas externas de mortalidade, embora apresentem elevada incidência nas faixas etárias mais jovens, são quantitativamente superadas pelas doenças do aparelho circulatório a partir de 45 anos de idade^{1,2}.

A afirmativa B está incorreta, pois somente a variação de neoplasias entre 40 a 59 anos é alta, enquanto as doenças por aparelho digestório e respiratório se mantêm pouco variáveis na vida adulta.

A afirmativa C está incorreta, pois a ascensão de neoplasias ocorre a partir dos 39 anos de idade, mas tende a aumentar progressivamente.

A afirmativa D está incorreta, pois a mortalidade por doenças do aparelho circulatório é mais expressiva a partir dos 39 anos de idade.

A afirmativa E está incorreta, pois causas externas e doenças do aparelho circulatório assumem curvas inversas na faixa de população masculina após os 40 anos de idade.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF; 2009.

2 Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura CD, Carvalho SA, Silva SFC. Política de saúde do homem. Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):108-116.

QUESTÃO 29

Margarida tem 75 anos de idade, mora sozinha, é portadora de hipertensão arterial e faz uso de anti-hipertensivo diariamente, às 22 horas. Relata levantar várias vezes durante a noite para urinar e que, às vezes, ao se levantar da cama, sente tonturas. Nega limitações ou dificuldade na marcha.

Após coletar esses dados durante a consulta de enfermagem realizada na visita domiciliar, objetivando minimizar riscos de queda e injúrias, o enfermeiro deve orientar a idosa a

- I. contratar um acompanhante/cuidador, usar fraldas durante a noite, diminuir ingestão hídrica após as 18 horas, manter uma luz acesa durante a noite, usar uma bengala para apoio ao levantar-se, ir ao banheiro antes de dormir e evitar micções durante a noite. Se for necessário levantar-se, solicitar ajuda do acompanhante/cuidador.
- II. manter durante a noite iluminação suficiente para orientar o trajeto ao banheiro e, se possível, ter a cama próxima ao interruptor de luz. Restringir o uso de tapetes, permanecer sentada por alguns minutos antes de levantar-se da cama, usar calçado antiderrapante e não permitir animais domésticos dentro de casa, principalmente durante a noite.
- III. evitar levantar-se durante a noite para urinar, ir ao banheiro antes de se deitar, não usar chinelos para caminhar até o banheiro, ingerir líquidos até, no máximo, as 18 horas, identificar alguém de seu convívio social para dormir em sua casa, restringir o uso de medicamentos diuréticos, solicitando ao médico a troca do anti-hipertensivo diurético inibidor da ECA.
- IV. usar anti-hipertensivo diurético pela manhã, instalar barras de apoio nas paredes próximas à cama, no trajeto até o banheiro, próximo ao vaso sanitário e chuveiro, ter interruptor de luz próximo à cabeceira da cama, fazer caminhadas diárias para fortalecer a musculatura dos membros inferiores, observar sempre as condições das calçadas e usar sapatos com solado antiderrapante.
- V. providenciar bengala e solicitar orientação do seu uso a um fisioterapeuta, adquirir sapatos com alça de fixação no calcanhar, iniciar atividade para fortalecimento muscular, interromper uso de anti-hipertensivo diurético, providenciar um acompanhante/cuidador para período noturno, procurar médico e solicitar exame de densitometria óssea e providenciar uma campanha no quarto.

É correto apenas o que se afirma em

-
- A. I e II.
 - B. I e III.

- C. II e IV.
- D. III e V.
- E. IV e V.

* **Gabarito: C**

* **Autoras: Marion Creutzberg e Isabel Cristina Kern Soares**

COMENTÁRIO:

Com o aumento da taxa de envelhecimento populacional, cada vez mais o enfermeiro deve estar qualificado para avaliar e oferecer assistência à pessoa idosa. É essencial entender essa fase da vida adulta como um processo natural, com diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos e que, em condições normais, não significa qualquer problema e é denominado pela expressão senescência. Muitas das alterações verificadas no processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela adoção de um estilo de vida ativo. Por sua vez a senilidade expressa a condição patológica dessa fase de vida e é decorrente de doenças, acidentes, estresse emocional, dentre outros^{1,2}, que podem comprometer o desempenho das atividades da vida diária (AVD).

No contexto da atenção primária, o maior desafio para as equipes de saúde é possibilitar que, apesar de limitações que possam advir do envelhecimento, os idosos alcancem a máxima qualidade de vida possível². Assim, o paradigma que deve orientar as ações de saúde é o da capacidade funcional, da independência e da autonomia pelo maior tempo possível, conforme previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)³.

Assim, ao desenvolver a Consulta de Enfermagem e a visita domiciliar, é preciso incluir a avaliação funcional do idoso, que indicará em que medida determinados agravos – no caso exposto nessa questão, a hipertensão arterial – poderiam influenciar no desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades da vida diária (AVD). Portanto, a realização da visita domiciliar, com o foco na prevenção de quedas que podem gerar condição de incapacidade, está muito adequada.

Com base nessa perspectiva, de imediato as ideias de presença de cuidador, o uso de fraldas ou o impedimento de levantar à noite, inseridas nas alternativas I, III e V, são totalmente descabidas na situação descrita. Ainda, as assertivas III e V sugerem, respectivamente, restringir o uso de medicamentos diuréticos e interromper o uso de diuréticos, abordagem que seria inadequada nesse contexto, uma vez que os diuréticos são indicados no tratamento da hipertensão como forma de diminuição do excesso de sódio no organismo e consequente retenção de água⁴. A restrição ou suspensão do uso de diuréticos pode acarretar agravos e complicações importantes nessa condição e, portanto, a indicação torna incorretas as afirmativas III e V.

As alternativas II e IV expressam planejamento fundamentado no paradigma da PNSPI, pois indicam para ações que permitem a manutenção da independência e a prevenção de agravos. São orientações relacionadas ao ambiente, à adaptação da idosa à sua condição de saúde e ao ajuste do tratamento medicamentoso, facilmente aplicáveis ao seu contexto. O planejamento do enfermeiro, inserido na equipe multidisciplinar, deve incluir o idoso e, sempre que possível e presente, a família, para facilitar a sua implantação.

Aspectos como manter durante a noite iluminação suficiente para orientar o trajeto ao banheiro, a viabilização de instalação de barras de apoio nas paredes próximas à cama, no trajeto até o banheiro, próximo ao vaso sanitário e chuveiro, interruptor de luz próximo à cabeceira da cama, ausência de animais domésticos, brinquedos de crianças, tapetes e outros objetos no trajeto do quarto ao banheiro, especialmente à noite, contribuem com um ambiente seguro para o idoso.

A sugestão de permanecer sentada por alguns minutos antes de levantar-se da cama é adequada, pois evita a hipotensão postural, frequente causa de quedas no idoso. O uso de calçado antiderrapante, confortável e firme ao pé também constitui importante prevenção de tropeços, escorregões e quedas, seja no ambiente doméstico, seja fora dele.

O uso do anti-hipertensivo diurético pela manhã é uma forma alternativa de manter o tratamento medicamentoso e pode diminuir as idas ao banheiro durante a noite. As caminhadas diárias, além de fortalecerem a musculatura dos membros inferiores, contribuem ao envelhecimento ativo e constituem medida anti-hipertensiva não farmacológica. A existência de atividade física com acompanhamento profissional na atenção primária é indicada como importante estratégia na atenção à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

- 1 Freitas EV et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p.900-909; 2006.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
- 3 Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

QUESTÃO 30

Uma criança de um ano e meio de idade é levada pela mãe ao Centro de Saúde da Família, com sintomas de gripe. A mãe relata que a criança vem há dois dias com esse quadro e não está aceitando a alimentação. Após avaliação clínica, é levantada uma forte hipótese diagnóstica de síndrome respiratória secundária à infecção pelo vírus *Influenza A* (H1N1).

Nesse caso, uma conduta imediata seria

-
- A. iniciar medicação após prescrição, identificar comunicantes e referenciar a criança a uma unidade hospitalar.
 - B. aguardar confirmação laboratorial da presença do vírus.
 - C. orientar a mãe a administrar soro oral para que a criança não se desidrate e solicitar que retorne em menos de 24 horas para reavaliação do caso.
 - D. coletar material já na unidade do primeiro atendimento e encaminhá-lo para o laboratório mais próximo para garantir agilidade no diagnóstico.
 - E. garantir acompanhamento da criança na atenção básica, responsável por acompanhar casos de baixa complexidade, por meio da visita diária do agente comunitário de saúde.
-

* **Gabarito: A**

* **Autoras: Gisele Pereira de Carvalho e Beatriz Sebben Ojeda**

COMENTÁRIO:

O vírus *Influenza A* (H1N1) é uma virose declarada pela Organização Mundial de Saúde como uma pandemia. São vírus RNA de hélice única que se subdividem em três tipos antigenicamente distintos: A, B e C. Os vírus de tipo A, responsáveis pela ocorrência da maioria das epidemias de gripe, são mais suscetíveis a variações antigênicas, razão pela qual, periodicamente, suas variantes sofrem alterações na estrutura genômica, contribuindo para existência de diversos subtipos. São classificados de acordo com os tipos de proteínas que se localizam em sua superfície, chamadas de hemaglutinina (H) e neuraminidase (N). A proteína H está associada à infecção das células do trato respiratório superior, onde o vírus se multiplica; enquanto a proteína N facilita a saída das partículas virais do interior das células infectadas¹. O Vírus *Influenza A*, também conhecido como gripe A, é transmitido de pessoa a pessoa, principalmente por meio de gotículas de saliva ou contato direto com secreções respiratórias ou fluidos corporais de pessoas infectadas.

A gripe apresenta-se sob a forma de uma síndrome respiratória, altamente contagiosa, caracterizada por início súbito, após curto período de incubação (de um a sete dias, em média quatro

dias). Clinicamente, a doença inicia-se com a instalação abrupta de febre alta, em geral acima de 38°C, seguida de mialgia, dor de garganta, prostração, cefaleia e tosse seca. A febre é, sem dúvida, o sintoma mais importante e perdura em torno de três dias, sendo comum o aumento de linfonodos cervicais em crianças. Os sintomas sistêmicos são muito intensos nos primeiros dias da doença. Quadros clínicos de bronquite ou bronquiolite, além de sintomas gastrointestinais, também podem fazer parte da apresentação clínica dessa patologia na população pediátrica¹.

Conforme protocolo de tratamento para Influenza A (H1N1)^{2,3} publicado pelo Ministério da Saúde, são considerados casos suspeitos aqueles que apresentem um dos seguintes critérios adicionais:

- confirmação laboratorial de infecção por vírus da influenza A, porém sem resultados laboratoriais conclusivos quanto à infecção por vírus de influenza sazonal; **ou**
- indivíduo sintomático com clínica compatível de influenza A (H1N1) **ou** que evoluiu para óbito decorrente de infecção respiratória aguda indeterminada **e** que tenha vínculo epidemiológico (de tempo, local ou exposição) com outro caso provável ou confirmado (suspeito, segundo a OMS) de infecção por influenza A (H1N1).

O tratamento, com antiviral Oseltamivir, deve ser utilizado em, no máximo, 48 horas a partir da data de início dos sintomas. Esse medicamento somente terá indicação de uso para os seguintes casos: suspeito, provável ou confirmado. Não sendo, portanto, indicado para profilaxia^{2,3}.

A questão 30 apresenta um caso clínico de uma criança com sintomas sugestivos da gripe A manifestada sob a forma de uma síndrome respiratória aguda.

Crianças, menores de dois anos, e idosos são considerados mais suscetíveis a complicações, podendo determinar elevados níveis de morbimortalidade³. Nesse caso, iniciar a medicação após a prescrição é a opção correta, uma vez que o tratamento medicamentoso deverá ser iniciado em, no máximo, 48 horas a partir do aparecimento dos sintomas para casos suspeitos, prováveis ou com diagnóstico confirmado. Também está indicado o monitoramento clínico constante pela equipe de saúde. Portanto, a alternativa correta dessa questão é A: “iniciar medicação após prescrição, identificar comunicantes e referenciar a criança a uma unidade hospitalar”.

A identificação de comunicantes é uma estratégia epidemiológica importante para evitar a propagação da infecção. Para os casos em que se tem suspeita ou confirmação da doença, adotar busca ativa de contato através das seguintes informações: pessoas que estabeleceram contato próximo domiciliar ou no ambiente de trabalho durante o período de transmissibilidade, de um a sete dias após o início dos sintomas. Caso o contato não apresente sinais e sintomas, orientá-lo para realizar Quarentena Domiciliar Voluntária e realizar o monitoramento clínico diário, por telefone, durante dez dias a partir da data do último contato com o paciente. Caso o contato apresente sinais e sintomas de modo a se enquadrar na definição de caso em monitoramento ou suspeito, encaminhar ao Hospital de Referência e adotar as medidas preconizadas conforme a definição².

Uma vez levantada uma forte hipótese diagnóstica de gripe por *Influenza A* (H1N1), tendo iniciado a medicação e identificação de comunicantes, o próximo passo é o encaminhamento a uma Unidade Hospitalar de referência para dar seguimento ao tratamento. Nesse caso, proceder com coleta de material para confirmação diagnóstica, medidas de bloqueio epidemiológico como isolamento respiratório e precauções-padrão além de monitoramento contínuo, evitando, assim, agravamento do quadro.

Considerando as justificativas apontadas, as alternativas B, C, D e E estão incorretas, pois existe a necessidade de iniciar o tratamento medicamentoso o mais breve possível. Sendo esta a prioridade no atendimento.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Influenza A (H1N1): Protocolo de Procedimentos. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/influenza_a_h1n1_protocolo_tratamento.pdf>. Acesso em: 9 set. 2012.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 816 p.

QUESTÃO 31

Pedro, com 45 anos de idade, pedreiro e hipertenso, nunca procurou tratamento clínico. Deu entrada na unidade de pronto atendimento em crise hipertensiva, com pressão arterial (PA) de 220 x 150 mmHg. Apresenta tontura, hemiplegia direita, agnosia, apraxia e afasia, sinais e sintomas característicos de acidente vascular cerebral (AVC).

Após os procedimentos para a estabilidade do quadro clínico, os acadêmicos de enfermagem resolveram investigar o que está ocorrendo. Seria correto eles constatarem que

-
- A. a agnosia é ocasionada pela hiperfunção cerebral em virtude do AVC.
 - B. a tontura é o resultado do fluxo excessivo de sangue associado à hipoventilação cerebral.
 - C. a apraxia é a capacidade de executar movimentos propositalmente em áreas do corpo não afetadas, sendo de natureza transitória.
 - D. a hemiplegia direita foi gerada em razão do comprometimento do lado direito do cérebro, isso porque fibras nervosas cruzam o trato piramidal quando elas passam do cérebro para a medula espinhal.
 - E. a hipertensão arterial é um fator de risco para o AVC e que, associado às alterações degenerativas do sistema vascular de natureza aterosclerótica, ocasiona a isquemia ou a hemorragia cerebral.
-

* **Gabarito: E**

* **Autoras: Ana Elizabeth Figueiredo, Andréia da Silva Gustavo, Janete de Souza Urbanetto, Greiciane Carati da Rocha e Rita de Cássia Ferreira Samuel**

COMENTÁRIO:

As manifestações decorrentes do AVC estão relacionadas com a artéria cerebral afetada, a área do tecido cerebral suprida por tal vaso e a adequação da circulação colateral. Em decorrência desse fato, a área afetada pode perder total ou parcialmente sua função¹.

A alternativa A está incorreta. A agnosia, ao contrário da afirmação realizada, ocorre por diminuição ou perda da função da área afetada, na qual o paciente apresenta incapacidade de reconhecer sons (agnosia auditiva), visão de objetos (cegueira cortical ou psíquica), de objetos colados na mão, suprimida visão (estereoagnosia), do próprio corpo em relação ao espaço (somatoagnosia), da fisionomia alheia (prosopoagnosia) ou de sua própria (autoprosopoagnosia)^{2:140}.

A alternativa B está incorreta tendo em vista que a tontura é, em geral, oriunda da redução transitória do fluxo sanguíneo cerebral².

A alternativa C está incorreta, considerando que a apraxia significa a dificuldade ou incapacidade de atividade gestual consciente e intencional².

A alternativa D está incorreta, pois o trato corticoespinhal anterior e lateral é cruzado, ou seja, o córtex de um hemisfério cerebral comanda os neurônios motores inferiores do lado oposto. Portanto, na situação do paciente Pedro, o comprometimento foi cortical esquerdo para que uma hemiplegia à direita se estabelecesse³.

A alternativa E está correta, pois, conforme a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão⁴, a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com aumento da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg. Em 2001, das 7,6 milhões de mortes no mundo atribuídas à elevação de PA, 54% foram por acidente vascular encefálico. Portanto, a hipertensão arterial é um fator de risco para o AVC e que, associado às alterações degenerativas do sistema vascular de natureza aterosclerótica, ocasiona a isquemia ou a hemorragia cerebral.

REFERÊNCIAS

- 1 Porth CM. Fisiopatologia. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
- 2 Porto CC. Exame Clínico – bases para a prática médica. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
- 3 Machado ABM. Neuroanatomia funcional. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2003.
- 4 Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1 supl.1):1-51.

QUESTÃO 32

Maria, enfermeira de hospital de grande porte, apoiada pela administração, entrou em contato com a coordenadora do curso de graduação em Enfermagem e propôs que se incentivassem os alunos a realizar os trabalhos de conclusão de curso envolvendo o centro cirúrgico do hospital referido, uma vez que os índices de infecção hospitalar eram crescentes. Diante desse caso, avalie as asserções a seguir.

A pesquisa pode configurar-se em instrumento de gestão efetivo para subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação de processos e resultados de trabalho.

PORQUE

A pesquisa permite ao gestor o acesso a indicadores quantitativos suficientes à gestão do processo de trabalho dos profissionais.

Analisando a relação proposta entre as duas asserções, assinale a opção correta.

-
- A. As duas asserções são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
 - B. As duas asserções são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
 - C. A primeira asserção é uma proposição verdadeira, e a segunda é uma proposição falsa.
 - D. A primeira asserção é uma proposição falsa, e a segunda é uma proposição verdadeira.
 - E. As duas asserções são proposições falsas.
-

* **Gabarito: C**

* **Autoras: Janete de Souza Urbanetto, Ellen Hettwew Magedanz, Andréia da Silva Gustavo, Franciele Barbosa Trenhago e Patrícia Nordin Melo**

COMENTÁRIO:

A alternativa C está correta, justificada pelos aspectos a seguir.

O planejamento em saúde é um processo amplo, que deve envolver várias dimensões da organização dos serviços. Portanto, **a primeira asserção é uma proposição verdadeira**, pois a pesquisa centra-se em um objeto de estudo, alicerçada por objetivos e métodos apropriados para buscar resposta a um questionamento. Portanto, ela se torna um instrumento importante e que deve ser utilizado para a compreensão do cenário de saúde, como o caso de índices crescentes de infecção hospitalar citado na questão. Entre os tipos de pesquisa quantitativa em enfermagem, encontra-se a pesquisa de avaliação de processos e resultados¹. A análise de processos é utilizada para obter

informação descritiva sobre o processo de implementação de um novo programa ou procedimento, além de seu funcionamento. Na análise de resultados, é possível avaliar o alcance das metas de um determinado programa.

No entanto **a segunda asserção é uma proposição falsa**, pois a pesquisa, por seu caráter pontual, não abrange as necessidades permanentes de avaliação de processos e resultados. Na situação apontada na questão, o acompanhamento de indicadores deve ser sistemático e permanente, proporcionando a determinação de adequação e de eficácia das práticas utilizadas na instituição². No contexto do controle de infecções hospitalares, segundo a Portaria MS nº 2.616/98, a “Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle”³. Portanto, para estabelecer um planejamento com vistas ao controle de infecção no Centro Cirúrgico, faz-se necessária vigilância permanente no ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS

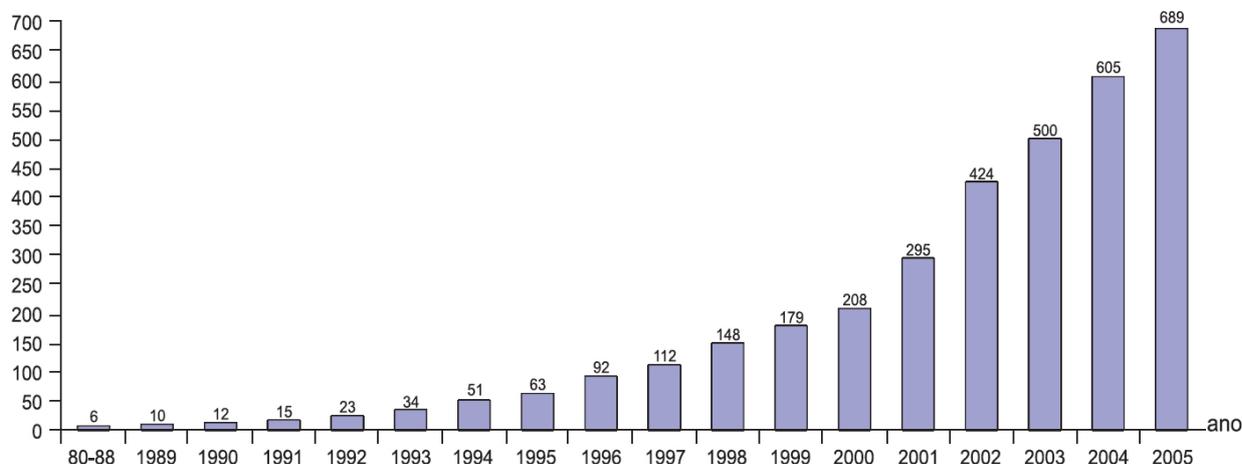
1 Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

2 Programa CQH – Compromisso com a qualidade hospitalar. 3º Caderno de Indicadores CQH-2009. São Paulo: APM/CREMESP; 2009.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html>.

QUESTÃO 33

O gráfico a seguir apresenta evolução anual do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil.



Ministério da Saúde. Dados de 2005 colhidos até outubro.

Considerando a expansão de rede de serviços substitutivos no Brasil, conclui-se que

- A. a expansão do número de CAPS foi importante para a reforma psiquiátrica, mas ainda há dificuldade nos fluxos de usuários entre a atenção básica e atenção especializada.
- B. o aumento do número de CAPS é importante para que as famílias sem condições de cuidar dos usuários com transtornos mentais possam ter uma instituição responsável por eles.
- C. os CAPS, como porta de entrada dos usuários com transtornos mentais para o sistema de saúde, devem atuar na lógica de reinserção social e cuidado interdisciplinar.
- D. o aumento do número de CAPS no país é incoerente com os princípios da reforma psiquiátrica, que busca diminuir o número de instituições que cuidam das pessoas com transtornos mentais.
- E. a inserção social dos usuários dos CAPS se dá no interior do próprio sistema de saúde, por meio de atividades educativas e lúdicas.

* Gabarito: A

* Autoras: Vera Beatriz Delgado e Marion Creutzberg

COMENTÁRIO:

Considerando cada uma das afirmativas da questão apresentada, são tecidos, a seguir, alguns comentários.

- A. a expansão do número de CAPS foi importante para a reforma psiquiátrica, mas ainda há dificuldade nos fluxos de usuários entre a atenção básica e atenção especializada.**

O centro de atenção psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve estar capacitado para realizar atendimento de pacientes com transtorno mental severo e persistente, conforme o seu território em regime intensivo, semi-intensivo e não

intensivo. Os CAPS estão constituídos nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad¹. Portanto, constituem-se em espaços de permanência de usuários por algumas horas do dia ou, até mesmo, da noite, por um ou mais dias da semana (no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados no período de trinta dias), dependendo do tipo de CAPS e do projeto terapêutico. A finalidade é a atenção integral ao usuário e a prevenção da internação psiquiátrica. Embora se multipliquem os exemplos de CAPS funcionantes e com alta eficácia no contexto da Reforma Psiquiátrica, ainda se mantém o desafio de consolidar os serviços de atenção diária com a garantia de atenção aos usuários provindos dos serviços de atenção primária. Portanto, é correto afirmar que ainda há dificuldade nos fluxos de usuários entre a atenção básica e atenção especializada.

B. o aumento do número de CAPS é importante para que as famílias sem condições de cuidar dos usuários com transtornos mentais possam ter uma instituição responsável por eles.

O CAPS integra a rede do SUS, e o acesso é universal. Conforme a Lei nº 10.216, os pacientes são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, que precisam ser integrados à sociedade, buscando autonomia e oferecendo atendimento médico e psicológico².

O modelo de atenção psicossocial orienta o cuidado ao indivíduo para além dos muros hospitalares, dando maior ênfase aos recursos centrados no território e preocupando-se com o cotidiano e com a inserção da família e da sociedade. Nesse contexto, a família adquire maior visibilidade, sendo percebida tanto como sujeito que auxilia na construção dos cuidados, quanto potencializadora de recursos que promovam ações de saúde³. Portanto, o CAPS não assume a responsabilidade pelos usuários, mas soma-se à família e ao grupo social no cuidado à pessoa com transtorno mental.

C. os CAPS, como porta de entrada dos usuários com transtornos mentais para o sistema de saúde, devem atuar na lógica de reinserção social e cuidado interdisciplinar.

Está incorreto, pois a porta de entrada preferencial no Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários, são os serviços de atenção primária/Saúde da Família¹.

D. o aumento do número de CAPS no país é incoerente com os princípios da reforma psiquiátrica, que busca diminuir o número de instituições que cuidam das pessoas com transtornos mentais.

Está incorreto, pois o aumento do número de CAPS é coerente com os princípios da reforma psiquiátrica, uma vez que não se trata de instituições hospitalares. Conforme a Lei nº 9716, a reforma psiquiátrica consiste na gradativa substituição dos hospitais de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada e de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social.

E. a inserção social dos usuários dos CAPS se dá no interior do próprio sistema de saúde, por meio de atividades educativas e lúdicas.

Está incorreto, pois a inserção social dos usuários do CAPS não se daria de forma isolada no sistema de saúde, somente. Os CAPS se articulam a outros sistemas e setores, desde as associações de bairro até instituições mais amplas e abrangentes da comunidade, garantindo as trocas sociais e a inserção do usuário no serviço, na família, na comunidade e na sociedade como um todo¹.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: 2004.
- 2 Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- 3 Lavall E. Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo. 114p, dissertação de mestrado, EE – UFRGS, 2010.

QUESTÃO 34

A Sra. AMB, com 72 anos de idade, viúva e aposentada, reside com um filho casado, a nora e dois netos adolescentes. Deambula com dificuldade devido à artrose nos joelhos e recusa uso de meio compensatório (bengala). Ela comparece sozinha ao Centro de Saúde da Família (CSF) para as consultas e outros procedimentos necessários à manutenção da sua saúde. Tem limitação cognitiva e visual para entender as condutas terapêuticas prescritas. A estrutura física da residência potencializa o risco de quedas e outros acidentes.

Considerando que o art. 3º, inciso I, da Lei nº 8.842/1994 determina que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida”, avalie as afirmativas abaixo.

- I. A Sra. AMB apresenta risco potencial de quedas em decorrência da limitação física e visual, agravado pelas barreiras arquitetônicas e por se deslocar sem acompanhante e bengala.
- II. Para a promoção da saúde e do bem-estar da Sra. AMB, o enfermeiro deve orientar a família acerca da aquisição de cadeiras de rodas e de dispositivos auditivos, além de evitar deslocamentos fora de sua residência.
- III. A Equipe de Saúde da Família do CSF deve solicitar o acompanhamento de familiares para a Sra. AMB quando do deslocamento fora do domicílio, principalmente durante seu tratamento no CSF.
- IV. Na visita domiciliar, o enfermeiro deve capacitar a família da Sra. AMB para a promoção da segurança no domicílio, tendo em vista os fatores ambientais favoráveis à ocorrência de quedas ou outros acidentes.
- V. Para a promoção da segurança ambiental e atendimento adequado e seguro, a Sra. AMB deve residir em instituição asilar.

É correto apenas o que se afirma em

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

- * **Gabarito: B**
- * **Autoras: Marion Creutzberg e Isabel Cristina Kern Soares**

COMENTÁRIO:

Estudos populacionais projetam um aumento significativo da população idosa para as próximas décadas. Em 2010 os idosos eram 14% da população brasileira. Assim, a despeito dos avanços já percebidos, muito há que se fazer, tanto para a manutenção de vida ativa e saudável no envelhecimento como para a garantia de cuidados formais para a população idosa fragilizada¹. Dentre aspectos que merecem atenção especial por parte das famílias e das equipes de saúde, está a queda, que constitui uma das causas de incapacidade, institucionalização e morte. Em torno de 30% das pessoas com mais de 60 anos têm, pelo menos, uma queda por ano. Em idosos com mais de 80 anos, a taxa de quedas se eleva a 40%^{2,3}.

A afirmativa I está correta, pois as condições da Sra. AMB, de fato, estão entre os principais riscos para quedas em idosos da comunidade. Outros riscos potenciais são os distúrbios de equilíbrio e marcha, o relato de tonturas, a hipotensão ortostática, lesão e sequelas relacionadas a lesões do Sistema Nervoso Central, à ocorrência de síncope³.

A afirmativa III indica atitude correta da equipe de saúde, pois a presença da família, além de garantir maior segurança no deslocamento, é fundamental para o entendimento e implantação das condutas terapêuticas no caso de pessoas com limitação cognitiva e visual.

Considerando que a maior parte das quedas acidentais ocorre nas residências e em seus arredores³, é importante a indicação da afirmativa IV quanto à atitude de observação que o enfermeiro deve desenvolver para uma efetiva ação no contexto domiciliar. A observação do ambiente e de eventual risco para as quedas é essencial na prevenção desses eventos e deve ser abordada com a família, considerando seu contexto socioeconômico. A participação de outros profissionais da saúde, como o Terapeuta Ocupacional e o Fisioterapeuta nessa avaliação, é também indicada. Pequenos ajustes, sem altos custos financeiros ou mudanças radicais, podem ser fundamentais na prevenção de quedas. Ainda assim, ações intersetoriais poderão ser necessárias para o encaminhamento de adequações ambientais.

As afirmativas II e V contrariam o paradigma proposto para o cuidado no envelhecimento, em que se pretendem manter a independência e a autonomia pelo maior tempo possível. A cadeira de rodas não seria indicada apenas por uma dificuldade de marcha por artrose, e a necessidade de dispositivo auditivo não tem relação com o caso descrito. A institucionalização, embora se constitua em importante suporte social, não pode ser a primeira nem a única indicação diante de uma dificuldade encontrada no contexto domiciliar e familiar^{1,4}.

REFERÊNCIAS

- 1 Camarano AA (org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.
- 2 Hirano ES, Fraga GP, Mantovani M. Trauma no idoso. *Cirurgia de urgência e trauma*, 2007; 40(3):352-7, jul./set.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 4 Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(2):273-9.

QUESTÃO 35

O processo de acreditação hospitalar propõe a participação voluntária das instituições envolvidas com a saúde, estimulando-as a procurar a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada. O enfermeiro, ao administrar os serviços de saúde, deve ter a clareza e a compreensão do significado das organizações, refletindo acerca da sua prática, na busca da excelência do atendimento a ser prestado ao cliente

PORQUE

A organização de saúde que detém o *status* de “Acreditado” demonstra credibilidade perante seus usuários e a comunidade em geral, já que a acreditação hospitalar é um método de avaliação de todos os recursos disponíveis da organização de saúde. É um processo voluntário, periódico e reservado, que tem por objetivo garantir a qualidade da assistência por meio de padrões definidos.

Analisando a relação proposta entre as duas asserções acima, assinale a opção correta.

-
- A. As duas asserções são proposições verdadeiras, e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
 - B. As duas asserções são proposições verdadeiras, mas a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
 - C. A primeira asserção é uma proposição verdadeira, e a segunda é uma proposição falsa.
 - D. A primeira asserção é uma proposição falsa, e a segunda é uma proposição verdadeira.
 - E. As duas asserções são proposições falsas.
-

* **Gabarito: A**

* **Autoras: Maria Cristina Lore Schilling e Marisa Reginatto Vieira**

COMENTÁRIO:

Entende-se por Acreditação um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado. É uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental, encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia. Segundo a Organização Nacional de Acreditação (ONA), tem um caráter eminentemente educativo, voltado para a melhoria contínua, sem finalidade de fiscalização ou controle oficial, não devendo ser confundido com os procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado¹.

Para o Ministério da Saúde, o Processo de Acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais².

Conforme afirmado na primeira proposição, a participação das instituições ou serviços de saúde é voluntária, ou seja, a organização, o serviço ou o programa manifestam o interesse pela avaliação, diretamente a uma das Instituições Acreditoras Credenciadas¹. Dentro do Sistema Brasileiro de Acreditação, o processo de avaliação para certificação é de responsabilidade das Instituições Acreditoras Credenciadas na Organização referenciada acima.

Os principais interessados pelo Processo de Acreditação são líderes e administradores; profissionais de saúde; organizações de saúde; sistemas compradores; governo; e cidadão. A atividade de avaliação é desempenhada pela equipe de avaliadores das Instituições Acreditoras Credenciadas, tendo como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA)¹.

Nesse contexto, situa-se o enfermeiro como profissional atuante nos sistemas de saúde. O enfermeiro, assim como os demais profissionais da saúde envolvidos no processo, tem sua ação na implementação do sistema de avaliação. O conhecimento e a prática assistencial fazem do enfermeiro um ator diferenciado nesse contexto, pois esse é o profissional que conhece os detalhes dos processos operacionais e de apoio no cotidiano hospitalar³. Na sua vivência no atendimento direto ao cliente e à família, o enfermeiro mostra a abrangência e o seu potencial de atuação no âmbito das organizações de saúde. A equipe de enfermagem representa a proporção mais alta de trabalhadores no atendimento de saúde e está diretamente envolvida nos processos de melhoria da qualidade da assistência. No mercado de saúde, encontram-se enfermeiros dirigentes de hospitais, gestores de risco de empresas especializadas, gestores de unidades estratégicas de negócio, gestores da área da prospecção de mercado.

Em todas as instâncias de atuação, os enfermeiros estão preocupados em gerir a qualidade do cuidado direto prestado ao paciente com segurança e efetividade, não podendo a assistência ser dissociada da gestão⁴.

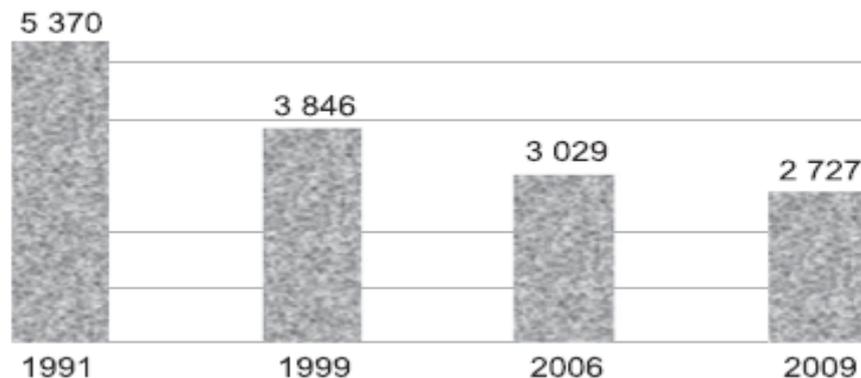
A segunda assertiva aborda as vantagens da Acreditação, conforme a certificação obtida. De acordo com os resultados obtidos no processo avaliativo, a instituição hospitalar pode receber o título de: “Acreditado com excelência”, o que corresponde à acreditação no nível 3; “Acreditado pleno”, o que equivale à acreditação no nível 2; ou ainda “Não acreditado” correspondendo à acreditação no nível 1. De acordo com a ONA, as vantagens de ser um hospital “Acreditado” incluem: segurança para os pacientes e profissionais; qualidade da assistência; construção de trabalho em equipe e melhoria contínua; um útil instrumento de gerenciamento; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira e ao caminho para a melhoria contínua¹. Tais competências da organização hospitalar contribuem para o posicionamento da organização no mercado de serviços de saúde e contribuem para a qualificação do cenário da saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Nacional de Acreditação (ONA). Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar/Secretaria de Assistência à Saúde. 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf>.
- 3 Malagutti W, Caetano K. Gestão do Serviço de Enfermagem no mundo globalizado. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rúbio; 2009. 340 p.
- 4 Joint Commission Resources. Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008. 148 p.

QUESTÃO 36

O gráfico a seguir apresenta o histórico da quantidade de leitos psiquiátricos/SUS em Pernambuco, no período de 1991 a junho de 2009.



O período que vai da independência do país ao começo do século XX é conhecido como a primeira etapa da psiquiatria asilar do Brasil, marcada, de início, pela ocupação de enfermarias das Santas Casas pelos doentes mentais. [...] Assim como aconteceu nos outros hospícios, o Hospital da Tamarineira [em Pernambuco] [...] em pouco tempo excedeu sua capacidade de internos numa clara demonstração de falta de eficácia dos métodos de tratamento utilizados. Num cenário de mudanças políticas, a partir dos anos 30, foi iniciada a redução do número de leitos de internos.

Fagundes, V. L. D., BASTOS, O., VASCONSELOS, M. G. L. e LIMA FILHO, I. de A. Atenção à saúde mental em Pernambuco: Perspectiva Histórica e Atual. In: *Nurobiologia*, 73 (1) jan/mar. 2010 (com adaptações).

Considerando as informações apresentadas e a operacionalização da Política Nacional de Saúde Mental, conclui-se que

- A. a redução do número de leitos psiquiátricos ocorreu porque só era possível ofertar uma assistência de qualidade aos usuários caso fosse emitida autorização de internamento hospitalar (AIH).
- B. a redução do número de leitos psiquiátricos no Brasil é atualmente um grande problema, que dificulta o atendimento aos usuários de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.
- C. o internamento psiquiátrico involuntário deve ser realizado como uma forma de assegurar ao usuário com transtorno mental o tratamento adequado, já que ele não pode tomar decisões.
- D. a criação de uma rede substitutiva de serviços de saúde mental acompanhou a desinstitucionalização dos pacientes com transtornos mentais no Brasil.

- E. a redução de leitos psiquiátricos foi considerada positiva pela sociedade, porque foi acompanhada da expansão de vagas para pacientes portadores de patologias de maior gravidade no Brasil.

* **Gabarito: D**

* **Autora: Vera Beatriz Delgado**

COMENTÁRIOS

A reforma psiquiátrica implica transformar saberes e práticas em relação à loucura, perceber a complexidade do objeto de intervenção, recompreender o sofrimento psíquico, reinventando modos de atenção. Entendemos que a consolidação da rede cuidados é uma das diretrizes centrais da política de saúde mental no Brasil, apontada pelo Ministério da Saúde, tendo a articulação com a atenção básica, orientada pelos seguintes princípios fundamentais: noção de território, organização da atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção de cidadania e construção de autonomia dos usuários e familiares¹.

A **afirmativa A está incorreta**. A redução de leitos ocorreu com a atual Política Nacional de Saúde Mental, que tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial. Essa reestruturação acontece ao mesmo tempo em que uma rede de atenção aberta é inserida na comunidade².

A **afirmativa B está incorreta**, porque as reduções de leitos se efetivaram de forma planejada, de modo a não provocar desassistência. É importante destacar que a Política Nacional de Saúde Mental vem trabalhando nos últimos anos com o conceito de leitos de atenção integral em saúde mental (Hospitais Gerais, CAPS III, emergências gerais, leitos dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas). Esses leitos devem oferecer acolhimento integral ao paciente em crise. A tendência é de que essa rede de leitos de atenção integral seja expandida e sirva como substitutivo à internação em hospitais psiquiátricos convencionais³.

Os serviços de saúde mental são organizados enquanto construção de uma Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, abrangendo serviços de todos os níveis de atenção. Essa rede organiza-se com a inclusão da atenção básica, prioritariamente através das equipes de saúde da família e com os serviços especializados como Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, leitos e unidades em hospitais gerais, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, centros de convivência, geração de renda e trabalho, dentre outros⁴.

A **afirmativa C está incorreta**, porque a Internação psiquiátrica pode ocorrer de três formas, conforme prescrito na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001⁵:

- I. internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II. internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;
- III. internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

A **afirmativa D está correta**. Conforme a Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992⁶, a reforma psiquiátrica consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico para uma rede integrada de serviços assistenciais de atenção sanitária social, como: ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivências, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros de residências de cuidados intensivos, abrigos e pensões.

A afirmativa **E está incorreta**, porque não houve expansão de vagas e sim a ampliação de rede de serviços extra-hospitalares, pois o modelo de atenção é pensado na construção de outros serviços tais como: os serviços especializados como Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, leitos e unidades em hospitais gerais, serviços de urgência e emergência psiquiátricas, centros de convivência, geração de renda e trabalho, dentre outros⁴.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- 2 Brasil. PNASH Psiquiatria e programa de reestruturação da assistência. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31354>. Acesso em: 27 mar. 2011.
- 3 Brasil. Relatório de Gestão para Saúde mental SUS acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2003-2006.
- 4 Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Guia de saúde mental. Porto Alegre; 2001. 146p.
- 5 Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>.
- 6 Rio Grande do Sul. Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992. Lei da reforma psiquiátrica e da proteção aos que padecem de sofrimento psíquico. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 7 de agosto de 1992.

QUESTÃO 37

Carolina, adolescente de 15 anos de idade, preocupada com atraso menstrual de sete dias, buscou atendimento em uma unidade de saúde. Na consulta de enfermagem, relatou atividade sexual nos dois últimos meses, com dois parceiros, sem uso de preservativo e de anticoncepcional.

A conduta adequada do enfermeiro frente a essa situação é

-
- A. orientar Carolina para observar os sinais de gravidez, os sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis e agendar consulta pré-natal.
 - B. encaminhar Carolina para exame laboratorial de gravidez, orientar acerca dos sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis e agendar consulta pré-natal.
 - C. registrar a queixa de Carolina no prontuário, encaminhar para consulta pré-natal e grupo de gestantes adolescentes na unidade de saúde.
 - D. investigar sinais de gravidez no exame físico, encaminhar Carolina para a realização de exame laboratorial para gravidez e orientar a respeito dos riscos de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis.
 - E. realizar exame físico em Carolina para investigar os sinais gravídicos, orientar a respeito dos riscos de doenças sexualmente transmissíveis e agendar consulta pré-natal.
-

* **Gabarito: D**

* **Autoras: Marisa Reginatto Vieira e Heloisa M. Reckziegel Bello**

COMENTÁRIO:

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), é na adolescência “que se iniciam os interesses pelas relações afetivas e sexuais e os momentos de ‘ficar’, conhecer, namorar, descobrir novas sensações, sentimentos”. É o momento, muitas vezes, no qual acontece a primeira relação sexual. Nesse sentido, torna-se importante oportunizar ao adolescente informações e orientações sobre saúde sexual e reprodutiva para que possa prevenir tanto uma gravidez indesejada quanto as doenças sexualmente transmissíveis.

A gestação na adolescência, embora nem sempre desejada, pode transcorrer tranquilamente se acompanhada por uma equipe de saúde responsável. Nessa fase da vida da mulher, é necessário o acolhimento diferenciado, visto ser repleta de transformações hormonais, físicas e psicológicas.

A atenção ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto é garantida à adolescente pelo Sistema Único de Saúde. Caso ocorra a gestação, a jovem deve buscar a Unidade de Saúde mais próxima para confirmar a gestação por meio de um exame.

A alternativa correta é a D, uma vez que Carolina, adolescente de 15 anos, durante a consulta de enfermagem, informa atraso menstrual de sete dias e atividade sexual nos últimos dois meses sem proteção, sugerindo assim uma investigação cuidadosa frente a uma possível gravidez.

Presume-se que há gestação quando ocorrer: atraso menstrual, manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança no apetite, aumento da frequência urinária e sonolência) e/ou modificações anatômicas (aumento do volume da mama, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída do colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical). A confirmação da gravidez pelo profissional de saúde poderá ser feita através da anamnese, do exame físico e dos resultados dos exames complementares quando forem necessários.

A probabilidade de gestação aumenta com a presença de amolecimento da cérvix, o aumento do volume uterino, o aumento da revascularização das paredes vaginais e a positividade da fração beta do hCG no soro materno, a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização, ou seja, antes que se perceba o atraso menstrual. Em caso de resultado negativo, poderá ser repetido o B-hCG em 15 dias, caso a amenorreia persista.

De maneira a otimizar os resultados dos exames, o Ministério da Saúde passou a oferecer o teste rápido de gravidez, realizado nas Unidades de Saúde. Esse faz parte do componente de pré-natal da Rede Cegonha, que tem por objetivo “garantir o acolhimento, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a melhoria da qualidade do pré-natal”².

Um acompanhamento pré-natal eficiente deve iniciar-se precocemente, garantindo um maior número de ações de promoção, prevenção e recuperação, a identificação precoce de gestações de alto-risco e o planejamento eficaz do manejo de cada situação específica³.

A assertiva A está incorreta, porque uma adolescente que chega à Unidade de Saúde com relatos como os de Carolina deve ser imediatamente acolhida e ter suas queixas investigadas^{1,3}.

A assertiva B está incorreta, pois o momento da vinda de Carolina à Unidade é de fundamental importância para o diagnóstico precoce de uma possível gestação, portanto, a enfermeira precisa aproveitá-lo para realizar a consulta e examiná-la^{1,3}.

A assertiva C está incorreta, pois somente registrar as queixas no prontuário e/ou encaminhá-la não torna resolutivo o atendimento^{1,3}. Essa assertiva também está incorreta, porque é a única que não inclui a orientação quanto à presença de sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis. De acordo com a literatura, o início do pré-natal é o momento propício para prevenção, tratamento e aconselhamento das DSTs/SIDA².

A assertiva E está incorreta, pois, apesar da investigação dos sinais gravídicos, não há, no momento da consulta, solicitação de confirmação por exames laboratoriais^{1,3}.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília; 2012. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 17 jun. 2013.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde da gestante em APS/organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.

QUESTÃO 38 – DISCURSIVA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária para a organização da atenção básica no Brasil, de acordo com os princípios doutrinários e organizativos do SUS. A operacionalização dessa estratégia pressupõe a responsabilização sanitária de uma equipe multiprofissional sobre uma determinada população residente em um território, com ênfase na promoção da saúde e na participação popular. A enfermagem é uma categoria profissional pertencente à equipe mínima da ESF.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Considerando as premissas apresentadas, redija um texto dissertativo acerca do processo de trabalho em enfermagem na Estratégia de Saúde da Família, dando continuidade à situação descrita a seguir. (Valor: 10,0 pontos)

Maria, enfermeira, residente em um município de pequeno porte, foi convidado para ser enfermeira da equipe de Saúde da Família que será implantado em um bairro periférico desse município.

PADRÃO DE RESPOSTA:

Respeito aos principais referenciais do SUS e ESF (valor: 3,0 pontos).

Propor ações de enfermagem (valor: 3,0 pontos).

Reconhecer a importância do trabalho em equipe (valor: 1,5 ponto).

Valorizar os saberes e a participação da comunidade (valor: 1,5 ponto).

Tomar como base a realidade do território (valor: 1,0 ponto).

* **Autoras: Beatriz Regina Lara dos Santos, Heloisa Bello, Carla Barroca Cruz e Natália Damaceno Zarske Barbosa**

COMENTÁRIO:

Maria, primeiramente, deve reconhecer que a Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, tendo como especificidade a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, “médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde”, constituindo um modelo de atenção que desenvolve ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde para uma população adstrita a um território definido. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção é desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, como já foi dito, sob a forma do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, de acordo com as necessidades específicas da população a ser atendida. O indivíduo, a família

e os grupos sociais são considerados conforme sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. Para que seja estabelecida uma atenção com qualidade, são necessários articulação da equipe com o gestor e o controle social, implementação de atividades de Educação Permanente e planejamento a partir da análise situacional do território e da comunidade por meio de: cadastramento das famílias da área de abrangência da unidade; levantamento de indicadores epidemiológicos e socioeconômicos; contato com lideranças comunitárias; além do levantamento de diversas fontes de informação que possibilitem um amplo conhecimento da área e população-foco de atenção, com suas demandas, áreas e famílias em condição de vulnerabilidade social^{1,2}.

O enfermeiro deve ter entendimento de que o trabalho da equipe de enfermagem faz parte do processo de trabalho em saúde, sendo que as atividades deverão ser desenvolvidas pela equipe, com complementação e trocas de saberes, de forma dinâmica, com avaliação permanente através do acompanhamento dos indicadores de saúde de cada área de atuação. As relações de vínculo e responsabilização estabelecidas entre as equipes e a população devem garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A Educação Permanente deve valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação. O monitoramento permite realizar a avaliação e o acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação, estimulando a participação popular e o controle social. Para que tudo ocorra da melhor forma, é necessário que essa equipe composta por diversos profissionais busque o mesmo objetivo, possibilitando a troca de conhecimento e agilidade no cumprimento de metas e objetivos compartilhados^{1,2}.

Maria deve orientar a equipe em relação aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e das características do processo de trabalho em nível de Atenção Primária à Saúde, enfatizando que a equipe tem atribuições comuns a todos, bem como cada um de seus componentes tem atribuições que geram ações específicas. Algumas das atribuições específicas do enfermeiro são relativas à assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) a indivíduos e famílias da área de abrangência da ESF, tanto no serviço como nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Tal assistência geralmente é realizada por meio de atividades-fins, consulta de enfermagem, visita domiciliar e grupos educativos, sempre seguindo os protocolos e outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor, assim como observando as disposições legais da profissão. Coordenar as atividades dos técnicos de enfermagem, realizando a supervisão das ações assistenciais direcionadas, principalmente, à realização do armazenamento, controle e administração de imunobiológicos, medicações, verificação de sinais vitais, realização de curativos e outros procedimentos. A supervisão, orientação e coordenação dos agentes comunitários são de responsabilidade do profissional enfermeiro. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente da equipe, do processo de gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento do serviço, das reuniões de equipe, assim como com o gestor e com as instâncias colegiadas do controle social, são ações inerentes aos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família^{1,2}.

REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

QUESTÃO 39 – DISCURSIVA

“O enfermeiro que se propõe a trabalhar na coletividade tem a missão de manter e promover a saúde.”

FIGUEIREDO, N.M.A (2005)

Com base nesse princípio, a enfermeira Márcia convocou outras enfermeiras, Cristina e Rosa, para uma reunião, com o objetivo de, juntas, discutirem o que se espera de um cuidado coletivo para a comunidade assistida. Considerando esse objetivo, resolva os itens a seguir.

- A. Apresente e fundamente três temas que deveriam ser discutidos pelas enfermeiras na reunião para alcançar o cuidado coletivo. (Valor: 5,0 pontos)
- B. Conceitue cuidado coletivo. (Valor: 5,0 pontos)

* **Autoras: Gisele Pereira de Carvalho, Marisa Reginatto Vieira, Cibelle Grassmann Peixoto e Fernanda de Souza Claro**

COMENTÁRIO:

- A. Dentro do contexto de cuidado coletivo, os temas a serem discutidos na reunião podem ser: integralidade, participação dos cidadãos e equidade.

Entende-se que a integralidade no cuidado é o reconhecimento na prática dos serviços e que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível para prestar assistência integral. Para alcançar a integralidade da assistência de enfermagem em saúde coletiva, a reorganização do trabalho deve ser fundamentada em uma norma centrada nos cuidados de enfermagem para a promoção da vida¹.

No planejamento do cuidado coletivo, é imprescindível a participação dos cidadãos na elaboração das políticas de saúde e no cuidado propriamente dito; além de que, ao participar, permite ao indivíduo estabelecer vínculo com a unidade de saúde e fazer valer seus direitos frente às necessidades da sua comunidade. Dessa forma, este vínculo deve ser fortalecido através de uma assistência à saúde embasada em cientificismo e acolhimento.

Para se fazer valer a participação dos cidadãos, é necessário o acesso igualitário aos serviços de saúde, respeitando-se, assim, o princípio da equidade. Nesse sentido, são contemplados os direitos de cada cidadão, considerando-se suas diferenças e particularidades, priorizando o atendimento aos mais necessitados, baseado em critérios clínicos ou epidemiológico-sociais².

- B. Conceito de cuidado coletivo.

Cada vez mais cresce a busca pela prática do cuidado coletivo, um cuidado que não está voltado apenas para o indivíduo e sim para a comunidade. Nesse sentido as práticas voltadas somente para diagnóstico, tratamento e cura foram expandindo-se para um espaço social voltado para questões como comportamentos de risco, agravos comuns, participação dos cidadãos etc. Assim busca-se uma mudança coletiva com verdadeiro impacto nos indicadores de saúde. Segundo Baremlitt³, as

ações de cuidado coletivo são entendidas como aquelas que produzem novos agenciamentos de vida, que convocam a emergência de outras formas de subjetivação. Contribuindo para a qualidade de vida, tomando a vida não como adequação a padrões de bem viver e como modos em série de comer, vestir, amar, exercitar, mas como invenção permanente de si e dos outros⁴.

REFERÊNCIAS

1 Antunes MJM. O enfermeiro e a integralidade da assistência de enfermagem na rede básica do sistema único de saúde [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 1996.

2 Granja GF, Zoboli ELCP, Fortes PAC, Fracolli LA. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. Rev. Baiana Saúde Pública. 2010 jan.-mar.; 34(1):72-86.

3 Barembliitt G. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: Teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos; 1994. 204 p.

4 Fortuna CM, Matumoto S, Pereira MJB, MISHIMA SM, Kawata LS, Camargo-Borges C. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011;19:[8Ttelas]. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 20 abr. 2013.

QUESTÃO 40 – DISCURSIVA

Ana, com 33 semanas de gestação, participa de um grupo em uma unidade de saúde. Durante as atividades, nesta semana, as gestantes disseram que gostariam de discutir as dificuldades das mães no aleitamento materno. A enfermeira iniciou a atividade utilizando as imagens a seguir com o intuito de provocar a discussão no grupo.



ALVES, C.R.L.; MOULIN, Z.S. *Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

Com base nas informações e na tirinha utilizada pela enfermeira, resolva os itens a seguir.

- Para realizar orientações, a enfermeira deve considerar a demanda dos participantes nas atividades? Justifique sua resposta. (Valor: 5,0 pontos)
- Comente acerca da contribuição da atividade de educação em saúde, no pré-natal, para a mulher no pós-parto. (Valor: 2,5 pontos)
- Discorra sobre a contribuição da atividade de educação em saúde, no pré-natal, para a criança nos primeiros dias de vida. (Valor: 2,5 pontos)

* **Autoras: Heloísa Reckziegel Bello, Maria Cristina Lore Schilling e Grazielle Monteiro Barcelos**

COMENTÁRIO:

O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar ação e de avaliá-la com espírito crítico.¹

a) Para realizar orientações, a enfermeira deve considerar a demanda dos participantes nas atividades. Possibilitar que as gestantes coloquem suas demandas, entendidas como necessidades, é extremamente importante tanto para a equipe de saúde quanto para as participantes. Aos profissionais, traz à tona as verdadeiras questões a serem desenvolvidas, esclarecidas e discutidas nos grupos (como exemplificado nas tirinhas acima)². E, para as gestantes, proporciona respostas às suas indagações acerca do processo que está vivenciando³. Saber o cerne das preocupações e a

ansiedade das futuras mães, ou seja, suas demandas, através do relato de suas vivências, faz com que se sintam valorizadas e possibilita um espaço de construção coletiva do cuidado no processo gravídico-puerperal². Conhecer as necessidades de aprendizagem das gestantes no período do pré-natal é considerar a importância da produção do autocuidado dessa gestante⁴. Faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considerando sua história de vida, o ambiente em que vive e seus sentimentos, valorizando sua individualidade e unicidade³. Essa troca de informações sobre diferentes vivências entre profissionais de saúde e as gestantes, possibilitando um intercâmbio de experiências e conhecimento, é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação, parto e puerpério^{2,3,4}.

b) O período do pós-parto ou puerpério constitui as primeiras seis semanas após o parto, durante o qual a mulher passa por muitas adaptações fisiológicas e psicológicas⁵. A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a gestante deve receber as orientações para que viva o parto com menos riscos e complicações no puerpério e para o sucesso na amamentação. O pré-natal é o período adequado para o aprendizado da gestante no que se refere ao preparo físico e psicológico para o parto e para a maternidade, bem como a oportunidade para os profissionais de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidado⁴. Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto e o puerpério como processos fisiológicos, são aspectos a serem trabalhados nas ações educativas do pré-natal que visam, em conjunto com outras ações, acolher a mulher desde o início da gravidez e assegurar o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar do binômio mãe-bebê³.

c) A falta de informação e o medo do desconhecido são os fatores que mais geram insegurança no ser humano. A puérpera se depara com situações novas para as quais nem sempre se sente preparada. A chegada do bebê desperta muitas ansiedades na mulher que se encontra em um período de maior vulnerabilidade psíquica, pois a relação inicial entre mãe e bebê é ainda pouco estruturada³. Após o nascimento, o bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe, que tem suas necessidades postergadas em função das necessidades do bebê. Portanto, essa mulher continua a necessitar de apoio e proteção da família e dos profissionais da saúde³. Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, realizadas no pré-natal auxiliam a minimizar a ansiedade da mulher, instrumentalizando-a para os cuidados com o bebê³.

O comportamento materno/paterno bem-sucedido é um processo de interatividade complexo e contínuo que exige a aquisição de novas habilidades e a integração do novo membro à unidade familiar⁵. O período de adaptação entre o nascimento e a inserção da criança como integrante da família inclui a orientação acerca dos cuidados básicos com o bebê, o papel da nova família, o apoio emocional e o apoio ao aleitamento materno. Apesar de ser um processo natural, a amamentação pode oferecer algumas dificuldades. Assim, a orientação da mãe em relação à amamentação aumenta a probabilidade de uma experiência bem-sucedida de aleitamento materno.⁵ Sabe-se, porém, que o período pós-parto que ocorre na internação hospitalar é curto para que os profissionais de saúde atendam todas as demandas ou necessidades do binômio mãe-filho⁵. Daí salienta-se a importância do processo educativo durante o pré-natal, que oportuniza a apreensão gradativa do conhecimento, baseada na demanda dessas mulheres.

É durante o acompanhamento pré-natal, em atividades grupais ou individuais, que o diálogo com as mulheres é primordial para o planejamento da alimentação do bebê, prevendo principalmente o início do aleitamento materno logo após o parto e sua prevalência até pelo menos o sexto mês de vida do bebê. Considera-se também relevante instrumentalizar a mãe e sua família a entender o comportamento normal do recém-nascido. Esse fato será fundamental para conviver com suas necessidades e tornar mais tranquilo o dia a dia da família com seu mais novo membro.

É através das ações educativas durante o pré-natal que os profissionais de saúde têm a oportunidade de estimular e despertar a futura mãe para os cuidados com o recém-nascido e enfatizar

a importância do leite materno para a proteção do bebê de alergias e infecções, além das vantagens para o desenvolvimento do apego e do vínculo entre mãe e bebê⁶.

REFERÊNCIAS

- 1 São Paulo. Governo do Estado. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS. Educação em saúde. Planejando as ações educativas, 2001; p.14.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. GHC. Gerência de Saúde Comunitária. Atenção à saúde das gestantes em APS. Porto Alegre, 2011; p. 181-186.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília, DF; 2006.
- 4 Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para educação em saúde. Revista ciência e saúde coletiva. Vol. 12. nº 2. Rio de Janeiro; 2007.
- 5 Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Tradução de Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. P. 331-341.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil; aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

Editoração Eletrônica Rodrigo Valls
Formato 210 x 297mm
Tipografia Akkurat; Arial
Número de Páginas 97

