



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE WITMARSUM

EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº 02/2023 JULGAMENTO DOS RECURSOS CONTRA QUESTÕES E GABARITO

O MUNICÍPIO DE WITMARSUM, Estado de Santa Catarina, no uso de suas atribuições legais, torna público o JULGAMENTO DOS RECURSOS CONTRA QUESTÕES E GABARITO do EDITAL DE PROCESSO SELETIVO Nº 02/2023, conforme segue:

Questão nº 05 – Língua Portuguesa – Nível Superior

Despacho/Justificativa: DEFERIDO. QUESTÃO ANULADA. Após análise da sentença e pesquisa em inúmeras fontes, verifica-se que, de fato, o início do Arcadismo do Brasil ocorreu no século XVIII. Assim, a questão está errada e necessita ser cancelada.

Questão nº 06 – Matemática – Nível Fundamental e Alfabetizado

Despacho/Justificativa: DEFERIDO. QUESTÃO ANULADA. Não há resposta correta a ser assinalada, pois 6% de 20 reais correspondem a R\$ 1,20 e por erro digitação constou R\$ 7,20.

Questão nº 10 – Matemática – Nível Fundamental e Alfabetizado

Despacho/Justificativa: DEFERIDO. QUESTÃO ANULADA. Não há resposta correta a ser assinalada pois a alternativa “a” corresponde ao valor de 50 kg, porém o enunciado solicita 50kg e meio e dessa forma a resposta correta seria R\$ 292,90.

Questão nº 16 – Enfermeiro

Despacho/Justificativa: INDEFERIDO.

A afirmação de que enfermeiras tendem a desenvolver habilidades de liderança devido às demandas de suas funções pode ser justificada por meio de diferentes referenciais teóricos, principalmente pela Teoria do Cuidado de Enfermagem de Jean Watson e pela Teoria da Liderança Situacional de Hersey e Blanchard.

Teoria do Cuidado de Enfermagem de Jean Watson:

Jean Watson propõe que a prática de enfermagem vai além da simples aplicação de técnicas e intervenções. Ela enfatiza a importância do cuidado humano, do relacionamento interpessoal e da compaixão no cuidado com o paciente. Nesse contexto, a enfermeira é vista como alguém que não apenas fornece tratamento médico, mas também cuida e apoia o paciente em um nível holístico.

Ao se comprometer com o cuidado integral do paciente, a enfermeira frequentemente assume um papel de liderança dentro da equipe de saúde. Isso ocorre porque ela é responsável por coordenar o cuidado, garantir a comunicação eficaz entre os membros da equipe, tomar decisões e assegurar que as necessidades do paciente sejam atendidas de maneira adequada. Essas responsabilidades inerentes ao papel de enfermeira frequentemente exigem o desenvolvimento de habilidades de liderança.

Teoria da Liderança Situacional de Hersey e Blanchard:

Esta teoria argumenta que diferentes situações exigem diferentes estilos de liderança. Os líderes devem adaptar seu estilo de liderança com base na maturidade e na prontidão dos seguidores para realizar uma tarefa específica. Na área da saúde, especialmente na enfermagem, as situações podem variar amplamente, exigindo adaptação e flexibilidade na liderança.

Enfermeiras frequentemente se encontram em situações onde precisam liderar equipes multidisciplinares, coordenar esforços para fornecer cuidados eficazes aos pacientes, tomar decisões rápidas e precisas, resolver conflitos e comunicar informações importantes. Essas demandas situacionais frequentemente moldam as habilidades de liderança das enfermeiras, pois são constantemente desafiadas a se adaptar, orientar e coordenar os esforços para atender às necessidades dos pacientes.



ESTADO DE SANTA CATARINA MUNICÍPIO DE WITMARSUM

Portanto, tanto pelas exigências da prática de enfermagem baseada no cuidado integral quanto pela necessidade de liderança adaptativa em diferentes situações, as enfermeiras são impulsionadas a desenvolver habilidades de liderança como parte intrínseca de sua profissão.

Questão nº 19 – Enfermeiro

Despacho/Justificativa: INDEFERIDO. A sequência de exame do abdome (inspeção, ausculta, palpação e percussão) segue o método tradicional de avaliação abdominal na prática clínica, e essa ordem específica é frequentemente respaldada por referências teóricas na área da saúde. A justificativa para essa sequência baseia-se principalmente na lógica de minimizar a interferência dos movimentos abdominais normais e maximizar a precisão na detecção de anormalidades.

Inspeção:

A inspeção é o primeiro passo do exame abdominal. Ela permite uma visão geral do abdome, observando a simetria, contorno, presença de distensão, cicatrizes, movimentos respiratórios anormais, entre outros aspectos. Realizar a inspeção inicialmente é crucial, pois fornece informações básicas e pode influenciar a abordagem subsequente do exame.

Ausculta:

A ausculta é realizada para avaliar os sons intestinais e detectar anormalidades, como presença de ruídos hiperativos (borboríngos) ou ausência de sons intestinais (ileus). A razão pela qual a ausculta segue a inspeção é que manipulações e movimentos da palpação podem alterar os sons intestinais normais, dificultando a identificação de anormalidades.

Palpação:

A palpação abdominal é dividida em duas etapas: superficial e profunda. A palpação superficial permite detectar áreas de dor, sensibilidade, distensão ou massas. A palpação profunda é mais meticulosa e visa avaliar órgãos internos e identificar possíveis massas, bem como avaliar a dor e a tensão muscular. A palpação vem após a ausculta para evitar qualquer alteração induzida pelos movimentos ou pressão aplicada durante a palpação nos sons intestinais que estão sendo avaliados.

Percussão:

A percussão é o último passo do exame abdominal. Ela é usada para avaliar a presença de líquido livre (ascite), determinar os limites dos órgãos sólidos e identificar áreas de timpanismo e macicez. Geralmente, é realizada após a palpação para evitar qualquer alteração na percepção tátil ou desconforto do paciente que possa influenciar a precisão da percussão.

Esta sequência de exame abdominal, embora seja a prática comum e geralmente aceita, também pode variar de acordo com a situação clínica e a suspeita de diagnóstico. Em alguns casos específicos, um exame abdominal completo pode ser dificultado devido à condição do paciente, e a sequência pode ser ajustada para atender às necessidades específicas da avaliação.

Essa sequência tradicional baseia-se em princípios que visam minimizar o desconforto do paciente, garantir a precisão dos resultados e facilitar a detecção de anormalidades, seguindo uma abordagem lógica e sistemática na avaliação do abdome.

Carolyn Jarvis. Ela é conhecida por seu livro "Physical Examination and Health Assessment" (Exame Físico e Avaliação de Saúde, em tradução livre), onde aborda várias técnicas de exame físico, incluindo a avaliação abdominal. Jarvis oferece orientações detalhadas sobre a sequência de exame abdominal, enfatizando a importância da inspeção, ausculta, palpação e percussão na avaliação clínica e no diagnóstico de problemas abdominais. Este livro é frequentemente utilizado por estudantes e profissionais de saúde como referência para técnicas de exame físico.

Exame do abdome: Sequência das semiotécnicas:

1. INSPEÇÃO, 2. AUSCULTA, 3. PERCUSSÃO, 4. PALPAÇÃO

1. INSPEÇÃO

Estática:



ESTADO DE SANTA CATARINA MUNICÍPIO DE WITMARSUM

- Forma, contorno do abdome (normal/atípico, escavado/escafóide, protuberante/globoso, em avental);
 - Pele (hidratação, coloração, estrias, cicatrizes cirúrgicas, manchas, lipodistrofia, circulação venosa);
 - Pontos de fraqueza/descontinuidade da parede abdominal – hérnias, diástase;
 - Cicatriz umbilical (plana, retraída, protrusa);
 - Abaulamentos, retrações, simetria.
- Inspeção do fígado: o fígado situa-se quase totalmente sob o gradeado costal direito e somente nos casos de aumento do tamanho do fígado ou hepatoptoses é que se pode visualizar um abaulamento na região do abdome correspondente.
- Inspeção dos rins: investigar se há abaulamentos visíveis na região dos flancos e costovertebral.
- Inspeção da bexiga: investigar abaulamentos na região suprapúbica.

Dinâmica:

- Movimentos respiratórios • Movimentos peristálticos visíveis • Pulsações

ATENÇÃO: mensurar a circunferência abdominal

2. AUSCULTA

- Ruídos hidroaéreos. Auscultar 15-20 seg cada quadrante (o paciente em posição supina). São classificados em normais/presentes, diminuídos ou aumentados. Frequência ampla variação: 05 a 34 ruídos/min.
- Aorta abdominal: o paciente deve estar na posição supina. O examinador coloca o diafragma do estetoscópio na linha mediana do abdome, 5cm acima da cicatriz umbilical e ausculta cuidadosamente a presença de sopro aórtico.
- Artérias renais: A ausculta deve ser realizada a aproximadamente 5cm acima da cicatriz umbilical e 3cm lateralmente à direita e à esquerda da linha mediana. Sopro renal pode ser a única pista para a estenose de artéria renal.

3. PERCUSSÃO

- Percussão dígito-digital: o paciente deve estar em decúbito dorsal. Percutir os quatro quadrantes do abdome, utilizando a técnica em Z em cada quadrante. O timpanismo é o som mais comumente percebido durante a percussão do abdome. Isso se deve à presença de gás no estômago, intestino delgado e cólon. A região suprapúbica, quando percutida, pode apresentar uma sonoridade maciça caso a bexiga esteja distendida ou, nas mulheres, caso o útero esteja aumentado de tamanho.

Sons percutidos: Timpanismo/hipertimpanismo, Macicez/submacicez.

- Hepatimetria: percutir o hemitórax D ao nível da linha hemiclavicular D desde sua origem na clavícula até o 5º ou 6º espaço intercostal (Início = SOM CLARO PULMONAR, 5º ou 6º espaço intercostal = SOM SUBMACIÇO – LIMITE SUPERIOR DO FÍGADO). Em seguida, percutir quadrantes inferior D e superior D, na linha hemiclavicular D – Início = SOM TIMPÂNICO → SOM MACIÇO = LIMITE INFERIOR DO FÍGADO. Demarcar com caneta os limites e mensurar em cm. (LIMITES DE NORMALIDADE = 6 a 12cm)
- Sinal de piparote: pesquisa de líquido na cavidade abdominal (pedir para o paciente (ou outra pessoa) colocar a mão na linha mediana do abdome (apoiar com certa firmeza a lateral da mão esticada) o avaliador percute (golpe com o dedo indicador ou médio, em piparote) em região de flanco D ou E e a outra mão apoiada na região de flanco contralateral, palpa a transmissão de onda de líquido intrabdominal para o lado oposto – Sinal de Piparote positivo.
- Pesquisa de macicez de decúbito: com o paciente deitado em decúbito dorsal, aplicar percussão dígito-digital o topo do abdome (na região umbilical), descendo para a lateral. Se houver líquido, o som mudará de timpânico para maciço. Posicionar, o paciente em decúbito lateral direito e repetir a manobra.
- Bexiga: o paciente deve “esvaziá-la” antes do exame. Paciente em decúbito dorsal. Realizar percussão dígito-digital 5cm acima da sínfise púbica em sentido ascendente, em sentido à bexiga e sobre a mesma. O som normal é o timpânico. Som maciço indica ascite ou bexigoma.



ESTADO DE SANTA CATARINA MUNICÍPIO DE WITMARSUM

- Rins: Punho-percussão (Sinal de Giordano) - golpeia-se a região lombar D e E (ângulo da borda inferior da 12a costela e apófises transversais das vértebras lombares superiores) com a borda ulnar da mão. A sensação de dor (Sinal de Giordano positivo) pode indicar processo inflamatório renal.

4. PALPAÇÃO

A palpação abdominal é comumente dividida nas seguintes etapas (o paciente deve permanecer em posição supina com os membros superiores estendidos lateralmente ao corpo):

- Palpação Superficial: É usada para avaliar presença de dor e áreas de espasmo muscular ou rigidez. Avaliar: 1) sensibilidade (em caso de dor, solicitar que o paciente indique o local pois este deve ser avaliado ao final); 2) resistência (contratura voluntária e involuntária) e 3) continuidade da parede (hérnias, síndrome Prune Belly). Técnica: Todo o abdome deve ser sistematicamente palpado utilizando-se a palma da mão direita ou as partes proximais dos dedos, mas não a ponta dos dedos. Os dedos devem ser mantidos juntos e devem ser evitados movimentos bruscos. Explorar área por área em vez de deslizar sobre a parede abdominal e região lombar (rins).
- Palpação Profunda: É usada para avaliar o tamanho de órgãos bem como a presença de massas abdominais anormais. Técnica: A parte plana da mão direita é posicionada sobre o abdome e a mão esquerda sobre a mão direita. As pontas dos dedos da mão esquerda exercem a pressão, enquanto a mão direita deve identificar os estímulos táteis. A pressão aplicada sobre o abdome deve ser suave, mas de forma firme. Durante a palpação profunda, o paciente deve ser instruído a respirar calmamente através da boca e manter seus braços ao longo do corpo com o abdome relaxado.
- Palpação do Fígado Palpar hipocôndrio D, flanco D e região epigástrica, indo da cicatriz umbilical ao rebordo costal. Palpação em garra: Na Expiração junto ao rebordo as mãos do examinador ajustam-se à parede abdominal sem fazer compressão e sem movimentar. Na Inspiração a mão do examinador, ao mesmo tempo que comprime, é movimentada para cima, buscando detectar a borda hepática. Palpação bimanual: Colocar a mão esquerda ao nível da loja renal direita, forçando-a para cima e com a mão direita procede a busca da borda inferior do fígado, na inspiração. Aumento do tamanho do fígado: Pequena (2 dedos); Média (4 dedos); Grande (>4 dedos) abaixo do rebordo costal. Palpação do fígado: técnica mão em garra técnica bimanual
- Palpação do Baço Procede-se = ao Fígado (quadrante superior esquerdo): coloque a mão esquerda por trás do abdome, até a 11o e a 12o costelas e faça força para cima para apoiar-se. Coloque a mão direita obliquamente sobre o quadrante superior esquerdo e abaixo do rebordo costal. Faça uma compressão profunda para baixo e sob o rebordo costal esquerdo, solicitando à pessoa para inspirar profundamente.

ANDRIS et al. Semiologia: bases para a prática Assistencial.

COSENDEY, et al. Trad. Editora LAB, 2006. BICKLEY, L.S. Bates, propedêutica médica 11aed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2015. 987p.

PORTO, CC Exame clínico. 7aed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2012. 544p.

Recurso candidato(a) de inscrição nº 78375

INDEFERIDO. Todos os candidatos puderam levar consigo os cadernos de provas desde o período mínimo de permanência em sala, ou seja, a qualquer momento, dessa forma as provas foram disponibilizadas a todos os candidatos.

Witmarsum (SC), 03 de janeiro de 2024.

CESAR PANINI
Prefeito Municipal.