



PREPARATÓRIO PARA **RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM**

AUTORES

**Chandra Lima Maciel - Danielle de Oliveira - Diana Campos Reis Bispo - Elisângela Novaes Costa
Flávia Cristina Carvalho Marinho - Gabrielle dos Santos Dias - Ione Sales de Jesus
Itana Carvalho Nunes Silva - Laís Santana Santos Pereira Lira - Mariana Oliveira Antunes Ferraz - Milena
Cerqueira Pitanga - Natale Oliveira de Souza Nayanna Moreno Miranda Araújo - Paloma de Castro Brandão
Renata Soares Passinho - Solon Ramos Santos Cruz - Silmara Amaral Pinheiro**



Apresentação

O livro **Preparatório para Residência em Enfermagem** é a mais organizada e completa obra direcionada para enfermeiros que desejam ser aprovados nos mais diversos programas de residência em enfermagem do Brasil.

Neste livro, o leitor irá encontrar:

1. 426 Questões Reais de provas recentes dos concursos para Residência em Enfermagem, comentadas alternativa por alternativa.
2. Resumos ao final de cada capítulo, abordando de forma prática os conteúdos mais frequentes.
3. Dicas e Métodos de Memorização para as principais questões.

O livro **Preparatório para Residência em Enfermagem** será um grande facilitador para seus estudos, sendo uma ferramenta diferencial para o aprendizado e, principalmente, ajudando você rumo à aprovação.

Bons Estudos.

Ubiraci Mercês

Editor

Sumário

1. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	19
1. A História da Saúde Pública no Brasil	19
2. Reforma Sanitária	26
3. 8ª Conferência Nacional de Saúde	27
4. Constituição Federal de 1988	29
5. Princípios e Diretrizes do SUS	34
RESUMO PRÁTICO	41
1. A História da Saúde Pública no Brasil	41
2. Princípios e Diretrizes do SUS	45
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	47
2. LEGISLAÇÃO SUS	49
1. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde	49
2. Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90	50
3. Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011	59
4. Emenda Constitucional nº 29 de 200	60
5. Portaria nº 687 de 30 de Março de 2006	61
6. Portaria nº 399 de 22 de Fevereiro de 2006	62
7. Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011	65
8. Organização da Rede de Atenção	66
RESUMO PRÁTICO	68
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	78
3. SAÚDE COLETIVA	81
1. Atenção Primária à Saúde	81
2. Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família	84
3. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil	88
4. Linhas de Cuidado	91
5. Planejamento em Saúde	92
6. Política Nacional de Humanização	92
7. Epidemiologia	95
8. Sistemas de Informação em Saúde	102
RESUMO PRÁTICO	105
1. Atenção Primária à Saúde	105
2. Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família	107
3. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil	109

4. Linhas de Cuidado	111
5. Planejamento em Saúde	112
6. Política Nacional de Humanização	113
7. Epidemiologia	114
8. Sistemas de Informação em Saúde	118
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	120
4. FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM E SEMIOLOGIA TÉCNICA	123
1. Exame Físico	123
2. Realização de Procedimentos	132
3. Administração de Medicamentos	139
4. Posições Cirúrgicas	146
5. Monitorização, Índices e Medidas	147
RESUMO PRÁTICO	153
1. Semiologia	153
2. Fundamentos em Enfermagem	153
3. Exame Físico	153
4. Realização de Procedimentos	155
5. Administração de Medicamentos	160
6. Posições Cirúrgicas	163
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	164
5. SAÚDE DO ADULTO	165
1. Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica	165
2. Cardiopatias	176
3. Patologias do Sistema Respiratório	181
4. Patologias do Sistema Neurológico	182
5. Hanseníase e Tuberculose	184
6. Saúde do Idoso	192
7. Patologias Infectocontagiosas	193
8. Cuidados Paliativos	194
9. Desequilíbrio Ácido Básico	194
10. Hepatopatias	195
11. Oncologia	195
RESUMO PRÁTICO	198
1. Diabetes Mellitus	198
2. Hipertensão Arterial Sistêmica	203
3. Tuberculose	207
4. Hanseníase	210
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	214
6. ENFERMAGEM CLÍNICA-CIRÚRGICA	221
1. Classificação das Cirurgias	221
2. Assistência Pré-Operatória	223
3. Assistência Intraoperatória	227
4. Complicações Pós-Operatórias	228
5. Assistência Pós-Operatória	230

6. Assistência Pós-Operatórios na Drenagem Torácica	242
RESUMO PRÁTICO	245
1. Classificação das Cirurgias	245
2. Assistência Pré-operatória	246
3. Assistência Intraoperatória	248
4. Assistência Pós-operatória	249
5. Complicações Cirúrgicas	249
6. Considerações Especiais	251
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	254
7. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	257
1. Suporte Básico e Avançado de Vida	257
2. Emergências por Causas Externas	266
3. Emergências Clínicas	271
RESUMO PRÁTICO	285
1. Suporte Básico e Avançado de Vida	285
2. Emergências por Causas Externas	288
3. Emergências Clínicas	294
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	308
8. SAÚDE DA MULHER	311
1. Políticas de Saúde da Mulher	311
2. Ginecologia	316
3. Câncer de Colo do Útero e de Mama	317
4. Pré-Natal e Semiologia Obstétrica	321
5. Trabalho de Parto, Parto e Puerpério	331
6. Patologias Obstétricas	339
RESUMO PRÁTICO	350
1. Histórico das Políticas de Saúde da Mulher no Brasil	350
2. Ciclo Menstrual	351
3. Planejamento Familiar	351
4. Câncer de Colo do Útero e Mama	352
5. Semiologia Obstétrica	353
6. Assistência Pré-Natal	353
7. Assistência Durante o Parto	356
8. Assistência no Puerpério	357
9. Assistência às Mulheres Portadoras de HIV/Aids Durante o Parto	358
10. Principais Patologias Obstétricas	358
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	360
9. SAÚDE DA CRIANÇA	363
1. Crescimento e Desenvolvimento da criança	363
2. Aleitamento Materno	364
3. Mortalidade Infantil	367
4. Imunização da Criança	368
5. Cuidados com o Recém Nascido após o Nascimento	369
6. Doenças Infectocontagiosas	371

7. Violência Contra a Criança	375
8. Hospitalização da Criança	376
9. Distúrbios Metabólicos	377
10. Ressuscitação Cardiovascular	382
11. Distúrbios Neurológicos	383
12. Distúrbios Respiratórios	384
13. Distúrbios Gastrointestinais	385
14. Distúrbios Renais	386
15. Cuidados no Pré e Pós Operatório	387
16. Administração de Medicamentos	388
17. Neoplasias	389
RESUMO PRÁTICO	390
1. Crescimento e Desenvolvimento da criança	390
2. Aleitamento Materno	392
3. Vacinação da Criança	393
4. Distúrbios Metabólicos	394
5. Icterícia Neonatal	396
6. Reanimação Cardiopulmonar	397
7. Distúrbios Neurológicos	401
8. Distúrbios Respiratórios	403
9. Distúrbios Gastrointestinais	403
10. Cuidados no Pré e Pós Operatório	404
11. Administração de Medicamentos em Pediatria	406
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	408
10. SAÚDE MENTAL	411
1. Políticas de Saúde Mental	411
2. Transtornos Mentais	427
3. Emergências Psiquiátricas	431
4. Tratamento Medicamentoso	432
RESUMO PRÁTICO	434
1. Políticas de Saúde Mental	434
2. Transtornos Mentais	442
3. Emergências Psiquiátricas	452
4. Tratamento Medicamentoso	453
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	455
11. ENFERMAGEM DO TRABALHO	457
1. Norma Regulamentadora 32	457
2. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	461
3. Organização Internacional do Trabalho	465
4. Biossegurança e Prevenção Padrão	466
5. Rede Nacional de Atenção Integral À Saúde do Trabalhador	469
6. Doença Relacionada ao Trabalho	472
7. Acidente de Trabalho	472
8. Vigilância em Saúde	474
9. Níveis de Atenção: Primária, Secundária Terciária	475

RESUMO PRÁTICO	476
1. Norma Regulamentadora 32	476
2. Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde	477
3. Organização Internacional do Trabalho	478
4. Biossegurança e Prevenção Padrão	479
5. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador	479
6. Acidente de Trabalho e Doença Relacionada ao Trabalho	480
7. Vigilância em Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador	481
8. Níveis de Atenção: Primária, Secundária e Terciária	482
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	482
12. ÉTICA, BIOÉTICA, SAE E TEORIAS DE ENFERMAGEM	485
1. Ética, Bioética e Legislação Profissional de Enfermagem	485
2. Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	497
3. Teorias de Enfermagem	500
4. Processos Comunicativos em Enfermagem	503
RESUMO PRÁTICO	504
1. COFEN / COREN	504
2. Legislação	506
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	521
13. GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM	523
1. Teorias Administrativas	523
2. Planejamento em Enfermagem	525
3. Manuais de Enfermagem	527
4. Gerenciamento de Recursos Materiais	527
5. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem	531
6. Recrutamento e Seleção de Pessoal de Enfermagem	538
7. Supervisão em Enfermagem	539
8. Avaliação de Desempenho	540
9. Liderança de Enfermagem	542
10. Sistema de Informação em Enfermagem	542
11. Qualidade e Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem	543
RESUMO PRÁTICO	544
1. Teorias Administrativas	544
2. Planejamento em Enfermagem	546
3. Manuais de Enfermagem	548
4. Gerenciamento de Recursos Materiais	549
5. Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem	551
6. Recrutamento e Seleção de Pessoal de Enfermagem	553
7. Supervisão em Enfermagem	554
8. Avaliação de Desempenho Profissional	554
9. Liderança em Enfermagem	556
10. Sistema de Informação em Enfermagem	557
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	558

Renata Soares Passinho

1 - POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

01

(SESAB/BA, 2014 / RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) Analise as assertivas sobre a evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher e indique com V as verdadeiras e com F as falsas.

- () No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.
- () Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares.
- () Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

A alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo, é:

- (A) F, V, F.
- (B) V, V, F.
- (C) V, F, F.
- (D) F, F, V.
- (E) F, F, F.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: FÁCIL

▀ **DICA DO AUTOR:** O Ministério da Saúde tem como uma de suas principais publicações, relativas à saúde da mulher, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹, que apresenta todo o histórico das políticas de saúde brasileiras nesta área, além dos princípios e diretrizes das políticas atuais. É importante saber diferenciar POLÍTICA de PROGRAMA quando estudamos a respeito dos marcos históricos da saúde materno infantil. Política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos². Dentro do SUS seriam a forma de organizar as ações e serviços de acordo com as necessidades reais de saúde da população. Programas são “formas” ou “métodos” utilizados para que as políticas sejam implantadas dentro do Sistema de saúde.

Alternativa 1: VERDADEIRA. No início do século XX, as políticas de saúde eram verticalizadas e desarticuladas de outros programas do governo federal e a saúde da mulher era

vista como “sinônimo” de gravidez e parto.

Alternativa 2: VERDADEIRA. Os programas voltados para mulheres e crianças tinham como objetivo protegê-las da situação de vulnerabilidade em que se encontravam, entretanto, a fragmentação e a verticalização das ações apresentavam baixo impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil, já que as ações eram realizadas a nível local, sem a devida avaliação das necessidades de saúde destes grupos. Além disso, a sociedade patriarcal da época reduzia o papel social feminino às ações domésticas e relacionadas ao cuidado com os filhos.

Alternativa 3: FALSA. O PAISM surgiu em 1984, sendo fortemente influenciado pelo processo de construção do SUS, tendo como objetivo prestar assistência à mulher em todas as fases da vida, mas trata-se de um PROGRAMA. A POLÍTICA Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher é que foi lançada em 2004, “incorporando, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades”¹.

02

(SESAB/BA, 2014 / RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) A Rede Cegonha constitui-se em uma estratégia do Ministério da Saúde que apresenta

como componentes principais:

Ⓐ Rede de cuidados para o planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravi-

dez, ao parto e ao puerpério.

Ⓑ Pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Ⓒ Direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Ⓓ Rede de atenção à saúde materno-infantil e sistema de informação para a rede de atenção especializada.

Ⓔ Rede de unidades de parto e sistema de indicadores epidemiológicos específicos, com a priorização da taxa de mortalidade infantil, razão mortalidade materna e densidade populacional materno e infantil.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: INTERMEDIÁRIO ■ ■

■ **DICA DO AUTOR:** A Rede Cegonha não é uma Política de saúde! Constitui-se em uma ESTRATÉGIA que incorpora a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher nos seus componentes e que visa operacionalizar programas já existentes, além de implantar novos, com o objetivo de ampliar o acesso das mulheres e crianças ao SUS e melhorar a qualidade da atenção, sobretudo no pré-natal, parto, puerpério e à criança até os 24 meses de vida. Para responder a esta questão, o leitor deve atentar-se para o enunciado que pede os COMPONENTES PRINCIPAIS da Rede Cegonha e não o conceito, princípios, objetivos ou diretrizes.

Alternativa A: FALSA. Essa alternativa traz o CONCEITO da Rede Cegonha e não os componentes principais. Além disso, está incompleta pois não citou a rede de cuidados à criança.

Alternativa B: VERDADEIRA. De acordo com o Ministério da Saúde³, os COMPONENTES PRINCIPAIS da Rede Cegonha são quatro: I- pré-natal, II- parto e nascimento, III- puerpério e atenção integral à saúde da criança e IV – sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

Alternativa C: FALSA. Essa afirmativa faz

Alternativa D: FALSA. A alternativa I (já explicada) também está correta.

Alternativa E: FALSA. As alternativas I e II estão corretas e a alternativa III está incorreta (as cardiopatias não fazem parte dos fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência ou emergência obstétrica e sim dos que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de risco).

15

(SESAB/BA, 2014 / RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) Sobre as consultas na atenção pré-natal, é correto afirmar:

- Ⓐ A anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual, somente deve ser realizada na segunda consulta.
- Ⓑ Na primeira consulta, o exame físico deve-se restringir à avaliação da circunferência abdominal e da pressão arterial.
- Ⓒ As anotações deverão ser realizadas apenas no prontuário da unidade visando dar privacidade às informações sobre o estado de saúde da gestante.
- Ⓓ Os exames complementares a serem solicitados na primeira consulta são: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL) a qual deve ser repetida próximo à 10ª semana.
- Ⓔ Nas consultas subsequentes, os controles fetais devem se basear na ausculta dos batimentos cardíacos e na avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: FÁCIL

Alternativa A: FALSA. De acordo com o Ministério da Saúde (MS)⁹, na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares,

os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual.

Alternativa B: FALSA. O Ministério da Saúde⁹ descreve que, no exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades. No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler.

Alternativa C: FALSA. O MS recomenda que as anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré-Natal) quanto no Cartão da Gestante.

Alternativa D: FALSA. Devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames complementares: Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Coombs indireto (se for Rh negativo); Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura; Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional; Citopatológico de colo de útero (se necessário); Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica); Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica) e Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica). Além disso, o VDRL é repetido no terceiro trimestre.

Alternativa E: VERDADEIRA. Nas consultas subsequentes os controles fetais são realizados por meio da ausculta dos batimentos cardio fetais, avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/registro dos movimentos

fetais e teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica.

16

(UNIFESP, 2014 / RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) O registro da mensuração obstétrica abaixo da curva inferior na correlação com a idade gestacional pode supor:

- Ⓐ Mola hidatiforme.
- Ⓑ Miomatose.
- Ⓒ Óbito fetal.
- Ⓓ Macrossomia fetal.
- Ⓔ Gestação múltipla.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: FÁCIL

Alternativa A: FALSA. Na mola hidatiforme há, no exame físico, um tamanho uterino maior do que esperado para a idade gestacional, colo e útero amolecidos e aumento do volume ovariano devido à presença de cistos tecaluteínicos¹⁰.

Alternativa B: FALSA. A miomatose uterina, ou leiomioma uterino, é o tumor benigno comum do trato genital feminino e sua presença concomitante com o feto e os anexos gestacionais ocasiona aumento da altura uterina durante a mensuração obstétrica.

Alternativa C: VERDADEIRA. Quando a altura uterina se encontra abaixo do esperado para a idade gestacional, deve-se atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG e a gestante deve ser vista pelo médico da unidade para se avaliar a possibilidade de feto morto, oligodrâmnio, ou restrição de crescimento intrauterino⁹.

Alternativa D: FALSA. Um feto macrossômico é aquele que apresenta-se com peso estimado igual ou maior que o percentil 90 (gráfico de relação entre peso e idade gestacional) e que, após o nascimento, apresente o peso igual ou superior a 4.000 gramas, independentemente da idade gestacional ao nascimento¹⁰. Portanto, um feto

macrossômico ocasiona aumento na mensuração da altura uterina.

Alternativa E: FALSA. Quando a altura uterina mostra-se acima da curva superior sua relação com a idade gestacional, deve-se suspeitar de polidrâmnio, macrossomia, gestação gemelar e mola⁹.

17

(UNIFESP, 2014 / RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) Segundo Ministério da Saúde, na atenção pré-natal de baixo risco, é recomendado repetir alguns dos exames laboratoriais no terceiro trimestre da gestação, dentre eles:

- Ⓐ Hemoglobina e hematócrito, sorologia para hepatite B (anti-Hbs) e hepatite C, coombs indireto se positivo no primeiro trimestre.
- Ⓑ Hemograma, glicemia em jejum, VDRL, Anti-HIV e toxoplasmose se o IgG não for reagente no primeiro trimestre.
- Ⓒ Hemograma, Sorologia para hepatite B (HbsAg), anti-HIV, toxoplasmose IgG e IgM, bacterioscopia de secreção vaginal.
- Ⓓ Urocultura, urina tipo I, anti-HIV, teste de tolerância oral à glicose, sorologia para hepatite C.
- Ⓔ Anti-HIV, glicemia em jejum, VDRL, protoparasitológico de fezes e toxoplasmose se o IgG não for reagente no primeiro trimestre.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: FÁCIL

➤ **DICA DO AUTOR:** O MS⁹ recomenda a repetição dos seguintes exames no terceiro trimestre gestacional:

- Hemograma;
- Glicemia em jejum;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);
- VDRL;
- Anti-HIV;
- Sorologia para hepatite B (HbsAg);
- Repita o exame de toxoplasmose se o IgG

batimentos cardiofetais, perceptíveis, afastados do foco de escuta e podem ser permanentes ou não⁸.

Afirmativa II: VERDADEIRA. Nas situações transversas o foco de ausculta coincide com a linha abdominal mediana, junto da cicatriz umbilical⁸.

Afirmativa III: VERDADEIRA. A frequência cardíaca fetal apresenta uma queda gradual nas últimas semanas de gestação, variando de 110 a 160 batimentos por minuto.

Afirmativa IV: VERDADEIRA. A partir de 10/12 semanas de IG, já é possível a ausculta dos BCF com Sonar Doppler.

Afirmativa V: FALSA. A frequência cardíaca fetal, uma vez confirmada, deve ser contada durante 1 minuto, observando o ritmo e a frequência dos batimentos.

■ **RESPOSTA:** Alternativa D.

23

(UNIFESP, 2013 / RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) Ao verificar a história de imunização antitetânica de uma gestante, por meio do cartão de vacina, observa-se que há registro de recebimento de três doses, sendo que a última ocorreu há menos de cinco anos. Qual a conduta indicada nesta situação?

- (A) Iniciar o esquema vacinal novamente com três doses.
- (B) Não é necessário vacinar.
- (C) Vacinar imediatamente com uma dose de reforço.
- (D) Completar o esquema vacinal com duas doses.
- (E) Vacinar no período pós-parto com uma dose de reforço.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: FÁCIL

► **DICA DO AUTOR:** Para a resolução desta questão, é necessário o conhecimento sobre o esquema vacinal na gestação. Observe os grifos abaixo.

“Para gestante vacinada:

- Gestante sem nenhuma dose registrada: inicie o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
- Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses): em qualquer período gestacional, deve-se completar o esquema de três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias entre elas.
- Gestante com menos de 3 doses registradas: complete as 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
- Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose há menos de cinco anos: não é necessário vaciná-la.
- Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há mais de cinco anos e menos de 10 anos: deve-se administrar uma dose de reforço tão logo seja possível, independentemente do período gestacional.
- Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos: aplique uma dose de reforço⁹.”

■ **RESPOSTA:** Alternativa B.

5 - TRABALHO DE PARTO, PARTO E PUERPÉRIO

24

(SESAB, 2013 / RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) Parturiente, G2P0A1, 36 semanas de gestação, admitida em centro obstétrico do Hospital Materno-Infantil apresentando PA: 120x70 mmHg, queixando-se de dor lombar há mais ou menos 10 horas e dificuldade de deambular. Não sabe informar quando eliminou o tampão mucoso. Ao exame clínico, foram detectados os seguintes achados: mucosas oculares hipocrômicas, mamas flácidas, mamilos protusos e com colos-

não faz parte da classificação e a alternativa não citou a ameaça de abortamento.

Alternativa B: FALSA. Aborto provocado não faz parte da classificação e a alternativa não citou o aborto previsto em lei.

Alternativa C: FALSA. A alternativa não citou o abortamento inevitável/incompleto.

Alternativa D: FALSA. A alternativa não citou o abortamento habitual.

Alternativa E: VERDADEIRA. Contém todas as classificações.

50

(UNIFESP, 2014 / RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA) Considera-se infecção pós-parto:

- (A) Infecção bacteriana necessariamente associada à episiotomia.
- (B) Infecção bacteriana após o parto obri-

gatoriamente relacionada à parede abdominal.

(C) Infecção bacteriana exclusivamente associada à ferida operatória.

(D) Qualquer infecção bacteriana após o parto.

(E) Qualquer infecção bacteriana após o parto ligada exclusivamente ao canal de parto.

COMENTÁRIOS

Grau de dificuldade: INTERMEDIÁRIO ■ ■

► **DICA DO AUTOR:** Conceito de infecção puerperal: “qualquer infecção que ocorre no aparelho genital feminino no período pós-parto recente e que se ache favorecida pelas alterações locais e gerais do organismo puerperal”⁷.

■ **RESPOSTA:** Alternativa D.

RESUMO PRÁTICO

1 - HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER NO BRASIL^{1,2}

- Nas décadas de 30, 40 e 60: Saúde da mulher como sinônimo de gravidez e parto.
- 1984: Ministério da Saúde elabora o **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**, fortemente influenciado pelo processo de construção do SUS – Assistência à mulher em todas as etapas da vida.
- Art. 226 da C.F de 1988: Trata sobre o **planejamento familiar**.
- 1996: Lei nº 9.263 de 12/01/1996 - **Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos**. Regula o § 7º do art. 226 da C.F.
- 1999: Portaria nº 048 de 11/02/1999- Regula a **esterilização voluntária** no SUS, incluindo no grupos de procedimentos do SIH os códigos referentes à esterilização voluntária.
- 2000: Portaria nº 569/GM 01/06/2000 - **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**;
- Portaria nº 693/GM de 05/07/2000 – Aprova a norma de orientação para implementação do Método Canguru.
- 2004: Lançamento da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. “(...) incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais

e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.”

08/03/2004: **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal;**

Agenda de Atenção Integral à Saúde da Criança: Principais diretrizes que devem ser seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança.

- 2005:

Portaria nº 1.067/GM de 04/07/2005 – Institui a **Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal;**

Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005: Garante as parturientes o direito à presença de **acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato** no âmbito do SUS.

- 2006: Lei nº 11.340 de 07/08/2006 – Coibição da violência doméstica e familiar contra a mulher – **Lei Maria da Penha.**
- 2007: Portaria nº 1.683 de 12/07/2007 - Aprova, na forma do anexo, as **Normas de Orientação para a implantação do Método Canguru.**
- 2011: Portaria nº 1.459 de 24/06/2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha.**

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa **rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.**

2 - CICLO MENSTRUAL³

- 1ª metade do ciclo menstrual: ovário secreta mais estrógeno;
- 2ª metade do ciclo menstrual: ovário secreta estrógeno e progesterona.
- O estrógeno aumenta a espessura e o tamanho das glândulas do endométrio, havendo proliferação celular triplicada. É a **fase proliferativa** (estrogênica) do desenvolvimento endometrial, que dura cerca de 11 dias, após o término da menstruação.
- Na outra metade do ciclo, o corpo lúteo (células foliculares intumescidas, amareladas e gordurosas) começa a secretar progesterona, fazendo com que haja maior espessamento do endométrio, maior secreção de um líquido nutriente e aumento do fluxo sanguíneo do endométrio. Essa é a **fase secretória** (lútea, progestogênica) do ciclo endometrial, que dura cerca de 12 dias.
- Se próximo ao término do ciclo não ocorrer fecundação, não haverá liberação de gonadotrofina coriônica pelo tecido embrionário e o corpo lúteo irá involuir, com conseqüente diminuição da quantidade de estrógeno e progesterona (**fase isquêmica** ou **pré-menstrual**).
- A falta desses hormônios faz com que os vasos sanguíneos fiquem espásticos e o tecido endometrial irá descamar, juntamente com sangue e exsudato seroso - **mênstruo** - gradualmente expelido por contrações do músculo uterino durante 3 a 5 dias - **menstruação**.

3 - PLANEJAMENTO FAMILIAR⁴

- Métodos comportamentais: Método Rítmico ou Ogino-Knaus (do calendário ou tabelinha), Temperatura basal, Método do Muco Cervical (Billing) , Amenorréia

da lactação e Coito interrompido.

- Métodos contraceptivos oferecidos pelo SUS:
 - Anticoncepcional injetável trimestral;
 - Anticoncepcional injetável mensal;
 - Pílula oral combinada;
 - Diafragma;
 - DIU;
 - Preservativo masculino e feminino;
 - Pílula de emergência;
 - Minipílula;
 - Vasectomia - Homens maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos.
- Laqueadura tubária: Mulher maior de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, e se em convivência conjugal, com o consentimento do marido. A esterilização também será possível quando houver risco de vida ou à saúde da mulher.

4 - CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E MAMA^{5,6}

4.1 COLO DO ÚTERO

- **Endocérvice:** células cilíndricas produtoras de muco (epitélio colunar simples);
- **Ectocérvice:** tecido com várias camadas de células planas (epitélio escamoso e estratificado);
- Entre os epitélios da ectocérvice (escamoso) e endocérvice (colunar) está a **Junção escamocolunar (JEC)**.
- JEC fora do orifício externo: Ectopia.

Na ectopia: células subcilíndricas sofrem metaplasia e se transformam em escamosas (**terceira mucosa ou zona de transformação**) - LOCAL ONDE SE DESENVOLVEM MAIS DE 90% DAS NEOPLASIAS.

- Fatores de risco para o desenvolvimento de câncer do colo do útero:
 - Infecção pelo Papiloma Vírus Humano

– HPV - sendo esse o principal fator de risco;

- Início precoce da atividade sexual;
- Multiplicidade de parceiros sexuais;
- Tabagismo, diretamente relacionados à quantidade de cigarros fumados; Baixa condição sócio-econômica;
- Imunossupressão;
- Uso prolongado de contraceptivos orais;
- Higiene íntima inadequada;
- Multiparidade.

4.2 - CÂNCER DE MAMA

- Fatores de risco para o câncer de mama:
 - História familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade; entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama;
 - A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade;
 - A menarca precoce (idade da primeira menstruação);
 - A menopausa tardia (instalada após os 50 anos de idade);
 - A ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos;
 - A nuliparidade;
 - Mulheres com história familiar de, pelo menos, um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
 - Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;

- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

5 - SEMIOLOGIA OBSTÉTRICA⁷

Os sinais de gravidez são as adaptações fisiológicas do organismo e classificam-se em 3 categorias¹:

Sinais e sintomas presuntivos: Mudanças sentidas pela mulher: amenorréia, fadiga, náusea e vômito, alterações do apetite, polaciúria, mudança nas mamas (hiperpigmentação da aréola primária e tubérculos de Montgomery, rede de Haller e colostro, aréola secundária).

Sinais e sintomas prováveis: Relacionam-se com o crescimento uterino. Mudanças observáveis pelo examinador. Aumento do volume uterino, Sinal de Hegar, Piskacek, Nobile-Budin, Osiander, Jacquemier, Kluge, aumento do volume abdominal.

Sinais de certeza: São atribuídos somente a presença do feto. Ausculta dos BCF's ao sonnar Doppler e Pinard, Sinal de Puzos, percepção dos movimentos fetais pelo examinador, identificação de partes fetais a palpação.

» Sinais encontrados no exame físico obstétrico:

Sinal de Halban - lanugem na face materna.

Sinal de Kluge - mucosa vaginal violácea.

Sinal de Hunter - aréola secundária mais clara.

Sinal de Cullen - escurecimento da cicatriz umbilical (violáceo).

Sinal de Hegar - amolecimento do istmo.

Sinal de Piskacek - útero abaulado e amolecido (forma assimétrica).

Sinal de Nobile-Budin - fundo de saco da vagina cheios (entumecidos).

Sinal de Jacquemier ou Chadwick - hiperpigmentação e tumefação da vulva e vagina.

Sinal de Puzos - rechaço fetal (14 sem).

Sinal de Holzappel - ocupado pelo ovo, o útero aumenta de tamanho, de peso, amolece, fica menos móvel, o que o torna mais fácil de agarrá-lo.

Sinal de Osiander - percepção dos batimentos da artéria uterina no fundo de saco.

Sinal de Landin - Amolecimento localizado do istmo, em sua parede anterior. É um dos sinais mais precoces da alteração de consistência uterina.

6 - ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL⁸

Atribuições do Enfermeiro(a) na assistência pré-natal:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de