GABARITO

RESIDÊNCIA ENFERMAGEM

2012

DISCURSIVA

ATIVIDADE	DATA	LOCAL
Divulgação do gabarito - Prova Discursiva	31/10/2011	www.cepuerj.uerj.br
Interposição de recursos contra o gabarito da PD	31/10 a 04/11/2011	
Divulgação do resultado dos recursos	16/11/2011	
Resultado final da Prova Discursiva	25/11/2011	

CENTRO DE PRODUÇÃO

ENFERMAGEM

Questão 1:

A partir do caso clínico apresentado abaixo, responda às questões que seguem:

Sra. Joana, 68 anos, aposentada, viúva, católica, acordada, orientada no tempo e no espaço. Refere que acerca de cinco meses vem apresentando desconforto pós prandial, eventualmente seguido de vômito. Os exames que realizou mostraram presença de cálculos biliares, com indicação cirúrgica. Está internada há dois dias na Enfermaria de Cirurgia Geral, acompanhada por sua neta, para submeter-se a Colecistectomia Videolaparoscópica. Queixa-se de alteração no ciclo do sono desde que soube da necessidade da cirurgia. Mostra-se confiante no tratamento indicado pelo médico, porém ansiosa e temerosa quanto ao procedimento laparoscópico, pois segundo ela "não compreendeu bem a explicação do médico, e nunca foi operada". Na entrevista, diz que não assinou o ***consentimento informado*** específico para o procedimento a ser realizado. Expressa desconforto em estar sem privacidade durante a internação na enfermaria, e sua expressão facial denota ansiedade e preocupação. Aceitando sem restrições a dieta oferecida. Nega uso de álcool e tabaco. Portadora de diabetes há 20 anos e hipertensão desde a menopausa (há 16 anos), em uso de metiformina 850mg/dia e hidroclorotiazida 25mg/dia (SIC). Faz referência a ter tido "crises de bronquite" na infância, que cessaram quando completou 10 anos de idade. Nega ter alergias no momento. Durante o exame físico respondeu com coerência e sem dificuldades às perguntas, tem boa acuidade auditiva e acuidade visual prejudicada (usa óculos), cabelos longos, cheios e higienizados. Tórax de conformação normal, com movimentos respiratórios sem alterações (20 irpm), Ausculta cardíaca sem alterações (78 bpm). Pulso radial e pedioso presente. Pressão arterial 140/80 mmHg. Abdômen globoso e flácido, característico de obesidade (1,58m/83 kg), indolor à palpação, peristaltismo de difícil ausculta. Leito vascular de membros superiores visíveis e palpáveis. Membros inferiores com vascularização visível em coxa e tornozelo. Pele hidratada, corada, sem lesões superficiais e com bom aspecto higiênico (temperatura axilar 36ºC). Deambula com independência e sem dificuldades. Eliminação vesical sem anormalidades, evacuação a cada dois dias (SIC).

a) Identifique 4 (quatro) situações de risco que podem comprometer o restabelecimento desta cliente no pós-operatório e justifique-os.

RESPOSTAS:

OBESIDADE E/OU IDADE AVANÇADA

As complicações pulmonares (atelectasias e pneumonias) estão entre os problemas mais comuns e graves com os quais a equipe cirúrgica tem que lidar, por outro lado, elas são bem controladas desde que se empreendam medidas preventivas, entre elas conhecer as causas predisponentes de infecções pós-operatórias (obesidade, tabagismo acentuado, doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções da boca, nariz e garganta).

Clientes idosos e os obesos são mais predispostos a este tipo de complicação, que pode ser causada por depressão respiratória, imobilidade no leito, reflexo da tosse diminuído.

Por se tratarem de complicações graves, devem-se programar as seguintes medidas no seu combate: avaliar cuidadosamente o progresso do paciente; promover a ventilação completa dos pulmões; incentivar a hidratação; evitar situações que dificultem a respiração; ter à mão material para oxigenoterapia.

A **obesidade e/ou idade avançada** aumentam a probabilidade de ocorrência de complicações com a ferida operatória. Elas incluem a deiscência (ruptura, eventração, evisceração), hemorragia, hematoma e infecção da ferida. Causadas por dificuldades no processo de cicatrização decorrente da idade avançada, obesidade, deficiência nutricional, infecção local, doenças sistêmicas descompensadas (hipertensão e/ou diabetes), doenças que dificultem a chegada de nutrientes à ferida cirúrgica (diabetes) e distensão abdominal acentuada.

CIRURGIAS NO ABDOME INFERIOR, GRANDES CIRURGIAS COM TEMPO DE DURAÇÃO PROLONGADO ASSOCIADOS À OBESIDADE.

É importante observar sinais e sintomas de complicações, que tem maior probabilidade de aparecer quando comorbidades estão associadas ao tipo de cirurgia realizado e ao tempo de realização do procedimento, a estase venosa causada pela imobilidade prolongada durante e/ou após a cirurgia predispõe a formação de trombos no interior do vaso sanguíneo (trombose), que pode provocar no vaso afetado tromboflebite (processo inflamatório) e conseqüentemente o tromboembolismo (quando o trombo migra e causa oclusão em um local do sistema vascular diferente de sua formação).

A tromboflebite se manifesta com dor ou cãibra na panturrilha que progride para tumefação dolorosa de todo o membro, febrícula, calafrios e transpiração acentuada, sensibilidade acentuada sobre a superfície ântero-interna da coxa e hipertermia. Está comumente relacionada às cirurgias no abdome inferior, às grandes cirurgias, ou à evolução de afecções sépticas como ruptura de úlceras ou peritonite. Podem também, ser resultado de traumatismos no trans operatório como a aplicação de ataduras muito apertadas; perneiras mal posicionadas durante o procedimento cirúrgico; perdas líquidas ou desidratação que ocasionam aumento da viscosidade sangüínea; diminuição do metabolismo e depressão circulatória que levam à diminuição da velocidade do fluxo sangüíneo. Estes fatores ocasionam a formação de trombos (coágulos) intravasculares, sendo o tromboembolismo o deslocamento do coágulo (trombo intravascular) através do sistema venoso.

NÃO COMPREENÇÃO DA EXPLICAÇÃO SOBRE O PROCEDIMENTO, NÃO ASSINATURA DO CONSENTIMENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA O PROCEDIMENTO A SER REALIZADO. POSSIBILIDADE DE CONVERSÃO DA CIRURGIA POR VÍDEO PARA O MODO CONVENCIONAL.

Para diminuir as dificuldades de entendimento sobre o procedimento cirúrgico, é necessário iniciar o processo de orientação do paciente o mais cedo possível, sendo espaçada ao longo do período de tempo para permitir ao mesmo assimilar a informação e fazer perguntas à medida que forem surgindo dúvidas. É imprescindível discernir o que o cliente deseja e precisa saber e o quanto ele pode assimilar no tempo limitado disponível.

O momento ideal para a orientação pré-operatório não é o dia da cirurgia, mas o período da consulta de pré-admissão, quando os exames diagnósticos estão sendo realizados. Durante a consulta, o cliente pode ter esclarecimentos e fazer perguntas acerca das questões que o afligem. Pode ser interessante a realização de grupos para orientação, onde acontece a interação entre os clientes e uma importante troca de experiências entre os mesmos.

O ***consentimento informado*** voluntário e por escrito a partir do paciente é necessário antes que a cirurgia não emergencial possa ser realizada. Esse consentimento por escrito protege o paciente contra a cirurgia não autorizada e protege o cirurgião e a instituição contra ações que aleguem a realização de uma cirurgia não autorizada. No melhor interesse das partes envolvidas, são seguidos os princípios legais, éticos e médicos sólidos. O consentimento informado deve ser fornecido pelo paciente livremente, sem coerção. Deve conter por inscrição: explicação do procedimento e de seus riscos; descrição dos benefícios e alternativas; um oferecimento para responder às dúvidas sobre o procedimento; informações de que o paciente pode retirar o consentimento na fase pré-operatória; uma frase informando ao paciente se o protocolo difere do procedimento habitual.

PRESENÇA DE ANSIEDADE E MEDO. DESCONFORTO DECORRENTE DA FALTA DE PRIVACIDADE DURANTE A INTERNAÇÃO

Considerando que o desconhecido provoca **medo, ansiedade, angústia** e, por conseqüência bloqueio para a ação e a transformação de situações críticas que são passíveis de serem modificadas, é preciso compreender a necessidade de dar ao cliente subsídios para superar estas dificuldades. Estes devem ser oferecidos através da informação necessária para a compreensão da dinâmica de seu cuidado. É essencial desmitificar as questões relacionadas à cirurgia em si, reduzindo suas conseqüências biológicas, psicológicas e sociais, fornecendo ao cliente a possibilidade de participar ativa e interativamente no cuidado de sua própria saúde.

Observando-se suas preocupações ou necessidades particulares, assegurando-lhe a privacidade e respeitando sua individualidade, de modo que o programa de instrução baseado nas necessidades de aprendizagem da pessoa possa ser planejado e implementado.

A integração com os enfermeiros de centro cirúrgico favorecerá o preparo da cliente como um todo, contribuindo e muito para sua participação no tratamento.

Para garantir a segurança e individualidade do cliente é importante que a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória inicie com um histórico de enfermagem específico, onde a anamnese e o exame físico realizado estejam voltados para a situação cirúrgica. Será de vital importância a avaliação do estado emocional do cliente e familiares. Avaliação dos sistemas vitais do mesmo, bem como os fatores de risco a que ele está susceptível, como presença de **comorbidades crônicas (hipertensão e diabetes)**, em especial investigando se existem antecedentes alérgicos e sinais de doenças infecciosas agudas e crônicas. Os exames solicitados devem ser providenciados ou resgatados junto ao setor de documentação da instituição hospitalar e disponibilizados à equipe multiprofissional garantindo que todos possam ter acesso aos mesmos, proporcionando ao cliente segurança na realização do procedimento cirúrgico.

A noite que antecede a cirurgia e o dia de sua realização representa o ponto máximo de ansiedade e estresse para o cliente cirúrgico. A compreensão do significado desta experiência implicará em um atendimento mais atento, humanizado e de certa forma individualizado. As medicações também poderão trazer benefícios, como os fármacos pré-anestésicos. Neste caso o paciente deve ser informado pelo anestesista e pela enfermeira que fizeram a visita pré-operatória, da necessidade de ingerir uma medicação antes do procedimento, que o deixará mais tranqüilo até sua chegada ao Centro Cirúrgico. É importante orientar o paciente quanto aos efeitos desta droga, para que após sua administração o mesmo não circule sozinho, evitando acidentes desnecessários.

"CRISES DE BRONQUITE" NA INFÂNCIA

"Bronquite" e Asma são denominações para uma única forma de alergia respiratória. Vários problemas podem ocorrer durante a fase de recuperação anestésica, entre eles está a hipoxemia (oxigenação inadequada do sangue ou uma diminuição do conteúdo arterial de O2). São numerosas as causas pulmonares da hipoxemia, que levam ao desvio intrapulmonar de sangue passando por alvéolos obstruídos ou mal oxigenados, reduzindo o volume de oxigênio no sangue arterial, tais dificuldades, na difusão do oxigênio dos alvéolos para o sangue arterial, podem ser causadas por atelectasias; aspiração; síndrome da angústia respiratória do adulto; bronco espasmo causado por alergia ou asma; edema pulmonar; pneumonia, pneumotórax ou embolia pulmonar.

b) Relacione 5 (cinco) cuidados que devem ser implementados para prevenir ou reduzir os índices de infecção de sítio cirúrgico.

RESPOSTAS:

_➢ Os instrumentais cirúrgicos devem ser lavados criteriosamente, esterilizados e armazenados adequadamente.

➢ Garantir boas práticas de esterilização.

➢ Internar o paciente no mesmo dia da cirurgia ou horas antes.

➢ Evitar tricotomia. Preferencialmente aparar os pelos com tesourinha, para evitar micro-lacerações na pele. Caso seja inevitável, realizar tricotomia no máximo até duas horas antes da cirurgia, de preferência com tricotomizador elétrico.

➢ O banho do paciente deve ser realizado o mais próximo possível da cirurgia, com sabão anti-séptico.

➢ Os instrumentadores devem manipular as bandejas de instrumentais, campos e outros materiais estéreis, somente após degermação das mãos e completamente paramentadas.

➢ Realizar o preparo da pele do paciente co CHX (**clorexidina**) ou PVP-I (**povidona-iodo**) degermante seguido do mesmo anti-séptico na apresentação alcoólica.

➢ Evitar conversas desnecessárias.

➢ Restringir o número de pessoas na sala de operação.

➢ Manter se possível, a ferida cirúrgica fechada por pelo menos 24 horas após a cirurgia.

➢ Manipular a ferida cirúrgica somente após a higienização adequada das mãos, com técnica asséptica, e mantê-la limpa e seca.

➢ Inspecionar a ferida diariamente quanto à cicatrização, presença de sangramento, secreção ou sinais flogísticos.

➢ Realizar curativo de forma asséptica, utilizando um anti-séptico alcoólico de acordo com a padronização da instituição.

➢ Caso as almotolias não sejam descartáveis, não completar simplesmente a solução e, sim, realizar lavagem e desinfecção das mesmas no mínimo semanalmente. Mantê-las fechadas e adequadamente identificadas com o nome do produto, data da próxima troca e nome do profissional que trocou a solução.

c) Considerando que todo procedimento cirúrgico impõe algum grau de risco à saúde do cliente, relacione 3 (três) complicações pós-operatórias que podem ocorrer no retorno à enfermaria, estabelecendo a possível causa de cada uma delas.

RESPOSTAS:

1. Infecção da ferida cirúrgica:

Causa: quebra da barreira protetora da pele pela incisão cirúrgica.

2. Complicações pulmonares:

Causa: estase pulmonar decorrente da obesidade, idade avançada e/ou dor.

3. Estase venosa

Causa: déficit de retorno venoso ocasionado por posicionamento na mesa cirúrgica, imobilidade no leito.

4. Tromboflebite.

Causa: déficit de retorno venoso ocasionado por posicionamento na mesa cirúrgica, imobilidade no leito.

5. Retenção urinária:

Causa: desidratação, irritação do esfíncter urinário.

6. Dor

Causa: corte cirúrgico, imobilidade no leito, posicionamento prolongado na mesa cirúrgica, retenção de CO^2 na cavidade peritoneal.

7. Constipação intestinal ou ausência/lentidão do peristaltismo.

Causa: jejum prolongado, efeito dos agentes anestésicos no ritmo peristáltico, imobilidade no leito.

Questão 2:

No Brasil existem grandes deficiências nos principais pilares para o controle da tuberculose em nível hospitalar. Baseado no Manual de Recomendação para o Controle da Tuberculose no Brasil (2010):

a) Defina Sintomático Respiratório (SR).

RESPOSTA Indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a três semanas.

b) Cite 04 medidas administrativas (ou gerenciais), 02 medidas de controle ambiental (ou de engenharia) e 01 (uma) de proteção respiratória para o profissional de saúde, que devem ser implementadas num estabelecimento de saúde com internação para a prevenção e controle da Tuberculose.

RES

Medidas Administrativas ou gerenciais:

Diminuição da demora no atendimento e na identificação dos sintomáticos respiratórios (SR),
Estabelecer um fluxo especial de atendimento dos SR e realização de exames,
Elaborar protocolo para isolamento respiratório dos suspeitos de tuberculose pulmonar;
Evitar permanência ou internação desnecessária na instituição;
Restringir o acesso ao laboratório, às enfermarias de isolamento respiratório e aos locais onde se realizam procedimentos formadores de aerossóis aos funcionários responsáveis,
Nos serviços ambulatoriais reduzir o número de pacientes nas salas de espera.

Medidas Controle ambiental (ou de engenharia)

Em unidades hospitalares e de emergência é considerada de elevada prioridade a definição de locais de isolamento respiratório em número suficiente para atender a demanda da unidade.
Escolher ambiente de permanência de possíveis sintomáticos respiratórios o mais ventilado possível; havendo condições, devem ser designadas áreas externas para espera de consultas.
Designar local adequado para coleta de escarro, de preferência em área externa do serviço de saúde, cuidando para que haja suficiente privacidade para o paciente.

Medidas Proteção respiratória

Uso de máscara de proteção respiratória tipo PFF2 ou N95

c) Qual a sua conduta diante de uma puérpera bacilífera no que se refere a amamentação do recém nascido?

RESPOSTA:

Recomendar a amamentação mediante o uso de máscara cirúrgica para amamentar e cuidar da criança.

Obs.: Não há contra-indicação à amamentação, a não ser que a mãe seja portadora de mastite tuberculosa.

Sinais de risco ou vulnerabilidades durante a gravidez	Justificativa
Gravidez decorrente de violência sexual.	Sentimentos negativos em relação ao bebê e à maternidade/paternidade, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes grávidas, algumas vezes, em decorrência de violência sexual.
Não aceitação da gravidez.	Sentimentos negativos em relação ao bebê e à maternidade/paternidade, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes grávidas, algumas vezes, em decorrência de violência sexual. Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem. Desvinculação da mãe com o bebê que está sendo gestado.
Não reconhecimento da paternidade.	Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem.
Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho.	Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem. Atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê. Desvinculação da mãe com o bebê que está sendo gestado.
Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê.	Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem. Atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê.
Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento do pré-natal.	· Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem. · Sentimentos negativos em relação ao bebê e à maternidade/paternidade, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes grávidas, algumas vezes, em decorrência de violência sexual. · Atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê. · Desvinculação da mãe com o bebê que está sendo gestado.

Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostos.	As queixas exageradas às demandas da criança e a suposição injustificada de doenças. A recusa em amamentar e/ou desmame precoce sem motivos aparentes. Atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê.
Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideais, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal.	Sentimentos negativos em relação ao bebê e à maternidade/paternidade, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes grávidas, algumas vezes, em decorrência de violência sexual. Atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê.
Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros.	Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem. Sentimentos negativos em relação ao bebê e à maternidade/paternidade, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes grávidas, algumas vezes, em decorrência de violência sexual. Atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê. Desvinculação da mãe com o bebê que está sendo gestado.
Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja para colocação para adoção.	A recusa em amamentar e/ou desmame precoce sem motivos aparentes. Atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê.
Tentativa de abortamento.	Sentimentos negativos em relação ao bebê e à maternidade, especialmente quando se trata de crianças e adolescentes grávidas, algumas vezes, em decorrência de violência sexual. Dificuldade excessiva para a maternagem ou paternagem. Atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê. Desvinculação da mãe com o bebê que está sendo gestado.