

Cadernos de Questões Comentadas do Teste Progresso

Enfermagem
2017



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

CONSELHO DIRETOR

Antônio Luiz da Silva Laginestra
Presidente

Jorge de Oliveira Spinelli
Vice-Presidente

Luiz Fernando da Silva
Secretário

Jorge Farah
Kival Simão Arbex
Paulo Cezar Wiertz Cordeiro
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa
Vogais

CONSELHO CURADOR

Ariovaldo Antonio de Azevedo
Presidente

Alexandre Fernandes de Marins
José Luiz da Rosa Ponte
Luiz Roberto Veiga Corrêa de Figueiredo
Wilson José Fernando Vianna Pedrosa

Luis Eduardo Possidente Tostes
Diretor Geral

F977 Fundação Educacional Serra dos Órgãos.
Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Caderno de questões comentadas do Teste de Progresso – Enfermagem /
Fundação Educacional Serra dos Órgãos. --- Teresópolis: UNIFESO, 2017.
51f.

1-Fundação Educacional Serra dos Órgãos. 2- Centro Universitário Serra dos
Órgãos. 3- Teste de Progresso. 4- Enfermagem. I. Título.

CDD 378.8153

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

MANTIDA: CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS - UNIFESO **CHANCELARIA**

Antonio Luiz da Silva Laginestra

REITORIA

Verônica Santos Albuquerque

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

José Feres Abido Miranda

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CCHS

Ana Maria Gomes de Almeida

Curso de Graduação em Administração

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Ciências Contábeis

Jucimar André Secchin

Curso de Graduação em Direito

Leonardo Figueiredo Barbosa

Curso de Graduação em Pedagogia

Maria Terezinha Espinosa de Oliveira

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS

Mariana Beatriz Arcuri

Curso de Graduação em Ciências Biológicas

Carlos Alfredo Franco Cardoso

Curso de Graduação em Enfermagem

Selma Vaz Vidal

Curso de Graduação em Farmácia

Valter Luiz da Conceição Gonçalves

Curso de Graduação em Fisioterapia

Andréa Serra Graniço

Curso de Graduação em Medicina

Manoel Antônio Gonçalves Pombo

Curso de Graduação em Medicina Veterinária

André Vianna Martins

Curso de Graduação em Odontologia

Monique da Costa Sandin Bartole

CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA – CCT

Elaine Maria de Andrade Senra

Curso de Graduação em Ciência da Computação

Laion Luiz Fachini Manfroi

Curso de Graduação em Engenharia Ambiental e

Sanitária

Vivian Telles Paim

Curso de Graduação em Engenharia de Produção

Vivian Telles Paim

Curso de Graduação em Engenharia Civil

Helena da Costa Miranda

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

Edenise da Silva Antas

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO

Solange Soares Diaz Horta

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO

Michele Mendes Hiath Silva

ÓRGÃOS SUPLEMENTARES

CENTRO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – CESO

Roberta Franco de Moura Monteiro

CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA

Alba Barros Souza Fernandes

CLÍNICA-ESCOLA DE MEDICINA VETERINÁRIA

Priscila Tucunduva

CLÍNICA-ESCOLA DE ODONTOLOGIA PROF. LAUCYR PIRES DOMINGUES

Leonardo Possidente Tostes

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE TERESÓPOLIS COSTANTINO OTTAVIANO – HCTCO

Rosane Rodrigues Costa

APRESENTAÇÃO

A publicação do Caderno de Questões Comentadas do Teste de Progresso do Curso de Graduação em Enfermagem apresenta a estrutura utilizada na formação de um banco de dados para tal fim.

O Teste de Progresso foi desenvolvido na década de setenta nas Escolas de Medicina da Universidade Kansas, nos EUA, e de Limburg, na Holanda. No Brasil, foi aplicado em sessenta cursos de Medicina no ano de 1999, por determinação da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM).

No Unifeso, o Teste de Progresso é realizado desde o ano de 2007 para os cursos de Graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia e, a partir de 2008, para os demais. Essa ferramenta de gestão curricular é aplicada anualmente com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do estudante, das turmas, do currículo ao longo do curso, por eixo curricular e domínio cognitivo, além de gerar informações que contribuem significativamente com os instrumentos avaliativos e a gestão do ensino da graduação.

Este instrumento avaliativo do Curso de Graduação em Enfermagem vem sendo elaborado por uma comissão de docentes, que busca selecionar questões com a estrutura do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE), identificando a estrutura de questões com verbos de comando da Taxonomia de Bloom.

Portanto, o Teste de Progresso garante a auto-avaliação discente e do curso com a aplicação de uma avaliação única, que mantém a mesma complexidade das questões para todos os períodos do Curso de Enfermagem. São sessenta questões de múltipla escolha, sendo dez de conhecimento geral e cinquenta de conhecimento específico. As questões são divididas pelas seguintes áreas: política pública e gestão; saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto e do idoso, além das questões de saúde mental, transversais ao currículo.

AUTORES

Adriana Nunes Chaves

Antonio Henrique Vasconcellos da Rosa

Benísia Maria Barbosa Cordeiro Adell

Cláudia Cristina Dias Granito

Dayanne Cristina Mendes Ferreira Tomaz

Débora Passos da Silva Jones

Emilene Pereira de Almeida

Flávio Eduardo Frony Morgado

Harumi Matsumoto

Ingrid Cardoso Tavares

Isabela da Costa Monnerat

Jaci José de Souza Junior

Joelma de Rezende Fernandes

Jonas Leite Júnior

Jovina de Fátima Rocha da Silva Barreto

Maria Beatriz Villas Boas de Moraes

Mônica Martins Guimarães Guerra

Mônica Souza Correa

Reginaldo Felismino Guimarães

Rodrigo da Costa Couto

Rosângela Pimentel Guimarães Crisostomo

Selma Vaz Vidal

Viviane da Costa Freitas Silva

Edição 2017

1. Homem, 68 anos, chega ao serviço de pronto atendimento e é atendido pelo enfermeiro com relato de agitação, delírio, escotomas, alteração da percepção de cores, náuseas e taquicardia. A filha informa que ele faz uso de muitas medicações e que ele mesmo controla a ingestão e os horários. Qual das medicações abaixo, usada pelo usuário, pode causar o quadro descrito?

- (A) Hidroclorotiazida.
- (B) Digoxina.**
- (C) Enalapril.
- (D) Ácido acetilsalicílico.
- (E) Sinvastatina.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos cuidados de enfermagem em farmacologia.

JUSTIFICATIVA:

A ingestão em excesso de digitálico de uma só vez ou por longos períodos pode ser tóxica. Se uma dose normal de digitálico se tornar tóxica, pode haver outros fatores (por exemplo, doença renal) que dificultam a eliminação do excesso do organismo. Os minerais potássio e magnésio são essenciais para a manutenção adequada da função e ritmo cardíacos. Se os níveis desses minerais estiverem muito baixos, a sensibilidade ao digitálico aumenta, e isso aumenta o risco de intoxicação digitálica. Comumente se manifesta com uma síndrome gastrointestinal (náusea, vômitos, dor abdominal e diarreia), semelhante a uma gastroenterite. Outros pacientes apresentam alterações visuais (escotomas na tonalidade amarela) e neurológicas (vertigem, confusão, insônia).

REFERÊNCIA:

ANVISA. Digoxina. Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8295922014&pIdAnexo=2229455

2. Em relação à Hipertensão Arterial (HA), avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas:

I - É considerada um dos principais agravos à saúde da população e sua etiopatogenia multifatorial envolve elementos genéticos, comportamentais e ambientais, culminando, basicamente, no aumento da resistência arteriolar periférica, caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg.

II - Indivíduos com PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg são classificados com pré-hipertensão e associa-se a maior risco de desenvolvimento de HA e anormalidades cardíacas.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

(A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

(B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

(C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

(D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

(E) As asserções I e II são proposições falsas.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento em HA.

JUSTIFICATIVA:

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações dos profissionais de saúde e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da pressão arterial e de fatores de risco associados por meio da modificação do estilo de vida e/ou uso regular de medicamentos.

REFERÊNCIA:

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial.** 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf

3. Os níveis de atenção e concentração exigidos para a realização das atividades laborais, combinados com o nível de pressão exercido pela organização do trabalho, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional ou *burnout*. Avalie as asserções abaixo e as relações entre elas:

I - O *burnout* é caracterizado por um quadro agudo de pânico, relacionado ao nexo causal da doença com o trabalho do grupo I da classificação de Schilling, caracterizando como esgotamento profissional.

Porque

II - A síndrome do esgotamento profissional é composta por três elementos centrais: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho.

A respeito das asserções acima, assinale a opção correta.

(A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

(B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

(C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

(D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

(E) As asserções I e II são proposições falsas.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento relacionado à saúde do trabalhador.

JUSTIFICATIVA:

É um distúrbio de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso. Havendo evidências epidemiológicas da incidência da síndrome em determinados grupos ocupacionais, sua ocorrência poderá ser classificada como doença relacionada ao trabalho, do Grupo II da Classificação de Schilling. O diagnóstico é clínico e o tratamento prevê medidas comportamentais em relação ao trabalho, mais atividades sociais e esportivas, psicoterapia e, em casos selecionados, antidepressivos e ansiolíticos.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Brasília, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf

4. O Enfermeiro de uma UBSF atende por busca ativa um homem de 55 anos, trabalhador rural, que possuía relato de tosse há um mês, acompanhada de febre baixa. Apresenta o resultado do exame solicitado para a pesquisa de Bacilo Álcool-Ácido Resistente (BAAR), sendo positivo (++) . Em relação às precauções e medidas para prevenção e controle da transmissão da tuberculose, é correto afirmar que:

I - O contactante domiciliar que não apresenta sintomas para tuberculose pulmonar deverá realizar prova tuberculínica e raios-X para investigação da doença.

II - Iniciar imediatamente o tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol, por dois meses – fase de ataque.

III - Devem-se manter medidas de precaução para aerossóis durante o período de 15 dias após início do tratamento, sendo este realizado por dose supervisionada diariamente.

Assinale a alternativa correta:

(A) I e II são corretas.

(B) II e III são corretas.

(C) I, II e III são corretas.

(D) Apenas I é correta.

(E) Apenas II é correta.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento na Saúde do Adulto diante de doenças transmissíveis e de relevância epidemiológica.

JUSTIFICATIVA:

Para contatos assintomáticos deve-se realizar Prova Tuberculínica (PT) e tratar ou não infecção latente para tuberculose, após afastada doença ativa por meio de exame radiológico. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose recomenda que contatos adultos com PT ≥ 5 mm devem fazer o tratamento da infecção latente. Se a PT for < 5 mm deve-se repeti-la entre cinco e oito semanas após a primeira PT para verificação de possível conversão por infecção recente. A fase de ataque ou intensiva dura dois meses e possui o esquema RIPE ou RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) e a fase de manutenção (rifampicina e isoniazida) por mais quatro meses. Deve-se adotar medidas de biossegurança no atendimento com uso de máscara cirúrgica (máscaras comuns) para os sintomáticos respiratórios ao entrarem na unidade de saúde e durante o tempo em que nela permanecerem. Os profissionais de saúde durante o atendimento em sala (consultório) devem usar máscaras especiais - N95, até que se confirme através de exames a ausência de BAAR.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica Série A. **Normas e Manuais Técnicos. Manual de recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Brasília/DF, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf

5. A adaptação à mudança de hábitos intestinais e os novos cuidados de higiene são dificuldades a serem enfrentadas pelos pacientes submetidos à colostomia. Após o procedimento cirúrgico, o acompanhamento e o incentivo do enfermeiro são imprescindíveis para que o paciente e sua família aceitem a nova realidade e recebam as orientações necessárias às práticas relacionadas ao autocuidado. Considerando os cuidados necessários à promoção da saúde do paciente submetido a esse procedimento cirúrgico, avalie as afirmações a seguir:

I. É necessário observar rotineiramente o estoma, no que se refere à cor, brilho, umidade, tamanho, forma, localização, tipo e drenagem, e cuidar das condições da pele perilesional.

II. O enfermeiro deve verificar o tipo de bolsa mais adequado ao caso e mostrar interesse em ajudar o paciente e seus familiares, por meio do esclarecimento de

dúvidas e da orientação quanto aos procedimentos com a ostomia, de acordo com a evolução do paciente.

III. O medo de sangramento e dor podem causar sentimentos negativos no paciente, por isso o enfermeiro deve manusear a bolsa de colostomia nos primeiros momentos.

IV. As bolsas de colostomia adequadas apresentam diâmetro correspondente ao estoma para que não ocorram compressão e necrose do local, evitando-se, assim, trocas e risco de lesão na pele.

V. A segurança e a intimidade do paciente devem ser preservadas e a sua autonomia estimulada, evitando-se que os familiares participem das primeiras trocas de bolsa.

É correto apenas o que se afirma em:

(A) II e III

(B) I, II e IV

(C) I, III e V

(D) III, IV e V

(E) I, II, IV e V

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento diante de cuidados em curativos cirúrgicos.

JUSTIFICATIVA:

Pessoa ostomizada é aquela que, em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema digestório, respiratório ou urinário, possui um estoma, que significa uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo. O enfermeiro presta atenção qualificada, que envolve a educação para o autocuidado, a avaliação das necessidades biopsicossociais gerais do indivíduo e da família, as necessidades específicas relacionadas à ostomia e pele periestomia, incluindo a indicação e prescrição de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança, enfatizando a prevenção de complicações nas ostomias.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 400**, de 16 novembro de 2009. Estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html

6. Um paciente jovem, vítima de acidente automobilístico, com suspeita de trauma abdominal fechado, aproximadamente 70 kg, apresenta-se taquicárdico (110 bpm), taquipneico (30 irpm), com pressão arterial 110 X 80 mmHg. Encontra-se ansioso, inquieto e informando sentir-se bem. Estava pálido, com dor abdominal discreta e leve defesa à palpação. Sua perda sanguínea está estimada entre 20 a 30%.

Assinale a alternativa que contenha a afirmativa CORRETA.

- (A) Refere-se à classe I de choque hemorrágico.
- (B) Refere-se à classe II de choque hemorrágico.**
- (C) Refere-se à classe III de choque hemorrágico.
- (D) Refere-se à classe IV de choque hemorrágico.
- (E) Refere-se à classe V de choque hemorrágico.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento em Urgência e Emergência.

JUSTIFICATIVA:

O choque é uma síndrome caracterizada por insuficiência circulatória aguda com má distribuição generalizada do fluxo sanguíneo, que implica falência de oferta e/ou utilização do oxigênio nos tecidos. Nem todos os danos teciduais advêm da hipóxia, mas podem decorrer da baixa oferta de nutrientes, reduzida depuração de substâncias tóxicas, maior afluxo de substâncias nocivas aos tecidos, ativação de mecanismos agressores e redução de defesas do hospedeiro. O choque hemorrágico é caracterizado por baixo volume intravascular ou baixo volume relativo a sua capacitância, o que determina hipovolemia absoluta ou relativa. O volume contido no compartimento intravascular é inadequado para perfusão tecidual. Pode ser dividido em quatro classes com base na gravidade da perda volêmica. O choque hemorrágico de classe II é quando a perda volêmica está estimada entre 15-30%.

REFERÊNCIA:

MORTON, P.G. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. 9. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

7. Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o envelhecimento é “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro” (BRASIL, 2006). Este é o processo natural (senescência), mas as condições patológicas (senilidade) podem requerer assistência. É um exemplo de senilidade:

- (A) Algum grau de declínio da acuidade auditiva, mais frequentemente a presbiacusia.**
- (B) Incapacidade de manter o controle das necessidades fisiológicas, principalmente incontinência urinária.
- (C) Mudança na quantidade e distribuição do tecido adiposo subcutâneo.
- (D) Redução na amplitude de movimentos tanto dos braços quanto das pernas, o que modifica a marcha.
- (E) Diminuição da altura pela compressão dos corpos vertebrais, mudança nos discos intervertebrais e perda de tônus muscular.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento na atenção à saúde do idoso.

JUSTIFICATIVA:

Cerca de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia - perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência – é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa. Muitas vezes, o idoso pode não perceber essa perda e, por essa razão, não referi-la. Para auxiliar nessa verificação pode-se utilizar o “teste do sussurro”.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>

8. Um paciente de 23 anos de idade foi internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em período pós-operatório imediato de cirurgia de craniotomia para exérese tumoral. O paciente encontra-se em ventilação mecânica por tubo orotraqueal, com monitorização pressórica arterial, cardíaca e da Pressão Intracraniana (PIC), além de oximetria de pulso. Mantém acesso venoso central em subclávia direita com curativo oclusivo. Apresenta anisocoria e sinais de hipertensão intracraniana como complicações pós-operatórias. Nessa situação, qual a intervenção de enfermagem indicada para o posicionamento do paciente no leito?

(A) Manter o paciente em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira do leito de 15° a 30° de inclinação, e com a cabeça e o pescoço alinhados em posição anatômica.

(B) Manter o paciente em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira do leito acima de 30° de inclinação, e a cabeça e o pescoço alinhados.

(C) Manter o paciente em decúbito lateral, com elevação da cabeceira do leito de 15° a 30° de inclinação, e com membros flexionados.

(D) Manter o paciente em decúbito lateral, com elevação da cabeceira do leito acima de 30° de inclinação, e com membros flexionados.

(E) Manter o paciente em posição de Trendelenburg, com a cabeça e o pescoço alinhados em posição anatômica.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento de enfermagem no cuidado de pacientes cirúrgicos.

JUSTIFICATIVA:

A Pressão Intracraniana (PIC) é resultante do equilíbrio entre volume e pressão dos componentes contidos na calota craniana: tecido cerebral, sangue e líquido cérebro espinhal. A PIC é medida nos ventrículos cerebrais, sendo considerada

dentro da normalidade valores entre 0 a 10 mmHg ou 13 cmH₂O. Qualquer alteração destes componentes pode levar à hipertensão intracraniana (HIC). Neste caso, a presença de tumor compromete o equilíbrio entre os componentes e é uma das causas da HIC. No pós-operatório de cirurgia intracraniana ou craniotomia, a PIC pode estar aumentada em função de sangramento ou edema do tecido cerebral. Em caso de sangramento e possível ocorrência de hematoma intracraniano, o paciente pode apresentar deterioração da consciência e déficits neurológicos focais, inclusive dilatação ou fixação de uma pupila ou paralisia de um membro. Uma importante medida terapêutica na prevenção da HIC é garantir um retorno venoso adequado, posicionando o paciente com proclive de 15 a 30°. A afirmativa contida na **opção A está correta**, pois o decúbito dorsal e a cabeceira de 15 a 30° diminuem o retorno venoso e a pressão venosa jugular.

REFERÊNCIA:

NETTINA SM. **Prática de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

9. Um caminhoneiro de 35 anos de idade realizou, em outubro de 2016, os exames admissionais para trabalhar em uma empresa de transporte. Entregou a carteira de vacinação ao enfermeiro do trabalho, que analisou as seguintes informações vacinais:

- * Vacina dupla adulto - tomou dose reforço no dia 30/08/15.
 - * Vacina febre amarela - não recebeu nenhuma dose.
 - * Vacina hepatite B - tomou uma dose no dia 02/01/14 e outra dose em 01/03/14.
 - * Vacina sarampo, caxumba e rubéola (SCR) - documentação de vacinação prévia.
 - * Vacina contra gripe - não recebeu nenhuma dose.
 - * Vacina contra pneumonia - não recebeu nenhuma dose.
- Considerando as informações apresentadas, que vacinas esse caminhoneiro deverá tomar para completar o esquema de vacinação?
- (A) Gripe e pneumonia.
 - (B) Dupla adulto, febre amarela e hepatite B.
 - (C) SCR, febre amarela e gripe.
 - (D) Dupla adulto, SCR e pneumonia.
 - (E) Febre amarela e hepatite B.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento sobre vacinação.

JUSTIFICATIVA:

Conforme o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde, as vacinas ofertadas na rotina dos serviços de saúde são definidas nos calendários de vacinação. Nesses calendários constam: os tipos de vacina; o número de doses do esquema básico e dos reforços; a idade para administração de cada dose; e o intervalo entre uma dose e outra, no caso de

imunobiológico cuja proteção exija mais de uma dose. A questão apresenta a situação de um adulto com 35 anos, sem raça definida. Portanto, o calendário a ser discutido é o de adulto, que compreende a faixa etária de 20 a 59 anos, conforme o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. A vacina Febre Amarela (Atenuada)(FA) é composta por vírus vivos atenuados da febre amarela derivados da linhagem 17 DD. É indicada para prevenir a febre amarela em residentes ou viajantes que se deslocam para as áreas com recomendação de vacinação (ACRV) e países com risco para a doença, a partir dos nove meses de idade, conforme Calendário Nacional de Vacinação. Para os viajantes com deslocamento para as ACRV, a vacina deve ser administrada com antecedência mínima de 10 dias da data da viagem. Essa vacina pode prever a possibilidade de exigência do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP), documento que comprova a vacinação contra a febre amarela e/ou outras doenças. Portanto, o caminhoneiro necessita realizar a dose da vacina para febre amarela. A Vacina Hepatite B (recombinante) previne a infecção pelo vírus da hepatite B. O esquema de administração corresponde, de maneira geral, a três doses, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6). Para os que tiverem esquema incompleto (1 ou 2 doses), completar até a terceira dose (não reiniciar o esquema). Até 2015, essa vacina estava indicada para recém-nascidos; gestantes; população de 1 a 49 anos de idade; indivíduos integrantes dos grupos vulneráveis, independentemente da faixa etária ou da comprovação da condição de vulnerabilidade: dentre esses se encontra caminhoneiros. A Nota Informativa Nº 149, de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016, e traz a ampliação da oferta da vacina da Hepatite B, independentemente da idade e ou condições de vulnerabilidade.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.

10. O enfermeiro tem papel fundamental nos processos de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos nos serviços de saúde. Dessa maneira, o enfermeiro deve possuir conhecimento da legislação brasileira a respeito dos requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde. Assinale a alternativa correta:

(A) Produtos para saúde utilizados na assistência ventilatória e inaloterapia deverão ser submetidos à desinfecção por métodos de imersão química líquida com a utilização de saneantes a base de aldeídos.

(B) O processamento dos produtos para saúde pode ser terceirizado para empresa processadora, desde que esta esteja regularizada junto aos órgãos sanitários. O Serviço de Saúde passa a responsabilidade, para a empresa

contratada, de eventuais danos ao paciente causados pelas atividades relacionadas ao processamento dos produtos para saúde.

(C) Materiais e equipamentos para saúde classificados como artigos semicríticos devem ser submetidos, no mínimo, ao processo de desinfecção de alto nível, após a limpeza.

(D) A limpeza de produtos para saúde não críticos, semicríticos e críticos pode ser realizada em outras unidades do serviço de saúde, desde que de acordo com o Procedimento Operacional Padronizado – POP definido pelo CME.

(E) O serviço de saúde que realize mais de duzentas cirurgias/mês, excluindo partos, deve constituir um Comitê de Processamento de Produtos para Saúde (CPPS).

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento sobre a Central de Material e Esterilização.

JUSTIFICATIVA:

Desinfecção de alto nível é um processo físico ou químico que destrói todos os microrganismos de artigos semicríticos, exceto um número elevado de esporos bacterianos. Artigo semicrítico é aquele que entra em contato com a pele não íntegra ou com a mucosa do paciente e, portanto, requer desinfecção de alto nível ou esterilização para seu uso.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC n. 15**, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html

11. Na Hanseníase, a avaliação do grau de incapacidade deve ser realizada, obrigatoriamente, no momento do diagnóstico e na alta, e também a cada seis meses no tratamento multibacilar (MB). Assinale a alternativa que contemple a descrição da classificação de grau UM de incapacidade.

(A) Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas nos pés.

(B) Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.

(C) Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio.

(D) Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas nas mãos.

(E) Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento em Hanseníase.

JUSTIFICATIVA:

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste de força muscular e de sensibilidade dos olhos, mãos e pés e do fio dental (sem sabor)

para os olhos. Para o teste de sensibilidade recomenda-se a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein. É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta por cura. Deve-se avaliar o grau de incapacidade a cada três meses, mesmo não havendo queixas. Sempre que houver queixas, tais como dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas e quando em uso de corticoides por estados reacionais e neurites, realiza-se a avaliação. Para acompanhamento pós-operatório de descompressão neural, a avaliação ocorre com 15, 45, 90 e 180 dias. Para avaliação da força motora preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada, ou de zero a cinco.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional** [recurso eletrônico]. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniose-4fev16-web.pdf>

12. A sondagem gastrointestinal (GI) é a inserção de uma sonda no estômago, duodeno ou intestino. Sobre as funções da sondagem GI, leia as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta:

- I - Somente a remoção de líquido na cavidade GI.
- II - Lavar o estômago e remover as substâncias tóxicas ingeridas.
- III - Diagnosticar a motilidade GI e outras disfunções.
- IV - Administrar medicamentos e alimentos.

Estão CORRETAS as afirmativas:

- (A) II, III e IV, apenas.
- (B) I, II, III e IV.
- (C) I, II e IV, apenas.
- (D) IV apenas.
- (E) II e IV apenas.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento sobre fundamentos de Enfermagem.

JUSTIFICATIVA:

Procedimento em que uma sonda nasogástrica (SNG) é introduzida pela narina ou pela boca com técnica própria, posicionando a proximidade distal no estômago. A SNG está indicada para alimentação, hidratação, administração de medicamentos em pacientes com dificuldade ou impossibilidade de se alimentar,

descompressão gástrica, remoção parcial ou total do conteúdo gástrico e proteção contra broncoaspiração.

REFERÊNCIA:

BARE, B.G.,; SUDDARTH, D.S.. **BRUNNER - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

13. A integração dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) com os demais serviços de saúde é fundamental para o diagnóstico de situações de risco e ações conjuntas para assistência a usuários de álcool e outras drogas. Considerando as estratégias para aproximação do serviço de atenção básica à saúde com o usuário de drogas, ao se identificar usuário de crack em situação de risco por doença hipertensiva informada por familiares, deve-se providenciar:

- (A) Notificação urgente ao serviço policial.
- (B) Indicação do usuário ao grupo terapêutico.
- (C) Imediata solicitação de consulta especializada.
- (D) Visita domiciliar e agendamento de consulta.**
- (E) Encaminhamento do usuário ao hospital psiquiátrico de referência.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento sobre cuidado integral à saúde e rede de atenção em saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

A Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No Art. 2º constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, dentre eles: respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; combate a estigmas e preconceitos; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

14. Analise as seguintes afirmativas abaixo:

I. A Lei nº. 10.216 de 06 de abril de 2001 define que é direito da pessoa portadora de transtorno mental ser tratada, preferencialmente, em serviços ambulatoriais de saúde mental.

II. Ainda sobre a lei nº. 10.216, considera-se os seguintes tipos de internação psiquiátrica: voluntária, facultativa e obrigatória.

III. De acordo com a referência “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial”, os CAPS visam a gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado.

IV. A referência “Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” define que as oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido no CAPS, e podem ser expressivas, geradoras de renda e de alfabetização.

Marque a opção que define as afirmativas como Verdadeiras (V) ou Falsas (F):

- (A) FFVV
- (B) VFFV
- (C) FVVV
- (D) FFVF
- (E) VVVF

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento sobre os cuidados em saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

As determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Para constituir a rede de atenção à saúde mental, todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf

15. No sábado em que estava ocorrendo a Festa do Produtor Rural no município de Santana do Paquequer, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital da Concórdia um adolescente apresentando mal-estar e fraqueza, agitação psicomotora, sudorese, tremores de língua, aceleração do pensamento, taquicardia, tremor de extremidades, aumento da temperatura

corporal e midríase. A enfermeira, ao observar o adolescente, logo associou ao possível consumo de substâncias psicoativas. É correto afirmar que:

I. Os sintomas de mal-estar, fraqueza, agitação psicomotora, sudorese, ataxia, incoordenação motora, tremores de língua e pálpebras, além de alucinações visuais, táteis e auditivas estão relacionados à ingestão excessiva de álcool, e a aceleração do pensamento, taquicardia, tremor leve de extremidades, aumento da temperatura corporal e midríase estão relacionados ao uso de cocaína.

II. O efeito sistêmico do álcool causa depressão do Sistema Nervoso Central (SNC). A cocaína atua como inibidor da recaptação de catecolaminas na fenda sináptica e é um potente anestésico local com propriedades vasoconstrictoras.

A partir das asserções acima, assinale a opção correta.

(A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

(B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

(C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

(D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

(E) As asserções I e II são proposições falsas.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento em saúde mental diante do consumo de substâncias psicoativas.

JUSTIFICATIVA:

O efeito sistêmico do álcool causa depressão do Sistema Nervoso Central (SNC). A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia e o desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão, o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação. A cocaína, por ser uma droga estimulante, atua como inibidor da recaptação de catecolaminas na fenda sináptica. Possui múltiplas ações periféricas e centrais e é um potente anestésico local com propriedades vasoconstrictoras e também um estimulante do SNC.

REFERÊNCIA:

Prefeitura da Cidade de São Paulo. **Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde, 2006.** Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogadicao/dr_do_utrina_drogadicao/Guia%20Pratico.

16. Um levantamento feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ligada ao Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), revelou que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente crack e/ou similares (pasta base, merla e óxi) nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, ao longo de, pelo menos,

seis meses, em 2012. Esses resultados ratificam a necessidade do fortalecimento da estratégia de Redução de Danos, a qual consiste em:

(A) Manter como foco a droga, considerada como um problema legal e moral, devendo ser desenvolvidas rígidas ações no contrato dos cuidados com o dependente químico.

(B) Estabelecer um programa proibicionista, apostando na força do medo e no apelo moral e utilizando técnicas de cuidados que poderiam ser resumidas como a persuasão dos indivíduos para atuarem com tolerância zero.

(C) Desenvolver um programa cuja meta seja a cura do dependente químico, por meio de um tratamento que o estimule a refletir sobre a sua culpa e a aceitar a punição por seu comportamento inadequado.

(D) Reconhecer a abstinência, ou seja, a interrupção total do uso da droga, como um imperativo no cuidado ao dependente químico, e compreendendo a complexidade que cerca o fenômeno.

(E) Ampliar as ofertas de cuidado ao usuário/dependente químico, instituindo novas tecnologias de intervenção e mantendo o compromisso com o respeito às diferentes formas de o usuário/dependente químico ser e estar no mundo.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento em saúde mental e as estratégias de cuidado.

JUSTIFICATIVA:

A redução de danos (RD) é uma estratégia da Saúde Pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos. A RD reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. A redução de danos oferece-se como um método (no sentido de caminho) e, portanto, não excludente de outros. Ela propõe aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. A adoção da perspectiva da redução de danos pressupõe uma abertura para o diálogo, a reflexão, os questionamentos e a avaliação contínua das intervenções. Abordagens baseadas na redução de danos implicam em levar em conta a vulnerabilidade das pessoas e dos coletivos.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental (CAB nº 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf

17. No processo de cuidar, o enfermeiro necessita conhecer as teorias de enfermagem para aplicação prática. GEORGE, Júlia B. (Teoria de enfermagem: os fundamentos para prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993) descreve diversas teorias. Dentre essas, considera-se que a teoria de Hildegard Peplau e a teoria de Dorothea E. Orem são as que melhor se aplicam na saúde mental. Marque a alternativa CORRETA:

(A) Na aplicação de qualquer teoria não é necessária a identificação de problemas.

(B) As teorias de Orem e Peplau são denominadas teorias do autocuidado.

(C) Na teoria de Peplau, a enfermagem pode ser entendida como processo interpessoal pelo fato de envolver duas ou mais pessoas.

(D) Não é necessário manter relação terapêutica enfermeiro/paciente para se obter bons resultados.

(E) Na teoria de Orem, não são considerados o potencial para aprendizagem e o desenvolvimento do paciente.

INTENÇÃO:

Avaliar a percepção das teóricas de enfermagem nos cuidados em saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

Peplau traz, em sua teoria, a noção de “crescimento pessoal”, que é compartilhado pela enfermeira e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. Na sua teoria, os aspectos psicológicos da prática da enfermagem reconhece que o cuidado físico do corpo de outro ser humano é fundamental, pois proporciona um tipo de ‘intimidade interpessoal’, uma proximidade de tal forma, que com muita frequência induz a mente do paciente a realizar conexões entre as circunstâncias presentes e suas experiências anteriores que, de certo modo, são similares.

REFERÊNCIA:

GEORGE JB. editor. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

18. Um paciente esquizofrênico chegou ao ambulatório e um dos diagnósticos para o plano de cuidado de enfermagem foi alteração senso perceptiva e visual relacionada à ansiedade de pânico, solidão extrema e retraimento para dentro de si mesmo, evidenciado por respostas inadequadas, distúrbios do curso de pensamento, oscilações rápidas do humor, dificuldade de concentração, desorientação. Diante disso, a enfermeira prescreveu:

- (A) Observar frequentemente o comportamento do cliente, enquanto executa atividades rotineiras.
- (B) Ajudar o cliente a compreender a ligação da ansiedade às alucinações e tentar distraí-lo da alucinação.
- (C) Retirar todos os objetos perigosos do ambiente do cliente.
- (D) Redirecionar o comportamento violento por meios físicos para dar vazão à ansiedade.
- (E) Manter o reforço de palavras positivas e encorajamento para estabelecer vínculos sociais.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento em saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

Esquizofrenia caracteriza-se como um transtorno mental grave que geralmente acomete adultos jovens, ocasionando modificações na estrutura de suas vidas, bem como na das pessoas com as quais convive, principalmente sua família. A doença se caracteriza pela presença de sintomas psicóticos (alucinações, delírios) e sintomas negativos (embotamento afetivo). O enfermeiro deve evitar o confronto aberto do delírio e alucinações ou discuti-lo com o paciente e precisa evitar o reforço da crença delirante, o que acontece quando o enfermeiro “concorda” com o que o ele está dizendo. É responsabilidade do enfermeiro apresentar e manter a realidade ao paciente.

REFERÊNCIA:

SILVEIRA, A. S.; NOBREGA, M.P.S.S. **Assistência de Enfermagem**. In: BRESSAN, R. A.; NOTO, C. S. Avanços no Tratamento Multiprofissional. 2.ed. Artmed. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/534856/mod_resource/content/1/2sem2_015/Capitulos/Esquizofrenia_CAPT12.pdf

19. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm por objetivo apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, aumentar a sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. No processo de trabalho dos NASF, o foco é o território sob sua responsabilidade e a estrutura prioriza o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, o que gera experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante metodologias, como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto.

Considerando a perspectiva de apoio matricial na qual se fundamenta o NASF, avalie as afirmações a seguir:

I - O apoio matricial contribui na organização de uma linha de cuidado contínua, rompendo com a fragmentação do cuidado.

II - No apoio matricial, a resolução dos problemas está pautada na dimensão assistencial, que se origina a partir de uma ação indireta com os usuários, e na técnico-pedagógica, que gera uma ação e apoio educativo com e para a equipe.

III - Pelo apoio matricial, o NASF se constitui porta de entrada do sistema para os usuários e apoio às equipes da ESF, vinculadas às equipes de Saúde da Família em territórios definidos.

IV - O apoio matricial assegura a retaguarda especializada à equipe e aos profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde na ESF.

É correto o que se afirma em:

(A) I e II

(B) I e IV

(C) III e IV

(D) I, II e III

(E) II, III e IV

INTENÇÃO:

Conhecer a função dos núcleos de apoio à saúde da família e a compreensão de sua rede no suporte a ESF/atenção básica.

JUSTIFICATIVA:

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das ESF e das equipes de Atenção Básica para populações específicas. Visam à organização do trabalho em saúde integrado e contínuo. São pautados nas necessidades e dificuldades percebidas, ou nos limites das equipes de saúde. O objetivo do apoio matricial corresponde ao compartilhamento dos problemas, da troca de saberes e de práticas entre os diversos profissionais e da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe da atenção básica e dos diferentes profissionais do NASF. Portanto, o NASF constitui-se em uma retaguarda especializada para as equipes de atenção básica/saúde da família que atuam no lócus da atenção básica e desenvolve o trabalho compartilhado nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Suas ações envolvem coletivos, riscos e vulnerabilidades populacionais ou mesmo em relação ao processo de trabalho coletivo de uma equipe.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Núcleo de Saúde da Família. **Caderno de Atenção Básica. N.39.** Brasília-DF, 2014.

20. Uma equipe da Unidade de Saúde da Família (USF) realizou a sua primeira reunião após um mês do início de suas atividades. Todas as famílias já tinham sido cadastradas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e o território já se encontrava mapeado e dividido. Ao consolidar os dados dos indicadores de saúde obtidos por meio das fichas de cadastramento e acompanhamento das famílias, a equipe de saúde constatou que um dos principais problemas apresentados pela população era verminose. Pontuando os casos de verminose no mapa do território, percebeu-se que todos ocorreram na comunidade próxima a uma avenida. De acordo com o ACS da microárea, essa avenida está localizada na parte mais precária da comunidade, com esgoto a céu aberto próximo às residências, onde as crianças brincam rotineiramente. Após discussão sobre os determinantes envolvidos na situação, que conduta deverá ser adotada pela equipe da USF, a fim de minimizar o problema?

(A) Comunicar a situação identificada à prefeitura da cidade, pois à equipe da USF não compete atuar em determinantes estruturais, como moradia e saneamento básico.

(B) Intervir de forma indireta na situação para evitar conflito entre a USF e a comunidade, pois o problema de saneamento básico pode não estar relacionado aos casos de verminose identificados.

(C) Orientar as famílias que residem nesse espaço, de forma individual e em grupo, promovendo discussões a respeito de como lidar com as limitações estruturais, o que poderá contribuir para prevenir novos casos de verminose.

(D) Solicitar que o ACS da microárea realize mais visitas às famílias que apresentem casos de verminose, pois é dever do ACS conter os problemas de saúde apresentados pela população da microárea sob sua responsabilidade.

(E) Desmarcar os demais agendamentos de atendimento da população adscrita, a fim de concentrar a atuação da equipe nos casos de verminose, o que permitirá conhecer melhor as famílias acometidas pela doença e prever intervenções que sejam compatíveis com as necessidades levantadas.

INTENÇÃO:

Promover reflexão acerca do processo de territorialização no SUS e os determinantes e condicionantes da saúde.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012), é função do agente comunitário de saúde: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade (as visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês); estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, sob supervisão do enfermeiro. Dentro da

situação descrita na questão, cabe ao profissional trabalhar a prevenção e a informação em saúde.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

21. A promulgação da Lei nº 8.080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), teve importantes desdobramentos na área de vigilância epidemiológica. O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), formalizado através da Lei nº 6.259, oficializa o conceito de vigilância epidemiológica como:

(A) O conjunto de atividades do ramo da segurança que tem como objetivo prevenir e reduzir perdas patrimoniais em uma determinada organização.

(B) Um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviço de interesse da saúde.

(C) Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

(D) Observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

(E) Um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento de vigilância epidemiológica.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com a Lei nº 8080/90 em seu art. 6 § 2º, entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

REFERÊNCIA:

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1990.

22. As residências terapêuticas são modalidades propostas pela Reforma Psiquiátrica para auxiliar na reinserção social do paciente que teve longas internações e não manteve laços sociais que permitam sua reintegração à família. A esse respeito é correto afirmar que:

- (A) Cada residência terapêutica não deve ter mais do que seis participantes.
- (B) A cada seis meses, um dos pacientes moradores da residência fica responsável pela casa, o que é decidido pelos profissionais de saúde junto com os outros moradores.
- (C) Cada residência deve contar com profissionais de saúde, que fazem o acompanhamento terapêutico em grupo dos pacientes, bem como organizam oficinas nos moldes do CAPS.
- (D) Uma das dificuldades dos cuidadores que atuam junto aos pacientes é a ausência de avaliações sistemáticas que focalizem as dificuldades encontradas.
- (E) O cuidador não deve ter inserção no cotidiano da casa.

INTENÇÃO:

Resgatar os conhecimentos relacionados à rede de atenção à saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

O número de usuários pode variar desde um indivíduo até um pequeno grupo de no máximo oito pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. O suporte de caráter interdisciplinar (seja o CAPS de referência, seja uma equipe da atenção básica, sejam outros profissionais) deverá considerar a singularidade de cada um dos moradores, e não apenas projetos e ações baseadas no coletivo de moradores. O acompanhamento a um morador deve prosseguir, mesmo que ele mude de endereço ou eventualmente seja hospitalizado. A implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidadoso e delicado trabalho clínico com os futuros moradores. SRT I – O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando houver. Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador. SRT II – Em geral, cuidamos de nossos velhos, doentes e/ou dependentes físicos, inclusive com ajuda de profissionais: o SRT II é a casa dos cuidados substitutivos familiares desta população institucionalizada, muitas vezes, por uma vida inteira. O suporte focaliza-se na reapropriação do espaço residencial como moradia e na inserção dos moradores na rede social existente. Constituída para clientela carente de cuidados intensivos, com monitoramento técnico diário e pessoal auxiliar permanente na residência, este tipo de SRT pode diferenciar-se em

relação ao número de moradores e ao financiamento, que deve ser compatível com recursos humanos presentes 24 h/dia.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

23. Uma teoria de enfermagem é uma conceitualização de alguns aspectos da enfermagem que descrevem, explicam, preveem ou prescrevem os cuidados de enfermagem. Dentre as teóricas de enfermagem, assinale aquela cuja teoria é concentrada sobre as relações interpessoais entre a enfermeira, o paciente e a família do paciente, e no desenvolvimento da relação enfermeira-paciente.

- (A) Florence Nightingale.
- (B) Virgínia Henderson.
- (C) Dorothea Orem.
- (D) Hildegard Peplau.
- (E) Madeleine Leininger.

INTENÇÃO:

Verificar o conhecimento dos estudantes relacionado às teorias de enfermagem e sua importância para a prática.

JUSTIFICATIVA:

Florence Nightingale – 1860 - Teoria ambientalista → Cuidado com o meio ambiente e a higiene, atenção aos aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Virgínia Henderson – 1955 → Teoria dos componentes do cuidado → Objetiva a independência do cuidado e aponta as 14 necessidades básicas.

Dorothea Orem – 1971 → Teoria dos seres humanos unitários → Teoria humanística e humanitária.

Hildegard Peplau – 1952 → Teoria do Relacionamento interpessoal → Interação enfermeiro e paciente, principal contribuinte para a reforma mental, abriu as portas para o tratamento humano aos pacientes com distúrbios de comportamento e de personalidade.

Madeleine Leininger – 1978 → Teoria transcultural do cuidado → Necessidade de valorização da identidade do paciente.

REFERÊNCIA:

GEORGE, Júlia B. THORELL, A.M.V (trad.). **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

24. Desde a sua criação, o SUS enfrenta vários desafios para consolidar a sua implantação, tais como falta de leitos, dificuldade por parte da população no acesso a toda a rede, diminuição na qualidade e na eficiência da assistência, o que torna esse sistema desacreditado por grande parte da população.

Nesses desafios, encontram-se problemas crônicos, tais como o mau financiamento ou subfinanciamento do setor, má gestão do sistema e a corrupção, o que leva a uma incipiente regulação nos serviços de saúde, precariedade das relações de trabalho e falhas no modelo de gestão descentralizada, fugindo dos princípios e diretrizes propostos para o sucesso do sistema.

Acerca das asserções acima, assinale a opção correta:

(A) As duas asserções são proposições verdadeiras e a segunda justifica a primeira.

(B) As duas asserções são proposições verdadeiras, mas a segunda não justifica a primeira.

(C) A primeira asserção é uma proposição verdadeira e a segunda é falsa.

(D) A primeira asserção é uma proposição falsa, e a segunda é verdadeira.

(E) Tanto a primeira quanto a segunda asserção são proposições falsas.

INTENÇÃO:

Promover a reflexão acerca das dificuldades no processo de consolidação do SUS e a atual realidade social.

JUSTIFICATIVA:

As duas asserções são verdadeiras e a segunda justifica a primeira, trazendo algumas reflexões acerca de situações como a má gestão dos recursos, que tem impacto direto na assistência.

REFERÊNCIA:

CONASS. **Desafios do SUS.** <https://www.conass.org.br/consensus/desafios-sus-o-que-esperar-para-os-proximos-anos-de-gestao/>

25. Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Acerca dos princípios norteadores das diretrizes, dos dispositivos e das estratégias de implantação da Política Nacional de Humanização(PNH), assinale a opção que mais está adequada:

(A) Assegurar a participação dos trabalhadores nas discussões e decisões, motivando-os quanto ao autodesenvolvimento e ao crescimento profissional, é estratégia da PNH.

(B) No âmbito da PNH, entre a atenção e a gestão de processos de produção da saúde e de sujeitos, existe a separação de modelos.

(C) A transversalidade, entendida como aumento do coeficiente de comunicação entre as instâncias hierárquicas (eixo horizontal) e os setores e serviços (eixo

vertical), promove a abertura das corporações e multiplicação das rodas de discussão.

(D) O acolhimento com classificação de risco corresponde ao acolhimento por meio de um processo dinâmico de identificação dos clientes que carecem de tratamento a longo prazo.

(E) A valorização do trabalho e da saúde do trabalho ainda não contempla ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

INTENÇÃO:

Refletir acerca da Política Nacional de Humanização para a promoção de uma assistência de qualidade.

JUSTIFICATIVA:

A PNH é um programa que estimula a comunicação entre os gestores, trabalhadores e usuários a fim de construir processos coletivos que deem suporte para o enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto, que prejudicam o trabalho em saúde e o agir. Aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Através desta política, espera-se promover maior valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.); fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e grupalidade; apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): HUMANIZA SUS**. 1.ed. Brasília-DF, 2013. Acesso em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus>

26. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos

governos federal, estaduais e municipais. Assinale a alternativa que corresponde a todas as prioridades do Pacto pela Vida:

(A) Saúde da criança. Controle do câncer do colo do útero e da mama. Redução das mortes por violência e acidentes de trânsito. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.

(B) Saúde do idoso. Controle do câncer do colo do útero e da mama. Redução da mortalidade infantil e materna. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. Promoção da Saúde. Fortalecimento da atenção básica.

(C) Saúde do idoso. Controle do câncer do colo do útero e da mama. Redução da mortalidade infantil e materna. Promoção da Saúde. Fortalecimento da rede de atenção especializada.

(D) Saúde da criança. Controle do câncer do colo do útero e da mama. Redução dos índices de violência. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza. Promoção da Saúde. Fortalecimento dos serviços hospitalares.

(E) Saúde do idoso. Controle do câncer do colo do útero e da mama. Redução da mortalidade infantil e materna. Promoção da Saúde. Aumento do número de leitos hospitalares.

INTENÇÃO:

Refletir acerca das prioridades determinadas pelo pacto pela vida.

JUSTIFICATIVA:

Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Prioridades do Pacto pela Vida e seus objetivos são: Saúde do Idoso; implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral. Câncer de Colo de Útero e de Mama: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama. Mortalidade infantil e materna: Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias. Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza: fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias. Promoção da Saúde: Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo. Atenção Básica à Saúde: consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o pacto pela saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html%3E

27. A Lei nº. 5.905/1973 criou o Conselho Federal de Enfermagem e os Conselhos Regionais de Enfermagem, órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de Enfermagem. Considerando as competências do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Enfermagem, avalie as afirmações a seguir:

I - Compete ao Conselho Federal alterar, quando necessário, o Código de Deontologia de Enfermagem, ouvidos os Conselhos Regionais.

II - Compete aos Conselhos Regionais baixar provimentos e expedir instruções para a uniformidade de procedimento e para o bom funcionamento de suas sedes.

III - Compete aos Conselhos Regionais, disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal.

IV - Compete ao Conselho Federal expedir a carteira profissional, indispensável ao exercício da profissão no território nacional, a partir da solicitação do Conselho Regional.

V - Compete aos Conselhos Regionais aplicar as penas de advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional e, ao Conselho Federal, ouvido o Conselho Regional interessado, cassar o direito ao exercício profissional dos infratores do Código de Deontologia de Enfermagem.

A alternativa que apresenta as afirmativas corretas é:

(A) I, II e V

(B) I, III e IV

(C) I, III e V

(D) II, III e IV

(E) II, IV e V

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante acerca da importância dos órgãos representativos da Enfermagem e suas respectivas competências.

JUSTIFICATIVA:

Art 2º O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem. Art 8º Compete ao Conselho Federal: III - elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais. Art 15 Compete aos Conselhos Regionais: II - disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal; III - fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal; IV - manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva

jurisdição; VII - expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei n. 5.905**, de 12 de julho de 1973, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5905.htm

28. O dimensionamento de pessoal de enfermagem está diretamente associado à eficácia, à eficiência, à qualidade e ao custo da assistência prestada aos pacientes. O método de dimensionamento de pessoal de enfermagem inicialmente proposto por Gaidzinski para avaliar a quantidade e qualidade desses profissionais prevê as seguintes variáveis:

(A) Número de pacientes admitidos, total de pacientes internados e índice de segurança técnica.

(B) Carga de trabalho da unidade, tempo efetivo de trabalho e tempo previsto de trabalho.

(C) Carga de trabalho da unidade, tempo previsto de trabalho e índice de segurança técnica.

(D) Número de pacientes admitidos, total de pacientes internados e tempo previsto de trabalho.

(E) Carga de trabalho da unidade, tempo efetivo de trabalho e índice de segurança técnica.

INTENÇÃO:

Conhecer as variáveis necessárias para o cálculo de dimensionamento de pessoal.

JUSTIFICATIVA:

Segundo GAIDZINSKI, exaustivos estudos destinados a calcular o pessoal de enfermagem têm sido desenvolvidos ao longo dos anos, na tentativa de se estabelecer um método que se ajuste às reais necessidades dos diversos serviços. A contagem do número de leitos ocupados, a proporcionalidade de pessoal de enfermagem e a relação paciente e hora média de assistência têm sido experimentados como parâmetros para o dimensionamento do pessoal de enfermagem. Contudo, esses métodos tradicionais têm se mostrado insatisfatórios por considerarem todos os pacientes como detentores do mesmo nível de atenção de enfermagem, não levando em conta a gravidade dos mesmos e a sua conseqüente influência na alocação de recursos humanos na unidade. Em 2011, o COREN SP elabora uma cartilha acerca deste processo, disponível em:

https://www.portalcorenrs.gov.br/docs/Dimensionamento/livreto_de_dimensionamento.pdf

REFERÊNCIA:

GARDZINSKI, R.R. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares** [tese de Livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998. 118p.

29. Um adolescente do sexo masculino de 15 anos de idade chegou sozinho e muito apreensivo à Unidade Básica de Saúde da Família, sendo encaminhado à enfermeira. Durante a consulta de enfermagem, após o acolhimento e por meio de escuta ativa, foi realizada a anamnese do adolescente, na qual foi relatado que o paciente não usa preservativo em suas relações sexuais e que tem o sexo oral como prática sexual habitual. Ao exame físico da cavidade oral, foram encontradas inúmeras cáries dentárias e aftas na região sublingual. A enfermeira, durante a consulta, identificou fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS, tais como o desconhecimento da transmissão das DST e do sexo seguro, além de exposição a fatores de agravos para sua saúde.

Considerando a situação apresentada, avalie, entre as condutas descritas nos itens a seguir, as que devem ser adotadas pela enfermeira durante a consulta de enfermagem a esse adolescente:

I - Prover materiais educativos sobre DST/AIDS; prescrever medicamentos sintomáticos para dor; acompanhar a evolução dos problemas detectados e solicitar comparecimento do responsável para conclusão do atendimento.

II - Orientar o adolescente a evitar o consumo de alimentos ácidos para não piorar as aftas; reforçar a necessidade de higienização oral, visando à prevenção de cárie e encaminhá-lo para tratamento odontológico.

III - Encorajar a discussão sobre sexualidade e incentivar a participação do adolescente e dos parceiros em atividades educativas desenvolvidas na comunidade e na Unidade Básica de Saúde.

IV - Orientar sobre as DST/HIV/AIDS e hepatites virais, com enfoque nas formas de transmissão, sinais e sintomas, comportamentos e atitudes de risco e formas de prevenção, com ênfase no sexo seguro.

É correto o que se afirma em:

(A) I e II

(B) I e III

(C) III e IV

(D) I, II e IV

(E) II, III e IV

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento sobre DST/HIV/AIDS para adolescentes.

JUSTIFICATIVA:

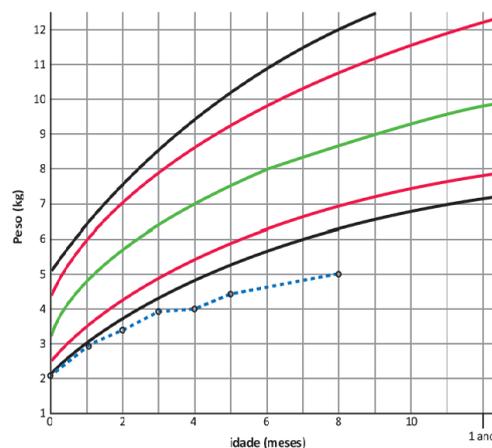
Cabe ao enfermeiro realizar o acolhimento do adolescente na unidade, fortalecendo vínculos e o encorajando a participar de atividades e de processos comunicativos. Para a situação apresentada, as alternativas corretas centram-se em: orientar o adolescente a evitar o consumo de alimentos ácidos para não

piorar as aftas; reforçar a necessidade de higienização oral, visando à prevenção de cárie, e encaminhá-lo para tratamento odontológico; encorajar a discussão sobre sexualidade, incentivar a participação do adolescente e dos parceiros em atividades educativas desenvolvidas na comunidade e na Unidade Básica de Saúde e orientar sobre as DST/HIV/AIDS e hepatites virais, com enfoque nas formas de transmissão, sinais e sintomas, comportamentos e atitudes de risco e formas de prevenção, com ênfase no sexo seguro com vistas à compreensão de que o adolescente encontra-se em fase sexualmente ativa e em vulnerabilidade para DST/HIV/AIDS.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde.** 1. ed., 1 reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

30. Uma enfermeira atua na Estratégia Saúde da Família de um município e, entre suas responsabilidades, está o acompanhamento das crianças menores de dois anos de idade. Uma das crianças de sua área não comparece à Unidade Básica de Saúde da Família há quatro meses. É o primeiro filho de uma adolescente de 13 anos de idade, que escondeu a gravidez por muito tempo, iniciando o pré-natal aos sete meses de gestação. A criança tem oito meses de idade, nasceu com 36 semanas de gestação, pesando 2.200 g, apgar 7/8 e ficou no berçário de médio risco para oxigenoterapia por dois dias. Durante a avaliação do desenvolvimento, observou-se que a criança ainda não senta, nem mesmo com apoio, não rola quando colocada de bruços e não leva objetos à boca. Ao exame físico, a enfermeira não detectou alterações significativas. Ao analisar o gráfico de peso da criança, obteve o traçado a seguir.



Tendo por base os achados apresentados, avalie as afirmações a seguir:

I - O gráfico revela que a criança nasceu com baixo peso, porém, devido à curva ascendente, pode-se classificar seu peso atual como normal para a idade.

II - A criança pode ser classificada na faixa de provável atraso de desenvolvimento, pois não apresenta três marcos de desenvolvimento esperados para a faixa etária anterior à sua.

III - A criança deve ser encaminhada ao serviço de referência ou serviço de maior complexidade.

É correto o que se afirma em:

(A) I

(B) II

(C) I e II

(D) II e III

(E) I, II e III

INTENÇÃO:

Avaliar o crescimento e o desenvolvimento infantil.

JUSTIFICATIVA:

A avaliação periódica do ganho de peso permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil. Somado a isso, é realizada, também durante a consulta de puericultura, a avaliação do desenvolvimento psicomotor, em que a cada etapa do desenvolvimento, há também a correlação com atividades motoras. Outro indicador que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal é o peso de nascimento da criança. Pesos ao nascer menor que 2.500 g podem ser decorrentes de prematuridade e/ou déficit de crescimento intrauterino. Recém-nascidos com menos de 2.500 g são classificados, genericamente, como de baixo peso ao nascer. Uma importante ferramenta para avaliar o crescimento é o cartão da criança. Na proposta do cartão da criança, os pesos entre os percentis 10 e 3 caracterizam uma situação de risco ou de alerta nutricional; os pesos entre o percentil 3 e o percentil 0,1 representam peso baixo para a idade (ou ganho insuficiente de peso) e os valores abaixo do percentil 0,1 representam peso muito baixo para a idade.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2002.

31. Um paciente de sete anos de idade, 1,18 m de altura e 30 kg chegou à Unidade Básica de Saúde acompanhado de sua mãe. Ele apresentava tosse, coriza e dispneia. Após ser atendido pelo médico, recebeu o diagnóstico de rinite alérgica. Foi prescrita hidrocortisona de 25 mg, via

intramuscular (IM) a cada 24 horas, por três dias. Havia disponível, na unidade, um frasco-ampola de hidrocortisona de pó liofilizada de 100 mg para aplicação por via IM e ampolas de 2 mL de água bidestilada para reconstituição. Nessa situação, para administrar o volume correto de hidrocortisona no paciente, deve-se reconstituir o conteúdo do frasco-ampola em:

- (A) 1 mL de água destilada e aplicar 0,5 mL por via IM.
- (B) 2 mL de água destilada e aplicar 0,5 mL por via IM.**
- (C) 1 mL de água destilada e aplicar 1 mL por via IM.
- (D) 2 mL de água destilada e aplicar 1 mL por via IM.
- (E) 2 mL de água destilada e aplicar 2 mL por via IM.

INTENÇÃO:

Avaliar a competência do estudante com relação ao cálculo de medicamentos.

JUSTIFICATIVA:

Resposta correta, alternativa B, pois na droga temos 50 mg/ml.

$$\begin{array}{r} 100 \text{ mg} - 2 \text{ ml} \\ 25 \text{mg} - x \text{ ml} \end{array} \quad 25 \times 2 = 100 \quad 50/100 = 0,5 \text{ ml}$$

REFERÊNCIA:

SOARES, Nelma Rodrigues Choiet Goldenzwaig. **Administração de medicamentos na enfermagem**. 10 ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2012.

32. Um adolescente que mora em um pequeno município acompanha a avó a uma Unidade Básica de Saúde. Esta relata ao enfermeiro que este jovem diz, frequentemente, não ter perspectivas quanto ao próprio futuro e que já teve, algumas vezes, ideias suicidas. Ela conta que os pais disseram que esta é só uma fase e que o adolescente apenas quer chamar a atenção. Há informações de que este jovem não é usuário de drogas ilícitas e nem apresenta transtornos mentais. Nesta situação, as recomendações, dentre outras, são que haja:

- (A) Acompanhamento à distância do comportamento deste jovem, sendo desnecessário o acolhimento e o tratamento psicológico.
- (B) Acolhimento ao jovem, esclarecendo de que são conflitos existenciais próprios da adolescência, sendo desnecessário o encaminhamento para avaliação e ou tratamento.
- (C) Identificação de fatores de vulnerabilidade relacionados à característica mais forte ao suicídio, como residir em município pequeno.**
- (D) Apoio para as pessoas da família, explicando a importância dos mesmos não demonstrarem sentimentos de afeto com o adolescente para não reforçar o comportamento suicida.
- (E) Descarte da possibilidade do jovem apresentar fatores de vulnerabilidade relacionados à característica mais forte no suicídio pelo mesmo não residir, principalmente, em grandes centros urbanos.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento da saúde do adolescente.

JUSTIFICATIVA:

Dentre os principais fatores de risco para o suicídio, encontram-se os transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos, condições clínicas incapacitantes, faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, estratos econômicos extremos, residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente por perda recente do emprego), aposentados, isolamento social, solteiros ou separados, migrantes.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

33. O ferro é um micronutriente essencial para a vida. Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro heme (origem animal, sendo mais bem absorvido) e ferro não heme (encontrado nos vegetais). Como o ferro não heme possui baixa biodisponibilidade, recomenda-se a ingestão, na mesma refeição, de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina:

- (A) B6
- (B) D
- (C) K
- (D) C**
- (E) E

INTENÇÃO:

Verificar o conhecimento acerca da importância da associação dos nutrientes ricos em vitamina C na administração de ferro.

JUSTIFICATIVA:

Como o ferro não heme possui baixa biodisponibilidade, recomenda-se a ingestão, na mesma refeição, de alimentos que melhoram a absorção desse tipo de ferro, por exemplo, os ricos em vitamina C, disponível em frutas cítricas (laranja, acerola, limão e caju).

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de**

condutas gerais. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

34. Uma mãe traz o filho de três meses e quatorze dias na Unidade Básica de Saúde para ser vacinado. Verificando a carteira do bebê, a técnica de enfermagem constatou que o seu processo de imunização está atrasado, tendo recebido apenas as vacinas BCG e contra hepatite B, no primeiro mês de vida. Neste caso, para dar prosseguimento ao esquema vacinal preconizado, o bebê deverá receber as vacinas:

- (A) BCG, Sabin e Hepatite B.
- (B) Tetravalente, Sabin, Rotavírus e Hepatite B.
- (C) Tetravalente, Tríplice viral, Sabin e Hepatite B.
- (D) Sabin, Hepatite B e Rotavírus.
- (E) Pentavalente, VIP, Pneumocócica e Rotavírus.**

INTENÇÃO:

Verificar o conhecimento dos estudantes com relação às vacinas preconizadas na infância.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com o calendário preconizado pelo Ministério da Saúde, as próximas vacinas a serem ofertadas serão as referentes ao segundo mês de vida: 1ª dose de Pentavalente, VIP, Pneumocócica e Rotavírus; no 3º mês: 1ª dose de Meningocócica C; no 4º mês: 2ª dose de Pentavalente, VIP, Pneumocócica e Rotavírus; no 5º mês: 2ª dose de Meningocócica; no 6º mês: 3ª dose Pentavalente, VIP, Pneumocócica; aos nove meses: febre amarela; aos 12 meses: reforço da pneumovalente.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Você conhece todas as vacinas oferecidas pelo SUS? Disponível em:

<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/33974-voce-conhece-todas-as-vacinas-oferecidas-pelo-sus>>

35. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher apresenta objetivos, metas, ações e estratégias para atingir os princípios de humanização e de qualidade da atenção. Dentre outros, pode-se citar: "a capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade" (BRASIL, 2004). É relevante para essa capacitação considerar que:

I. A redução da morbimortalidade pelo câncer de mama requer do enfermeiro domínio da técnica do exame clínico e conhecimentos para incentivar a

realização do autoexame pelas mulheres; ação de eficácia cientificamente comprovada na prevenção primária da doença.

II. A vulnerabilidade para o câncer de colo de útero pode ser representada pela falta de conhecimento, portanto, não basta ao enfermeiro incrementar a oferta de colpocitologia oncológica na rede básica, é preciso sensibilizar e mobilizar a população feminina para a prática do autocuidado e do sexo seguro.

III. A assistência em planejamento familiar demanda fornecimento de anticoncepcionais e acompanhamento das usuárias, além de promoção de ações de educação em saúde e aconselhamento sobre concepção e anticoncepção, visando à escolha livre e informada das opções disponíveis tanto para os homens, quanto para as mulheres.

IV. A redução da vulnerabilidade aos agravos à saúde sexual e reprodutiva das adolescentes requer desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade na perspectiva de gênero, classe e diferença social, de modo que a informação resulte em comportamento adolescente socialmente desejável.

Está CORRETO o que se afirma em:

(A) I e II

(B) I e IV

(C) III e IV

(D) II e IV

(E) II e III

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

As afirmativas II e III estão corretas, tendo em vista situações de vulnerabilidade crescente que a mulher é exposta ao longo do seu ciclo vital, traduzindo a necessidade de abordagem humanizada e de inclusão no processo de educação para a saúde. Dados epidemiológicos demonstram a falta da efetividade das estratégias de ações protetoras da Saúde da Mulher. Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, são oferecidos subsídios norteadores para o desenvolvimento de ações estratégicas, visando capacitar a equipe técnica (profissionais de saúde) para contribuir na redução da morbimortalidade por câncer na população feminina e incentivo ao planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde. A afirmativa I está incorreta, pois o autoexame das mamas não tem eficácia cientificamente comprovada na prevenção do câncer. A afirmativa IV está incorreta, pois há consideração discriminativa referente à condição de classe e diferença social, influenciando nas práticas educativas.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

JUNIOR, R.F. et al. Conhecimento e prática do autoexame da mama. *Rev. Assoc. Méd. Bras.*, v.52, n.5; 2006, pp. 337-141.

36. Durante consulta de enfermagem, uma adolescente de 15 anos revela ao enfermeiro um fato e pede sigilo. Observando que a menor tem capacidade de discernimento e que o fato não acarretará danos ou riscos a essa adolescente, o enfermeiro:

(A) Tem o dever de manter sigilo sobre o fato.

(B) Tem o dever de comunicar os pais ou responsáveis, pois se trata de menor de idade.

(C) Tem o direito de revelar o fato ocorrido aos que convivem com a adolescente.

(D) Tem o dever de revelar o fato somente se solicitado pelo Conselho Tutelar.

(E) Tem o direito de revelar o fato, se solicitado por alguma autoridade.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Do sigilo profissional - Responsabilidades e Deveres, artigo 82, § 4º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE - Resolução COFEN 311/2007):

Art. 82 – Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal.

§ 4º – O segredo profissional referente ao menor de idade deverá ser mantido, mesmo quando a revelação seja solicitada por pais ou responsáveis, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, exceto nos casos em que possa acarretar danos ou riscos ao mesmo. Diante do exposto, a resposta correta é a letra A, visto que o profissional tem o dever de manter sigilo sobre o fato.

REFERÊNCIA:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução COFEN 311/2007**. Código de ética dos profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>

37. Embora as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) sejam causadas por muitos microorganismos diferentes, estes apenas determinam um número limitado de síndromes. Dentre as alternativas citadas a seguir, assinale aquela que apresenta uma doença que causa úlcera genital:

- (A) Sífilis.
- (B) Tricomoníase.
- (C) Vaginose bacteriana.
- (D) Ureoplasma.
- (E) Infecção por clamídia.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

A Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Pode se manifestar em três estágios, sendo que os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença. Os primeiros sintomas da doença são pequenas feridas (úlceras) nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas (ínguas), que surgem entre sete e 20 dias após o sexo desprotegido com alguém infectado. As feridas e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem tratamento, essas feridas podem desaparecer sem deixar cicatriz, mas a pessoa continua doente e a doença se desenvolve. Ao alcançar certo estágio, podem surgir manchas em várias partes do corpo (inclusive mãos e pés) e queda dos cabelos.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

38. Na AIDS, a duração do período entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV, a qual inclui a fase aguda e a fase eclipse (aguda + eclipse), é conhecida como:

- (A) Período de incubação.
- (B) Janela de soroconversão.
- (C) Infecção crônica.
- (D) Imunoensaio.
- (E) Imunidade inata.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Janela clínica ou janela aguda ou período de incubação são termos relacionados que definem o período entre o momento da infecção e o aparecimento dos

sintomas e/ou sinais clínicos. Janela de soroconversão ou janela imunológica ou janela sorológica é a duração do período entre a infecção pelo HIV até a primeira detecção de anticorpos anti-HIV, a qual inclui a fase aguda e a fase eclipse (aguda + eclipse). Infecção crônica pelo HIV é a fase da infecção após a completa maturação da resposta dos anticorpos. Imunoensaio é um método que detecta a presença de um complexo antígeno-anticorpo em uma amostra biológica. Resposta imunológica inata também denominada imunidade inata, caracteriza-se por mecanismo de defesa inicial contra infecções. Inclui células fagocíticas, células NK (do inglês, natural killer), células dendríticas, complemento, citocinas e quimiocinas. Diante do exposto, a resposta correta é a letra B.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. BRASIL, 2014.

39. Na sociedade atual, o planejamento familiar é muito importante para a qualidade de vida, pois permite que a mulher contemporânea tenha a possibilidade de escolha do melhor momento para a maternidade. Nesse contexto, um dos métodos contraceptivos de barreira é:

- (A) A temperatura basilar.
- (B) A pílula do dia seguinte.
- (C) O coito interrompido.
- (D) O diafragma.**
- (E) O método Billings.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

O diafragma é um método anticoncepcional de barreira, que se caracteriza por uma cúpula rasa feita de silicone (ou látex), com bordas firmes e flexíveis. Cobre o colo do útero, o que impede a passagem dos espermatozoides, evitando a fecundação. Além de prevenir contra a gravidez, não tem efeitos hormonais e seu uso pode ser interrompido a qualquer momento. É relativamente fácil de ser usado, pode ser colocado em até seis horas antes da relação sexual e pode durar por até dois anos.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

40. MSF, 45 anos, etnia branca, ensino fundamental incompleto, doméstica, união estável, história prévia de cinco partos normais e uma cesariana, compareceu à Unidade de Saúde para realizar o exame de Papanicolau. Durante a consulta de enfermagem, a usuária referiu queixas de corrimento vaginal moderado. Ao exame especular, foi possível observar colo hiperemiado e teste de Schiller positivo. Após observação do corrimento vaginal, a enfermeira identificou, de acordo com o fluxograma de Abordagem Síndrômica, infecção vaginal por *Trichomonas Vaginalis*. Com relação à Tricomoníase vaginal, identifique os principais achados clínicos que auxiliaram a enfermeira a caracterizar esse quadro:

(A) Presença de corrimento vaginal amarelo-esverdeado, bolhoso, com odor fétido, Teste de Whiff positivo, pH vaginal acima de 4,5.

(B) Presença de corrimento esbranquiçado, grumoso, sem odor fétido, Teste de Whiff negativo, pH vaginal menor que 3,0.

(C) Presença de corrimento acinzentado, ligeiramente espumoso, com odor fétido, teste de Whiff positivo, pH vaginal acima de 4,5.

(D) Presença de corrimento vaginal amarelado, leitoso, sem odor fétido, Teste de Whiff negativo, pH vaginal abaixo de 4,5.

(E) Presença de corrimento acinzentado, espumoso, com odor fétido, teste de Whiff negativo, pH vaginal acima de 3,0.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Trichomonas é uma vulvovaginite bem frequente, causada por um protozoário flagelado, o *Trichomonas vaginalis*, que é unicelular, parasitando mais a genitália feminina que a masculina. De acordo com o fluxograma da Abordagem Síndrômica, diante dos sinais e sintomas característicos, que consistem em intensa descarga vaginal amarelo-esverdeada, bolhosa, espumosa, por vezes acinzentada, acompanhada de odor fétido lembrando peixe, na maioria dos casos, e prurido eventual, que pode ser reação alérgica à afecção. Quando ocorre inflamação intensa, o corrimento aumenta e pode haver sinusiorragia e dispareunia. O diagnóstico mais comum é o exame a fresco, com gota do conteúdo vaginal e soro fisiológico, observando-se o parasita ao microscópio. O pH quase sempre é maior que 4,5 e geralmente menor que 6,6. Na maioria dos casos, o teste das aminas é positivo. A bacterioscopia com coloração pelo método de Gram observa o parasita Gram negativo, de morfologia característica.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília. Ministério da Saúde, 2006.

41. Para cada mulher, os sintomas da gravidez são diferentes, mas, em geral, alguns são mais comuns. É o caso do atraso menstrual, dos enjoos matinais, da sensibilidade nas mamas e da aversão ou desejos por determinados alimentos, entre outros. O diagnóstico da gravidez pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro, na unidade básica de saúde. Acerca desse assunto, assinale qual é o sinal de certeza de gravidez:

- (A) Aumento do volume uterino.
- (B) Ausência de menstruação há três ciclos.
- (C) Teste imunológico positivo.
- (D) Aumento do volume das mamas.
- (E) Escuta dos batimentos cardíacos fetais.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Sinais de presunção de gravidez: atraso menstrual; manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência); modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical). Sinais de probabilidade: amolecimento da cérvix uterina com posterior aumento do seu volume; paredes vaginais aumentadas com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de saco laterais). Sinais de certeza: presença dos batimentos cardíacos fetais – BCF - detectados pelo sonar a partir de 12 semanas, percepção dos movimentos fetais (18 e 20 semanas); ultrassonografia - o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas quatro-cinco semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com seis semanas gestacionais.

REFERÊNCIA:

Assistência Pré-natal: Manual técnico. Equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. – 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.

42. O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando, inclusive, aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. A propósito desse acompanhamento, identifique as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F):

() Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

() É recomendado que o pré-natal tenha início até a 15ª semana de gestação, a fim de que seja reconhecido como captação precoce.

() As consultas deverão ser mensais até a 18ª semana, quinzenais entre 18ª e 36ª semanas e semanais até o nascimento, quando o pré-natal for de baixo risco.

() O número adequado seria igual ou superior a 6 (seis) consultas pré-natais. Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta:

(A) V – F – F – V

(B) V – V – V – F

(C) F – V – F – V

(D) V – F – V – V

(E) F – V – V – F

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Em relação ao acompanhamento pré-natal adequado e assistência à gestante e puérpera, deverá ser realizada a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, e realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento. A captação precoce das gestantes se dá com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal:** Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. – 3, ed. Brasília: - SPS/Ministério da Saúde, 2000.

43. O quarto estágio do parto inicia-se após a dequitação da placenta e estende-se pelas primeiras horas pós-parto. Nesse período, são importantes os cuidados de enfermagem na observação e controle das hemorragias, muito comuns no pós-parto imediato. Nesse contexto, para evitar a hemorragia e suas complicações, o enfermeiro deve:

- (A) Incentivar a deambulação e realizar enfaixamento abdominal.
- (B) Recomendar suplementação alimentar com sulfato ferroso nas principais refeições e repouso no leito.
- (C) Avaliar a presença do globo de segurança de Pinard e a manutenção da contração uterina.
- (D) Auxiliar a dequitação com manobras que promovam o seu rápido descolamento.
- (E) Manter a parturiente com hidratação venosa durante todo o trabalho de parto e parto.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Didaticamente, o trabalho de parto é dividido em quatro períodos clínicos denominados: trabalho de parto ou de dilatação; expulsivo; dequitação da placenta ou placentário; recuperação ou Greenberg. Cada um desses períodos apresenta características próprias que o identificam. No quarto período, denominado de recuperação ou Greenberg, ocorre: miotamponagem, ou seja, ligadura dos vasos intramiométrais, principalmente do sítio placentar, pela musculatura uterina; trombotamponagem, na qual ocorre a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários que constituirão o hematoma intrauterino, hematoma esse que exerce uma compressão na parte interna do útero durante seu relaxamento; indiferença miouterina, que ocorre durante a primeira hora de recuperação, quando as contrações uterinas são muito intensas, mas ainda não ocorreu a formação do globo de segurança de Pinard, motivo pelo qual aumenta o risco de hemorragias no pós parto; contração uterina fixa, que ocorre após a primeira hora do parto, quando se percebe a formação daquilo que Pinard chamou de globo de segurança. Neste período, a puérpera deve ser avaliada de forma global e rigorosa pela equipe de enfermagem, incluindo sinais vitais, estado emocional, condição das mamas e, principalmente, no que diz respeito à avaliação uterina - palpação abdominal - para verificar a contratilidade do útero. Desta forma, quaisquer desvios do mecanismo fisiológico serão atendidos prontamente. A assertiva C está correta, pois o enfermeiro na avaliação da puérpera deve considerar a presença do globo de segurança de Pinard e a manutenção da contração uterina.

REFERÊNCIA:

- OLIVEIRA, D.L. Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.
- BARROS, S.M.O. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.
- MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE, J. Obstetrícia Fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

44. Compareceu ao estabelecimento de saúde uma gestante solicitando informações sobre a possibilidade de realizar um abortamento, porque recentemente apresentou rubéola e teme que o desenvolvimento fetal foi “prejudicado.” Na discussão desse caso hipotético, o docente apresenta aos estudantes algumas ponderações sobre o tema. Para resolução do caso, com base no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o abortamento:

- (A) É eticamente aceito por ser considerado terapêutico.
- (B) Possui respaldo no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem por apresentar risco de vida à gestante.
- (C) É eticamente aceito por ser considerado eugênico.
- (D) Não possui respaldo no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.**
- (E) É aceito, com algumas restrições, no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

O profissional de Enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visam a satisfazer às necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem está organizado por assunto e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética desses profissionais. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, e os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população.

REFERÊNCIA:

Código de ética dos profissionais de Enfermagem. Disponível em:
<https://portal.coren-sp.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem/>

45. Ao publicar uma foto prestando cuidados de Enfermagem a um recém-nascido em uma rede social, que possa identificar a instituição na qual o enfermeiro trabalha, sem o consentimento dos envolvidos, o profissional estará:

- (A) Infringindo a Lei do Exercício Profissional.
- (B) Infringindo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.**
- (C) Fazendo uma divulgação benéfica à instituição.
- (D) Contribuindo para a divulgação do trabalho da equipe de enfermagem.
- (E) Reconhecendo a importância dos meios de comunicação no trabalho do enfermeiro.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE - Resolução COFEN 311/2007), em seu artigo 108, É PROIBIDO: Inserir imagens ou informações que possam identificar pessoas e instituições sem sua prévia autorização. Logo, a resposta correta é a letra B, pois se trata de uma infração ao CEPE.

REFERÊNCIA:

Código de ética dos profissionais de Enfermagem; Resolução COFEN 311/2007. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/codigo-de-etica-dos-profissionais-de-enfermagem/>

46. Dentre as alternativas a seguir, qual é um erro inato do metabolismo, de herança autossômica recessiva, detectado no teste de triagem neonatal, que pode levar ao déficit de aprendizado e microcefalia?

- (A) Hipertireoidismo congênito.
- (B) Talassemia.
- (C) Fenilcetonúria.**
- (D) Hiperatividade brônquica.
- (E) Zika vírus.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

A triagem neonatal é um exame laboratorial que detecta precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, que poderão causar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. O exame ficou conhecido como “TESTE DO PEZINHO” devido à maneira como é realizado; esta expressão ‘teste do pezinho’ só existe aqui no Brasil. Doenças que o teste do pezinho detecta: A Fenilcetonúria (PKU) é uma doença genética transmitida de pais para filhos. A criança portadora da doença não consegue transformar ou metabolizar adequadamente uma substância chamada fenilalanina. A fenilalanina é um aminoácido presente na proteína de vários alimentos, como carne, leite e derivados, leite materno ou fórmulas infantis, etc. Esta doença acontece por que

o fígado do bebê com a doença não metaboliza a fenilalanina proveniente da alimentação e acumula um nível muito elevado desta substância no sangue circulante. A fenilalanina e seus metabólitos acumulados são neurotóxicos, trazendo consequências muito graves, principalmente ao cérebro, levando ao retardamento mental progressivo do bebê. Os sintomas e sinais de deficiência mental por Fenilcetonúria irão surgir por volta do 4° ao 6° mês de vida, quando já existirão lesões irreversíveis no SNC. Essa é a razão para que todos os bebês façam o teste do pezinho do 3° ao 7° dia após o nascimento, pois é a única maneira de descobrir a doença em tempo de ser tratada.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

47. Os profissionais de saúde devem disponibilizar o tempo que for necessário para dar apoio à mãe e ao seu bebê durante o início e a manutenção da amamentação. Com relação à técnica adequada de amamentação, assinale a alternativa correta.

(A) A cabeça do bebê deve estar no mesmo nível da mama da mãe e o queixo tocando a mãe.

(B) O lábio inferior deve estar virado para dentro.

(C) As sucções são rápidas e curtas: o bebê suga, dá uma pausa e suga novamente.

(D) Durante a mamada, é possível visualizar a aréola por completo.

(E) O corpo do bebê deve estar totalmente voltado para cima (posição de ombro com barriga).

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

O apoio familiar, comunitário e profissional é a base do sucesso da amamentação. Ouvir a mulher sobre seus anseios, dúvidas e experiências anteriores faz parte do processo de aprendizado da amamentação, apoiando-a e aumentando sua autoconfiança. Assim, tanto a mulher, quanto o enfermeiro e todos os profissionais de saúde (que servirão de facilitadores para o início e manutenção da amamentação) devem estar aptos a manejar as técnicas de aleitamento, que têm como base o posicionamento, pega e sucção efetiva. A mãe pode estar sentada, deitada ou em pé. O bebê pode permanecer sentado,

deitado ou até em posição invertida (entre o braço e o lado do corpo da mãe). O fundamental é que ambos estejam confortáveis e relaxados.

Existem quatro sinais indicativos da posição correta da criança:

- O corpo e a cabeça devem estar alinhados, de modo que a criança não necessite virar a cabeça para pegar a mama.
- O corpo do bebê deve estar encostado ao da mãe (abdome da criança em frente ao abdome da mãe).
- Seu queixo deve estar tocando o peito da mãe.
- A criança deve ser apoiada pelo braço da mãe, que envolve a cabeça, o pescoço e a parte superior do seu tronco. Em casos de crianças muito pequenas, a mãe deve apoiar também suas nádegas com a mão.

Para que haja sucção efetiva, a criança deve abocanhar não só o mamilo, mas principalmente toda ou a maior parte da aréola. Esta pega correta proporciona a formação de um grande e longo bico que toca o palato, iniciando, assim, o processo de sucção. Os ductos lactíferos terminais, situados embaixo da aréola, são assim pressionados pela língua contra o palato, iniciando-se a saída do leite, ajudada pelo reflexo de ejeção mediado pela ocitocina.

REFERÊNCIA:

CORINTIO, Mariani Neto. **Manual de aleitamento materno**. 3ª ed.- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

48. A icterícia é uma descoloração amarelada da pele e de outros órgãos, em consequência da hiperbilirrubinemia, que se refere a um acúmulo excessivo de bilirrubina no sangue. A bilirrubina é um dos produtos da degradação da hemoglobina, resultado da destruição das hemácias. Depois que as hemácias são destruídas, os produtos de degradação são liberados na circulação. Sobre a icterícia neonatal fisiológica, é correto afirmar que:

(A) A cor amarelada da pele, decorrente de sua impregnação por bilirrubina, é achado comum, especialmente nas crianças com idade entre 48 e 120 horas de vida.

(B) A cor avermelhada da pele, decorrente de sua impregnação por bilirrubina, ocorre nas crianças com idade entre 48 e 60 horas de vida.

(C) Não é necessário ter sua causa investigada se detectada nas primeiras 12h de vida.

(D) Não é necessário ter sua causa investigada quando apresentar-se de forma intensa.

(E) É desnecessário descrever a intensidade da coloração detectada e sua distribuição nos diferentes segmentos do corpo.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

A icterícia neonatal fisiológica manifesta-se 48 a 72 horas após o nascimento. O nível sérico de bilirrubina atinge um pico de 4 a 12 mg/dl em torno do 3º ao 5º dia após o nascimento. Em média, o nível de bilirrubina aumenta menos de 5 mg/dl/dia. A icterícia fisiológica comumente desaparece ao final do 7º dia. Conforme descreve HARRISON (2002), a bilirrubina produzida pelo feto é depurada pela placenta e eliminada pelo fígado materno. Consequentemente, a concentração de bilirrubina em neonatos normais ao nascimento é baixa. A presença de icterícia ao nascimento é patológica e necessita de investigação. Imediatamente após o nascimento, o fígado neonatal deve assumir responsabilidade pela depuração e excreção da bilirrubina.

REFERÊNCIA:

HARRISON, T. R. et al. **Medicina Interna**. 15 ed. Vol. 2. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2002.

49. A fototerapia é um procedimento muito utilizado nos casos de recém-nascidos com icterícia. A enfermagem é responsável por alguns cuidados com este procedimento, como:

- (A) Vestir o recém-nascido adequadamente, cobrindo todo o corpo, deixando apenas a face exposta.
- (B) Evitar o aleitamento materno, pois a criança deve permanecer em jejum.
- (C) Proibir a visita dos pais.
- (D) Proteger os olhos do recém-nascido com venda apropriada.
- (E) Verificar os sinais vitais do recém-nascido somente a cada 8h.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

A principal forma de tratamento da icterícia envolve a fototerapia, ou seja, a aplicação de luz fluorescente sobre a pele exposta do recém-nascido. A luz favorece a excreção de bilirrubina através da fotoisomerização, que altera a estrutura da bilirrubina em uma forma solúvel, para uma excreção mais fácil. A fototerapia tem efeito quando a pele do bebê estiver totalmente exposta a uma intensidade adequada de luz. Algumas precauções devem ser tomadas, como, por exemplo: verificar a temperatura corporal a cada três horas para detectar hipotermia ou hipertermia e o peso diariamente; aumentar a oferta hídrica, pois a fototerapia com lâmpada fluorescente ou halógena pode provocar elevação da temperatura, com conseqüente aumento do consumo de oxigênio, da frequência respiratória e do fluxo sanguíneo na pele, culminando em maior perda insensível de água; proteger os olhos com cobertura radiopaca por meio de camadas de veludo negro ou papel carbono negro envolto em gaze; não utilizar ou suspender a fototerapia se os níveis de bilirrubina direta estiverem elevados ou se detectar

colestase, para evitar o aparecimento da síndrome do bebê bronzeado, que se caracteriza pelo depósito de derivados de cobre porfirina no plasma, urina e pele.

REFERÊNCIA:

WHALEY, Lucille F; WONG, Donna L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

50. Qual é o método que estima a idade gestacional do recém-nascido por meio da investigação de parâmetros somáticos e neurológicos, aplicável para recém-nascidos de 29 semanas ou mais?

- (A) Método de manobra reduzida.
- (B) Método de Capurro.
- (C) Método Neurossomático.
- (D) Método de Fontana.
- (E) Método Indutivo.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

O método de Capurro é mais uma maneira de se avaliar a idade gestacional de um neonato. Esse método funciona avaliando cinco fatores somáticos e dois fatores neurológicos. Porém, a avaliação desses valores em crianças deprimidas, doentes e ou de difícil acesso fica limitada às variáveis somáticas. Os escores de Capurro e New Ballard são feitos por meio da avaliação da pele, da orelha e da formação da cabeça. No exame do RN prematuro, é preferível o segundo, desde que seja avaliado entre 12 a 20 horas de vida, pois avalia mais critérios neurológicos do que somáticos, sendo, assim, mais preciso.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011.