



AVISO IMPORTANTE:



Este é um Material de Demonstração

Este arquivo é apenas uma amostra do conteúdo completo da Apostila.

Aqui você encontrará algumas páginas selecionadas para que possa conhecer a qualidade, estrutura e metodologia do nosso material. No entanto, **esta não é a apostila completa.**

POR QUE INVESTIR NA APOSTILA COMPLETA?

- × Conteúdo totalmente alinhado ao edital
- × Teoria clara, objetiva e sempre atualizada
- × Questões gabaritadas
- × Diferentes práticas que otimizam seus estudos

Ter o material certo em mãos transforma sua preparação e aproxima você da **APROVAÇÃO.**

Garanta agora o acesso completo e aumente suas chances de aprovação:
<https://www.editorasolucao.com.br/>



FUNCAMP

FUNCAMP - FUNDAÇÃO DE
DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP

Auxiliar de Enfermagem

PROCESSO SELETIVO FUNCAMP Nº 113/2025

CÓD: SL-179ST-25
7908433284062

Conhecimentos Específicos

Auxiliar de Enfermagem

1. Acidente vascular cerebral.....	7
2. Anatomia e fisiologia	12
3. Assistência de enfermagem clínica e cirúrgica em pacientes adultos.....	32
4. Assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.....	37
5. Cálculo de medicação; vias de administração de medicamentos	46
6. Cirurgia segura	52
7. Hemoterapia	56
8. Legislação do exercício profissional	63
9. Técnicas básicas de enfermagem	71
10. Procedimentos técnicos de enfermagem em cuidados adultos, pediátricos e neonatais	105
11. Procedimentos técnicos de enfermagem em urgência e emergência	109
12. Registros de enfermagem	112
13. Segurança do paciente.....	114

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Auxiliar de Enfermagem

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

CONCEITO E FISIOPATOLOGIA

O Acidente Vascular Cerebral, conhecido popularmente como AVC, é uma condição neurológica grave que ocorre quando há uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo em uma parte do cérebro. Essa interrupção pode ser causada por uma obstrução (isquemia) ou por um rompimento de vaso sanguíneo (hemorragia).

Em ambos os casos, o suprimento de oxigênio e nutrientes ao tecido cerebral é comprometido, o que pode levar à morte de neurônios em minutos. O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo, exigindo atenção imediata e cuidados especializados.

Do ponto de vista fisiopatológico, o AVC pode ser classificado em duas formas principais: isquêmico e hemorrágico. O AVC isquêmico representa aproximadamente 80% dos casos e resulta de uma oclusão arterial, geralmente por trombose (formação de coágulo no próprio vaso) ou embolia (coágulo proveniente de outra parte do corpo, como o coração). Já o AVC hemorrágico ocorre em cerca de 20% dos casos e é causado pela ruptura de um vaso cerebral, levando ao extravasamento de sangue para o parênquima cerebral, ventrículos ou espaço subaracnóideo.

O cérebro é extremamente sensível à falta de oxigênio. Em situações de isquemia, há um colapso energético nas células cerebrais, com falência na produção de ATP, acúmulo de cálcio intracelular e liberação de neurotransmissores excitatórios como o glutamato. Esse processo leva a uma cascata de lesões celulares, conhecida como lesão por reperfusão, quando o fluxo sanguíneo é restabelecido. No caso do AVC hemorrágico, o sangramento provoca compressão das estruturas cerebrais, aumento da pressão intracraniana e destruição direta do tecido cerebral.

A área do cérebro que sofre a interrupção do fluxo determina os sintomas apresentados. Por exemplo, lesões no hemisfério esquerdo frequentemente causam dificuldades na fala e compreensão (afasia), enquanto lesões no hemisfério direito podem gerar alterações de comportamento e desatenção ao lado esquerdo do corpo (neglect). Além disso, áreas como o tronco encefálico, quando afetadas, podem comprometer funções vitais como respiração e batimentos cardíacos.

Outro conceito importante é o de penumbra isquêmica, uma zona ao redor da lesão central que ainda não sofreu necrose, mas está em risco. Essa região pode ser salva com intervenção

rápida, o que reforça a importância do atendimento emergencial. O tempo é um fator decisivo na evolução do quadro clínico e nas possibilidades de reversão dos danos.

As causas do AVC são multifatoriais e incluem hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias, tabagismo, alcoolismo, arritmias cardíacas (como fibrilação atrial) e sedentarismo. Fatores genéticos e idade também aumentam o risco. Por isso, entender os mecanismos fisiopatológicos permite não só reconhecer precocemente os sinais da doença, mas também desenvolver estratégias eficazes de prevenção e tratamento.

O conhecimento da fisiopatologia do AVC é fundamental para a atuação da equipe de enfermagem. A compreensão dos processos envolvidos na lesão cerebral auxilia na avaliação clínica dos pacientes, na identificação rápida de sinais de alerta e na implementação de cuidados direcionados para minimizar os danos neurológicos e melhorar o prognóstico.

CLASSIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O Acidente Vascular Cerebral é uma síndrome clínica que pode se manifestar de diferentes formas, dependendo da sua origem, localização e extensão da lesão cerebral. Por isso, sua classificação é essencial tanto para o diagnóstico quanto para a definição do tratamento e acompanhamento.

A classificação mais comum do AVC é baseada em seu mecanismo fisiopatológico: isquêmico ou hemorrágico. Cada tipo apresenta características clínicas específicas, que devem ser reconhecidas prontamente pela equipe de enfermagem.

► AVC isquêmico

O AVC isquêmico ocorre quando há obstrução do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral. Essa obstrução pode ser causada por trombose (formação de coágulo no próprio vaso) ou embolia (deslocamento de um coágulo formado em outra parte do corpo). Em ambos os casos, a isquemia leva à diminuição da oferta de oxigênio e glicose para os neurônios, ocasionando sua morte.

As principais características clínicas do AVC isquêmico incluem:

- Fraqueza ou paralisia em um lado do corpo (hemiparesia ou hemiplegia).
- Alterações na fala e compreensão (afasia).
- Perda súbita da visão em um ou ambos os olhos.
- Desvio da rima labial.
- Confusão mental.

- Dificuldade de equilíbrio e coordenação.
- Dor de cabeça (menos comum).

O início dos sintomas costuma ser súbito e indolor, o que pode dificultar o reconhecimento precoce. No entanto, o atendimento rápido é crucial, pois há janela terapêutica para a administração de trombolíticos em alguns casos, o que pode reverter os danos se feito nas primeiras horas.

► AVC hemorrágico

O AVC hemorrágico é provocado pelo rompimento de um vaso sanguíneo no interior do cérebro, geralmente associado a hipertensão arterial descontrolada, aneurismas ou malformações vasculares. O sangue extravasado comprime o tecido cerebral, aumenta a pressão intracraniana e leva à destruição neural direta.

As manifestações clínicas do AVC hemorrágico costumam ser mais intensas do que as do isquêmico, incluindo:

- Cefaleia súbita e intensa (descrita como “a pior da vida”)
- Náuseas e vômitos
- Déficits motores e sensoriais
- Convulsões
- Rebaixamento do nível de consciência
- Rigidez de nuca (em casos de hemorragia subaracnóidea)

O prognóstico do AVC hemorrágico geralmente é mais reservado, devido ao risco elevado de complicações como herniação cerebral, hidrocefalia e morte súbita. O tratamento é focado na estabilização do paciente, controle da pressão intracraniana e, em alguns casos, cirurgia para drenagem do hematoma.

► Outras classificações

Além da divisão principal em isquêmico e hemorrágico, existem subtipos que auxiliam na avaliação clínica e terapêutica. No caso do AVC isquêmico, por exemplo, a Classificação de TOAST categoriza os eventos de acordo com a etiologia: aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, de causa rara ou indeterminada.

Outra forma de classificar o AVC é quanto à extensão do quadro:

- **AVC completo:** quando os sintomas permanecem por mais de 24 horas e há infarto cerebral comprovado por imagem.
- **AVC em progressão:** quando os sintomas se agravam ao longo do tempo.
- **Ataque isquêmico transitório (AIT):** sintomas neurológicos que duram menos de 24 horas, com recuperação total, mas que indicam risco elevado de um AVC definitivo.

► Importância clínica da classificação

A correta identificação do tipo de AVC influencia diretamente na conduta a ser adotada. Por exemplo, o uso de anticoagulantes pode ser benéfico no AVC isquêmico, mas é contraindicado no

hemorrágico. Além disso, a monitorização dos sinais clínicos, como nível de consciência, padrão respiratório e sinais de hipertensão intracraniana, é essencial para evitar agravamentos.

Para a equipe de enfermagem, reconhecer as diferenças clínicas entre os tipos de AVC permite agir com rapidez, acionar o protocolo de atendimento e auxiliar na estabilização do paciente. Também é fundamental para orientar os familiares e contribuir para a reabilitação do paciente após a fase aguda.

DIAGNÓSTICO E SINAIS DE ALERTA

O diagnóstico precoce do Acidente Vascular Cerebral é fundamental para reduzir a mortalidade e as sequelas neurológicas. Como o AVC é uma emergência médica, o reconhecimento imediato dos sinais de alerta, aliado à realização de exames adequados, permite que o tratamento seja iniciado dentro da janela terapêutica, aumentando significativamente as chances de recuperação.

► Sinais de alerta

Os sinais clínicos do AVC aparecem de forma súbita e variam de acordo com a região do cérebro afetada e o tipo de AVC. A equipe de enfermagem deve estar treinada para identificar os principais sinais de alarme, utilizando protocolos simplificados e de rápida aplicação. Um dos métodos mais utilizados é o protocolo SAMU (Sorriso, Abraço, Música), ou internacionalmente conhecido como FAST, que corresponde a:

- **Face (rosto):** desvio da rima labial, sorriso torto, assimetria facial
- **Arm (braço):** dificuldade ou incapacidade de levantar um dos braços
- **Speech (fala):** fala arrastada, palavras desconexas, dificuldade para entender ou ser entendido
- **Time (tempo):** acionar imediatamente o serviço de emergência

Outros sinais que podem indicar um AVC incluem:

- Perda súbita de força ou sensibilidade em um lado do corpo.
- Alterações na visão (visão dupla, perda de campo visual).
- Dificuldade para caminhar, tontura, desequilíbrio.
- Cefaleia intensa e súbita, principalmente em casos de AVC hemorrágico.
- Confusão mental, dificuldade de compreensão ou alteração no nível de consciência.

A observação atenta desses sinais permite à equipe de enfermagem agir rapidamente, acionar a equipe médica e iniciar os primeiros cuidados ainda na fase pré-hospitalar ou na chegada à unidade de saúde.

► Diagnóstico clínico e por imagem

O diagnóstico do AVC é clínico, complementado por exames de imagem que confirmam o tipo e a extensão da lesão cerebral. A anamnese deve considerar o início dos sintomas, com foco no tempo de evolução, presença de fatores de risco, uso de medicamentos (como anticoagulantes) e histórico de eventos neurológicos prévios.

- **Linha:** uma margem óssea suave;
- **Meato:** um canal;
- **Processo:** uma proeminência ou projeção;
- **Ramo:** uma parte projetada ou um processo alongado;
- **Espinha:** uma projeção afilada;
- **Sulco:** uma goteira;
- **Trocânter:** um processo globoso grande;
- **Tubérculo:** um nódulo ou pequeno processo arredondado;
- **Tuberosidade:** um processo amplo, maior do que um tubérculo.

Ossos do esqueleto axial

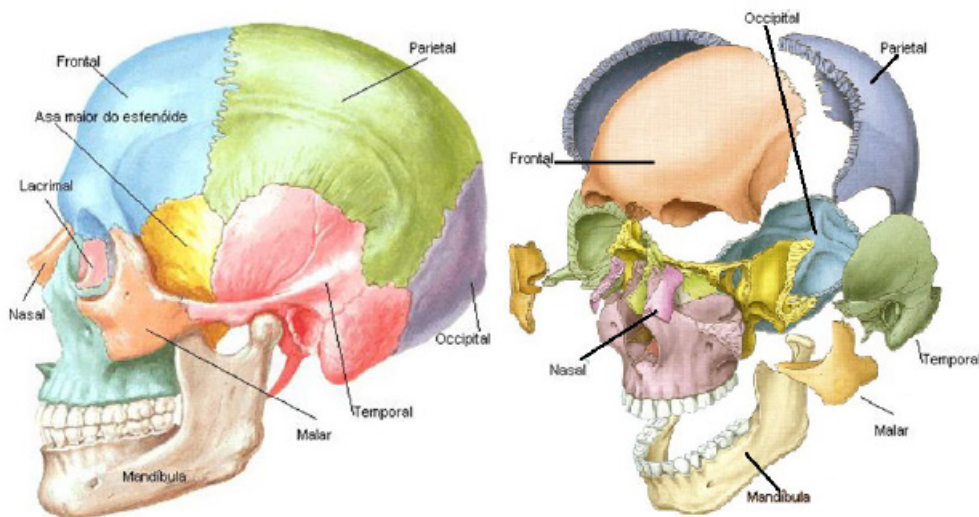
O crânio pode ser dividido em duas principais regiões: a calota craniana, também conhecida como calvária, e a base do crânio. A calota craniana é a porção superior e é atravessada por três suturas:

- **Sutura Coronal:** esta sutura está localizada entre os ossos frontais e parietais.
- **Sutura Sagital:** a sutura sagital percorre a linha mediana e é formada pela articulação dos ossos parietais.
- **Sutura Lambdoide:** a sutura lambdoide encontra-se entre os ossos parietais e o osso occipital.

O ponto de encontro das suturas coronal e sagital é chamado de Bregma, enquanto o ponto de encontro das suturas sagital e lambdoide é denominado Lambda.

O neurocrânio é composto por oito ossos, que são:

- **Osso frontal:** este osso ímpar forma a região da testa (frente), o teto da cavidade nasal e as órbitas.
- **Ossos parietais:** são ossos pares, um direito e outro esquerdo, que formam os lados e o teto do crânio. Eles se articulam na linha mediana, formando a sutura sagital.
- **Ossos temporais:** os ossos temporais são pares, com um lado direito e outro esquerdo. Eles constituem as paredes laterais do crânio e são compostos por várias porções, incluindo a escamosa (articulada com o parietal na sutura escamosa), a mastoide, a timpânica e a petrosa ou rochosa.
- **Osso esfenóide:** Este osso ímpar tem uma forma irregular e está situado na base do crânio, à frente dos ossos temporais e na porção basilar do osso occipital.
- **Osso etmoide:** o osso etmoide é ímpar e mediano. Ele está localizado na base do crânio, mais precisamente na zona anterior medial.
- **Osso occipital:** este osso ímpar forma a parte posterior e parte da base do crânio. Ele se articula anteriormente com os ossos parietais, formando a sutura lambdoide.

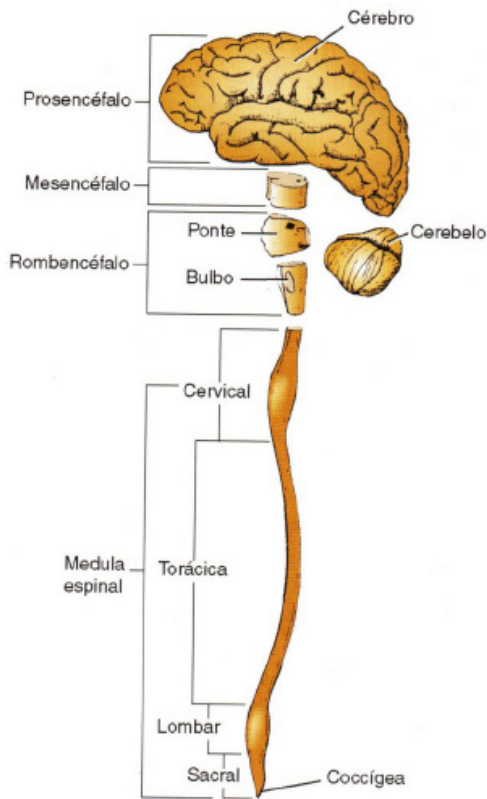


Gray's **Anatomia clínica para estudantes** /Richard L. Drake, Wayne Vogl, Adam W. M. Mitchell; ilustrações Richard Tibbitts e Paul Richardson. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

- Em nosso corpo, existem inúmeros nervos, e a interconexão desses nervos forma a extensa rede nervosa que se estende por todo o nosso organismo.

Medula Espinhal

Vamos começar com a descrição da medula espinhal, uma estrutura com formato cilíndrico que mede aproximadamente 45 cm de comprimento. Ela está localizada dentro do canal vertebral. A medula espinhal desempenha um papel crucial, atuando como a via de entrada e saída para todas as sensações provenientes do corpo somático e das vísceras em direção ao encéfalo. Da mesma forma, ela é responsável por transmitir todas as respostas originadas no encéfalo para todas as partes do corpo, com exceção da região da cabeça, que é controlada pelos nervos cranianos.



1. S. Neuroanatomia clínica. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011.

A medula espinhal é a parte do sistema nervoso central localizada dentro do canal vertebral, apresentando limites bem definidos:

Superiormente, sua delimitação ocorre no plano transversal que passa ao nível do forame magno.

Inferiormente, estende-se até a altura das vértebras L1 e L2.

A medula espinhal também apresenta dilatações em sua estrutura:

- **Intumescência cervical:** esta dilatação ocorre na região cervicotorácica da medula, resultando do aumento do número de neurônios, cujas fibras nervosas contribuem para a

formação dos nervos que inervam o pescoço e os membros superiores. Nesta área, encontramos os nervos cervicais (C5, C6, C7, C8, T1), que compõem o plexo braquial.

- **Intumescência lombar:** essa dilatação ocorre na região lombossacral da medula espinhal, devido ao aumento do número de neurônios cujas fibras nervosas constituem os nervos que inervam a pelve e os membros inferiores. A intumescência lombar é composta pelos nervos lombares e sacrais (L1, L2, L3, L4, L5, S1, S2), que formam o plexo lombossacral.

- **Cone medular:** o cone medular é a porção terminal da medula espinhal que se assemelha a um cone.

- **Fio terminal:** o fio terminal é uma extensão da pia-máter que se estende do cone medular até o fundo do saco dural, situado aproximadamente ao nível de S2.

- **Cauda equina:** a cauda equina é formada pelos ramos ventrais dos nervos espinhais originados na intumescência lombar e que são responsáveis pela inervação da região da pelve e dos membros inferiores.

Nervos espinhais: são 31 pares de nervos raquidianos ou espinhais que se originam na medula espinhal, desempenhando papéis essenciais na sensibilidade corporal e no controle dos músculos esqueléticos. Esses pares de nervos incluem:

- Oito pares de nervos cervicais.
- Doze pares de nervos torácicos.
- Cinco pares de nervos lombares.
- Seis pares de nervos sacrais.

Cada nervo espinhal, ao atravessar o forame intervertebral, divide-se em duas raízes distintas:

- A raiz posterior ou dorsal, responsável pela condução de estímulos sensitivos.
- A raiz anterior ou ventral, encarregada da transmissão de estímulos motores.

Essas duas raízes unem-se imediatamente após saírem da medula espinhal, resultando em nervos mistos que contêm tanto componentes motores quanto sensitivos. Na medula espinhal, a substância cinzenta divide-se em três partes: cornos dorsais, laterais e ventrais. Os cornos dorsais são responsáveis por receber os impulsos sensitivos dos nervos raquidianos, enquanto os cornos ventrais enviam impulsos motores para os músculos estriados esqueléticos. Apenas na medula torácica, encontramos os cornos laterais, que enviam impulsos aos neurônios motores autônomos, controlando o funcionamento das vísceras, um processo involuntário.

Os corpos celulares dos neurônios concentram-se no centro da medula, na região de massa cinzenta. Os axônios ascendentes e descendentes estão localizados na substância branca da medula espinhal, e em ambas as regiões, também encontramos células da glia.

- **Faringe:** é um canal compartilhado pelos sistemas digestivo e respiratório que se conecta com a boca e as fossas nasais. Todo ar que entra no corpo, seja pelas narinas ou pela boca, necessariamente passa pela faringe antes de atingir a laringe.
- **Laringe:** é um tubo localizado na parte superior do pescoço e sustentado por peças de cartilagem articuladas. Uma dessas cartilagens, o pomo-de-adão, é visível no pescoço. A entrada da laringe é conhecida como glote, e acima dela, há uma cartilagem em forma de “lingueta” chamada epiglote, que atua como uma válvula. Durante a alimentação, a laringe sobe, e a epiglote fecha a entrada, evitando que o alimento entre nas vias respiratórias. As pregas na superfície interna da laringe são as cordas vocais, que desempenham um papel crucial na produção de som durante a passagem de ar. A laringe tem três funções principais: servir como uma via para o ar durante a respiração, produzir som (voz) e prevenir a entrada de alimentos e objetos estranhos nas vias respiratórias.
- **Traqueia:** é um tubo com cerca de 1,5 cm de diâmetro e 10-12 cm de comprimento. Sua parede é reforçada por anéis cartilaginosos. Na extremidade inferior, a traqueia se divide em brônquios, que se ramificam nos pulmões. O epitélio revestindo a traqueia é mucociliar e ajuda a reter partículas de poeira e bactérias presentes no ar inalado. Posteriormente, essas partículas são eliminadas graças ao movimento dos cílios e, em seguida, engolidas ou expelidas.
- **Pulmões:** Os pulmões são órgãos esponjosos, envolvidos por uma membrana serosa chamada pleura e têm aproximadamente 25 cm de comprimento. Dentro dos pulmões, os brônquios se ramificam extensivamente, formando bronquíolos cada vez menores. Esses bronquíolos terminam em pequenas bolsas conhecidas como alvéolos pulmonares. A árvore brônquica, composta por esses bronquíolos, é a via respiratória. Cada alvéolo é formado por células epiteliais achatadas e é revestido por capilares sanguíneos.

Os pulmões têm três faces distintas:

- **Face costal (lateral):** é a face externa, lisa e convexa, voltada para o interior da cavidade torácica.
- **Face diafragmática (inferior):** é a face côncava que se encaixa na cúpula do diafragma.
- **Face mediastínica (medial):** possui uma região côncava que acomoda o coração, e na parte dorsal, está a área conhecida como hilo ou raiz do pulmão.

Os pulmões direito e esquerdo apresentam diferenças morfológicas. O pulmão direito tem três lobos separados por duas fissuras: uma fissura oblíqua que separa o lobo inferior dos lobos médio e superior e uma fissura horizontal que separa o lobo superior do médio. Enquanto o pulmão esquerdo, embora menor, é dividido em lobo superior e lobo inferior por uma fissura oblíqua. A região anterior e inferior do lobo superior do pulmão esquerdo contém uma estrutura chamada língua do pulmão, que é um vestígio do desenvolvimento embrionário do lobo médio.

Além disso, cada lobo pulmonar é subdividido em segmentos pulmonares, que são unidades anatômicas independentes. Esses segmentos desempenham um papel importante na ventilação e circulação pulmonar.

Pulmão Direito

- **Lobo Superior:** apical, anterior e posterior.
- **Lobo Médio:** medial e lateral.
- **Lobo Inferior:** apical (superior), basal anterior, basal posterior, basal medial e basal lateral.

Pulmão Esquerdo

- **Lobo Superior:** apicoposterior, anterior, lingular superior e lingular inferior.
- **Lobo Inferior:** apical (superior), basal anterior, basal posterior, basal medial e basal lateral.

▪ **Orientação sobre medicamentos:** O enfermeiro instrui o paciente sobre como e quando tomar os medicamentos, ressaltando a importância de seguir o regime medicamentoso prescrito para o controle da doença.

▪ **Instrução sobre estilo de vida:** Para pacientes com doenças crônicas, o enfermeiro fornece orientações sobre alimentação saudável, controle do peso, atividade física e cessação do tabagismo, fatores que podem influenciar diretamente na progressão da doença.

▪ **Prevenção de complicações em casa:** O enfermeiro ensina o paciente e a família a reconhecer sinais de alerta que possam indicar a necessidade de retornar ao hospital, como alterações na pressão arterial, aumento da glicemia ou dificuldades respiratórias.

► **Acompanhamento e Suporte Emocional**

Os pacientes na clínica médica podem enfrentar longos períodos de internação, especialmente aqueles com doenças crônicas. Nesse cenário, o apoio emocional desempenha um papel importante no bem-estar do paciente.

▪ **Suporte emocional:** Os enfermeiros devem estar atentos ao estado emocional do paciente e oferecer suporte em momentos de ansiedade ou depressão, muitas vezes comuns em pessoas hospitalizadas por longos períodos. O apoio à família também é essencial, já que ela pode estar envolvida no processo de cuidado contínuo após a alta.

▪ **Acompanhamento contínuo:** Além dos cuidados clínicos, os enfermeiros mantêm um acompanhamento constante do estado geral do paciente, garantindo que suas necessidades físicas e emocionais sejam atendidas. Isso pode incluir atividades como conversar com o paciente, responder suas dúvidas e proporcionar conforto.

► **Atuação em Equipe Multidisciplinar**

A enfermagem na clínica médica não trabalha de forma isolada. O enfermeiro integra uma equipe multidisciplinar, que pode incluir médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais. O enfermeiro é um ponto de contato importante entre o paciente e os outros profissionais de saúde, facilitando a comunicação e garantindo que o plano de cuidado seja implementado de forma integrada.

▪ **Discussão de casos:** Em reuniões de equipe, o enfermeiro compartilha informações sobre o estado do paciente, ajudando a ajustar as terapias conforme necessário.

▪ **Coordenação de cuidados:** Como parte do plano de alta, o enfermeiro colabora com outros profissionais para garantir que o paciente tenha acesso aos recursos e ao suporte necessário em casa ou em centros de reabilitação, se aplicável.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA CIRÚRGICA

A assistência de enfermagem na clínica cirúrgica envolve uma série de cuidados especializados, que abrangem as fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória. Nessa área, o enfermeiro desempenha um papel fundamental na preparação do paciente para a cirurgia, no acompanhamento durante o

procedimento cirúrgico e no monitoramento rigoroso após a cirurgia, garantindo que o processo seja seguro e que o paciente tenha uma recuperação adequada.

► **Cuidados Pré-operatórios**

Os cuidados pré-operatórios são essenciais para preparar o paciente, física e emocionalmente, para o procedimento cirúrgico. Essa fase exige planejamento e avaliação detalhada do estado clínico do paciente, minimizando riscos e garantindo que ele esteja nas melhores condições possíveis para a cirurgia.

Atribuições principais:

▪ **Avaliação clínica inicial:** O enfermeiro realiza a anamnese e coleta dados importantes sobre o estado de saúde do paciente, como histórico médico, alergias, medicações em uso e outras informações relevantes que podem interferir no procedimento cirúrgico.

▪ **Preparo físico:** O enfermeiro prepara o paciente fisicamente, verificando a necessidade de jejum, administração de medicamentos profiláticos, como antibióticos, e realização de higiene pré-operatória, que inclui banho com soluções antissépticas e remoção de adornos.

▪ **Exames e monitoramento:** Verificação de resultados de exames pré-operatórios (como hemograma, coagulograma, eletrocardiograma) e monitoramento de sinais vitais, como pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca, antes da cirurgia.

▪ **Orientação ao paciente e família:** O enfermeiro fornece informações detalhadas ao paciente e seus familiares sobre o procedimento, explicando os passos do processo, possíveis riscos e a importância do preparo adequado. Esse suporte emocional ajuda a reduzir a ansiedade e prepara o paciente para o que esperar no pós-operatório.

► **Cuidados Intraoperatórios**

Durante o procedimento cirúrgico, o enfermeiro pode atuar em diferentes funções, dependendo do tipo de cirurgia e da complexidade do caso. A assistência intraoperatória envolve o suporte à equipe cirúrgica e o monitoramento contínuo das condições do paciente durante a operação.

Atribuições principais:

▪ **Instrumentação cirúrgica:** O enfermeiro pode atuar como instrumentador cirúrgico, auxiliando o cirurgião durante o procedimento, fornecendo os instrumentos necessários e garantindo que o campo cirúrgico permaneça estéril.

▪ **Monitoramento de sinais vitais:** A enfermagem também é responsável por monitorar sinais vitais durante o procedimento, observando alterações na pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e oxigenação. Isso garante que qualquer complicação seja detectada imediatamente e comunicada à equipe médica.

▪ **Cuidados com o paciente anestesiado:** O enfermeiro observa o estado do paciente sob anestesia, garantindo que a posição do corpo esteja adequada para evitar complicações, como lesões por pressão, além de controlar a perda de líquidos e o uso de drenos ou sondas, quando necessários.

Assistência Durante o Trabalho de Parto Natural

O canal de parto é composto pela estrutura óssea da pelve e pelos tecidos moles do útero, colo uterino, vagina e períneo. Durante o trabalho de parto, ocorrem mudanças fisiológicas para facilitar a passagem fetal, incluindo o amolecimento do colo uterino e o aumento da mobilidade articular, influenciadas pelo hormônio relaxina.

O feto desempenha um papel ativo no processo, realizando movimentos de flexão, extensão e rotação para atravessar o canal de parto. O cavalcamento dos ossos cranianos (moldagem fetal) auxilia na adaptação ao trajeto materno.

A assistência obstétrica deve priorizar o monitoramento contínuo da vitalidade materno-fetal, ofertando suporte emocional e técnico. Métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, mudanças posturais, banhos mornos e técnicas respiratórias, devem ser incentivados. Quando necessário, analgesia farmacológica pode ser administrada, respeitando a vontade da parturiente e as diretrizes clínicas.

O estímulo à posição vertical e ao livre movimento durante o trabalho de parto contribui para um desfecho mais favorável, reduzindo a necessidade de intervenções obstétricas. A episiotomia deve ser realizada apenas quando estritamente indicada, conforme as diretrizes da OMS e do Ministério da Saúde.

A implementação de práticas baseadas em evidências, aliadas a um atendimento respeitoso e humanizado, são essenciais para garantir a segurança e o bem-estar materno e neonatal.

Cesariana de emergência e Parto normal inesperado

Existem dois tipos de partos de emergência: a cesariana de emergência e o parto normal inesperado. A cesariana de emergência ocorre quando surgem complicações no parto normal que colocam a mãe ou o bebê em risco, como eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta ou sofrimento fetal, tornando a cesárea a opção mais segura. Já o parto normal inesperado acontece quando, por circunstâncias imprevistas, como problemas de trânsito ou condições climáticas, a gestante acaba dando à luz antes de chegar ao hospital.

O primeiro período do trabalho de parto: a dilatação

Esse período começa com o início das contrações regulares e se estende até a dilatação completa do colo do útero (10 cm). Ele se divide em três fases:

- **Fase Latente:** dilatação até 5 cm, geralmente mais longa e com contrações irregulares.
- **Fase Ativa:** dos 6 aos 10 cm, caracterizada por contrações mais intensas e regulares.
- **Fase de Transição:** próxima da dilatação total, momento de maior desconforto para a parturiente.

Durante essa fase, a equipe de enfermagem deve apoiar a parturiente, estimulando posições que favoreçam o fluxo sanguíneo e ajudem no processo, como ficar de cócoras ou de joelhos. Métodos não farmacológicos para alívio da dor incluem banho morno, massagens e técnicas de respiração.

O segundo período do trabalho de parto: a expulsão

Esse estágio começa com a dilatação completa e termina com o nascimento do bebê. Durante essa fase, as contrações e a pressão ajudam a descer o bebê pelo canal de parto. Sinais como distensão do períneo e dilatação do ânus indicam que o bebê está prestes a nascer.

A equipe de enfermagem deve monitorar os sinais vitais maternos e fetais, orientar a parturiente sobre o momento de fazer força e garantir um ambiente seguro e humanizado para o parto. O clampeamento tardio do cordão umbilical (após 1 a 3 minutos) é recomendado para otimizar a transfusão sanguínea ao recém-nascido.

O terceiro período do trabalho de parto: a dequitação

Essa fase começa após o nascimento do bebê e termina com a expulsão da placenta. O processo pode durar até 30 minutos e deve ocorrer de forma espontânea. A equipe de enfermagem deve avaliar a integridade da placenta e do cordão umbilical e monitorar a parturiente para prevenir hemorragias.

Se a placenta não for expelida espontaneamente dentro de 45 a 60 minutos após o parto, pode ser necessária a remoção manual, realizada sob analgesia ou anestesia adequada. Nesse procedimento, o médico introduz a mão na cavidade uterina, descolando cuidadosamente a placenta de sua coleta e extraindo-a por completo. Uma falha na dequitação espontânea pode indicar a presença de placenta anormalmente aderida, como placenta acreta.

Após a remoção, a placenta deve ser examinada para garantir sua integridade, pois a retenção de fragmentos placentários pode causar hemorragias ou infecções. Caso haja suspeita de placenta incompleta, a cavidade uterina pode ser explorada manualmente. No entanto, essa abordagem é desconfortável para o paciente e não deve ser realizada de forma rotineira.

O quarto período do trabalho de parto: Greenberg

Corresponde às primeiras duas horas após o parto, um período crucial para a estabilização materna. A equipe deve monitorar a loquia (sangramento), a involução uterina e os sinais vitais da mãe para prevenir complicações como hemorragia pós-parto.

Atendimento Pré-Hospitalar no Parto de Emergência

No atendimento de urgência, a avaliação inicial deve seguir o protocolo de emergência, garantindo segurança para a mãe e o bebê. O socorrista deve avaliar:

1. Nome, idade e histórico obstétrico da gestante.
2. Início e frequência das contrações.
3. Presença de ruptura da bolsa e características do líquido amniótico.
4. Sinais de parto iminente, como sensação de evacuação ou visualização da cabeça do bebê.

Caso o parto seja inevitável, o local deve ser preparado para um nascimento seguro, assegurando privacidade e suporte familiar.

Procedimentos Durante o Parto de Emergência

O parto cesáreo é uma cirurgia indicada em situações de risco materno ou fetal. A equipe de enfermagem deve: