

Concurso Público – Edital Nº 327, de 30 de abril de 2012.

Resultado dos recursos interpostos da prova de Enfermeiro

Prova específica – Questão 26

Em relação as duas dimensões dos diagnósticos de enfermagem a alternativa C não está correta como afirma no recurso.

De acordo com o livro Processo de Enfermagem da autora Wanda de Aguiar Horta (todas as edições) inclusive a de 2011 pág 69, Estimar a capacidade do ser humano em atender suas necessidades humanas básicas refere-se a Prognóstico de enfermagem .

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 30

Conforme a argumentação da requerente, a alternativa D, questão 30 estaria incorreta, pois baseado no Capítulo 1, artigo 1, letra D, da Resolução 292/2004, “não estariam indicadas a realização de manobras avançadas em potencial doador,” pois a referida resolução aponta a “ interrupção do processo (de captação) por motivo de parada cardíaca...”

Neste sentido, cabe lembrar:

- O capítulo a que se refere a alternativa D, capítulo 1, diz respeito ao DOADOR CADÁVER (hoje denominado doador falecido), ou seja, paciente em morte encefálica confirmada.

- O item D diz respeito às informações que devem ser prestadas, pelo profissional enfermeiro à família, durante o processo de captação, e claro esta, que estes esclarecimentos dizem respeito ao quadro de morte encefálica instalado e diagnosticado.

- A parada cardíaca pode ocorrer a qualquer momento durante o processo de diagnóstico de morte encefálica (ver abaixo), e a família, conforme recomendação da Resolução, deve ser esclarecida e orientada a esse respeito. A Resolução diz respeito à interrupção do processo de doação, em caso de parada cardíaca em qualquer fase deste processo. O processo poderá ser sim, interrompido se o potencial doador não responder às manobras instituídas. Em nenhum momento há qualquer referencia em não se instituir as manobras de ressuscitação no contexto da Morte Encefálica.

- A Resolução não determina, recomenda ou explicita, se as manobras serão ou não indicadas, e realizadas, pois isto vai além da atribuição exclusiva do enfermeiro no Processo Doação-Transplante, previsto nesta Resolução.

- O diagnóstico de Morte Encefálica, é um processo complexo que inclui a realização de 2 exames clínicos neurológicos ,com intervalos estabelecidos e um exame subsidiário como definido legalmente pela Resolução do CFM nº 1480 08/08/1997.

E por fim, do ponto de vista clínico, e este era o objetivo da questão: avaliar o conhecimento do candidato a respeito da manutenção do potencial doador em morte encefálica, esclarecemos:

“A reanimação cardiorrespiratória esta indicada no caso de parada cardíaca súbita do doador, porque órgãos ainda podem ser recuperados após reanimação cardio-respiratória eficaz” (GARCIA ,MAGALHÃES, PEREIRA,2012, p.21).

“ Na parada cardíaca, ocorrência presente em aproximadamente 25% dos potenciais doadores em Morte encefálica, estão indicadas as manobras avançadas de reanimação.Deve ser reforçada para a equipe a importância do diagnóstico precoce da condição de parada cardíaca e a instituição imediata da ventilações e compressões torácicas, com o intuito de manter a perfusão dos órgãos e prevenir os efeitos adversos da acidose e hipóxia tecidual.” (DUARTE,GRESTA,SALVIANO,2012, p.644)

- Tratar a parada cardiorrespiratória (PCR) e taquiarritmias conforme orientações da American Heart Association (Recomendação Forte.) AMIB.2011

- Não utilizar atropina para tratamento das bradiarritmias (Recomendação Forte) AMIB.2011

- Após a ocorrência de parada cardíaca no potencial doador falecido, quando deve ser considerada a transferência ao centro cirúrgico para remoção dos órgãos viáveis? Na indisponibilidade de centro cirúrgico ou equipe cirúrgica, há alguma alternativa para manutenção da perfusão dos órgãos?

Iniciar imediatamente as manobras de RCP e o transporte ao centro cirúrgico para a remoção dos órgãos viáveis (Recomendação Forte) AMIB 2012

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 32

Em resposta ao recurso interposto, à questão de nº 32, esclarecemos que a referencia do Programa, inclusive a referencia citada pelo candidato: Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica-12ª edição; no Capítulo 14: Líquidos e Eletrólitos: Equilíbrio e Distúrbios, página 279 , lê-se: em relação “ Déficit de Potássio (Hipopotassemia)- Histórico e Achados Diagnósticos:

Na Hipopotassemia, a concentração sérica de potássio esta abaixo do limite inferior da normalidade. As alterações eletrocardiográficas (EEG) podem incluir ondas T planas ou Ondas T invertidas ou ambas, sugerindo isquemia, e segmentos ST deprimidos. Uma Onda U elevada é específica para hipopotassemia. “

Entendemos que a presença da onda U no contexto da Hipopotassemia é específica.

A onda U específica da Hipopotassemia é elevada assim como as ondas T planas ou invertidas e segmento ST deprimido. (a onda T não é plana nem invertida, o segmento ST não é deprimido, nem a onda U elevada, no ECG normal)

Referencia: SMELTZER,Suzanne C; BARE, Brenda G;HINKLE,Janice L; CHEEVER,Kerry H. Tratado de Enfermagem Cirúrgica.12 ed.Rio de Janeiro. Guanabara Koogan,2011.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 33

Em resposta ao recurso interposto pelo candidato , à questão 33, esclarecemos:

A PORTARIA Nº 2.600, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes, no seu Capítulo III, da organização das OPOS e CIHDOTT (Organização de Procura de Órgãos e Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, respectivamente).

Seção II, das CIHDOTT:

Art. 14. A criação das CIHDOTTs será obrigatória naqueles hospitais públicos, privados e filantrópicos que se enquadrem nos perfis relacionados abaixo, obedecida a seguinte classificação:

I - CIHDOTT I: estabelecimento de saúde com até 200 (duzentos) óbitos por ano e leitos para assistência ventilatória (em terapia intensiva ou emergência), e profissionais da área de medicina interna ou pediatria ou intensivismo, ou neurologia ou neurocirurgia ou neuropediatria, integrantes de seu corpo clínico;

II - CIHDOTT II: estabelecimento de saúde de referência para trauma e/ou neurologia e/ou neurocirurgia com menos de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde não-oncológico, com 200 (duzentos) a 1000 (mil) óbitos por ano; e

III - CIHDOTT III: estabelecimento de saúde não-oncológico com mais de 1000 (mil) óbitos por ano ou estabelecimento de saúde com pelo menos um programa de transplante de órgão

Parágrafo único. A criação das CIHDOTT **será opcional** para todos os demais hospitais **que não se enquadrem nos perfis descritos nos incisos deste artigo**, e deverão ser classificadas pela CNCDO Estadual ou Regional.

Conclusão: A definição da criação das CIHDOTT, vincula-se a caracterização do Tipo de instituição Hospitalar (I, II, ou III, ou outra) ,não mais pelo número de leitos, e é obrigatória para todos os perfis de instituições hospitalares, públicas , privadas e filantrópicas.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 34

O requerente apresenta sua argumentação considerando que “dentre as diretrizes gerais para implementação da PNH, esta o reforço da Clínica Ampliada” e seus preceitos, e que “para alcançar isto é necessário garantir o acesso ao usuário a todos os níveis de atenção”, e baseando-se neste argumento, considera que a alternativa D não pode ser a resposta à questão, pelo motivo acima explicitado, ou seja que o **conceito** de CA incluiria a acesso a diferentes níveis de atenção.

A alternativa D afirma que: “o conceito de clínica ampliada refere-se à ampliação e garantia de acesso ao usuário a todos os níveis de atenção.”. A esse respeito consideramos pertinente lembrar o **conceito** de Clínica Ampliada, oficial do PNH, Ministério da Saúde:

“Trabalho clínico que visa o sujeito e a doença, a família e o contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença”.

Entendemos assim que o **conceito** de clínica ampliada vai além “do acesso do usuário a diferentes níveis de atenção”. A alternativa propositalmente reduziu a abrangência conceitual de Clínica Ampliada.

Ainda para compreensão dos eixos fundamentais da Clínica Ampliada incluída nas diretrizes do Programa Nacional de Humanização, destacam-se:

- Compreensão ampliada do processo saúde-doença.
- Construção compartilhada de diagnósticos e Terapêuticas.
- Ampliação do objeto de trabalho.
- A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho.
- Suporte para os profissionais de saúde.

Ainda em relação a alternativa D, cabe esclarecer que o conceito de Integralidade, é o que melhor, se aplica a esta alternativa, ou seja: diz respeito ao acesso a rede de cuidados em saúde, considerando o conceito adotado pelo Ministério da Saúde, nos princípios doutrinários do SUS:

“Integralidade: Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (continuidade da assistência), até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais”.

Cabe lembrar que o acesso integral e universal do usuário ao sistema, como definido pelo Ministério da Saúde perpassa não só o Programa Nacional de Humanização e suas diretrizes, mas é a linha mestra desta Política no Brasil.
Conclusão: A alternativa D é incorreta e essa é a resposta à questão 34.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 35

Em relação ao recurso interposto pelo candidato a questão 35, esclaremos:

A nor-epinefrina é uma catecolamina vasopressora, que deve ser administrada em acesso vascular de grande calibre, pelo risco de lesão tecidual grave no caso de extravasamento, e de preferência como infusão em acesso exclusivo, entretanto não é e não pode ser administrada em bolus, como descrito na alternativa B, da referida questão, apenas em infusão contínua titulada, para melhor controle dos seus efeitos.

A infusão de nor-adrenalina deve ser feita através de Bombas infusoras.

Administração em bolus: “ Injeção direta -IV em bolus”

“ A administração de medicação IV em bolus proporciona um método de administração de altas concentrações de medicação. O objetivo é ativar rapidamente as concentrações séricas” “O método de bolus IV tem maior risco de efeitos adversos e toxicidade, devido as concentrações séricas das drogas que são acentuadamente elevadas” (PHILLIPS, 2001, p. 309-12)

“ Dobutamina é uma catecolamina sintética, que possui propriedades inotrópicas positivas, com ação estimuladora dos receptores β 1, aumentando a frequência cardíaca, aumentando a contratilidade miocárdica, a automaticidade, e a velocidade de condução. Estimula os receptores β 2, aumentando a frequência cardíaca e produzindo vasodilatação..

Sua indicação: Manuseio a curto prazo de pacientes com descompensação cardíaca em virtude da redução da contratilidade (ICC, Congestão Pulmonar) Esta catecolamina está indicada para pacientes nos quais se pretende aumentar a contratilidade cardíaca, sem interferência na resistência vascular sistêmica. Sua maior indicação é na falência miocárdica, ou seja no Choque Cardiogenico.

Lembramos ainda que um dos preceitos de uma assistência de enfermagem qualificada é garantir adequada monitorização hemodinâmica (e clínica) durante a utilização de drogas cujos efeitos adversos decorrentes do seu uso são de alto risco, e podem ter conseqüências graves e deletérias para o paciente.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 38

Em relação ao recurso interposto pelo candidato, esclarecemos:

A opção B inclui o diagnóstico de enfermagem “Percepção Sensorial Visual Perturbada”, que o paciente não apresenta.

Segundo Margaret Lunney, a elaboração de diagnósticos de enfermagem exige raciocínio clínico do enfermeiro, que envolvem importantes habilidades, a saber: intenção, conhecimento, capacidade cognitiva e análise crítica de informações. (LUNNEY, 2004).

O Diagnóstico de Enfermagem: Percepção Sensorial Visual Perturbada está inserido na Classificação NANDA Internacional, na Classe 3, no Domínio 5 , Sensação/percepção: que referem-se ao:

Recebimento de informações pelos sentidos de tato, paladar, olfato, visão, audição e cinestesia e compreensão dos dados sentidos, resultando em atribuição de nomes, associação e/ou reconhecimento de padrão.

E o conceito é:

Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos.

E as causas; ou seja, Fatores Relacionados desse Diagnóstico são:

Desequilíbrio bioquímico

Desequilíbrio eletrolítico

Estímulos ambientais excessivos

Estímulos ambientais insuficientes

Estresse psicológico

Integração sensorial alterada

Recepção sensorial alterada

Transmissão sensorial alterada

E, segundo os dados apresentados na história clínica, nenhuma dessas causas aparece.

Também quanto às evidências de que esse paciente possuiria este Diagnóstico de Enfermagem, ou seja, as Características definidoras, segundo a mesma classificação seriam:

Agitação

Alucinações

Comunicação prejudicada

Concentração insatisfatória

Desorientação

Distorções sensoriais

Irritabilidade

Mudança na Acuidade sensorial

Mudança na capacidade de resolução de problemas

Mudança na resposta usual aos estímulos

Mudança no padrão de comportamento.

O paciente também não as apresenta.

Não existem dados na história clínica do paciente, que evidenciam mudança(s) na acuidade visual. A única alteração que o mesmo apresentava era uma lesão próxima ao globo ocular (provavelmente característica do “Sarcoma de kaposi”) na pálpebra inferior.

Portanto, uma informação isolada não pode ser usada para afirmar que o paciente possui um determinado DE.

Em relação ao diagnóstico: Mucosa oral prejudicada, o conceito segundo a NANDA Internacional é:

“Lesões nos lábios e tecidos moles da cavidade oral.”

E uma das causas descrita pela referida Classificação, que o paciente apresentava é o “Comprometimento imunológico” .

E quanto às características definidoras / evidências, o paciente apresentava duas evidencias: lesões nos lábios e língua saburrosa, corroborando o diagnóstico

Portanto, esse DE é claramente identificado no paciente, cuja história clínica foi descrita no enunciado da questão.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 40

Em relação ao Recurso interposto pelo candidato à questão nº 40, esclarecemos:

A questão foi elaborada para avaliar o conhecimento e o discernimento do candidato em relação ao conceito hoje adotado em relação a eventos adversos e reações adversas.

A diferenciação entre ambos consiste em exatamente diferenciar que fármacos podem produzir reações adversas relacionadas ao seu uso e seus efeitos. Não diz respeito a eventos indesejáveis de natureza danosa ou prejudicial a paciente, que pode envolver ou não o profissional e que podem envolver inclusive e principalmente o uso de tecnologias de saúde (um ventilador, uma bomba de infusão ,um hemodialisador por exemplo). A esse respeito, para esclarecimento, ver o conceito abaixo:

Reação Adversa:Qualquer efeito nocivo, não intencional e indesejado de uma droga observado com doses terapêuticas habituais em seres humanos para fins de tratamento, profilaxia e diagnóstico (ANVISA)

Disponível

em;<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manual/glossario.pdf>

acesso em: 26.jun 12

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 41

Em resposta ao recurso interposto pelo candidato à questão nº 41, esclarecemos:

Os guidelines AHA-Ilcor, 2010 definem claramente as indicações das Terapias Elétricas na Parada Cardíaca Adulto e Pediátrica.

Tanto os algoritmos de Parada Cardíaca Adulto e Pediátrica ,consistem em dois caminhos distintos , que iniciam-se logo após a abordagem CAB.

Um caminho diz respeito aos "Ritmos Chocáveis" (Shockable Rhythm): Fibrilação Ventricular e Raquicardia Ventricular sem pulso, o outro, diz respeito a " Ritmos não Chocáveis" (Nonshockable Rhythm): Atividade Elétrica sem Pulso, e Assistolia.

Este conceito e esta recomendação já adotado nas diretrizes anteriores, (2005) já esta bem consolidado no atendimento a Ciência da Ressuscitação, tanto no Suporte Básico de Vida quanto no Suporte Avançado de Vida.

Os desfibriladores Externos automáticos (DEA), operam inclusive sob este princípio.

A Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) engloba um grupo heterogêneo de ritmos organizados ou semi-organizados, mas sem pulso palpável. A assistolia é ausência de atividade elétrica , sem pulso palpável.

O tratamento de ambas AESP e Assistolia, é retomar manobras de RCP, administrar epinefrina e principalmente identificar e corrigir as causas reversíveis (Conhecidos como Hs e Ts).

Ainda de acordo com Brunner(2010,p 738)

As diretrizes de " A assistolia ventricular é tratada da mesma maneira que a AESP, enfocando a RCP de alta qualidade com interrupção mínimas e identificando os fatores subjacentes e contribuintes. As diretrizes de 2005 (note que a referencia é de 2010, e se baseia nas diretrizes 2005, que já recomendavam esta abordagem no tratamento da AESP e Assistolia),afirma que a chave do tratamento bem sucedido é a rápida avaliação de uma possível causa..."

Abaixo Algoritmo da última publicação AHA, que acaba de ser traduzida no Brasil, sobre o algoritmo acima citado.

A referencia " Destaque das Diretrizes" foi o resumo inicial das recomendações de Outubro de 2010.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 42

Em resposta ao recurso interposto pelo candidato à questão nº 42, esclarecemos:

A questão foi elaborada para avaliar o conhecimento sobre úlceras de pressão. A primeira alternativa é correta, como apontado inclusive pelo candidato. A não inclusão das causas no enunciado da alternativa,: "Gravidade e fricção", não comprometem sua veracidade .

Em relação à alternativa C, a intensidade da pressão bem como sua duração tem grande impacto no desenvolvimento das úlceras por pressão. Este impacto não é relativo, como descrito por BORGES(2008,p 96), ao afirmar que "a pressão é o maior fator causal na formação da úlcera por pressão" e dentre os fatores que influenciam seu desenvolvimento estão a intensidade e a duração da pressão exercidas sobre um capilar .

A palavra "relativo" no contexto da alternativa, significa, "aquilo que não é absoluto", "que nega o caráter absoluto".

Referencias: BORGES, Eline Lima et al. Feridas: Como tratar.2. ed. Belo Horizonte:Coopemed,2008.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.

Prova específica – Questão 46

Deferido, alterar gabarito para letra D.

Prova específica – Questão 47

A questão foi elaborada utilizando entre outras referências, a encaminhada pela candidata .

Um dos fatores de risco é o **abuso do álcool** e não **uso social do álcool**.

Outro fator de risco é a **pressão intracraniana aumentada**:com o aumento da pressão arterial(hipertensão arterial)pode levar à ruptura de de vasos sanguíneos.

Recurso **INDEFERIDO**, questão e gabarito CORRETOS.