



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA - PE
DECISÃO DOS RECURSOS CONTRA GABARITO
PRELIMINAR

I
DOS RECURSOS

Trata-se de recursos interpostos pelos candidatos concorrentes ao cargo **ENFERMEIRO PLANTONISTA** que insurgem contra a publicação do GABARITO PRELIMINAR da Prova Escrita Objetiva de Múltipla Escolha, conforme disposto no **CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE ALIANÇA - PE, CONFORME EDITAL 001/2017.**

RECURSOS INTERPOSTOS À BANCA EXAMINADORA

QUESTÕES
04
07
09
12
16
25
26
30
33
36
37
38
41
44
47
49

II



DA DISPOSIÇÃO E DOS FUNDAMENTOS ANÁLISE DOS RECURSOS

Os questionamentos suscitados pelos recorrentes são a seguir analisadas:

Questão 04

Não procedem as alegações do recorrente.

INDEFERIDO

Questão 07

Não procedem as alegações do recorrente.

INDEFERIDO

Questão 12

Não procedem as alegações do recorrente.

INDEFERIDO

Questão 16

Não procedem as alegações do recorrente.

INDEFERIDO

Questão 09

Não procedem as alegações do recorrente.

INDEFERIDO

Questão 25

Não procedem as alegações do recorrente.

INDEFERIDO

Questão 26

Procedem as alegações do recorrente.

QUESTÃO NULA

DEFERIDO

Questão 30

Procedem as alegações do recorrente.

Responde à questão a alternativa A.

DEFERIDO

Questão 33

Não procedem as alegações do recorrente.

a) A prioridade é a manutenção de vias aéreas e por isso a avaliação da responsividade do paciente deve ser adiada para um outro momento que não durante a assistência inicial.

Deve ser realizada toda uma avaliação do paciente inicial e rapidamente, incluindo a responsividade dele e não somente a vias aéreas.

b) O paciente pode estar com a pressão arterial normal ou diminuída, pele pálida, cianótica, fria e pegajosa, com enchimento capilar > 2 seg.

Características do choque hipovolêmico. Item correto.

c) No choque hipovolêmico classe I, a frequência cardíaca encontra-se acima de 150bpm e a frequência respiratória acima de 35 mrpm.

No choque hipovolêmico classe I a frequência cardíaca está menor do que 100bpm e a frequência respiratória menor doo que 20 mrpm.

d) Os sangramentos devem ser identificados e controlados, porém considerando apenas métodos com compressão e jamais usar torniquete ou tentar imobilizar pelve ou membros.

No choque

Realizar avaliação primária (Protocolo AC1) com ênfase para:

- *avaliar responsividade;*
- *manter via aérea pérvia; • estabilizar coluna cervical, se suspeita de trauma; e*
- *identificar e controlar sangramentos, se necessário (considerar compressão, torniquete, imobilização de pelve e membros, se necessário).*

INDEFERIDO

Questão 36

Não procedem as alegações do recorrente.

No preparo do paciente para a angioplastia todos os aspectos são importantes, não só as referentes ao paciente. A assepsia consiste num **conjunto de métodos e processos de higienização de determinado ambiente**, com a finalidade de **evitar a contaminação** do mesmo por agentes infecciosos e patológicos.

Assim, destaca-se que as tecnologias leves são imprescindíveis para a prática de enfermagem no ambiente hospitalar, desde o acolhimento à alta hospitalar, como valorização do diálogo, do toque, da relação de ajuda, da demonstração de preocupação, expressão de afeto e saber ouvir

O acesso instalado no paciente deve ser o mais calibroso possível e não o menos calibroso. Os cateteres são removidos e o introdutor é retirado pela equipe de enfermagem do Laboratório de Hemodinâmica. A seguir é realizada compressão manual para hemostasia – de 15 a 20 minutos (se a via de escolha tiver sido braquial ou femoral). A seguir é realizado curativo compressivo no local.

No caso do exame ter sido realizado pelo braço (artéria radial), será realizado apenas a retirada do introdutor pelo médico e fechamento com curativo compressivo no local. O curativo será checado periodicamente, para averiguar a presença de sangramento no local. O repouso após o cateterismo será realizado na unidade de recuperação do serviço de Hemodinâmica, onde o paciente ficará sob os cuidados de enfermagem, tendo seus sinais vitais avaliados sempre que necessário.

O tempo mínimo de repouso absoluto será de 4 a 6 horas (se por via femoral). A cabeceira do leito não poderá ser erguida a mais que 30°. Onde o paciente ficará de repouso absoluto em decúbito dorsal com o MI onde foi realizado o cateterismo contido, para evitar que seja fletido.

Por ocasião da liberação do paciente para sua residência, será obrigatório o acompanhamento de familiar ou responsável.

O procedimento muitas vezes demora menos de 30 minutos. No entanto, o processo de preparo e repouso deverá ser considerado. Sugerimos que o paciente planeje dispor de 5 a 9 horas do seu dia para realização do exame.

INDEFERIDO

Questão 37

Não procedem as alegações do recorrente.

O traumatismo é uma patologia que exige diagnóstico precoce e tratamento imediato, devido às grandes alterações provocadas na dinâmica respiratória e circulatória (BRASIL, 2016).

Inspeção: exame visual minucioso que pode ser feito em menos de 30 segundos. A inspeção pode revelar escoriações, lacerações, distensão de veias do pescoço, desvio de traqueia, enfisema subcutâneo, ferimentos abertos em tórax, assimetria de expansão ou movimentação paradoxal da parede torácica. É preciso estar atento a presença de cianose, pois esta é um sinal tardio de hipóxia.

Palpação: a palpação deve ser feita pesquisando a presença de pontos dolorosos, crepitação óssea, enfisema subcutâneo e segmento instável da parede torácica através do toque. A dor pode levar a vítima a apresentar uma “imobilização” ou tentativa de limitar a movimentação do tórax.

Ausculata: o pescoço, os pulmões e o abdômen devem ser auscultados, verificando-se sopros e frêmitos no trajeto das carótidas, alteração dos ruídos hidro – aéreos e a presença ou ausência de murmúrios vesiculares, o volume inspirado e a simetria do fluxo de ar. Diminuição ou ausência de murmúrio vesicular em um lado do tórax da vítima de trauma pode indicar a presença de ar ou sangue no espaço pleural.

Percussão: a percussão do tórax e do abdômen deve ser feita após o trauma com o objetivo verificar a presença de sons timpânicos, hipertimpânicos ou de macicez.

INDEFERIDO

Questão 38

Não procedem as alegações do recorrente.

A neutropenia febril ainda pode ser uma complicação considerada nos pacientes oncológicos, mesmo com os avanços na área.

Hiponatremia é o distúrbio hidroeletrólítico mais comum em pacientes hospitalizados. A presença de hiponatremia está associada a uma série de desfechos desfavoráveis, tais

como: necessidade de internamento em unidade de terapia intensiva, hospitalização prolongada e de maior custo, transferência para abrigos e mortalidade. Ainda não está claro se existe relação de causalidade direta ou se a hiponatremia é apenas um marcador de gravidade da doença de base. No entanto, sabe-se que o manejo inadequado de um paciente hiponatrêmico pode causar graves danos neurológicos ou até mesmo a morte

Mesmo leves costumam apresentar sintomas, e sendo agudas e graves tem sintomas importantes.

Os **sintomas neurológicos** podem incluir cefaleia, confusão, convulsões, inquietação e irritabilidade, diminuição da consciência que pode levar ao coma e à morte. Podem ocorrer também náuseas, vômitos, fadiga muscular, cólicas e espasmos.

Todos esses pacientes são potenciais vítimas de desequilíbrio hidroeletrólítico e por isso merecem atenção redobrada tanto da enfermagem como de todos os profissionais que os assistem.

INDEFERIDO

Questão 41

Procedem as alegações do recorrente.

QUESTÃO NULA

DEFERIDO

Questão 44

Não procedem as alegações do recorrente.

a) No pneumotórax hipertensivo são sinais de insuficiência respiratória: engurgitamento de jugulares, desvio de traqueia para o mesmo lado acometido, movimentos respiratórios cada vez mais profundos, cianose labial e de extremidades como sinal mais precoce.

Sinais de insuficiência respiratória, engurgitamento de jugulares, desvio de traqueia para lado oposto ao acometido, movimentos respiratórios cada vez mais superficiais, cianose labial e de extremidades como sinal tardio.

b) No tórax instável ocorre hipóxia por contusão pulmonar subjacente e dor; o paciente respira com dificuldade mesmo que o movimento do tórax seja simétrico e ordenado. A primeira intervenção de enfermagem é a suplementação de oxigênio.

Tórax Instável: Movimento paradoxal do tórax, hipóxia por contusão pulmonar subjacente e dor. O doente respira com dificuldade e o movimento do tórax é assimétrico e desordenado. A gasometria e o RX solicitados ao fim do exame primário mostram acidose respiratória e fraturas em arcos costais contíguos. O tratamento é oxigênio suplementar e hidratação cuidadosa. Para evitarmos hiperidratação, analgesia, reexpansão do pulmão, com intubação e ventilação assistida até o diagnóstico de outras lesões.

c) O hemotórax maciço, comum em ferimentos penetrantes, ocorre perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas e sinais de choque hipovolêmico profundo; à ausculta, tem-se macicez e ausência do murmúrio vesicular.

Comum em ferimentos penetrantes, tratando-se de perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas e sinais de choque hipovolêmico profundo. A clínica é de macicez e ausência do murmúrio vesicular. Descomprime-se o tórax com drenagem e indica-se toracotomia se há perda de 1500ml de sangue ou 200ml/h em 2 a 4 horas.

ITEM CORRETO

d) O acompanhamento dos pacientes com pneumotórax submetidos à drenagem visa a garantia de adequada expansão pulmonar e bom funcionamento dos drenos; para isso deve-se clampar os drenos habitualmente e após a alta o paciente deve ser orientado para os retornos periódicos para o exame clínico e radiológico.

Os drenos não devem ser clampeados

INDEFERIDO

Questão 47

Não procedem as alegações do recorrente.

A AMERICAN SOCIETY OF PERIANESTHESIA NURSES desenvolveu um guia clínico para a prevenção da hipotermia no período perioperatório. Sugere que no período pré-operatório identifiquem-se os fatores de risco para hipotermia, como: extremos de idade, sexo feminino, temperatura da sala, duração e tipo do procedimento cirúrgico, caquexia, doenças pré-existentes, perda significativa de fluidos, uso de soluções frias, anestesia geral ou regional. Neste período, a temperatura do paciente deve ser verificada na admissão, o enfermeiro deve perguntar ao paciente se sente frio e observar sinais e sintomas de hipotermia (tremores, piloereção, e extremidades frias). A partir daí, intervenções devem ser implementadas no sentido de manter o indivíduo normotérmico (por exemplo, uso de cobertor de algodão, meias dentre outras).

No intra-operatório, o enfermeiro necessita avaliar novamente a temperatura do paciente e monitorá-la durante o transcorrer do procedimento anestésico-cirúrgico. Recomenda-se a implementação de medidas de aquecimento como o uso de cobertor, meias, capuz, exposição limitada da pele, utilização de aparelho de aquecimento artificial, administração de soluções intravenosa e de irrigação aquecidas, umidificação e aquecimento dos gases anestésicos.

Na sala de recuperação pós-anestésica a temperatura do paciente hipotérmico deve ser verificada a cada 30 minutos, até atingir a normotermia, caso o paciente esteja normotérmico a temperatura deverá ser mensurada na alta e por solicitação médica.

No caso de pacientes normotérmicos, devem ser implementadas medidas preventivas como o uso de cobertores, meias, capuz, limitar a exposição da pele e infusão de líquidos aquecidos, manter a temperatura da sala entre 20 e 24° C, aferir a temperatura a cada 30 minutos, observar sinais e sintomas de hipotermia.

No caso de pacientes hipotérmicos recomenda-se utilizar aparelhos de ar aquecido (manta ou cobertor), cobertor de algodão, meias, capuz, exposição limitada da pele, aumentar a temperatura ambiente, infundir soluções aquecidas, umidificação e aquecimento do oxigênio, e monitorar a temperatura do paciente a cada 30 minutos, até o conforto térmico.

A hipotermia acidental ou primária é definida como decorrente da redução espontânea da temperatura central. Pode estar associada com disfunções orgânicas agudas ou doenças crônicas agudizadas. As causas mais frequentes são a exposição ao frio, ao vento, infusão excessiva de líquidos parenterais frios, em especial transfusões sanguíneas, imersão em ambientes gelados, umidade excessiva, entre outros.

A hipotermia secundária se caracteriza por disfunções ou lesões do centro termo regulador, causadas por doenças orgânicas ou uso de substâncias com ação no sistema nervoso central.

INDEFERIDO

Questão 49

Procedem as alegações do recorrente.

QUESTÃO NULA

DEFERIDO

III DAS CONCLUSÕES

Diante do exposto, submetido o presente recurso a análise da Banca Examinadora, os mesmos foram julgados **DEFERIDOS e/ou INDEFERIDOS** de acordo com as decisões e fundamentações supra elencadas, com base no Capítulo VIII do Edital 001/2017 que rege este concurso. Fica reiterado que *“A Banca Examinadora se constitui na última instância para recurso, sendo soberana em suas decisões, razão pela qual não caberão recursos adicionais”*.

Publique-se,

Fortaleza – CE 10 de abril de 2018.

CONSULPAM