

# Cadernos de Questões Comentadas do Teste Progresso

Enfermagem  
2016



TESTE DE PROGRESSO

## 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, 2016.  
47f.

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), 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 e 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 2016**

**1. De acordo com a Lei no 8.142/90, que regulamenta o SUS, são instâncias colegiadas para o exercício do controle social no SUS as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Relacione as colunas abaixo, conforme as características dessas instâncias:**

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| 1- Conferências de Saúde | ( ) Reúnem-se a cada quatro anos.   |
| 2- Conselhos de Saúde    | ( ) Suas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. |
|                          | ( ) São permanentes.  |
|                          | ( ) Não têm caráter deliberativo.   |
|                          | ( ) Têm caráter deliberativo.   |

Após correlacionar as colunas, assinale a alternativa que indica a sequência correta:

- (A) 1-1-2-1-2  
 (B) 1-1-2-2-1  
 (C) 1-2-2-1-2  
 (D) 2-1-1-1-2  
 (E) 2-2-1-2-1

### **INTENÇÃO:**

Avaliar o conhecimento dos estudantes acerca das instâncias colegiadas do SUS no que tange o controle social.

### **JUSTIFICATIVA:**

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e  
 II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

### **REFERÊNCIA:**

BRASIL. Ministério da Saúde. **LEI Nº 8.142/1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 28 de dez, 1990 Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142.htm>

---

**2. O território de Vieiras, situado em um município de pequeno porte, tem apresentado, nos últimos anos, alta incidência e prevalência de casos de violência. Estudos realizados pelo Núcleo de Prevenção às Violências e de Promoção da Saúde, de uma instituição local, revelam que 78% dos casos registrados ocorrem na faixa dos 10 aos 17 anos. A gestão municipal, em uma reunião, elaborou um plano de gestão integrada para enfrentamento da situação. A educação em saúde foi uma das estratégias encontradas para que a equipe de saúde da família enfrentasse o problema.**

**Nessa situação, não é adequado à Equipe de Saúde da Família considerar que a educação em saúde:**

- (A) É uma estratégia de promoção da saúde.
- (B) Relaciona-se à história, à cultura e aos costumes da comunidade.
- (C) Busca apoderar a comunidade para o processo de mudança.
- (D) Visa à participação ativa dos sujeitos, acontecendo em diversos espaços.
- (E) Objetiva transmitir conhecimentos universalmente aceitos, por meios de palestras, panfletos e outros meios.

### **INTENÇÃO:**

---

Refletir acerca da necessidade das práticas de educação em saúde.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde explicita a relação da proposta com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e com a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde. Uma cadeia de cuidados progressivos à saúde supõe a ruptura com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar com a ideia de rede, ou seja, de um conjunto articulado de serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados, em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações, propondo um plano de ação regional para a área da educação na saúde, com a elaboração de projetos de mudança na formação (educação técnica, graduação, pós-graduação) e no desenvolvimento dos trabalhadores para a (e na) reorganização dos serviços de saúde.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>



**3. Hipócrates afirmou, há mais de dois mil anos, “primeiro, não cause dano”. Até recentemente, os eventos adversos, os erros e os incidentes associados à assistência à saúde eram considerados inevitáveis ou reconhecidos como um ato realizado por profissionais mal treinados. Com vistas à redução dos danos causados durante a assistência, foi criado, em 2011, o Protocolo para Segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde. Neste sentido, a ANVISA/MS estabeleceu um conjunto de ações para a Segurança do Paciente no Brasil, tais como:**

I - Orientação para higienização das mãos, adoção de procedimentos clínicos seguros, maior controle e segurança do sangue e hemoderivados, administração segura de injetáveis e de imunobiológicos, e culmina na segurança da água e no manejo dos resíduos.

II - Tais medidas foram associadas às informações produzidas por profissionais de saúde que repercutiram na adoção de práticas que foram amplamente divulgadas a fim de focar na prevenção e redução das IRAS.

Acerca dessas asserções, 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 são proposições falsas.**

### **INTENÇÃO:**

---

Produzir reflexões acerca da importância do Protocolo de Segurança do Paciente e qualidade dos serviços de saúde.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

As assertivas estão corretas e a primeira apresenta as medidas a serem adotadas pelos profissionais de saúde, cabendo à segunda assertiva a justificativa da primeira. O Primeiro Desafio Global focou na prevenção e redução das IRAS, sendo complementado pelo Segundo Desafio Global - Cirurgias Seguras Salvam Vidas, direcionado para a segurança cirúrgica em serviços de saúde.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Protocolo de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. V.1.n.1. Brasília, jan-jul, 2011.

Disponível

em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f72c20804863a1d88cc88d2bd5b3ccf0/BOLETIM+I.PDF?MOD=AJPERES>>

**4. A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Neste sentido, de acordo com a Portaria nº 104, de 25/01/11, do Ministério da Saúde, fazem parte da lista de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória os seguintes eventos:**

- (A) Acidentes por animais peçonhentos e pneumonia.
- (B) Eventos adversos pós-vacinação e tuberculose.**
- (C) Dengue e varicela.
- (D) Atendimento anti-rábico e doença de Chagas crônica.
- (E) Malária e toxocaríase.

#### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento em relação às doenças de notificação compulsória e às práticas comunicacionais e de tomada de decisão no exercício profissional.

#### **JUSTIFICATIVA:**

---

A Portaria nº 104, de 25/01/11, do Ministério da Saúde, estabelece as doenças, agravos e eventos de notificação compulsória: 1. Acidentes por animais peçonhentos; atendimento anti-rábico; botulismo; carbúnculo ou Antraz; cólera; coqueluche; dengue; difteria; doença de Creutzfeldt-Jakob; doença meningocócica e outras meningites; doença de Chagas aguda; esquistossomose; eventos adversos pós-vacinação; febre amarela; febre do Nilo Ocidental; febre maculosa; febre tifoide; hanseníase; hantavirose; hepatites virais; infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical; influenza humana por novo subtipo; intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados); leishmaniose tegumentar americana; leishmaniose visceral; leptospirose; malária; paralisia flácida aguda; peste; poliomielite; raiva humana; rubéola; sarampo; sífilis adquirida; sífilis congênita; sífilis em gestante; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); síndrome da rubéola congênita; síndrome do corrimento uretral masculino; Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV); tétano; tuberculose; tularemia; varíola; violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

#### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25/01/11**, do Ministério da Saúde estabelece as doenças, agravos e eventos de notificação compulsória. Brasília, 2011.

---

**5. O pacto pela vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Em relação à Saúde do Idoso, tem por diretrizes, EXCETO:**

- (A) Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
- (B) Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
- (C) Ampliação de serviços de atenção hospitalar.**
- (D) O acolhimento preferencial em unidade de saúde, respeitando o critério de risco.
- (E) Fortalecimento da participação social.

#### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento do estudante com relação às Políticas Públicas de Saúde, voltadas à gestão do SUS.

#### **JUSTIFICATIVA:**

---

De acordo com o Pacto pela vida, em seu aspecto do cuidado à saúde da população idosa inserem-se as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

#### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela vida em defesa do SUS**. Brasília, 2006.

---

**6. Sabe-se que o enfermeiro está diretamente implicado nos processos de gestão e de organização da assistência de Enfermagem. Quando realiza o levantamento das necessidades de recursos materiais da unidade de enfermagem, identificando a quantidade e a especificidade desses materiais, o enfermeiro está desenvolvendo a função de:**

- (A) Previsão.**
- (B) Controle.**
- (C) Provisão.**
- (D) Avaliação.**
- (E) Organização.**

### **INTENÇÃO:**

---

Verificar o conhecimento dos estudantes com relação a uma das etapas do cotidiano do enfermeiro na seleção e organização setorial.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Os enfermeiros têm exercido atividades referentes à administração de materiais em suas unidades de trabalho, sendo responsáveis pela previsão (ato de prever), provisão (fornecimento), organização e controle desses materiais. Na verdade, tais funções são desempenhadas pelos enfermeiros, devido a estes terem conhecimento para administrar esses recursos e por serem coordenadores de todas as atividades exercidas nas unidades hospitalares. O enfermeiro, portanto, coordena as atividades relativas aos materiais, delegando funções de caráter burocrático para os demais membros da equipe de enfermagem e escriturários, tais como: preenchimento de requisição de materiais, controle, guarda, solicitação de conserto e outros.

### **REFERÊNCIA:**

---

KURGANT, Paulina (coord). **Administração em Enfermagem**. E.P.U: São Paulo, 1991.

---

**7. No ano passado (2015), a imprensa divulgou um caso de uma enfermeira da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, que se recusou a atender um senegalês, pois o mesmo estava suspeito de contaminação pelo vírus Ebola. Considerando-se o Código de Ética da Enfermagem:**

- (A)** A enfermeira agiu corretamente porque não foi devidamente preparada pela instituição em que trabalhava para atender pacientes com o diagnóstico ou suspeita da doença.
- (B)** A profissional praticou um ato de negligência, uma vez que o Código de Ética da Enfermagem leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em enfermagem da população.
- (C)** O código de Ética da Enfermagem prevê a recusa no atendimento de enfermagem em situações que não ofereçam segurança ao profissional, porém, o ato deverá ser informado ao Conselho Regional de Enfermagem.
- (D)** O ato da enfermeira feriu um dos princípios fundamentais da enfermagem, que é o comprometimento com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família

e coletividade, cabendo ao Conselho Regional de Enfermagem aplicar as penalidades cabíveis pela atitude.

**(E)** A enfermeira agiu de forma adequada, cabendo a ela afastar-se do serviço por insalubridade do mesmo.

### **INTENÇÃO:**

---

Verificar o conhecimento com relação ao Código de Ética da Enfermagem.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Código de Ética - Seção IV - das Relações com as organizações empregadoras - direitos. Art.61: Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não ofereça condições dignas para o exercício da profissão ou que desrespeite a legislação do setor saúde, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente por escrito sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.

### **REFERÊNCIA:**

---

COFEN. **Resolução 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2007.

---

**8. Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Considerando o contexto da Política Nacional de Humanização, analise as seguintes assertivas sobre as transições epidemiológica, demográfica e nutricional no Brasil.**

I - Os saberes técnico-científicos assumem uma centralidade excludente de qualquer outro tipo de discursividade no encontro assistencial.

II - Por ser baseada em finalidades instrumentais, aponta a necessidade da existência de assimetria de poder entre os papéis do profissional de saúde e dos usuários, cabendo a este último um lugar subordinado.

III - Há a proposição que o enfoque instrumental do encontro assistencial seja incorporado a uma fusão de horizontes entre profissionais e usuários.

IV - O enfoque das propostas está dirigido essencialmente para a atenção básica de saúde.

V - Não estão previstas recomendações para os serviços de saúde que operam com alta densidade tecnológica.

Sendo assim, considera-se verdadeira(s) a(s) assertiva(s):

**(A) III**

**(B) I e II**

**(C) III e IV**

**(D) I, II e III**

**(E) I, II, III, IV e V**

### **INTENÇÃO:**

---

Verificar o conhecimento sobre o HumanizaSUS.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

A ideia de que a gestão é uma tarefa coletiva, e não somente uma atribuição de especialistas ou detentores de “cargos”, nos leva à conclusão de que o que o Ministério da Saúde propõe, em reunião de equipe, com espaço e tempo programados, pode constituir-se numa potente estratégia para a qualificação da equipe, troca de saberes e deslocamento de poderes, tanto entre os profissionais como entre estes e os usuários. Essa atitude facilita a resolução dos problemas e promove o protagonismo e a valorização dos trabalhadores. Assim, o encontro entre usuário e profissional, com uma escuta qualificada, faz com que diminua a distância entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

**9. Considerando que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem, é correto afirmar que:**

**(A)** O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico, que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

**(B)** Quando o processo de enfermagem é realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, ele corresponde ao usualmente denominado, nesses ambientes, de Consulta de Rotina.

**(C)** Fica sob a responsabilidade do técnico de enfermagem, juntamente com o enfermeiro, a liderança na execução e na avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados.

**(D)** A coleta de dados de enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença.

**(E)** O processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes: 1-Coleta de Dados de Enfermagem, 2-Histórico de Enfermagem, 3-Consulta de Enfermagem, 4-Prescrição de Enfermagem e 5-Evolução.

**INTENÇÃO:**

---

Compreender a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

**JUSTIFICATIVA:**

---

Resolução 358 – 23.10.2009- art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. § 1º os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros. § 2º quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado, nesses ambientes, como Consulta de Enfermagem.

**REFERÊNCIA:**

---

COFEN. **Resolução nº 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

---

**10. 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) Madelaine Leininger.

**INTENÇÃO:**

---

Resgatar a importância das teorias de enfermagem na prática do enfermeiro.

**JUSTIFICATIVA:**

---

a) Florence Nightingale: Meio ambiente; b) Virgínia Henderson: Objetiva a independência do paciente; c) Dorothea Orem: Autocuidado total, Higiene Teoria do déficit de autocuidado; d) Hildegard Peplau: Teoria do Relacionamento Interpessoal Interação Enfermeiro Cliente; e) Madeleine Leininger: Teoria Transcultural do Cuidado.



### REFERÊNCIA:

PASSOS, Rômulo. **Questões comentadas de Enfermagem**. Disponível em <http://www.romulopassos.com.br/img/ArquivosCurso/materiais/170220160529570000099.pdf>

**11. O surgimento dos medicamentos trouxe uma série de benefícios à saúde da população, porém, quando utilizados de forma inadequada podem causar sérias reações no organismo. Uma dessas reações é a Síndrome de Cushing, e sobre ela é possível afirmar ser causada por:**



Fonte: Google Imagens

- (A) Disfunção hipotálamo-hipofisária na produção dos esteroides.
- (B) Superprodução hipofisária de ACTH.
- (C) Latrogenia derivada do uso abusivo de glicocorticoides.**
- (D) Produção ectópica de ACTH estimulada por uso de hormônios tireoideos.
- (E) Neoplasia adrenal causando um desequilíbrio hipotalâmico.

### INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes com relação ao risco da administração incorreta de medicamentos e à associação ao tempo de absorção de uma droga.

### JUSTIFICATIVA:

A Síndrome de Cushing decorre da exposição a um excesso de glicocorticoide na circulação sanguínea. A principal causa da Síndrome de Cushing é a administração iatrogênica de esteroides pelas mais variadas razões. É definida



como um estado decorrente da exposição prolongada e inapropriada a doses excessivas de cortisol, que levam a um quadro de difícil diagnóstico.

### REFERÊNCIA:

---

BARONE, Bianca; WARZAWSKI, Leila; CALDAS, Dayse. **Síndrome de Cushing um desafio diagnóstico**. Grupo editorial Moreira Jr, 2007. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4603](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4603)

---

**12. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência, no Brasil, varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.**

I - A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$  140 x 90mmHg).

II - Tal patologia está associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

III - Acredita-se que, a partir da valorização da atenção básica através de monitoração e acompanhamento contínuo, será possível reverter os danos que essa patologia silenciosa promove na população.

Sendo assim, a assertiva que representa a questão é:

**(A)** As duas primeiras assertivas refletem a explicação e as causas da HAS e a terceira assertiva encontra-se incorreta.

**(B)** As duas primeiras assertivas refletem a explicação e as causas e danos da HAS, enquanto a terceira apresenta a possibilidade de redução de danos.

**(C)** As duas primeiras assertivas encontram-se erradas e a terceira assertiva está correta.

**(D)** A primeira assertiva apresenta a definição da HAS e a segunda e a terceira assertivas apresentam os danos futuros e apontam possíveis soluções.

**(E)** A primeira assertiva encontra-se errada e a segunda e a terceira assertivas apresentam-se corretas.

### INTENÇÃO:

---

Verificar o conhecimento dos estudantes acerca da hipertensão arterial.

### JUSTIFICATIVA:

---

Doença silenciosa, considerada atualmente um problema de saúde pública, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$  140 x 90mmHg). Acredita-se que o controle constante possa reduzir os danos em órgãos alvo que podem ser fatais ou deixar graves sequelas em seus

portadores. Portanto, cabe à atenção básica o monitoramento, acompanhamento e tratamento desses indivíduos.

### REFERÊNCIA:

---

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

---

**13. Foi prescrito 1.000 ml de solução fisiológica a 0,9% para ser administrado em 24 horas. Na 1ª solução fisiológica a 0,9% de 500 ml, devem ser acrescentados 20 ml de NaCl a 20% e 10 ml de glicose hipertônica a 50% e, na 2ª solução fisiológica de 500 ml, devem ser acrescentados 10 ml de NaCl a 20% e 20 ml de glicose hipertônica a 50%. Assim sendo, qual o número de gotas que deve fluir por minuto?**

- (A) 25 gts/min
- (B) 18 gts/min
- (C) 20 gts/min
- (D) 15 gts/min**
- (E) 50 gts/min

### INTENÇÃO:

---

Verificar a competência do enfermeiro no preparo de soluções.

### JUSTIFICATIVA:

---

Devemos determinar as etapas de hidratação venosa:

Solução fisiológica – 1.000 ml em duas etapas:

$$500 + 20 (\text{NaCl}) + 10 (\text{glicose hipertônica}) = 530$$

$$500 + 10 (\text{NaCl}) + 20 (\text{glicose hipertônica}) = 530$$

Em seguida, devemos somar as etapas:  $530 + 530 = 1.060$  ml

Usando a fórmula:

$N^{\circ}$  de gts/min =  $V_t$  onde:  $V_t$  = volume total a ser infundido

$T \times 3 T$  = tempo da infusão

3 = constante

$$N^{\circ} \text{ de gotas} = \frac{1.060}{3 \times 24} = 14,7 = 15 \text{ gts/min}$$

$$3 \times 24 = 72$$

O decimal menor que 5 ou igual, o número inteiro será a resposta. Na questão, o decimal é maior que 5, portanto, deve-se somar 1 ao número inteiro.

### REFERÊNCIA:

---

VIANA, Dirce Laplaca. **Manual de Cálculo e Administração de Medicamentos.** 2.ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2006.

---

14. A dengue, atualmente, é caracterizada como um problema de saúde pública, visto que, já em 2015, foram registrados 745.957 casos notificados de dengue no país. É considerada uma doença febril de etiologia viral e de evolução benigna na forma clássica, e grave quando se apresenta na forma hemorrágica. É uma importante arbovirose (doença transmitida por artrópodes), que afeta o homem e constitui um sério problema de saúde pública, especialmente nos países tropicais, inclusive no Brasil. O principal vetor da dengue é o mosquito *Aedes Aegypti*. No que tange à sustentabilidade e imunidade à dengue, assinale a opção que não se adequa:

(A) A resposta primária se dá em pessoas não expostas anteriormente ao flavivírus e o título de anticorpos se eleva lentamente.

(B) A suscetibilidade ao vírus da dengue é universal.

(C) A imunidade não é permanente para um mesmo sorotipo I.

(D) A resposta secundária se dá em pessoas com infecção aguda por dengue, mas que tiveram infecção prévia por flavivírus e o título de anticorpos se eleva rapidamente em níveis altos.

(E) A suscetibilidade à febre hemorrágica da dengue não está totalmente esclarecida.

#### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento sobre os cuidados de saúde em relação à prevenção de doenças de relevância epidemiológica.

#### **JUSTIFICATIVA:**

---

A suscetibilidade ao vírus da dengue é universal. A imunidade é permanente para um mesmo sorotipo (homóloga). Entretanto, a imunidade por outro sorotipo (cruzada ou heteróloga) existe de três a seis meses. A suscetibilidade em relação à Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) não está totalmente esclarecida.

#### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/informacoes-tecnicasdengue>

**15. Você, estudante, está acompanhando um atendimento junto à equipe do SAMU 192, em domicílio. Chegando ao atendimento, o enfermeiro se depara com um jovem com intoxicação aguda pela cocaína. Segundo sua mãe, o jovem vem sofrendo com esta situação há mais de dois anos. Em relação à cocaína, é incorreto afirmar:**

(A) O tratamento da overdose de cocaína deve ser visto como uma emergência clínica.

(B) Clinicamente, encontramos hipotensão arterial, bradicardia e arritmias cardíacas.

(C) Clinicamente, são evidentes hipertensão arterial, taquicardia e arritmias cardíacas.

(D) Podem ocorrer convulsões do tipo tônico-clônicas.

(E) A vítima da intoxicação aguda deverá ser internada em Unidade de Terapia Intensiva para monitoramento.

### **INTENÇÃO:**

---

Verificar o conhecimento dos estudantes acerca dos efeitos das drogas ilícitas.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Os efeitos agudos dos estimulantes em geral são bem conhecidos. Entre as respostas fisiológicas a essas substâncias, estão o aumento da pressão arterial, das frequências cardíaca e respiratória e da temperatura corporal, dilatação pupilar, estado de alerta elevado e aumento da atividade motora. As substâncias estimulantes são usadas frequentemente em padrão episódico excessivo (*binge*), seguido por períodos de abstinência.

### **REFERÊNCIA:**

---

AMARAL, R.A. et al. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol 32, Supl II, out. 2010.

**16. Na emergência, você recebe uma paciente vítima de acidente automobilístico. Ela encontra-se em coma, com abertura ocular somente ao estímulo doloroso, gemente. Ao estímulo de dor, flexiona os membros superiores, ventilando irregularmente. Assinale a alternativa que indique a sequência correta e o valor da escala de coma de Glasgow.**

(A) 2 – 1 – 5 = 8

(B) 3 – 1 – 2 = 6

(C) 3 – 2 – 4 = 9

(D) 2 – 2 – 3 = 7

(E) 3 – 3 – 4 = 10

**INTENÇÃO:**

Medir as competências em relação à tomada de decisões diante de situações de emergência.

**JUSTIFICATIVA:**

Escala de Glasgow:

Escala de Coma de Glasgow		
Abertura ocular	Espontânea	4
	Estimulação	3
	Dor	2
	Sem abertura	1
Resposta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Inapropriada	3
	Incompreensível	2
	Sem resposta	1
Resposta motora	Obedece comando	6
	Localiza dor	5
	Movim. inespecíficos (reflexo de retirada)	4
	(Flexão à dor)	3
	(Extensão à dor)	2
	Sem resposta	1

Mínimo 3 Máximo 15

**REFERÊNCIA:**

VELASCO, Irineu Tadeu, et al. **Propedêutica na Emergência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

**17. Em uma consulta de enfermagem, o enfermeiro deve instruir o paciente diabético, insulino dependente, quanto às recomendações com relação ao armazenamento, preparo e aplicação da insulina, devendo orientar que:**

- (A)** Não é necessário limpar o local da aplicação com álcool 70%.
- (B)** As insulinas lacradas devem ser mantidas em temperatura ambiente.
- (C)** A insulina pode ser congelada.
- (D)** A insulina deve ser aplicada sempre no mesmo local, sem necessidade de rodízio.
- (E)** Em caso de combinação de dois tipos de insulina, deve-se aspirar, antes, a insulina de ação intermediária (NPH), e depois, a insulina regular.

**INTENÇÃO:**

Medir a competência com relação à consulta de enfermagem ao paciente diabético.

### JUSTIFICATIVA:

---

A solução alcoólica altera as características da insulina, portanto, não há necessidade de realizar assepsia do local. Toda insulina deve ser mantida refrigerada, não podendo sofrer variações em sua temperatura nem ser congelada. A administração constante de insulina promove a formação de sobreposição de fibras (lipodistrofia), o que diminui a ação da droga, de forma que o rodízio torna-se necessário. Em caso de associação de dois tipos de insulina, deve-se aspirar primeiramente a regular e, depois, a de ação intermediária.

### REFERÊNCIA:

---

BD. **Referencial para insulinas.** Educação para Diabetes. Disponível em: <https://www.bd.com/brasil/diabetes/page.aspx?cat=19151&id=19407>

---

**18. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas (OMS, 2009) preconiza uma lista de verificação, denominada *checklist* para cirurgia segura. Os procedimentos a serem realizados pela equipe cirúrgica, após a indução anestésica e imediatamente antes de iniciar a cirurgia, incluem:**

I. Cada membro da equipe se apresenta pelo nome e função, confirma em voz alta antes da incisão da pele qual paciente será operado, qual o procedimento a ser realizado e qual a parte do corpo a ser operada.

II. O coordenador da equipe checa verbalmente com a equipe de anestesia se o paciente tem risco de perda sanguínea, dificuldade de obtenção de vias aéreas ou reação alérgica ao anestésico.

III. A equipe multiprofissional analisa os planos e as condutas do período pós-operatório e descreve os cuidados a serem realizados nesse período.

IV. A enfermagem revisa se o instrumental cirúrgico foi esterilizado corretamente e se o antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos.

Está correto o que se afirma em:

(A) I

(B) I e II

(C) III e IV

(D) I e IV

(E) I, II, III e IV

### INTENÇÃO:

---

Medir a competência do estudante na aplicação do protocolo de Cirurgias Seguras Salvam Vidas.

### JUSTIFICATIVA:

---

Os membros da equipe operatória podem mudar com frequência. A abordagem eficaz de situações de alto risco requer que todos os membros da equipe compreendam quem é cada membro e suas funções e capacidades. Uma

simples apresentação alcançará isto. O coordenador solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. As equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros podem confirmar que todos tenham sido apresentados, mas novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala de operação desde a última cirurgia devem se apresentar, incluindo estudantes ou outras pessoas. Apesar da forte evidência e do amplo consenso de que a profilaxia antimicrobiana contra infecções de feridas é mais efetiva se os níveis séricos e/ou teciduais de antimicrobianos forem alcançados, as equipes cirúrgicas são inconstantes no que diz respeito à administração de antimicrobianos dentro de uma hora antes da incisão. Para reduzir o risco de infecções cirúrgicas, o coordenador perguntará em voz alta durante a Pausa Cirúrgica se os antimicrobianos profiláticos foram administrados durante os últimos 60 minutos.

### **REFERÊNCIA:**

---

Organização Mundial da Saúde. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias Seguras Salvam Vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)**; tradução de Marcela Sanchez Nilo e Irma Angélica Duran. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro/RJ: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

---

**19. O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar à incapacidade funcional. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Qual das alternativas a seguir não corresponde às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?**

- (A) Promoção do envelhecimento ativo e saudável.
- (B) Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa.
- (C) Estímulo às ações setoriais, visando à fragmentação da atenção.**
- (D) Estímulo à participação e fortalecimento do controle social.
- (E) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento referente às diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o envelhecer deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Importante acrescentar que muitos idosos brasileiros envelheceram e envelhecem, apesar da falta de recursos e da falta de cuidados específicos de promoção e de prevenção em saúde. Entre esses estão os idosos que vivem abaixo da linha de pobreza, os analfabetos, os sequelados de acidentes de trabalho, os amputados por

arteriopatas, os hemiplégicos, os idosos com síndromes demenciais. Para eles, também é preciso achar respostas e ter ações específicas.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da saúde. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

---

**20. Segundo a Lei no 10.741 de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, no capítulo IV referente ao Direito à Saúde, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio das ações, EXCETO:**

**(A)** Cadastramento da população idosa em base territorial.

**(B)** Atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios.

**(C) Auxílio integral e judicial gratuito.**

**(D)** Atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover.

**(E)** Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento referente ao Estatuto do Idoso.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

A Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso, dispõe sobre o papel da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público de assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso), e legislação correlata. 5. ed., rev. e ampl. (Série legislação; n. 227) Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2016.



---

**21. A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo memória, atenção, aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. Assinale qual patologia não é caracterizada como demência:**

- (A) Doença de Alzheimer.
- (B) Demência Vascular.
- (C) Esclerose Lateral Amiotrófica.
- (D) Doença de Pick.
- (E) Demências dos corpúsculos de Lewy.

### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Ao envelhecer, a maioria das pessoas se queixa mais frequentemente de esquecimentos cotidianos. Esse transtorno da memória relacionado à idade é muito frequente. A memória é a capacidade para reter e fazer uso posterior de uma experiência, condição necessária para desenvolver uma vida independente e produtiva. Um problema de memória é sério, quando afeta as atividades do dia a dia, ou seja, quando a pessoa tem problemas para recordar como fazer coisas cotidianas. Entre as pessoas idosas, a demência faz parte do grupo das mais importantes doenças que acarretam declínio funcional progressivo e perda gradual da autonomia e da independência. A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade.

### **REFERÊNCIA:**

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

---

**22. Muitos idosos sofrem de osteoporose, apresentando uma redução do nível de cálcio no organismo, o que leva à fragilidade dos ossos e pode causar fraturas. O tratamento consiste em uma dieta à base de alimentos ricos em cálcio, medicamentos, nos casos mais sérios, e exercícios físicos. Para o tratamento surtir efeito, é necessário que o paciente tome sol diariamente para uma melhor absorção do cálcio. A necessidade de exposição ao sol está relacionada à atividade da:**

- (A) Vitamina A.
- (B) Vitamina B.
- (C) Vitamina E.
- (D) Vitamina D.
- (E) Vitamina K.

### INTENÇÃO:

---

Avaliar o conhecimento sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

### JUSTIFICATIVA:

---

A osteoporose é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “Epidemia Silenciosa do Século” e, atualmente, um problema de saúde pública no mundo inteiro devido ao aumento na expectativa de vida da população. É uma doença de grande impacto devido a sua alta prevalência e grande morbimortalidade. Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, mas principalmente mulheres na pós-menopausa, que também apresentam mais fraturas. No Brasil, somente uma a cada três pessoas com osteoporose é diagnosticada e, dessas, somente uma em cada cinco recebe algum tipo de tratamento, com uma taxa anual de aproximadamente 100 mil fraturas de quadril. Cerca de 10 milhões de brasileiros(as) sofrem com osteoporose e 24 milhões de pessoas terão fraturas a cada ano, sendo que 200 mil indivíduos morrerão como consequência direta de suas fraturas.

### REFERÊNCIA:

---

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

---

**23. Durante uma consulta de Enfermagem, o profissional avalia um adolescente de 14 anos, sexo masculino. O paciente apresenta a queixa de ser, há três anos, o mais baixo da turma e que é ridicularizado por todos na escola e na rua onde mora. Peso ao nascimento: 3.500 g, comprimento: 51 cm, altura da mãe: 160 cm, altura do pai: 169 cm, menarca materna: 13 anos e 6 meses. Exame físico: altura: 138 cm (\_escore -2 e -3), peso: 39 kg, IMC: 21,9 (\_escore -2 e +1). Tanner: pelugem infantil, volume testicular de 2 cm<sup>3</sup>. Exames complementares: idade óssea: 12 anos. Diante deste quadro clínico, a conduta indicada é iniciar reposição com:**

- (A) Hormônio do crescimento (hGH).
- (B) Etinilestradiol.
- (C) Medroxiprogesterona.
- (D) Testosterona.**
- (E) Hormônio tireoideano (levotiroxina sódica).

### INTENÇÃO:

---

Verificar a competência referente à saúde do adolescente, diante da avaliação do crescimento e desenvolvimento, baseado na escala de *Tannere* em relação aos hormônios envolvidos nesta fase.

### JUSTIFICATIVA:

---

Conceitua-se atraso puberal quando há ausência de pubarca após 14,5 anos ou ausência do aumento do volume testicular (acima de 3 cm<sup>3</sup>) após 14 anos. Deve ser investigada: história familiar de atraso puberal, anosmia (síndrome de Kallmann), doenças crônicas, estado nutricional. Verificar também estigmas sindrômicos, palpar tireoide e checar estágios de Tanner. Os objetivos do tratamento consistem em induzir o desenvolvimento puberal, estirão do crescimento, incorporação de massa óssea mineral, manutenção das funções sexuais e fertilidade.

### REFERÊNCIA:

---

SBP. **Sociedade Brasileira de Pediatria.** Disponível em: [www.sbp.com.br/src/uploads/2015/01/tep2013\\_comentado.pdf](http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/01/tep2013_comentado.pdf)

---

**24. Considerando-se a importância dos estágios de Tanner na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, o paciente da questão acima, possuindo as seguintes características detectadas ao exame físico: altura: 138 cm (\_escore -2 e -3), peso: 39 kg, IMC: 21,9 (\_escore -2 e +1), Tanner: pelagem infantil, volume testicular de 2 cm<sup>3</sup>, exames complementares: idade óssea: 12 anos, encontra-se em que estágio:**

- (A) G2
- (B) P2
- (C) P1
- (D) G3
- (E) G1

### INTENÇÃO:

---

Avaliar a capacidade do estudante quanto ao desenvolvimento da competência de avaliar o crescimento e o desenvolvimento infantil sob a avaliação dos estágios de Tanner.

### JUSTIFICATIVA:

---

James Mourilyan Tanner, nascido em 1 de agosto de 1920, pediatra inglês, ficou conhecido por sua invenção dos estágios de Tanner (1962), escalas para determinação das fases do desenvolvimento sexual na infância e puberdade. Ele subdividiu cada um desses itens em cinco fases. Assim, o estágio 1 indica o estado pré-puberal do desenvolvimento (P-1 ou M-1 ou G-1); o estágio 2 indica o desenvolvimento inicial da cada característica; os estágios 3 e 4 indicam a maturação continuada de cada característica, que são bem mais difíceis de se avaliar; e o estágio 5 (p-5 ou M-5 ou G-5) indica o estado adulto ou maduro. **Menino:** o estirão de crescimento (G3-G4) é variável, podendo ocorrer por volta dos 14 aos 17 anos, após desencadear a maturação sexual (estágio puberal G3 de Tanner). Começa mais tardiamente do que no sexo feminino,

numa magnitude maior, e termina após. Podem crescer em média 10,5 cm/ano no estirão (aproximadamente 20 a 25 cm).

### REFERÊNCIA:

---

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para o atendimento à saúde do adolescente.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_atendimento\\_adolescente\\_m\\_enino.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_atendimento_adolescente_m_enino.pdf)

---

**25. Uma adolescente de 17 anos, desacompanhada de um responsável, procura uma Unidade de Pronto Atendimento referindo dismenorreia. Apresenta-se com sinais vitais estáveis e bom estado geral. No acolhimento, a conduta mais adequada a ser tomada pelo enfermeiro é:**

- (A) Negar o atendimento, pois legalmente é necessária a presença de um responsável para realização de consulta para qualquer criança ou adolescente.
- (B) Pedir para a adolescente aguardar na sala de espera, e orientar que ela só será atendida quando um responsável comparecer à Unidade.
- (C) Avaliar os sinais e sintomas, e gravidade do caso, dispensar a adolescente e solicitar retorno com responsável.
- (D) Se responsabilizar pelo atendimento, acompanhando a adolescente na consulta médica para poder informar aos responsáveis sobre o diagnóstico.
- (E) Esclarecer a importância da família no acompanhamento, porém, a ausência do responsável não deve impedir o atendimento médico.

### INTENÇÃO:

---

Verificar o conhecimento com relação às medidas de acolhimento ao adolescente nas unidades de pronto atendimento.

### JUSTIFICATIVA:

---

A ausência de pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico aos adolescentes, embora o envolvimento da família deva ser estimulado pelos profissionais de saúde, seja nas consultas iniciais ou nas de retorno, sendo que, em todas as situações em que se caracterizar a necessidade da quebra do sigilo, os adolescentes devem ser informados tanto das condutas quanto de suas justificativas.

### REFERÊNCIA:

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

---

**26. A criação de uma lei para proteger a criança e o adolescente de castigos físicos foi acordada entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas (ONU), em virtude da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, aprovada em 20 de novembro de 1989 pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Na Classificação dos Atos Violentos segundo sua natureza, o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades para seu desenvolvimento é denominado:**

- (A) Violência estrutural.
- (B) Negligência.
- (C) Violência institucional.
- (D) Violência física.
- (E) Violência comunitária.

### **INTENÇÃO:**

---

Estimular a reflexão acerca das potencialidades de danos em decorrência dos maus tratos à criança e ao adolescente.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

A negligência é gerada pela ausência de cuidados, em que a falta de diligência acerca dos cuidados físicos, sociais e emocionais acarreta grande dano ao desenvolvimento da criança e do adolescente. Este tipo de violência doméstica pode se manifestar pela ausência dos cuidados físicos, emocionais e sociais, em função da condição de desassistência de que a família é vítima, mas também pode ser expressão de um desleixo propositadamente infligido, em que a criança ou o adolescente são mal cuidados ou não recebem os cuidados necessários às boas condições de seu desenvolvimento físico, moral, cognitivo, psicológico, afetivo e educacional.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. LEI Nº 7.672/10. **Lei da Palmada**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483933>.

---

**27. A Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990 dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Para os efeitos dessa Lei, a que faixa etária o Estatuto define a criança e o adolescente?**

- (A) Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade completos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade.
- (B) Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até onze anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre onze anos incompletos e dezoito anos de idade.
- (C) Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Nos casos expressos em lei, aplica-se, excepcionalmente, este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte anos de idade.

**(D)** Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade completos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade. Nos casos expressos em lei, aplica-se, excepcionalmente, este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte anos de idade.

**(E)** Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos. Nos casos expressos em lei, aplica-se, excepcionalmente, este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento do estudante com relação às competências necessárias atribuídas ao Estatuto da Criança e do Adolescente.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

De acordo com o ECA (1990) em seu Art. 2º :

Considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade. Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se, excepcionalmente, este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. **Estatuto da criança e do adolescente**: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

---

### **28. A vacinação nos primeiros meses de vida é fundamental para a saúde das crianças. Sobre a vacina BCG, assinale a alternativa correta.**

**(A)** A vacina BCG é administrada com a finalidade principal de prevenir as formas graves da meningite.

**(B)** A idade de vacinação recomendada é a partir de 02 meses de vida, ou peso superior a 3,0 kg.

**(C)** A vacina BCG é preparada com vírus vivos, a partir de cepas atenuadas do *Mycobacterium bovis*.

**(D)** Na ausência da cicatriz vacinal, é indicada a revacinação seis meses após a primeira dose.

**(E)** A realização do teste tuberculínico é indispensável antes da administração da vacina BCG.

### **INTENÇÃO:**

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre saúde da criança.

### JUSTIFICATIVA:

---

Recomendações para aplicação da BCG: uma dose, a partir do nascimento, aplicada o mais precocemente possível, ainda na maternidade ou no primeiro comparecimento à unidade de saúde. A dose de reforço foi retirada do calendário vacinal brasileiro em junho de 2006. Qualquer criança que tenha recebido uma única dose de BCG há seis meses ou mais e que não apresente cicatriz vacinal deve ser revacinada. Não há necessidade de revacinar caso não haja desenvolvimento de cicatriz vacinal após a revacinação. Estes pacientes devem ser considerados imunizados apesar da ausência de cicatriz. O teste PPD pré ou pós-vacinal é desnecessário. Pessoas de qualquer idade podem ser vacinadas.

### REFERÊNCIA:

---

**Imunização nos primeiros anos de vida:** as vacinas do programa nacional de imunização disponível em: [http://revista.hupe.uerj.br/detalhe\\_artigo.asp?id=222](http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=222)

---

**29. O Boletim de Apgar é um parâmetro utilizado para avaliação do recém-nascido na sala de parto. Sobre este índice, assinale a alternativa INCORRETA.**

- (A) A avaliação deve ser feita no 1º e 5º minutos de vida, podendo ser repetida se necessário.
- (B) Avalia a frequência cardíaca, o esforço respiratório, o tono muscular, a irritabilidade reflexa e a cor.
- (C) O boletim de Apgar deve ser usado como forma de avaliar a necessidade de ressuscitação.
- (D) Cada um dos itens avaliados pode ser pontuado de 0 a 2, sendo a maior pontuação igual 10.
- (E) Quando é menor que 7 no 5º minuto, deve ser aplicado a cada 5 minutos, até 20 minutos de vida.

### INTENÇÃO:

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre saúde da criança.

### JUSTIFICATIVA:

---

O boletim de Apgar não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento. No entanto, sua aferição longitudinal permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras. Se o escore for inferior a sete no 5º minuto, recomenda-se sua aplicação a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida. Enfatiza-se que, apesar da subjetividade e da dificuldade em aplicá-lo em RN sob ventilação, o acompanhamento dos escores de Apgar em uma instituição permite identificar a necessidade de implementar programas educacionais e melhoria no cuidado perinatal, além de verificar o impacto das intervenções na qualidade do serviço. É necessário que a documentação do escore de Apgar

seja concomitante a dos procedimentos de reanimação executados, em formulário específico.

### **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.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

---

**30. O médico pediatra prescreveu, para uma criança, 500 mg EV de 6/6h de um determinado antibiótico, porém, no hospital, encontram-se apenas ampolas com 250 mg/5 ml. De acordo com as informações, quantos ml do antibiótico devem ser administrados?**

- (A) 5 ml
- (B) 7,5 ml
- (C) 10 ml**
- (D) 15 ml
- (E) 20 ml

### **INTENÇÃO:**

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre administração de medicamentos.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Para que seja administrada a dosagem prescrita, será necessário aspirar duas ampolas de medicação, visto em cada ampola conter 250 mg e 5 ml. Logo, para administrar 500 mg, 10 ml precisam ser aspirados para que a dosagem seja equivalente.

### **REFERÊNCIA:**

---

Boas práticas: Cálculo seguro Volume II: **Cálculo e diluição de medicamentos** Disponível em: [https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/boas-praticas-calculo-seguro-volume-2-calculo-e-diluicao-de-medicamentos\\_0.pdf...](https://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/boas-praticas-calculo-seguro-volume-2-calculo-e-diluicao-de-medicamentos_0.pdf...)



---

**31. Os reflexos primitivos característicos do RN devem ser avaliados, pois podem trazer informações importantes sobre seu estado de saúde. O reflexo obtido por meio do estímulo contínuo na planta do pé, a partir do calcâneo, no sentido dos artelhos, é denominado:**

- (A) Reflexo de Babkin.
- (B) Reflexo de Moro.
- (C) Reflexo Tendinoso.
- (D) Reflexo cutâneo-plantar.**
- (E) Reflexo patelar.

### **INTENÇÃO:**

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre saúde da criança.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

- a) Reflexo de Babkin: É uma reação à pressão simultânea das palmas das mãos do bebê. Com esse estímulo, a criança abre a boca e mantém a cabeça na linha média, levantando sua cabeça. Pode também haver fechamento dos olhos e flexão do antebraço do bebê.
- b) Reflexo de Moro: O reflexo consiste em uma resposta de extensão-abdução dos membros superiores (eventualmente dos inferiores), ou seja, na primeira fase, os braços ficam estendidos e abertos, com abertura dos dedos da mão e, em seguida, ocorre flexão-adução dos braços, com retorno à posição original. Tem início a partir de 28 semanas de gestação e costuma desaparecer por volta dos seis meses de idade. A assimetria ou a ausência do reflexo pode indicar lesões nervosas, musculares ou ósseas, que devem ser avaliadas.
- c) Reflexo tendinoso: pode ser avaliado utilizando-se o martelo com ponta de borracha ou o próprio dedo do examinador para o estímulo.
- d) Reflexo cutâneo-plantar: O reflexo cutâneo-plantar em extensão é obtido fazendo-se estímulo contínuo da planta do pé a partir do calcâneo no sentido dos artelhos. Os dedos adquirem postura em extensão.
- e) Reflexo patelar: reflexo profundo mediado através dos nervos oriundos dos níveis neurológicos. Ao estimular a patela com o martelinho, ocorre o reflexo de extensão da perna.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Estratégias. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

---

**32. O fornecimento de informações simples e claras quanto ao posicionamento recomendado para o recém-nascido dormir deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde, recomendando-se a posição de:**

- (A) Decúbito dorsal.**
- (B) Prona.
- (C) Decúbito lateral direito.
- (D) Decúbito lateral esquerdo.
- (E) Decúbito ventral.

### **INTENÇÃO:**

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre saúde da criança.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Estudos mostram que o simples fato de colocar o bebê em posição correta para dormir pode reduzir em até 70% o risco de morte súbita. De barriga para cima, essa é a maneira correta de deitar a criança até completar um ano de vida para reduzir os riscos de morte súbita, segundo pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e campanhas recentes divulgadas nos Estados Unidos e na Inglaterra. No entanto, essa ainda é uma prática pouco empregada pelas mães brasileiras. Dados do acompanhamento dos bebês nascidos em 2004, em Pelotas, revelam que somente 21% das crianças aos três meses de idade dormem de barriga para cima. A informação de que ao dormir de barriga para cima o bebê vai aspirar o vômito e se afogar não passa de uma crença popular incorreta. Ao deitar de lado ou com a barriga para baixo, o bebê respira um ar viciado, ou seja, o ar que ele próprio expira. "Uma criança maior ou um adulto acordaria ou trocaria de posição para evitar o sufocamento, mas, em alguns bebês, a parte do cérebro que controla este reflexo não está desenvolvida. Por isso, ele acaba morrendo por asfixia", afirma o Dr. Cesar Victora.

### **REFERÊNCIA:**

---

Pastoral da Criança. Disponível em: <https://www.pastoraldacrianca.org.br/saiba-mais-136?id=1534>

---

**33. As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são um grave problema de saúde pública, que tem trazido às autoridades muitas preocupações com a recorrência de doenças já controladas em décadas anteriores. A sífilis é um exemplo clássico e atual deste problema, com base no exposto e diante da ameaça de recorrência de novos quadros. Que período de tempo é necessário esperar para se fazer a identificação de um possível caso de sífilis?**

- (A) Os primeiros sintomas da sífilis são pequenas manchas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas, que surgem entre dois e três dias após o sexo desprotegido com a pessoa infectada. A ferida e as ínguas não doem, não**

coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem sintomas, a doença pode ser diagnosticada por meio de um exame de sangue.

**(B)** Os primeiros sintomas da sífilis são febre e dores nas costas, que surgem entre três e cinco dias após o sexo desprotegido com a pessoa infectada. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem sintomas, a doença pode ser diagnosticada por meio de um exame de sangue.

**(C)** Os primeiros sintomas da sífilis são pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas, que surgem entre sete e 20 dias após o sexo desprotegido com a pessoa infectada. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem sintomas, a doença pode ser diagnosticada por meio de um exame de sangue.

**(D)** Os primeiros sintomas da sífilis são pequenas manchas arroxeadas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas, que surgem entre um e dois dias após o sexo desprotegido com a pessoa infectada. A ferida e as ínguas não doem, não coçam, não ardem e não apresentam pus. Mesmo sem sintomas, a doença pode ser diagnosticada por meio de um exame de sangue.

**(E)** Não há sintomas aparentes iniciais na sífilis, sendo possível sua detecção apenas a nível sistêmico por meio de exame de sangue a partir de 30 dias após uma relação sexual desprotegida com a pessoa contaminada.

### **INTENÇÃO:**

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre saúde da mulher.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

O período de incubação da sífilis é de 21 dias ( $\Delta t$  3-90 dias). *Sífilis primária*: cancro duro ocorre no local da inoculação e é caracterizado por lesão ulcerada única, indolor (exceto se infecção bacteriana secundária), de bordos bem delimitados, com cura espontânea em duas a oito semanas após o seu surgimento. Em imunodeprimidos, podem ser observadas múltiplas úlceras. Em mulheres, o cancro é dificilmente observável, por ser indolor e ter localização intravaginal. Na sífilis primária, o diagnóstico laboratorial pode ser feito pela pesquisa direta do *Treponema pallidum* por microscopia de campo escuro, pela coloração de Fontana-Tribondeau, que utiliza sais de prata, e pela imunofluorescência direta. Os anticorpos começam a surgir na corrente sanguínea cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. (Série TELELAB) Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual\\_sifilis\\_miolo\\_pdf\\_53444.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual_sifilis_miolo_pdf_53444.pdf)  
[www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/26-dip?download=338:rotinas](http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/26-dip?download=338:rotinas)

---

**34. Doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada. É causada pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta de transmissão sexual ou vertical, que pode produzir, respectivamente, as formas adquirida ou congênita da doença. Estamos falando de:**

- (A) Candidíase.
- (B) Síndrome da imunodeficiência adquirida.
- (C) Gonorreia.
- (D) Papiloma vírus.
- (E) Sífilis.

**INTENÇÃO:**

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre saúde da mulher.

**JUSTIFICATIVA:**

---

Sífilis é uma doença bacteriana causada pela espiroqueta *Treponema pallidum*. O principal modo de transmissão é por via sexual, mas também há outros modos de transmissão que incluem contato direto com lesão ativa, via transplacentária e transfusão sanguínea.

**REFERÊNCIA:**

---

**Diretrizes de Sífilis em adulto.** Disponível em: [www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/26-dip?download=338:rotinas](http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/26-dip?download=338:rotinas).

---

**35. Uma gestante, com mais de 20 semanas de gestação e diagnóstico de hipertensão arterial, proteinúria e convulsão sem causa associada apresenta quadro de:**

- (A) Eclâmpsia.
- (B) Pré-eclâmpsia.
- (C) Hipertensão gestacional.
- (D) Hipertensão arterial sistêmica crônica.
- (E) Síndrome de Torch.

**INTENÇÃO:**

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes acerca do pré-natal.

**JUSTIFICATIVA:**

---

A ocorrência de convulsões em mulheres com pré-eclâmpsia caracteriza o quadro de eclâmpsia. A conduta clínica visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão e dos distúrbios metabólicos, além de cuidados e controles gerais.

**REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p.

---

**36. Ao calcular a data provável do parto (DPP) de uma gestante cuja data da última menstruação foi no dia 13/09/04, o resultado obtido, com base na Regra de Nägele, será:**

- (A) 13/05/05
- (B) 23/05/05
- (C) 13/06/05
- (D) 18/06/05
- (E) 20/06/05

**INTENÇÃO:**

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes acerca do pré-natal.

**JUSTIFICATIVA:**

---

Regra de Nägele: somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação. Nos casos dos meses de janeiro a março, adicionar nove meses em vez de subtrair três. Caso o número de dias encontrado seja maior que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

DUM 13/09/04

+7 -3

DPP 20/06/05

**REFERÊNCIA:**

---

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA. **Curso de capacitação em atenção integral à saúde materna:** módulo 1. Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes; Dayana Dourado de Oliveira Costa; Mayra Pereira da Silva; Paola Trindade Garcia (Org.). São Luís, 2013.

**37. Considerando que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, ao prestar o primeiro atendimento à mulher para identificar possível gestação, utiliza-se a semiologia obstétrica para confirmar ou não a gestação. Com essas informações, identifique, em uma das alternativas abaixo, os Sinais de Presunção de gravidez.**

**(A)** Atraso menstrual; amolecimento da cérvix uterina; hipersensibilidade dos mamilos e positividade da fração beta do HCG no soro materno.

**(B)** Náuseas; vômitos; sialorreia; aumento da frequência urinária e positividade da fração beta do HCG no soro materno.

**(C)** Atraso menstrual; presença de náuseas; vômitos; tonturas; salivação excessiva; mudança de apetite; aumento da frequência urinária; sonolência; aumento do volume das mamas; hipersensibilidade nos mamilos; presença de colostro.

**(D)** Atraso menstrual; aumento do volume das mamas; hipersensibilidade nos mamilos; movimentos fetais e auscultas dos batimentos cardíacos fetais.

**(E)** Observação do saco gestacional; aumento da frequência urinária; positividade da fração beta do HCG no soro materno e movimentos fetais.

### **INTENÇÃO:**

Identificar os conhecimentos dos estudantes acerca do pré-natal.

### **JUSTIFICATIVA:**

O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas. As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais.

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, aumento do volume abdominal). 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 sacos laterais); positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização. Sinais de certeza: Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas; percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas); Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas quatro a cinco semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com seis semanas gestacionais.

### REFERÊNCIA:

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

**38. Uma mulher de 28 anos procura o recurso de saúde e solicita informações de como se prevenir de uma gravidez indesejada após relação sexual sem uso de método contraceptivo. De acordo com o Ministério da Saúde, essa mulher deve ser orientada sobre a anticoncepção de emergência (AE), procedimento este que:**

**(A)** Consiste na administração de medicamentos à base de estrógeno e progesterona, devendo-se tomá-los por dez dias.

**(B)** Não pode ser realizado, exceto por ordem judicial e do conselho de fiscalização da profissão, porque fere os princípios legal e ético da profissão.

**(C)** É indicado para todas as mulheres, estando contraindicado a partir do terceiro mês de gestação.

**(D)** Pode ser realizado até cinco dias após a relação sexual desprotegida.

**(E)** Não pode ser realizado nas mulheres com idade abaixo de 30 anos, considerando-se a imaturidade do sistema genital e o descontrole hormonal característico dessa faixa etária.

### INTENÇÃO:

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre contracepção.

### JUSTIFICATIVA:

---

Há duas formas de oferecer a AE. A primeira, conhecida como regime ou método de Yuzpe, utiliza anticoncepcionais hormonais orais combinados (AHOC) de uso rotineiro em planejamento familiar e conhecidos como “pílulas anticoncepcionais”. O método de Yuzpe consiste na administração combinada de um estrogênio e um progestágeno sintético, administrados até cinco dias após a relação sexual desprotegida. A associação mais estudada, recomendada pela Organização Mundial de Saúde, é a que contém etinil-estradiol e levonorgestrel. Para finalidade de AE, é necessária a dose total de 200 µg de etinil-estradiol e 1 mg de levonorgestrel, divididas em duas doses iguais, a cada 12 horas, ou administradas em dose única. Existem, no mercado, AHOC com 50 µg de etinilestradiol e 250 µg de levonorgestrel por comprimido. Nesse caso, utilizam-se dois comprimidos a cada 12 horas ou quatro comprimidos em dose única. A segunda forma de realizar a AE é com o uso de progestágeno isolado, o levonorgestrel, na dose total de 1,5 mg, dividida em dois comprimidos iguais de 0,75 mg, a cada 12 horas, ou dois comprimidos de 0,75 mg juntos, em dose única.



### REFERÊNCIA:

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

---

**39. Dentre os diversos métodos contraceptivos existentes, há várias classificações e, entre elas, os comportamentais que podem ser utilizados isolados ou combinadamente. O método anticoncepcional comportamental que se baseia no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulação) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 a 16 dias antes do início da próxima menstruação, é o:**

- (A) Método da temperatura basal.
- (B) Método de Billings.
- (C) Método do muco-cervical.
- (D) Ogino-Knaus.**
- (E) Sintotérmico.

### INTENÇÃO:

---

Identificar os conhecimentos dos estudantes sobre contracepção.

### JUSTIFICATIVA:

---

MÉTODO DE OGINO – KNAUS = TABELA. O fundamento desse método é o conhecimento da fisiologia do ciclo menstrual da mulher. Sabe-se que o período fértil é aquele que se situa em torno do momento da ovulação. A observação de inúmeros ciclos mostrou que a ovulação ocorre 12 a 16 dias antes da menstruação; o espermatozoide pode permanecer no trato genital feminino, com capacidade de fertilizar o óvulo, salvo exceções, por até 48 horas (dois dias); o óvulo permanece no trato genital feminino em condições de ser fertilizado, salvo exceções, por 24 horas (um dia). A partir desse conhecimento, é possível estabelecer o chamado período fértil de uma mulher, desde que se conheça seu padrão menstrual, ou melhor, a duração de seu ciclo. Para os ciclos bem regulares, calcula-se o primeiro dia do período fértil, subtraindo-se 18 do número de dias de duração do ciclo, sendo que:  $18 = 16$  (primeiro dia em que pode ocorrer a ovulação) + 2 (número de dias em que o espermatozoide pode permanecer viável); o último dia do período fértil, subtraindo-se 11 do número de dias de duração do ciclo menstrual, sendo que:  $11 = 12$  (último dia em que pode ocorrer a ovulação) – 1 (número de dias em que o óvulo permanece viável após a ovulação). Quando a mulher apresenta ciclos variáveis, uns mais curtos e outros mais longos, calcula-se: o primeiro dia do período fértil, subtraindo-se 18 do número de dias do ciclo mais curto; o último dia do período fértil, subtraindo-se 11 do número de dias do ciclo mais longo.



**REFERÊNCIA:**

---

SBRH. **Manual de Ginecologia.** Disponível em: [http://www.sbrh.org.br/sbrh\\_novo/guidelines/guideline\\_pdf/guideline\\_contracepcao.pdf](http://www.sbrh.org.br/sbrh_novo/guidelines/guideline_pdf/guideline_contracepcao.pdf)

---

**40. O cordão umbilical é um anexo exclusivo dos mamíferos que permite a comunicação entre o feto e a placenta. Nos humanos, ele apresenta:**

- (A) Cinco vasos sanguíneos: três artérias e duas veias.
- (B) Quatro vasos sanguíneos: duas artérias e duas veias.
- (C) Três vasos sanguíneos: duas veias e uma artéria.
- (D) Quatro vasos sanguíneos: três artérias e uma veia.
- (E) Três vasos sanguíneos: duas artérias e uma veia.**

**INTENÇÃO:**

---

Identificar o conhecimento dos estudantes sobre anatomia.

**JUSTIFICATIVA:**

---

O cordão umbilical normalmente apresenta duas artérias e uma veia umbilical única mais larga. As artérias do cordão emergem das artérias hipogástricas e apresentam trajeto espiralado no cordão, levando sangue pobre em oxigênio do feto para a placenta. A veia umbilical, ao adentrar a parede abdominal, passa pelo fígado e termina no ramo esquerdo da veia porta, levando sangue oxigenado para o feto.

**REFERÊNCIA:**

---

Avaliação do Cordão Umbilical pelo Ultra-Som.  
[http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina\\_34-6-417.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_34-6-417.pdf)

---

**41. As complicações locais relacionadas a cateteres intravenosos periféricos podem trazer consequências para o paciente e prorrogar o tempo de internação. A infusão inadvertida de drogas vesicantes ou irritantes do vaso sanguíneo para os tecidos circunvizinhos é chamada de:**

- (A) Hematoma.
- (B) Oclusão.
- (C) Flebite.
- (D) Infiltração.
- (E) Extravasamento.**

**INTENÇÃO:**

---

Identificar o conhecimento dos estudantes sobre administração de medicamentos.

### JUSTIFICATIVA:

---

A infiltração e o extravasamento também são complicações relacionadas à terapia intravenosa. A infiltração é a administração acidental de uma solução ou medicamento em um tecido adjacente. O extravasamento é similar à infiltração, no entanto, a solução administrada inadvertidamente, nesse caso, é vesicante ou irritante.

### REFERÊNCIA:

---

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

---

**42. A infusão de soluções em vias erradas como, por exemplo, soluções que deveriam ser administradas em sondas enterais serem realizadas em cateteres intravenosos devido à possibilidade de conexão errada, é um evento frequente, porém, pouco documentado, que pode causar graves consequências e até a morte do paciente. De acordo com os 10 passos para a segurança do paciente, proposto pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), dentre as medidas para prevenção deste tipo de ocorrência, inclui-se:**

**(A)** Parte superior do formulário

Conferir as conexões e soluções uma vez por dia, preferencialmente no início da manhã.

**(B)** Utilizar sempre os injetores laterais de sistemas venosos e arteriais.

**(C)** Verificar todos os dispositivos, desde a inserção até a sua conexão, antes de reconexão, desconexão ou administração de medicamentos e soluções.

**(D)** Padronizar seringas específicas para infusão parenteral, preferencialmente com conexão *luerslip*.

**(E)** Utilizar somente injetores de sistemas arteriais, dando preferência ao uso de seringas comuns.

### INTENÇÃO:

---

Identificar o conhecimento dos estudantes sobre administração de medicamentos.

### JUSTIFICATIVA:

---

Dentre as diversas medidas que devem ser tomadas para a segurança do paciente estão:

1. Orientar pacientes e familiares a não manusearem os dispositivos, não devendo realizar conexões ou desconexões, e que sempre solicitem a presença do profissional de enfermagem.
2. Identificar cateteres arteriais, venosos, peridurais e intratecais com cores diferentes para garantir o manuseio seguro.
3. Evitar a utilização de injetores laterais nos sistemas arteriais, venosos, peridurais e intratecais.
4. Realizar a higienização das mãos antes de manipular os sistemas de infusão.
5. Realizar a desinfecção das conexões de cateteres com solução antisséptica alcoólica e gaze, por três vezes, com movimentos circulares, antes de desconectar os sistemas.
6. Verificar todos os dispositivos, desde a inserção até a conexão, antes de realizar as reconexões, desconexões ou administração de medicamentos e soluções.

### REFERÊNCIA:

---

COREN. Conselho Regional De Enfermagem do Estado De São Paulo – Rede Brasileira de Enfermagem e de Segurança do Paciente. **Rebraensp**. Polo São Paulo - São Paulo – 2010.

---

**43. Clotilde, 19 anos, durante a consulta ginecológica, queixa-se de corrimento amarelo esverdeado e prurido, com piora dos sintomas no período pós-menstrual. Ao exame ginecológico, é observado grande quantidade de secreção com bolhas, com odor desagradável. Esse quadro é sugestivo de:**

- (A) Papiloma vírus humano.
- (B) *Cândida Albicans*.
- (C) *Clamídia Trachomatis*.
- (D) *Trichomonas Vaginalis*.
- (E) Bacilos de Dordelhein.

### INTENÇÃO:

---

Averiguar o conhecimento dos estudantes acerca da saúde da mulher.

### JUSTIFICATIVA:

---

Uma das características do *Trichomonas Vaginales* é o corrimento amarelo ou amarelo esverdeado bolhoso com odor fétido associado à presença de parasitas entre as células epiteliais e os leucócitos no exame à fresco ou corado do conteúdo vaginal.

**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**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 142p.

---

**44. Esmeralda, 22 anos, compareceu à consulta ginecológica queixando-se de prurido intenso na região vulvar, corrimento sem odor e dispaurenia. Informa atividade sexual regular, não utiliza preservativo. Ao exame especular, detectou-se grande quantidade de secreção esbranquiçada em grumos e aderente à parede vaginal. De acordo com os sinais e sintomas apresentados e observados no exame ginecológico, o quadro caracteriza:**

**(A) Candidíase vulvovaginal.**

(B) Tricomoníase genital.

(C) Cervicite purulenta.

(D) Uretrite gonocócica.

(E) Endometriose.

**INTENÇÃO:**

---

Averiguar o conhecimento dos estudantes acerca da saúde da mulher.

**JUSTIFICATIVA:**

---

A Candidíase caracteriza-se pela presença de corrimento branco grumoso, com aspecto caseoso, geralmente aderido às paredes vaginais e associado à presença de micélios ou esporos ao exame à fresco do conteúdo vaginal.

**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**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 142p.

---

**45. Às pessoas acometidas de transtorno mental estão assegurados os direitos e a proteção, sem qualquer forma de discriminação, pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Referente ao Art. 2º da lei, nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente esclarecidos dos direitos. Dentre os direitos sinalizados, qual não se enquadra na lei?**

(A) Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração.

(B) Ter garantia de sigilo nas informações prestadas.

(C) Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis.

(D) Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis.

**(E) Ser tratada, unicamente, em serviço hospitalar de saúde mental.**

### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento sobre legislação em saúde mental.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

A Lei Federal nº 10.216/2001 – uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo e legitimidade ao processo de Reforma Psiquiátrica – dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo como direitos:

- Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;
- Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, para alcançar sua recuperação pela inclusão na família, no trabalho e na comunidade;
- Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização sem sua concordância;
- Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

---

**46. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, além de oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Qual modalidade de CAPS destina-se a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes?**

- (A) CAPS I
- (B) CAPS II**
- (C) CAPS III
- (D) CAPS I
- (E) CAPS ad

### **INTENÇÃO:**

---

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

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

### **REFERÊNCIA:**

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

---

**47. O carbonato de lítio permanece como droga padrão, tratando, de forma eficaz, episódios de mania, hipomania e depressão, e sua principal indicação terapêutica é para:**

- (A) Estabilização do retardo mental.
- (B) Tratamento do transtorno de humor bipolar.**
- (C) Tratamento do autismo.
- (D) Tratamento e monitoramento do quadro de esclerose múltipla.
- (E) Estabilização da crise convulsiva.

### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento sobre saúde mental e terapêutica medicamentosa.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um transtorno de humor caracterizado pela alternância de episódios de depressão, mania ou hipomania. É uma doença crônica que acarreta grande sofrimento, afetando negativamente a vida dos doentes em diversas áreas, em especial em atividades de trabalho, de lazer e relacionamentos interpessoais. O transtorno resulta em prejuízo significativo e impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes. Indivíduos com TAB também demonstram aumentos significativos na utilização de serviços de saúde

ao longo da vida, se comparados a pessoas sem outras doenças psiquiátricas. As doenças neuropsiquiátricas são a primeira causa de incapacidade em países desenvolvidos e a segunda na América Latina, perdendo apenas para as doenças infecciosas e parasitárias. O TAB é a quarta maior causa de prejuízo funcional entre os transtornos neuropsiquiátricos, sendo superado apenas pelas depressões unipolares, transtornos associados ao uso de álcool e a esquizofrenia. O carbonato de lítio permanece como droga padrão, tratando, de forma eficaz, episódios de mania, hipomania e depressão em pacientes bipolares. Seu uso nas intercrises é reconhecidamente capaz de prevenir novos episódios, principalmente de elevação do humor.

### REFERÊNCIA:

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

---

**48. A euforia ou alegria patológica e a elação ou expansão do “Eu” constituem a base da síndrome:**

- (A) Neurótica.
- (B) Maníaca.**
- (C) Psicótica.
- (D) Histérica.
- (E) Depressiva.

### INTENÇÃO:

---

Avaliar o conhecimento sobre saúde, a partir do comportamento em que se caracteriza um transtorno.

### JUSTIFICATIVA:

---

A euforia ou alegria patológica e a elação (ou expansão do Eu) constituem a base da síndrome maníaca. Além disso, é fundamental e está quase sempre presente a aceleração de todas as funções psíquicas (taquipsiquismo), manifestando-se como agitação psicomotora, exaltação, loquacidade ou logorreia e pensamento acelerado. A atitude geral do paciente é alegre, brincalhona ou irritada, arrogante. Além das alterações propriamente do humor (euforia, elação) e do ritmo psíquico (aceleração), na esfera ideativa verifica-se um pensamento em geral superficial e impreciso: o paciente fala mais do que pensa.

### REFERÊNCIA:

---

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2010.

---

**49. Distúrbio psíquico de caráter depressivo, precedido de esgotamento físico e mental intenso, cuja causa está intimamente ligada à vida profissional. Estresse ocupacional, que acomete profissionais envolvidos com qualquer tipo de cuidado em uma relação de atenção direta, contínua e altamente emocional, sendo que as profissões mais vulneráveis são geralmente as que envolvem serviços, tratamento ou educação. Trata-se da Síndrome:**

- (A) do Pânico.
- (B) de Burnout.**
- (C) de Angelman.
- (D) de Guillain-Barré.
- (E) de Estocolmo.

### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento sobre saúde mental, tendo como base os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

Síndrome de Burnout, uma resposta ao estresse laboral crônico. Envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, sendo uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e para a organização. O quadro tradicional de estresse não envolve tais atitudes e condutas, sendo um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não de modo direto na sua relação com o trabalho. Pode estar associada a uma suscetibilidade aumentada para doenças físicas, uso de álcool ou outras drogas (para obtenção de alívio) e para o suicídio.

### **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** / Organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.



---

**50. O transtorno que provoca crises recorrentes e intensas de ansiedade e sintomas, como taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia, náuseas, formigamento em membros, desenvolvimento de medo de ter novas crises, preocupações sobre possíveis implicações da crise (perder o controle, ter um ataque cardíaco ou enlouquecer) é denominado:**

- (A) Transtorno de ansiedade social.
- (B) Transtorno de estresse pós-traumático.
- (C) Transtorno obsessivo-compulsivo.
- (D) Transtorno de pânico.**
- (E) Transtorno de estresse agudo.

### **INTENÇÃO:**

---

Avaliar o conhecimento sobre saúde mental, distinguindo tipos de transtornos.

### **JUSTIFICATIVA:**

---

As crises de pânico são crises intensas de ansiedade, nas quais ocorre importante descarga do sistema nervoso autônomo. Assim, ocorrem sintomas, como taquicardia, suor frio, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia, náuseas, formigamento em membros e/ou lábios. Nas crises intensas, os pacientes podem experimentar diversos graus da chamada despersonalização. Essa se revela como sensação de a cabeça ficar leve, de o corpo ficar estranho, sensação de perda do controle, estranhar-se a si mesmo. Pode ocorrer, também, a desrealização (sensação de que o ambiente, antes familiar, parece estranho, diferente, não-familiar). Além disso, ocorre, com frequência nas crises de pânico, um considerável medo de ter um ataque do coração, um infarto, de morrer e/ou enlouquecer.

### **REFERÊNCIA:**

---

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2010.