

2019

Cadernos de Questões Comentadas do Teste Progresso

Enfermagem



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS – FESO

Presidente

Antonio Luiz da Silva Laginestra

Vice-Presidente

Jorge Farah

Secretário

Luiz Fernando da Silva

Vogais

José Luiz da Rosa Ponte

Kival Simão Arbex

Paulo Cezar Wiertz Cordeiro

Wilson José Fernando Vianna Pedrosa

CONSELHO CURADOR

Alexandre Fernandes de Marins

Carlos Alfredo Carracena

Eduardo Pacheco Ribeiro de Souza

José Luiz Guedes

Luiz Roberto Veiga Corrêa de Figueiredo

DIREÇÃO GERAL

Luis Eduardo Possidente Tostes

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, 2019.
68f.

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 INTERINA

Verônica Santos Albuquerque

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

Alexandre Vicente Garcia Suarez

CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA – CCT

Vivian Telles Paim

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

Rafael Murta Pereira

Curso de Graduação em Engenharia Civil

Heleno da Costa Miranda

DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO

Elaine Maria de Andrade Senra

DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

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

Andréa Serra Graniço

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 edição 2019 do Teste de Progresso (TP) no Curso de Enfermagem representou um marco para a Instituição, pois avançamos um pouco mais na auto-avaliação dos estudantes com a incorporação de inovações pedagógicas, com destaque à produção do professor.

Foram promovidas diversas oficinas docentes para elaboração, correção e análise das questões do TP. A Instituição vem investindo nos processos que proporcionam aos Professores uma visão mais consciente da aprendizagem, orientados mediante a mudança no formato das avaliações internas, alinhadas às externas. Para tal objetivo vem estimulando os docentes na elaboração de questões para o TP com a utilização de domínios cognitivos da taxonomia de Bloom, dentre outras.

O Teste de Progresso TP avaliou o crescimento cognitivo individual dos estudantes dos 1º, 2º e 3º períodos (currículo semestral) e 3º, 4º e 5º anos e norteou adequações relacionadas às temáticas da formação, dos seguintes eixos: saúde da criança e do adolescente; saúde do adulto e do idoso; saúde da mulher; saúde mental e políticas públicas e gestão em saúde.

AUTORES

Adriana Nunes Chaves

Antonio Henrique Vasconcellos da Rosa

Benísia Maria Barbosa Cordeiro Adell

Carla de Carvalho Macedo Silva

César de Paula

Cláudia Cristina Dias Granito

Dayanne Cristina Mendes Ferreira Tomaz

Débora Passos da Silva Jones

Emilene Pereira de Almeida

Ethel Celene Narvaez Valdez

Harumi Matsumoto

Ingrid Tavares Cardoso

Isabela da Costa Monnerat

Jaci José de Souza Júnior

Joelma de Rezende Fernandes

Jonas Leite Júnior

Jovina de Fátima Rocha da Silva

Maria Lúcia Rebello Marra Smolka

Mário Manoel Parreira Fortes

Mônica Martins Guimarães Guerra

Patrick Barizão da Costa

Reginaldo Felismino Guimarães

Renan Fernandes Loureiro

Rodrigo da Costa Couto

Sânia Motta da Rocha Braga

Selma Vaz Vidal

Taise Argolo Sena

Viviane da Costa Freitas Silva

Edição 2019

1. (UNIFESO, 2019) O Processamento de Produtos para a Saúde (PPS) tem se tornado cada vez mais complexo, à medida que o design desses produtos se torna mais sofisticados, assim como novos conhecimentos vêm exigindo responsabilidade do enfermeiro que atua no Centro de Material e Esterilização (CME).

Sobre o processamento realizado com os PPS associe as colunas abaixo:

1ª Coluna - Processo

2ª Coluna – Descrição

- | | |
|--------------------|--|
| 1. Limpeza | () Processo de destruição de todos os microrganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através dos testes-padrão. |
| 2. Descontaminação | () Remoção de sujidade visível, orgânica e inorgânica, com água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. |
| 3. Desinfecção | () Processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies. |
| 4. Esterilização | () Processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa. |

A sequência correta dessa associação é:

- (A) 1 3 4 2
 (B) 2 1 4 3
 (C) 3 2 1 4
 (D) 3 4 2 1
 (E) 4 1 2 3

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre Centro de material e esterilização.

JUSTIFICATIVA:

O Centro de Material e Esterilização (CME) é definido como uma unidade funcional destinada ao processamento de produtos para a saúde (PPS). Sua missão é abastecer os serviços assistenciais e de diagnóstico com materiais processados, garantindo a quantidade e a qualidade necessárias para uma assistência segura. O CME compõe um relevante setor de apoio à instituição de saúde associado à qualidade dos serviços prestados. Os processos desenvolvidos são: **Limpeza** - A limpeza consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. **Descontaminação** - É o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfície. **Desinfecção** - A desinfecção é o processo de eliminação e destruição de microrganismos, patogênicos ou não em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos

inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 min. **Esterilização** - É o processo de destruição de todos os microorganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microorganismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 15, de 15 de março de 2012.** Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.

SOBECC, Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Manual de Práticas Recomendadas da SOBECC.** 7. ed. São Paulo: SOBECC; 2017.

2. (UFJF-2016- adaptado) De acordo com os preceitos do sistema Único de Saúde a Atenção Básica aponta para a reorientação do modelo de Atenção à Saúde através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando a organização do sistema local de saúde. Esta Estratégia define suas ações através do trabalho em equipe dirigido à população de territórios bem delimitados, orientando-se pelos princípios do SUS. Com base nessa orientação responda, as atribuições do enfermeiro especificamente e enquanto membro da equipe respectivamente são:

(A) encaminhar quando necessário os usuários aos serviços de média e alta complexidade e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica.

(B) cadastrar todas as pessoas nas microáreas e contribuir nas atividades de educação permanente.

(C) responsabilizar-se pela população adstrita e realizar atividades de demanda espontânea e programada nas clínicas básicas.

(D) planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate de Endemias e realizar a escuta das necessidades dos usuários.

(E) manter contato permanente com todas as famílias visitadas com o objetivo de determinar a mudança dos comportamentos de risco.

INTENÇÃO:

Apontar o conhecimento do estudante acerca das atribuições do enfermeiro na atenção básica enquanto membro de uma equipe multiprofissional

JUSTIFICATIVA:

De acordo com a Portaria nº. 2.436, 2017 são atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica: - Enfermeiro: I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão; III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local; VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS; VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436**, de 21 de setembro de 2017, que aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

3. (INEP, 2016) O Ministério da Saúde do Brasil tem investigado as possíveis associações entre os casos de microcefalia em recém-nascidos e o Zika vírus desde as primeiras notificações, em outubro de 2015. É comprovado que o Zika vírus atravessa a barreira placentária; o Zika vírus também já foi identificado em natimortos e recém-nascidos com microcefalia ou outras malformações do sistema nervoso central (SNC). Apesar das evidências disponíveis até o momento indicarem fortemente que o Zika vírus está relacionado à ocorrência de microcefalia, não há como afirmar que a presença deste vírus durante a gestação leva, inevitavelmente, ao desenvolvimento de microcefalia no feto. Nesse contexto, todos os profissionais de saúde, com destaque para o enfermeiro que está diretamente envolvido com a gestão e operacionalização dos

serviços de saúde, devem atentar para as ações de vigilância em saúde no combate aos casos de microcefalia e demais malformações do SNC em recém-nascidos. Cabe destacar que não deve ser desprezada a investigação de outras causas, além do Zika vírus, para fins de diagnóstico diferencial e estudos da possível associação entre as infecções e o resultado fetal em discussão. A partir dessas informações, avalie as afirmações a seguir, acerca de possíveis causas congênitas de microcefalia.

I. Trauma disruptivo, como o acidente vascular encefálico hemorrágico, pode causar microcefalia.

II. A microcefalia pode ser causada por doenças infecciosas como sífilis, toxoplasmose e rubéola.

III. O efeito teratogênico do álcool pode provocar microcefalia.

IV. Fetos de mulheres com diabetes materna mal controlada podem apresentar microcefalia.

V. A microcefalia pode ser provocada pela hipertensão arterial materna.

É correto apenas o que se afirma em:

(A) IV e V

(B) I, II e III

(C) I, IV e V

(D) II, III e V

(E) I, II, III e IV

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre a microcefalia.

JUSTIFICATIVA:

As microcefalias constituem em um achado clínico e podem decorrer de anomalias congênitas ou ter origem após o parto. As anomalias congênitas são definidas como alterações de estrutura ou função do corpo que estão presentes ao nascimento e são de origem pré-natal. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio realizada, pelo menos, 24 horas após o nascimento e dentro da primeira semana de vida (até 6 dias e 23 horas), por meio de técnica e equipamentos padronizados, em que o Perímetro Cefálico (PC) apresente medida menor que menos dois (-2) desvios-padrões abaixo da média específica para o sexo e idade gestacional. Além disso, a OMS considera que a medida menor que menos três (-3) desvios-padrões é definida como microcefalia grave. Considera-se que a criança com microcefalia, em alguns casos, pode apresentar alteração na estrutura do cérebro e problemas de desenvolvimento. As microcefalias têm etiologia complexa e multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais; algumas das causas mais comuns são: Traumas disruptivos (como AVC); Lesão traumática no cérebro; Sífilis;

Toxoplasmose; Rubéola; Citomegalovírus; Herpes simples; HIV; Teratógeno como Álcool e Radiação; Diabetes materna mal controlada. Ela tem sido bastante associada também ao Zika Vírus, uma arbovirose transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da saúde. **Microcefalia: causas, sintomas, tratamento e prevenção** disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-microcefalia/caracteristicas-gerais> acessado em 06-06-19

4. 4. (FGV, 2018) Senhora Marta, 48 anos, diabética e hipertensa, foi internada na UTI com quadro de insuficiência hepática, que se agravou, levando-a a um estado de coma. Durante a avaliação, o enfermeiro verificou que a paciente apresentava: abertura ocular após pressão no leito ungueal; gemidos em resposta ao estímulo verbal; e flexão lenta do membro superior ao nível do cotovelo como resposta motora.

Considerando os parâmetros da Escala de Coma de Glasgow (e suas modificações), o escore atingido corresponde a:

- (A) 5 pontos
- (B) 7 pontos
- (C) 9 pontos
- (D) 10 pontos
- (E) 11 pontos

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre Escala de Coma de Glasgow.

JUSTIFICATIVA:

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) define o nível de consciência mediante a observação do comportamento, baseando-se em um valor numérico. É o sistema de pontuação mais utilizado internacionalmente para avaliação de pacientes comatosos em cuidados intensivos. A ECG avalia a reatividade do paciente mediante a observação de três parâmetros: abertura ocular, reação motora e resposta verbal. Cada componente dos três parâmetros recebe um escore, variando de 3 a 15, sendo o melhor escore 15 e o menor 3. Pacientes com escore 15 apresentam nível de consciência normal. Pacientes com escores menores que 8 são considerados em coma, representando estado de extrema urgência. **Abertura Ocular = O Resposta Verbal = V Melhor Resposta Motora = M.** Cada etapa tem sua quantidade de pontuação, ou seja, “Abertura Ocular = O” são 4, “Resposta Verbal = V” são 5 e “Melhor Resposta

Motora = M” são 6. A publicação de 2018 indica mais um ponto a ser observado: a **Reatividade pupilar**, que é subtraída da pontuação anterior, gerando um resultado final mais preciso. De acordo com essas determinações, as notas devem ser registradas ao longo do atendimento, para que possam indicar a progressão do paciente. Em todos os segmentos observados pelo profissional de saúde, a primeira opção é uma resposta normal do paciente (nota máxima na escala) e a última uma reação inexistente ou “Ausente” (nota 1). É preciso marcar “NT” na pontuação caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação.

Ocular: (4) **Espontânea:** abre os olhos sem a necessidade de estímulo externo. (3) **Ao som:** abre os olhos quando é chamado. (2) **À pressão:** paciente abre os olhos após pressão na extremidade dos dedos (aumentando progressivamente a intensidade por 10 segundos). (1) **Ausente:** não abre os olhos, apesar de ser fisicamente capaz de abri-los.

Verbal: (5) **Orientada:** consegue responder adequadamente o nome, local e data. (4) **Confusa:** consegue conversar em frases, mas não responde corretamente as perguntas de nome, local e data. (3) **Palavras:** não consegue falar em frases, mas interage através de palavras isoladas. (2) **Sons:** somente produz gemidos. (1) **Ausente:** não produz sons, apesar de ser fisicamente capaz de realizá-los.

Motora: (6) **À ordem:** cumpre ordens de atividade motora (duas ações) como apertar a mão do profissional e colocar a língua para fora. (5) **Localizadora:** eleva a mão acima do nível da clavícula em uma tentativa de interromper o estímulo (durante o pinçamento do trapézio ou incisura supraorbitária). (4) **Flexão normal:** a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão rápida do braço ao nível do cotovelo e na direção externa ao corpo. (3) **Flexão anormal:** a mão não alcança a fonte do estímulo, mas há uma flexão lenta do braço na direção interna do corpo. (2) **Extensão:** há uma extensão do braço ao nível do cotovelo. (1) **Ausente:** não há resposta motora dos membros superiores e inferiores, apesar de o paciente ser fisicamente capaz de realizá-la.

Pupilar (atualização 2018): (2) **Inexistente:** nenhuma pupila reage ao estímulo de luz. (1) **Parcial:** apenas uma pupila reage ao estímulo de luz. (0) **Completa:** as duas pupilas reagem ao estímulo de luz.

REFERÊNCIA:

AMERICAN COLLEGE OF SURGIONS COMMITTEE ON TRAUMA. **Advanced Trauma Life Support** – ATLS. 10 ed., 2018.

5. (UNIFESO, 2019) De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, os três eixos fundamentais para viabilizar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens são:

(A) acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento / atenção integral à saúde sexual e à saúde reprodutiva / atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.

(B) diferenciação de estruturas e funções / fatores ambientais e individuais / condições de vida e higiene.

(C) proteção contra agravos do uso de drogas lícitas e ilícitas / proteção contra agravos do estresse / proteção contra agravos das doenças crônicas.

(D) qualidade de vida / o bem-estar físico, psicológico e social / políticas e programas de saúde.

(E) integralidade da atenção / organização de serviços / execução de práticas de saúde que reúnam um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos e promoção da saúde.

INTENÇÃO:

O conhecimento do estudante acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde.

JUSTIFICATIVA:

Três eixos são fundamentais para viabilizar a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: a) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; b) atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e; c) atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

6. (UNIFESO, 2019) De acordo com Paim (2018) a falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congela o orçamento público durante vinte anos, porém a participação social tem influência positiva na defesa do SUS e de seus direitos. Neste sentido marque a alternativa que apresenta os movimentos de controle social que possuem influência na gestão do SUS:

- (A) Gestão Municipal de Saúde
- (B) CONASS E COSASEMS
- (C) Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde
- (D) Ouvidoria
- (E) Participação Social

INTENÇÃO:

Recordar o conhecimento dos estudantes acerca dos movimentos de participação social em defesa do SUS.

JUSTIFICATIVA:

O protagonismo exercitado pelo Conass e pelo Cosasems a partir da década de noventa, junto à instalação dos conselhos estaduais e municipais, permitiu ampliar a base de apoio ao SUS. Presentemente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem demonstrado um ativismo significativo, mobilizando grupos sociais e confrontando certas iniciativas do governo. Do mesmo modo, a expansão dos gestores municipais de saúde tem reforçado essas bases sociais e políticas.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal. como uma associação civil sem fins lucrativos, de direito privado, que se pauta pelos princípios do direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial e surgiu a partir do desejo dos secretários estaduais de saúde à época liderados pelo médico Adib Jatene, então secretário de Estado da Saúde de São Paulo, de atender a recomendação de Alma Ata cujo lema era “Saúde para todos no ano 2000”.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (COSASEMS), nasceu a partir do movimento social em prol da saúde pública e se legitimou como uma força política, que assumiu a missão de agregar e de representar o conjunto de todas as secretarias municipais de saúde do país, hoje tem seu espaço político e sua luta reconhecida nas instâncias federais, incluindo na pauta de discussões da saúde grandes temas de interesse como financiamento público, recursos humanos e defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde

REFERÊNCIA:

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. Saúde colet. 23 (6) Jun 2018 • <https://doi.org/10.1590/1413->

81232018236.09172018. Disponível em <
<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1723-1728/pt/>>
BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2edicao.pdf>

7. (INEP, 2016) O aumento no número de mulheres com Aids trouxe como consequência o crescimento nas taxas de transmissão vertical do HIV, que tem sido responsável pelo aumento significativo de infecção de crianças de até 13 anos pelo HIV em todo o mundo. Em relação aos aspectos imunológicos e de atenção primária a gestantes com risco de transmissão vertical de HIV, avalie as afirmações a seguir.

I. A infecção pelo HIV-1 evolui da fase aguda, em que o paciente é identificado como HIV+, à fase avançada; em gestantes, o risco de transmissão vertical só ocorre se a doença estiver na fase avançada.

II. A maior parte das transmissões verticais de vírus HIV ocorre durante o trabalho de parto ou durante o parto propriamente dito, mas também podem ocorrer intraútero, especialmente nas últimas semanas de gestação.

III. É crucial a identificação precoce da infecção por HIV nas gestantes ainda durante o pré-natal, para que haja tempo hábil de realizar a quimioprofilaxia para a prevenção da transmissão vertical e para a diminuição da possibilidade de transmissão.

IV. Em gestantes HIV+ devem ser realizadas, a partir da primeira consulta de pré-natal, a contagem de linfócitos TCD8+ e da carga viral, pois, à medida que aumenta a imunossupressão, reduz-se a possibilidade de resposta imunológica, diminuindo-se os riscos de infecções oportunistas e de transmissão vertical.

É correto apenas o que se afirma em:

(A) I e III

(B) II e III

(C) II e IV

(D) I, II e IV

(E) I, III e IV

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento dos estudantes sobre pré-Natal.

JUSTIFICATIVA:

Na década de 80, contabilizava-se uma mulher infectada a cada dezesseis homens na mesma situação. Hoje essa razão homem-mulher passou à ordem

de 2/1, mas há regiões onde a razão é 1/1. Predominam casos de soropositividade entre jovens (sobretudo na faixa dos 15 aos 19 anos) e mulheres menos escolarizadas (com menos de oito anos de estudo). De acordo com os dados atuais do Ministério da Saúde (MS), a epidemia da aids cresce nove vezes mais entre as mulheres. O aumento no número de mulheres com aids trouxe como consequência o crescimento nas taxas de transmissão vertical (TV) do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Essa situação provocou a infecção de percentual considerável de crianças em todo o mundo com o vírus HIV, em virtude de muitas das mulheres com aids encontrarem-se em idade reprodutiva. Segundo estimativas do Ministério da Saúde apontam, a cada ano, 17.200 gestantes são infectadas pelo HIV. Desse modo, Transmissão Vertical torna-se responsável por praticamente todos os casos da infecção em crianças menores de 13 anos. O elevado número de mulheres infectadas motivou o Ministério da Saúde a tomar medidas imediatas com vistas a garantir assistência especializada, na perspectiva da erradicação ou de, pelo menos, atenuação da transmissão vertical. Em 1995 o Estado passou a recomendar a realização do rastreamento sorológico para o HIV através de testes rápidos durante a assistência pré-natal. Este teste, quando positivo, propicia a redução da transmissão vertical, por meio da profilaxia subsequente com Zidovudina (AZT). Segundo recomendado, as gestantes infectadas pelo HIV deverão receber a terapia antirretroviral objetivando a profilaxia da transmissão materno-infantil. A Zidovudina deve ser utilizado por via oral a partir de quatorze semanas de gestação, é importante coletar sangue da gestante para contagem de linfócitos CD4 e a média da carga viral a fim de avaliar a necessidade de modificar o esquema terapêutico e de utilizar quimioprofilaxia para infecção oportunista. Por ocasião da cesárea eletiva, o AZT será injetado via endovenosa três horas antes da operação e mantido até a ligadura do cordão umbilical. Se o recém-nascido receber o AZT por solução oral, nas primeiras oito horas após o parto, a medicação permanece por seis semanas. Empregado corretamente o tratamento com o AZT, praticada a cesárea eletiva, proscrito o aleitamento materno, a taxa de transmissão vertical atual para o HIV é de 2%.

REFERÊNCIA:

VERISSIMO de Oliveira, Ml. et al. Puérperas com vírus humano da imunodeficiência positivo (HIV+) e as condições de nascimento de seus recém-nascidos. Revista Enfermeria Global, N.28, p. 439-452, Out. 2012. disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_enfermeria2.pdf acesso em 13/06/19

8. (FASE, 2019- Adaptado) Considerando as seguintes afirmações relacionadas ao SUS, quanto a gestão.

Segundo o Art. 17, da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, à direção ESTADUAL do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância da alimentação e nutrição e vigilância da saúde do trabalhador.

Está correto o que se afirma em:

(A) I e III

(B) I, II e IV

(C) II e IV

(D) I, III e IV

(E) I, II, III e IV

INTENÇÃO:

Examinar o aprendizado relacionado a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990.

JUSTIFICATIVA:

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete: I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: a) de vigilância epidemiológica; b) de vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; e d) de saúde do trabalhador; V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana; VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico; VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho; VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>

9. (INEP, 2016) Uma mulher com 28 anos de idade, casada, primigesta, com 12 semanas de gestação é atendida em Unidade Básica de Saúde referenciada para o acompanhamento do seu pré-natal de baixo risco. Durante a anamnese, em sua primeira consulta, mostra-se muito angustiada e insatisfeita com a gravidez, que, segundo ela, não foi planejada. Considerando a situação da gestante, avalie quais dos seguintes procedimentos devem ser realizados para que ocorra uma consulta satisfatória.

- I. Cadastrar a gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido.
 - II. Realizar escuta qualificada e atendimento humanizado, para viabilizar o estabelecimento do vínculo com a paciente e encaminhar a paciente para a equipe multidisciplinar, priorizando-se o seu acompanhamento psicológico.
 - III. Pesquisar, durante a anamnese, os aspectos socio epidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual.
 - IV. Marcar a próxima consulta de pré-natal da gestante para a semana seguinte à consulta atual.
 - V. Adiar para a próxima consulta o exame ginecológico/obstétrico, dada a insatisfação da paciente com a gestação.
- É correto apenas o que se afirma em:

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

INTENÇÃO:

Avaliar a compreensão do estudante sobre assistência pré-natal.

JUSTIFICATIVA:

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica, o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o enfermeiro deve fazer uso de uma escuta qualificada, a fim de proporcionar a criação de vínculo. Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta); desenvolvimento durante a atenção pré-natal: Escuta da mulher e de seus(suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento. Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis devem, portanto, serem identificadas em uma anamnese criteriosa.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

10. (UNIFESO, 2019) O Código de Ética dos Profissionais é o documento orientador da conduta profissional neste sentido um dos destaques a ser observado na revisão do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (Resolução COFEN N°0564/2017) diz respeito à prescrição de enfermagem e médica. Tendo em vista essa informação, é correto afirmar:

(A) O profissional de Enfermagem jamais deverá recusar-se a cumprir uma prescrição médica, mesmo em situações que não ofereçam segurança ao paciente

(B) A prescrição de enfermagem e médica é um ato normativo e nunca deve ser questionado.

(C) O profissional de Enfermagem deve recusar-se a executar prescrição de enfermagem e médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

(D) O profissional de Enfermagem deverá executar a prescrição à distância em qualquer circunstância.

(E) Em prontuário eletrônico, não há necessidade de assinatura da enfermeira na prescrição de enfermagem.

INTENÇÃO:

Examinar o aprendizado relacionado ao Código de ética do Enfermeiro

JUSTIFICATIVA:

De acordo com a Resolução COFEN N°0564/2017 quanto aos deveres do Enfermeiro: Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescriptor, exceto em situação de urgência e emergência. § 1º O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegitimidade da mesma, devendo esclarecer com o prescriptor ou outro profissional, registrando no prontuário. § 2º É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente. Art. 47 Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia; § 2º Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

REFERÊNCIA:

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN N° 564/2017**, que aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>

11. (FCC, 2018) No primeiro dia da 20ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, uma gestante primigesta com 25 semanas de gestação procurou a unidade para ser vacinada. Nessa situação, o Enfermeiro que a atendeu deve:

(A) orientar que essa vacina é contraindicada para gestante com menos de 30 semanas de gestação.

(B) vacinar a gestante, pois ela faz parte do grupo prioritário da Campanha.

(C) esclarecer que essa Campanha é destinada aos idosos e profissionais da saúde, exclusivamente.

(D) informar que a vacina está indicada para gestantes a partir da segunda gestação.

(E) agendar consulta médica para definir o tipo de vacina a ser aplicada, trivalente ou tetra viral.

INTENÇÃO:

Avaliar os conhecimentos dos estudantes sobre assistência pré-natal.

JUSTIFICATIVA:

A influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais podendo causar pandemias. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, estima-se a ocorrência de casos da influenza varia de leve a grave e até pode levar a óbito. Hospitalização e morte ocorrem principalmente entre os grupos de alto risco o objetivo da vacinação é reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes das infecções pelo vírus da influenza, na população alvo para a vacinação e atualizar a situação vacinal de crianças, gestantes e puérperas. Gestantes: em qualquer idade gestacional. Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação, localização e o encaminhamento dessas para a vacinação nas áreas adstritas sob responsabilidade de cada serviço de saúde dos municípios. Para este grupo não haverá exigência quanto à comprovação da situação gestacional, sendo suficiente para a vacinação que a própria mulher afirme o seu estado de gravidez.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informe Técnico**. 21ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília, abril de 2019.

12. (UNIFESO, 2019) O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Ele está baseado pelos seguintes princípios doutrinários: _____ que representa a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, _____ que garante a todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas e _____ considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.

As palavras que completam corretamente as lacunas são:

- (A) universalidade, hierarquização e integralidade.
- (B) equidade, participação social e regionalização.
- (C) equidade, integralidade e universalidade.
- (D) universalidade, equidade e integralidade.**

(E) Regionalização, descentralização e participação social.

INTENÇÃO:

Identificar o conhecimento do estudante acerca dos princípios do SUS.

JUSTIFICATIVA:

Universalização: é compreendida como a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; A Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. O SUS possui ainda como princípios organizativos: Regionalização e Hierarquização: A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade e a Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios do SUS. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>

13. (INEP, 2016) Para grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. Para outras mulheres, a gestação que motiva o abortamento resulta de relações impostas pelos seus parceiros ou de situações de estupro. A respeito desse tema, avalie as afirmações a seguir.

I. O modelo de Atenção Humanizada ao Abortamento, do Ministério da Saúde, tem como um de seus elementos essenciais, a parceria entre a comunidade e os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para a garantia de que os serviços reflitam e satisfaçam as expectativas e necessidades da comunidade.

II. Não é crime e não se pune o abortamento praticado por médico se: não há outro meio de salvar a vida da mulher; a gravidez é resultante de estupro ou outra forma de violência sexual, desde que haja o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal.

III. A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez, com o consentimento da mulher, nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina.

IV. Para a prática legal do abortamento, é necessário apresentar documento de registro policial de que a mulher tenha sido violentada sexualmente.

É correto o que se afirma em:

(A) I, apenas.

(B) II e IV, apenas.

(C) III e IV, apenas.

(D) I, II e III, apenas.

(E) I, II, III e IV.

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento dos estudantes sobre direitos sexuais.

JUSTIFICATIVA:

A atenção humanizada às mulheres em abortamento tem abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso a assistência à saúde. O Ministério da Saúde normatizou os procedimentos para o atendimento ao abortamento em gravidez por violência sexual, conforme Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes de Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. O Código Penal não exige qualquer documento para a prática do abortamento nesses casos e a mulher violentada

sexualmente não tem o dever legal de noticiar o fato à polícia. Deve-se orientá-la a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis, mas, caso ela não o faça, não lhe pode ser negado o abortamento. O(a) médico(a) e demais profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, caso revele-se posteriormente que a gravidez não foi resultado de violência sexual, pois “é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõe situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima” (Código Penal, art. 20, § 1º). A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina, com o consentimento da mulher. O consentimento da mulher é necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, salvo em caso de eminente risco de vida, estando a mulher impossibilitada para expressar seu consentimento. A outra circunstância em que é necessário o consentimento de representante legal (curador/a ou tutor/a) refere-se à mulher que, por qualquer razão, não tenha condições de discernimento e de expressão de sua vontade.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

14. (FGV, 2018) As precauções baseadas na transmissão das doenças são elaboradas de acordo com o mecanismo de contágio das patologias, sendo classificadas em transmissão por contato, transmissão aérea por gotículas, transmissão aérea por aerossóis. Com base nisso, ao prestar assistência a um paciente com meningite meningocócica, além da precaução padrão, o profissional de saúde deve utilizar a precaução:

- (A) para gotículas;
- (B) de contato;
- (C) para aerossóis;
- (D) de contato + aerossóis;
- (E) de contato + gotículas.

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento do estudante sobre biossegurança.

JUSTIFICATIVA:

As medidas de biossegurança incluem ações direcionadas a proteção dos profissionais direta e indiretamente ligados à assistência à saúde, destacando-se os EPIs, os EPCs e a observação da adoção de precauções por potencial de transmissão de doenças. A resposta correta é a letra A. A doença meningocócica é uma infecção bacteriana aguda. Quando se apresenta na forma de doença invasiva, caracteriza-se por uma ou mais síndromes clínicas, sendo a meningite meningocócica a mais frequente delas e a meningococemia a forma mais grave. O Modo de transmissão é por contato direto pessoa a pessoa, por meio de secreções respiratórias de pessoas infectadas, assintomáticas ou doentes. As infecções de transmissão respiratória podem exigir precauções com gotículas ou com aerossóis, a depender da doença. No caso de pacientes com meningite meningocócica além da precaução padrão deve se adotar a precaução para gotículas. A transmissão por gotículas ocorre por meio do contato próximo com o paciente. Gotículas de tamanho considerado grande (>5 micras) são eliminadas durante a fala, respiração, tosse, e procedimentos como aspiração. Atingem até um metro de distância, e rapidamente se depositam no chão, cessando a transmissão. Portanto, a transmissão não ocorre em distâncias maiores, nem por períodos prolongados.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

15. (UFMG) O manejo adequado dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes necessita, em boa parte dos casos, de uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais:

- (A) resiliência, escuta atenta e identificação de problemas com componentes somáticos.
- (B) intervenções psicossociais, suporte psicológico e medicação.**
- (C) sociabilidade, vulnerabilidade e influência genética.
- (D) ampliação do acesso, redução de estigmas e socialização.
- (E) influências sociais, familiares e do próprio desenvolvimento infantil.

INTENÇÃO:

Identificar o conhecimento do estudante acerca da conduta com o adolescente com problemas de saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

O manejo adequado dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes necessita, em boa parte dos casos, de uma combinação equilibrada de três ingredientes fundamentais: intervenções psicossociais, suporte psicológico e medicação. Os projetos terapêuticos devem contemplar essas três dimensões, sendo que o protagonismo de uma delas deve estar na dependência da avaliação realizada, incluindo o contexto de vida da criança e a da família. De preferência devem ser utilizadas intervenções psicossociais, desenvolvidas tanto dentro das UBS, como na comunidade e, neste ponto, as equipes de Atenção Básica são fundamentais. O uso da medicação deve ser criterioso, e nunca deve ser feito de forma isolada com relação às demais modalidades de cuidado. O comprometimento da família ou responsáveis com o cuidado a ser desenvolvido é de fundamental importância. Orientações sobre o desenvolvimento, os diálogos sobre as principais dificuldades e a escuta qualificada das questões que a família coloca são fundamentais. A conversa com a família deve prezar pela clareza, com uso de linguagem acessível ao entendimento de todos. A equipe da AB deve conhecer em detalhes as possibilidades que o território propicia para elaborar o projeto terapêutico. Atividades de lazer e cultura, escolas, centros esportivos e outros possibilitam a inserção de crianças e adolescentes na vida concreta de seu território, contribuem para suas experiências de pertencimento, ampliam espaços de conversação – tão necessários para a saúde mental – e potencializam o bem viver. Lembrar-se dos pontos positivos identificados na avaliação e utilizá-los para compor as intervenções são posições e estratégias decisivas para efetividade do trabalho.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

16. (UNIFESO, 2019) A Resolução nº 0543 de 2017 do Conselho Federal de Enfermagem estabelece um quantitativo mínimo de profissionais para a assistência. Ao fazer a distribuição da equipe de enfermagem de uma unidade de cuidados intermediários, o enfermeiro responsável aplicou, entre outros fatores, os parâmetros

de proporção profissional/paciente recomendados para esse dimensionamento, que é de 1 profissional de enfermagem para:

- (A) 6 pacientes.
- (B) 3 pacientes.
- (C) 1 paciente.
- (D) 2 pacientes.
- (E) 4 pacientes.

INTENÇÃO:

Aplicação dos conhecimentos relacionados ao cálculo de dimensionamento de pessoal.

JUSTIFICATIVA:

A Resolução 0543/ 2017 do COFEN estabelece os parâmetros para o dimensionamento de pessoal na Enfermagem e fixa considerando o sistema de classificação de pacientes a proporção de profissionais- paciente nos diferentes turnos de trabalho: Cuidado mínimo: 1 profissional de enfermagem para 6 pacientes; Cuidado intermediário: 1 profissional de enfermagem para 4 pacientes; Cuidado de alta-dependência: 1 profissional de enfermagem para 2,4 pacientes ; Cuidado semi-intensivo: 1 profissional de enfermagem para 2,4 pacientes; Cuidado intensivo: 1 profissional de enfermagem para 2,4 pacientes.

REFERÊNCIA:

COFEN. **Resolução 543/ 2017**. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços locais em que são realizadas atividades de Enfermagem. Brasília, 2017.

17. (EBSERH, 2018 – adaptada) No cuidado de paciente em que a integridade tissular tenha ficado comprometida por queimadura, exigem-se do enfermeiro conhecimentos e habilidades durante todos os estágios do tratamento. Isso assegura a qualidade do cuidado e melhora o prognóstico e a qualidade de vida do paciente.

A respeito da assistência de enfermagem ao paciente queimado, julgue os seguintes itens e identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas: .

- () Ao aplicar a regra dos nove, é possível estimar que uma pessoa adulta com queimaduras em todo o corpo, exceto nas pernas, possua 82% da área de superfície corporal total queimada.
- () No grande queimado, a necrose tubular aguda e a insuficiência renal são resultados da oclusão dos túbulos renais por excesso de mioglobina liberada na corrente sanguínea de pacientes com destruição de tecido muscular. A

redução do débito urinário e a presença de urina com cor de vinho de Borgonha são sinais de alerta para a ocorrência desses problemas.

() Quanto menor a queimadura, menor a perviedade capilar do líquido intravascular, menor a chance de repercussão sistêmica e menor a chance de desidratação; desse modo, pacientes adultos com 25% a 40% da área de superfície corporal total queimada devem receber hidratação por via oral e enteral, se bem aceitas.

() A quantidade de líquidos que um paciente queimado precisa receber nas primeiras 24 h pode ser determinada utilizando-se como base de cálculo o peso corporal do paciente e o percentual da área da superfície corporal total queimada. O valor obtido deve ser administrado da seguinte forma: 50% do volume nas primeiras 8 h e o restante, nas 16 h subsequentes.

() Em pacientes com diagnóstico de enfermagem de hipotermia relacionada com a perda de microcirculação cutânea e com feridas abertas, uma das medidas para garantir que a temperatura corporal permaneça dentro dos parâmetros aceitáveis é manusear as feridas com agilidade, evitando-se a exposição prolongada e a sucessiva perda de calor corporal pela ferida.

() Em pacientes queimados, com pressão arterial e débito urinário decrescentes, o enfermeiro deve garantir o emprego de um acesso (IV) de pequeno calibre e a retirada da sonda vesical de demora. Essas ações ajudam na manutenção do volume de líquidos necessários à estabilização do paciente, com redução das perdas de líquido pelas vias intravascular e urinária, respectivamente:

(A) F,V,F,V,V,F

(B) F,V,V,F,V,F

(C) V,V,V,F,V,F

(D) F,F,V,V,V,F

(E) V,V,F,F,V,F

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre cuidados de enfermagem ao paciente vítima de queimadura.

JUSTIFICATIVA:

Pessoas de todas as idades e grupos socioeconômicos podem sofrer lesão por queimadura. O método mais comumente empregado para estimar a extensão das queimaduras em adultos é a regra dos nove. Esse sistema baseia-se na divisão do corpo em regiões anatômicas, representando, cada uma delas, aproximadamente 9% da Área de Superfície Corporal Total (ASCT) o que possibilita o profissional obter rapidamente uma estimativa. Se uma parte de determinada área anatômica estiver queimada, calcula-se a ASCT de acordo – por exemplo, se aproximadamente metade da parte anterior do braço estiver queimada, a ASCT deve ser de 4,5%. As lesões por

queimaduras constituem algumas das lesões traumáticas mais graves sofridas, visto que a lesão inicial pode evoluir e agravar-se com o passar do tempo. A evolução clínica das queimaduras depende da agressão inicial e dos fatores ambientais e de tratamento subsequentes. A lesão por queimadura é a consequência de lesão química ou transferência de calor de um local para outro, causando destruição tecidual por meio de coagulação, desnaturação das proteínas ou ionização do conteúdo celular. A ferida da queimadura não é homogênea; com efeito, ocorre necrose tecidual no centro da lesão, com regiões de viabilidade tecidual em direção à periferia. A área central da ferida é denominada zona de coagulação, devido à ocorrência da necrose de coagulação característica das células. A zona circundante, denominada zona de estase, descreve uma área de células lesionadas que permanecem viáveis; todavia, com a persistência do fluxo sanguíneo diminuído, essas células sofrem necrose dentro de 24 a 48 h. A zona mais externa, a zona de hiperemia, sofre lesão mínima e pode se recuperar por completo com o passar do tempo. O evento sistêmico inicial depois de uma grande lesão por queimadura consiste em instabilidade hemodinâmica, que resulta da perda da integridade capilar e de um deslocamento subsequente de líquido, sódio e proteína do espaço intravascular para o espaço intersticial, provocando choque hipovolêmico. As lesões térmicas graves provocam, em última análise, alterações na fisiopatologia de todos os sistemas orgânicos. Essas alterações precipitam condições como choque, sepse, síndrome de angústia respiratória aguda (SARA), íleo paralítico e insuficiência renal. Nas queimaduras com mais de 45% da ASCT, ocorre déficit contrátil intrínseco do miocárdio. Em caso de lesão, ocorre diminuição imediata do débito cardíaco, que precede a perda do volume plasmático. Devido às respostas compensatórias vasoconstritoras, a carga de trabalho do coração aumenta. O débito cardíaco pode ser mantido pela resposta ao estresse do corpo, porém isso pode ocorrer à custa de uma demanda crescente de oxigênio do miocárdio. A hipovolemia é a consequência imediata da perda de líquido e resulta em diminuição da perfusão e da liberação de oxigênio. À medida que a perda de líquido continua, e o volume vascular diminui, o débito cardíaco também continua diminuindo, e ocorre queda da pressão arterial. Este é o início do choque por queimadura. Ocorre rápida formação de edema após uma lesão por queimadura. Uma queimadura superficial provoca a formação de edema dentro de 4 h após a lesão, enquanto uma queimadura mais profunda continua formando edema por um período mais longo de tempo, de até 18 h após a lesão. Esse edema é causado pelo aumento da perfusão para a área lesionada e reflete a quantidade de lesão microvascular e linfática do tecido. Há perda da integridade capilar, e o líquido se localiza na própria queimadura, resultando em formação de bolhas e edema na área da lesão. A função renal pode estar alterada em decorrência do volume sanguíneo diminuído. A destruição dos eritrócitos no local da lesão resulta na liberação de hemoglobina livre na urina. A reposição adequada do volume de líquidos restaura o fluxo sanguíneo renal, aumentando a taxa de filtração glomerular e o volume de urina. Se houver um fluxo sanguíneo inadequado através dos

rins, a hemoglobina e a mioglobina provocam oclusão dos túbulos renais, com consequente necrose tubular aguda e insuficiência renal. A perda da pele também resulta em incapacidade de regular a temperatura corporal. Por conseguinte, os clientes com lesões por queimadura podem exibir baixas temperaturas corporais nas primeiras horas depois da lesão. A primeira etapa no manejo consiste em remover o cliente da fonte de lesão e interromper o processo de queimadura enquanto é preciso evitar a lesão do reanimador. As prioridades dos profissionais de resgate incluem estabelecer uma via respiratória, fornecer oxigênio (oxigênio a 100% se houver suspeita de envenenamento por monóxido de carbono), inserção de pelo menos uma linha IV de calibre grosso e cobertura da ferida. A irrigação da lesão química deve ser iniciada imediatamente. Um cateter urinário de demora é inserido para possibilitar o monitoramento acurado do débito urinário e como medida da função renal e das necessidades de líquidos para clientes com queimaduras moderadas a graves.

REFERÊNCIA:

BRUNNER, SUDDARTH, Smith. Brunner e Suddarth | **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**, 13 ed. Guanabara Koogan, 2015.

18. (FUNCERN, 2014) A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, num contexto de escolha livre e informada. Na sociedade atual, o planejamento familiar é muito importante para a qualidade de vida, pois permite que mulher contemporânea tenha a possibilidade de escolha do melhor momento para a maternidade. Nesse contexto, um dos métodos contraceptivos considerados de barreira é:

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

INTENÇÃO:

Reconhecer os conhecimentos dos estudantes acerca da saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Métodos anticoncepcionais, segundo Aldrighi, Sauerbronn e Petta (2005a), podem ser classificados da seguinte forma: **Temporários (reversíveis)** **Hormonais** • Orais Combinados, Monofásicos Bifásicos Trifásicos e

Minipílulas • Injetáveis: Mensais e Trimestrais • Implantes subcutâneos • Percutâneos Adesivos • Vaginais: Comprimidos e Anel • Sistema liberador de levonorgestrel (SIU) **Barreira** • Feminino: Diafragma, Esponjas Espermaticida, Capuz cervical, Preservativo feminino e Preservativo masculino **Intrauterinos** • DIU de cobre; DIU com levonorgestrel **Comportamentais ou naturais** Tabela ou calendário (Ogino-Knaus), Curva térmica basal ou de temperatura Sintotérmico, Billings (mucocervical), Coito interrompido e Duchas vaginais **Definitivos (esterilização)** • Feminino (ligadura tubária) • Masculino (vasectomia). Os métodos de barreira são aqueles que impedem a trajetória do espermatozoide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical. O diafragma é um método vaginal de anticoncepção que consiste em um capuz macio de látex ou de silicone côncavo, com borda flexível, que recobre o colo uterino, existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária a medição por profissional de saúde treinado para determinar o tamanho adequado a cada mulher. Os métodos, curva térmica basal ou de temperatura sintotérmico, billings (mucocervical) e Coito interrompido são considerados comportamentais ou naturais. A anticoncepção oral de emergência é um método muito importante para evitar gravidez indesejada após relação sexual desprotegida. Deve ser usada somente como método de emergência, e não de forma regular, substituindo outro método anticoncepcional.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

19. (UNIFESO, 2019) Em reunião de Educação Permanente no serviço hospitalar foram apresentadas diversas reclamações, todas direcionadas a um determinado gestor e que, em linhas gerais, diziam respeito ao seu estilo de liderança, classificado pela maioria como sendo totalmente autocrático. Com relação aos estilos básicos de liderança, pode-se afirmar que uma das características da liderança autocrática é:

- (A) limitada participação do líder nos debates.
- (B) alta liberdade para tomada de decisão em grupo.
- (C) centralização das decisões e escolhas na figura do líder.
- (D) abstenção do líder nas divisões de tarefas.
- (E) participação do grupo na elaboração dos protocolos.

INTENÇÃO:

Conhecimento acerca dos estilos de liderança necessários para a prática do Enfermeiro.

JUSTIFICATIVA:

Existem três estilos básicos de liderança na Enfermagem. O líder autocrático explora e estimula a dependência mediante a satisfação das necessidades evidenciadas pelos liderados, enquanto o líder democrático desenvolve a determinação, a responsabilidade e a criatividade dos membros dos grupos, já o estilo de liderança laissez-faire, promove uma gestão menos envolvida, empoderando a outro o papel do líder da equipe.

REFERÊNCIA:

KURCGANT, Paulina. **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2016.

20. (VUNESP, 2014) Assinale a alternativa correta sobre o tipo de método contraceptivo mais usado como estratégia de planejamento familiar:

- (A) Método Ogino-Knauss (hormonal), também chamado de pílula do dia seguinte.
- (B) Pílula (método hormonal), pílulas monofásicas, multifásicas e minipílulas.
- (C) Temperatura basal, consiste em eficaz método quando associado ao coito interrompido.
- (D) Preservativo (método de barreira), se usado de forma correta tem 100% de eficácia.
- (E) Diafragma (método hormonal), deve ser usado e introduzido na vagina 1 hora antes e retirado logo após o coito.

INTENÇÃO:

Reconhecer os conhecimentos dos estudantes acerca da saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

O método Ogino-Knauss NÃO é um método hormonal. Ele também é conhecido como ritmo, calendário ou tabelinha. Os anticoncepcionais hormonais orais, também chamados de pílulas anticoncepcionais são esteróides utilizados isoladamente ou em associação com a finalidade básica de impedir a concepção. Classificam-se em combinadas e apenas com progestogênio (ou minipílulas); as primeiras compõem-se de um estrogênio associado a um progestogênio, enquanto a minipílula é constituída por

progesterônio isolado. As combinadas dividem-se ainda em monofásicas, bifásicas e trifásicas. Nas monofásicas, a dose dos esteróides é constante nos 21 ou 22 comprimidos da cartela. As bifásicas contêm dois tipos de comprimidos com os mesmos hormônios em proporções diferentes. Os métodos comportamentais de planejamento familiar (temperatura basal e coito interrompido) são técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual ou masculino ao longo da relação sexual, como métodos anticoncepcionais a taxa de falha, no primeiro ano de uso, atinge até 20%, em uso habitual, não sendo aconselhável por tanto. Não existe nenhum método contraceptivo 100% eficaz, a não ser a abstinência sexual, o preservativo é um método de barreira que além de evitar a gravidez, reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. A taxa de falha deste método, no primeiro ano de uso, varia de 3%, quando usados, corretamente em todas as relações sexuais, a 14%, quando avaliado o uso habitual. Sua segurança depende de armazenamento adequado, da técnica de uso e da utilização em todas as relações sexuais. O diafragma é um método anticoncepcional de uso feminino, de barreira, pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Nesta última modalidade, é aconselhável retirar o diafragma uma vez ao dia, lavá-lo (preferencialmente durante o banho, desde que este ocorra pelo menos 6 horas após o coito).

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

21. (UCP, 2019) A nova Política Nacional de Atenção Básica – PNAB atualizou conceitos e diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre outras diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Básica estão:

- (A) universalidade, vinculação e corresponsabilização.
- (B) atenção primária à saúde e resolutividade.
- (C) universalidade, equidade e integralidade.
- (D) acessibilidade, acolhimento e qualidade
- (E) cuidado centrado na pessoa, ordenação da rede e coordenação do cuidado

INTENÇÃO:

Apontar o conhecimento do estudante acerca das diretrizes para a operacionalização do SUS e das Redes de Atenção à Saúde.

JUSTIFICATIVA:

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece como diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; i) participação da comunidade.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

22. (UNIFESO, 2019) No 1º semestre de 2019 (1ª a 28ª semanas epidemiológicas - SE) foram notificados 27.913 casos prováveis (casos notificados) de dengue no estado, correspondendo a uma incidência acumulada de 162,66 casos por 100 mil habitantes. No mesmo período do ano de 2018 o estado notificou 12.157 com incidência de 70,8 casos por 100 mil habitantes, observando-se neste ano um aumento de 129,6% nos casos de dengue do estado em comparação ao mesmo período do ano passado. Alerta-se, portanto, para o alto risco de uma nova epidemia por dengue no estado no ano de 2020. A identificação precoce dos casos de dengue é de vital importância para a tomada de decisões e implementação de medidas de maneira oportuna, visando principalmente evitar óbitos. A organização dos serviços de saúde, tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica, é necessária para reduzir a letalidade por dengue no país.

Com fins de facilitar o diagnóstico da dengue hemorrágica a Prova do Laço é um exame de fácil acesso, sem custos e de rápida interpretação, que consiste em realizar:

(A) Quadrado de 2,5 cm de cada lado no terço proximal do antebraço direito do paciente; colocar o paciente deitado em decúbito dorsal com o membro superior direito apoiado sobre o abdômen; garrotear o antebraço dois dedos acima da marca do desenho por, aproximadamente, 3 minutos (tomar

cuidado para não apertar demasiadamente o garrote). A prova será considerada positiva, se houver mais de 10 petéquias em adultos e crianças.

(B) Círculo de 2,5 cm de cada lado no antebraço do paciente (a área mais apropriada é o terço médio ventral do antebraço); realizar a aplicação de um derivado proteico purificado por via intradérmica (0,1 mL); o local da aplicação se mantém endurecido por cerca de dez minutos. Decorridos este tempo, a prova será considerada positiva se houver o aparecimento de 20 ou mais petéquias em adultos e 5 ou mais em crianças.

(C) Círculo de 2,5 cm de cada lado (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) na região da panturrilha do paciente; medir a Pressão Arterial com o paciente na posição em pé e no caso da Pressão Arterial Sistêmica maior que 14 mmHg colocar o paciente na posição deitada e com os membros inferiores fletidos por, aproximadamente, 3 minutos (para adultos e crianças). A prova será positiva se houver o aparecimento de petéquias ou equimoses no desenho da panturrilha, independente do número.

(D) Círculo de 2,5 cm de cada lado no terço proximal do antebraço direito do paciente e verificar a pressão arterial com ele deitado; insuflar novamente o manguito até atingir o valor da pressão arterial sistólica medida anteriormente e manter por 3 minutos em adulto (em criança 2 minutos) ou até o aparecimento de petéquias ou equimose. A prova será considerada positiva se houver acima de 15 petéquias em adultos e crianças.

(E) Quadrado de 2,5 cm de cada lado no antebraço do paciente e verificar a pressão arterial (deitada ou sentada); calcular o valor médio: $(PAS + PAD)/2$; insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por 5 minutos em adulto (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de petéquias ou equimose; contar o número de petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento do estudante sobre a técnica da prova do laço na identificação precoce da dengue hemorrágica.

JUSTIFICATIVA:

Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor da falange distal do polegar) no antebraço da pessoa e verificar a PA (deitada ou sentada); • calcular o valor médio: $(PAS+PAD)/2$; • insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos em adulto (em crianças, 3 minutos) ou até o aparecimento de petéquias ou equimoses; • contar o número de petéquias no quadrado. A prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças; A prova do laço é importante para a triagem do paciente suspeito de dengue, pois é a única manifestação hemorrágica do grau I de FHD representando a fragilidade capilar.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Adulto e Criança / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 28 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

23. (ENADE, 2010) Carolina, adolescente de 15 anos de idade, preocupada com atraso menstrual de sete dias, buscou atendimento em uma Unidade de Saúde. Na consulta de Enfermagem, relatou atividade sexual nos dois últimos meses, com dois parceiros, sem uso de preservativo e de anticoncepcional.

A conduta adequada do enfermeiro frente a essa situação é:

(A) Orientar Carolina para observar os sinais de gravidez, os sinais e sintomas das doenças sexualmente transmissíveis e agendar consulta de pré-natal.

(B) Encaminhar Carolina para exame laboratorial de gravidez, orientar acerca dos sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis e agendar consulta de pré-natal.

(C) Registrar a queixa de Carolina no prontuário, encaminhar para consulta pré-natal e grupo de gestantes adolescentes na unidade de saúde.

(D) Investigar sinais de gravidez no exame físico, encaminhar Carolina para a realização de exame laboratorial para gravidez e orientar a respeito dos riscos de contaminação de doenças sexualmente transmissíveis.

(E) Realizar exame físico em Carolina para investigar os sinais gravídicos, orientar a respeito dos riscos de doenças sexualmente transmissíveis e agendar consulta pré-natal.

INTENÇÃO:

Aplicar os conhecimentos adquiridos a cerca da consulta de Enfermagem com o adolescente.

JUSTIFICATIVA:

Por não ter a certeza se a adolescente está realmente gestante o Enfermeiro deve realizar na consulta o exame físico buscando os sinais e sintomas da gravidez, verificar a ocorrência da gestação por meio de exames laboratoriais e incentivar o uso de camisinha associado a outros métodos contraceptivos como forma de prevenir uma gravidez indesejada e a ocorrência de IST.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

24. (UNIFESO, 2019 – adaptado) O Ministério da Saúde divulgou um estudo com dados inéditos sobre o perfil de envelhecimento no Brasil que deve trazer subsídios para a construção e adequação de novas políticas públicas de saúde para os idosos brasileiros. A proteção legal aos idosos ocupa o artigo 230 da Constituição Federal. O texto garante participação na comunidade e o direito à vida. A responsabilidade de amparar os mais velhos é da família, da sociedade e do Estado. O Estatuto do Idoso completou 15 anos em 2018. Uma lei que garante prioridade para os mais velhos em áreas como saúde, educação, trabalho e assistência social. Mas entre a letra da lei e a realidade, a distância às vezes é grande.

De acordo com Estatuto do Idoso, leia as frases abaixo e marque (F) se a afirmativa for falsa e (V) se for verdadeira. Em seguida, assinale a alternativa que contém a sequência correta.

() 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 prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos;

() Não é necessário treinamento e capacitação dos profissionais de instituições de saúde, não sendo as instituições obrigadas a ofertá-las;

() O tratamento de saúde definido para o idoso será feito obrigatoriamente pelo familiar ou tutor legal, não tendo o idoso participação nesta decisão;

() Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

(A) V,V,F,V

(B) V,F,F,V

(C) F,V,F,V

(D) V,F,V,F

(E) F,V,V,F

INTENÇÃO:

Verificar as competências do estudante relacionadas a atenção à saúde do idoso.

JUSTIFICATIVA:

CAPÍTULO IV: Do Direito à Saúde - Art. 15. 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. Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico. Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito. Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita: I – pelo curador, quando o idoso for interditado; II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar; IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público. Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Lei Nº. 10.741 de 01 de outubro de 2003, que aprova o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm

25. (UNIFESO, 2019) O cálculo da provável data do parto não é uma ciência exata, mas é possível fazer uma previsão. Quanto mais regulado for o ciclo menstrual da gestante, mais fácil será calcular. Trata-se de uma estimativa baseada em uma regra e é possível que o bebê não nasça exatamente no período estipulado. De acordo com a regra de Nägele, uma mulher cuja data da última menstruação foi 25/10/2014 terá como data provável do parto:

- (A) 15/06/2015
- (B) 02/07/2015
- (C) 17/07/2015
- (D) 25/07/2015
- (E) 01/08/2015

INTENÇÃO:

Identificar os conhecimentos dos estudantes acerca do Pré-natal.

JUSTIFICATIVA:

A regra de Nägele recebeu este nome por causa de Franz Karl Nägele (1778–1851), o obstetra alemão que a desenvolveu. Nägele nasceu em 17 de julho de 1778, em Düsseldorf, Alemanha. Em 1806, Nägele se tornou professor e diretor da maternidade de Heidelberg. Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM), mediante a utilização de calendário. O cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Data da última menstruação (DUM): 25/10/2014

Data provável do parto (DPP): $01/08/05 (25 + 7 = 32 \quad 32 - 31 = 01 \text{ vira o mês} / 10 \text{ passa para } 11 - 3 = 8)$

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

26. (Residência em Enfermagem - UFGD) De acordo com a Resolução COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas interrelacionadas, interdependentes e recorrentes. Assinale a alternativa que descreve corretamente essas cinco etapas.

(A) I - Coleta de dados, II - Histórico de enfermagem, III - Diagnóstico de enfermagem, IV - planejamento de enfermagem, e V - Avaliação de enfermagem.

(B) I - Histórico de enfermagem, II - Diagnóstico de enfermagem, III - Prescrição de enfermagem, IV - Planejamento de enfermagem, e V - Avaliação de enfermagem.

(C) I - Coleta de dados (ou Histórico de enfermagem), II - Diagnóstico de

enfermagem, III - Planejamento de enfermagem, IV – Implementação de enfermagem, e V - Avaliação de enfermagem.

(D) I - Histórico de enfermagem, II - Planejamento de enfermagem, III - Diagnóstico de enfermagem, IV - Implementação de enfermagem, e V - Avaliação de enfermagem.

(E) I - Coleta de dados, II - Diagnóstico de enfermagem, III - Prescrição de enfermagem, IV - Avaliação de enfermagem, e V - Implementação de enfermagem.

INTENÇÃO:

Apontar o conhecimento do estudante acerca das fases que compreendem o processo de Enfermagem.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com a Resolução 358/2009 do COFEN , o processo de Enfermagem é organizado em cinco etapas inter-relacionadas, independentes e recorrentes: sendo elas: I- Coleta de dados ou histórico de Enfermagem: que corresponde ao processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas para a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade II- Diagnóstico de Enfermagem- processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa e que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de Enfermagem que representam com mais exatidão, as respostas das pessoas, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, III- Planejamento de Enfermagem- determinação dos resultados que se espera alcançar, e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade identificadas na etapa do diagnóstico, IV- Implementação- realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento, V- Avaliação de Enfermagem- processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família, ou coletividade em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do processo de Enfermagem.

REFERÊNCIA:

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009**, que 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. Brasília, 2009. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>

27. (UNIFESO, 2019) O estado nutricional de uma criança ao nascer varia de acordo com as condições de vida intra-uterina as quais esteve submetida. A adequação nutricional do feto pode influenciar de forma significativa a morbidade e a mortalidade do recém-nascido (RN). A importância da nutrição adequada para a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento dos RNs são tão grandes que tem sido reconhecida como uma emergência neonatal. Existem vários métodos para administrar a dieta ao recém-nascido RN. O profissional de enfermagem, por sua vez, deve ter conhecimento, prática e comprometimento para que tal procedimento seja feito de forma benéfica ao bebê. Referente ao procedimento de Gastróclise é correto afirmar que:

(A) é a alimentação parenteral, indicada quando o recém-nascido não tolera a gavagem simples ou quando ele apresenta refluxo gastroesofágico.

(B) é a introdução de alimentos por meio de uma sonda gástrica introduzida pelo nariz até o duodeno através de bomba infusora gota a gota.

(C) é o método fisiológico no qual alimentos são introduzidos por meio de uma sonda gástrica através de bomba infusora gota a gota.

(D) é a administração de dieta utilizando a força da gravidade, consiste em técnica de alimentação via oral e de estimulação oral. É indicada para recém-nascidos que não suportam volumes maiores de uma única vez.

(E) é um método não fisiológico, no qual os alimentos são introduzidos por meio de uma sonda gástrica através de bomba infusora gota a gota. É indicado para recém-nascidos que não suportam volumes maiores de uma única vez, recém-nascidos em ventilação mecânica ou recém-nascidos que apresentam refluxo gastroesofágico.

INTENÇÃO:

Analisar o entendimento dos estudantes acerca da saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Alternativa A: Para recém-nascidos que não toleram a gavagem simples ou apresentam refluxo gastroesofágico, é indicada a gastróclise e não a alimentação parenteral. A alimentação parenteral está indicada para os neonatos com peso < 1500g; neonatos que nasceram há mais de uma semana e não receberam mais que 80-90kcal/kg/dia; neonatos no pós-operatório que a dieta enteral só será iniciada de 3-5 dias e portadores da síndrome do intestino curto, enterocolite necrotizante e atresia intestinal.

Alternativa B: O tipo de alimentação descrita refere-se à gavagem intermitente utilizando sonda nasoenteral acoplada a bomba de infusão. Que é destinada a recém-nascidos que não podem alimentar-se por via oral e receberão a dieta por via jejunal em uma frequência pré-estabelecida.

Alternativa C: O tipo de alimentação descrita refere-se à gavagem

intermitente utilizando sonda gástrica que é destinada a recém-nascidos que não podem alimentar-se por via oral e receberão a dieta através de sonda gástrica em uma frequência pré-estabelecida. Alternativa D: A alternativa está errada porque o tipo de alimentação descrita refere-se à alimentação enteral por gavagem intermitente que utiliza a ação da gravidade para que a dieta chegue ao estômago ou jejuno. Que é destinada a recém-nascidos que não podem alimentar-se por via oral. E não representa uma técnica de alimentação oral ou estimulação oral. Alternativa E: Gastróclise refere-se à gavagem contínua, ou seja, o recém-nascido receberá a dieta através de uma sonda oro ou nasogástrica acoplada a uma bomba de infusão programada para receber a dieta continuamente. Por ser uma dieta contínua, podem-se administrar pequenos volumes por longo período e assim minimizar os efeitos adversos de uma dieta de maior volume de uma única vez. Logo, clientes em ventilação mecânica ou que apresentam refluxo gastroesofágico se beneficiam desta técnica à medida que há um menor risco de ocorrer broncoaspiração, pois se espera que o pequeno volume administrado seja absorvido.

REFERÊNCIA:

MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARALHO, M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374-04.pdf> acessado em 15/06/19.

28. (EBSERH, 2014 adaptado) O câncer do colo do útero é precedido por uma longa fase de doença pré-invasiva, denominada de neoplasia intraepitelial cervical (NIC). A NIC é categorizada em graus I, II e III, dependendo da proporção da espessura do epitélio que apresenta células maduras e diferenciadas. Os graus mais graves da NIC (II e III) apresentam uma maior proporção da espessura do epitélio composto de células indiferenciadas e, devido à sua maior probabilidade de progressão para o câncer, se deixadas sem tratamento, são consideradas seus reais precursores. Onde se localiza mais de 90% das lesões precursoras ou malignas do colo do útero?

- (A) Estroma.
- (B) Zona de transformação.**
- (C) Epitélio glandular.
- (D) Glândulas endocervicais.
- (E) Junção escamolacunar.

INTENÇÃO:

Determinar o conhecimento dos estudantes acerca da saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Estroma é a porção que realiza a sustentação de um órgão e dá suporte às glândulas. O **epitélio colunar** ou **zona de transformação**, fica em contato com um ambiente vaginal ácido, hostil às suas células. Assim, células subcilíndricas (de reserva) bipotenciais, através de uma metaplasia, se transformam em células mais adaptadas (escamosas), dando origem a um novo epitélio, situado entre os epitélios originais, chamado de terceira mucosa ou zona de transformação. Nesta região, pode ocorrer obstrução dos ductos excretórios das glândulas endocervicais subjacentes, dando origem a estruturas císticas sem significado patológico, chamadas de Cistos de Naboth. É nessa zona onde se localizam mais de 90% dos cânceres do colo do útero. O **tecido epitelial glandular** ou secretor é constituído por várias células epiteliais glandulares que possuem como principal função produzir e liberar secreções tanto para o meio interno quanto para o meio externo. Estas secreções podem ser viscosas, aquosas e límpidas, como também podem ser a mistura de secreções (mista). As **células endocervicais** são originárias do epitélio cilíndrico simples da mucosa endocervical, que recobrem as superfícies interna e externa das estruturas glandulares. Tais glândulas são as responsáveis pela secreção do muco cervical. O erro se inicia na própria escrita do termo, que é ESCAMOCOLUNAR e não escamolacunar. A **Junção Escamocolunar** ou JEC é a linha situada entre os epitélios escamoso e estratificado na ectocérvice. Se a JEC estiver situada a nível do orifício externo do colo do útero ou fora dele, ocorre o que se denomina de ectopia ou eversão, que é um achado fisiológico, sobretudo na infância e menopausa. Na idade reprodutiva, sua presença pode indicar um processo inflamatório reversível.

REFERÊNCIA:

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

29. (EBSERH, 2014 adaptado) As estratégias de detecção precoce de câncer visam ao diagnóstico de casos de câncer em fase inicial, podendo ter como resultado melhor prognóstico e menor morbidade associada ao tratamento. No caso do câncer de mama, a detecção precoce consiste em ações de diagnóstico precoce e rastreamento. Na faixa etária de 40 a 49 anos, a recomendação e periodicidade no rastreamento de câncer de mama é:

- (A) exame clínico de mama anual e, se alterado, mamografia.
- (B) ultrassonografia bianual e mamografia anual.
- (C) exame Clínico de Mama anual e mamografia a cada dois anos.
- (D) mamografia anual e se necessária ultrassonografia.
- (E) autoexame da mama e mamografia anual.

INTENÇÃO:

Compreender o entendimento dos estudantes acerca da saúde da mulher.

JUSTIFICATIVA:

Mamografia anual está indicada em mulheres com elevado risco de câncer de mama, cuja rotina deve se iniciar aos 35 anos. A ultrassonografia é método de auxílio diagnóstico e não de rastreamento. Para as mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico anual e a mamografia diagnóstica em caso de resultado alterado do exame clínico das mamas. O exame clínico da mama anual e a mamografia a cada dois anos são recomendados para mulheres de 50 a 69 anos. A mamografia anual só deve ser realizada caso o exame clínico da mama esteja alterado, não é recomendado com tal periodicidade em todas as mulheres. O autoexame da mama é fundamental para a prevenção e detecção do câncer de mama, todavia, é recomendado o exame clínico anual da mama na faixa etária dos 40 a 49 anos e caso esse tenha o resultado alterado, mamografia diagnóstica.

REFERÊNCIA:

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

30. (Residência UCP- 2019) Uma adolescente, juntamente com o namorado, também adolescente, procurou a enfermeira da unidade básica de saúde por estar suspeitando de uma gravidez indesejada. Após confirmação da gravidez, a enfermeira acolheu a adolescente no programa de pré-natal onde ofereceu uma assistência qualificada, com abordagem diferenciada, relacionada ao maior número de consultas, à adaptação da prescrição (linguagem de fácil compreensão), ao ganho ponderal e às questões éticas, legais e hábitos de vida (BRASIL, 2016). A adolescente foi acompanhada pela equipe da unidade de saúde até o parto. A criança nasceu a termo e, ainda na maternidade, a puérpera recebeu informações sobre a amamentação e sobre o retorno seguro à atividade sexual. No segundo dia de puerpério, ela recebeu alta e retornou para sua casa juntamente com o bebê.

Em se tratando de uma adolescente, para o retorno seguro à atividade sexual, a enfermeira da unidade de saúde reforçou as orientações sobre o uso de preservativo associado a outro método contraceptivo, disponibilizando-os e considerando como primeira ordem para escolha, segundo o Ministério da Saúde (2015), o:

(A) hormonal injetável trimestral, por favorecer um processo de adaptação melhor ao puerpério e não causar preocupação relacionada a esquecimento da ingestão do hormônio por via oral.

(B) hormonal oral, mini pílula a 0,15mg, haja vista não interferir no processo de produção e ejeção do leite materno.

(C) hormonal oral combinado, por ser mais seguro, haja vista a idade da adolescente e o risco de uma nova gravidez indesejada.

(D) dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, dependendo da aceitação da adolescente e de suas condições clínicas.

(E) Indicação do método hormonal oral combinado, visto que após o processo de gestação a adolescente passa a ter fluxo menstrual irregular.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante acerca da indicação dos métodos contraceptivos para os adolescentes.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com o Ministério da Saúde (2015) a camisinha masculina ou feminina deve ser usada em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional, pois a camisinha é o único método que oferece dupla proteção, ou seja, protege ao mesmo tempo das ISTs, AIDS e da gravidez não desejada. Também é ofertado o DIU de Cobre em todas as maternidades brasileiras, o que inclui as adolescentes dentro desse público a ser beneficiado. O DIU é um método de longa duração (por volta de 10 anos), seguro e que para as adolescentes pode ser uma opção mais eficaz na prevenção e postergação da segunda gravidez. A Febrasgo (2015) apresenta que entre as adolescentes, o uso de métodos contraceptivos de curta duração (pílulas, preservativos, anéis vaginais) são os mais escolhidos, no entanto, deve ser considerado o alto risco de gravidez indesejada nesta fase. A pouca utilização de métodos de longa duração na adolescência (DIUs e implantes) está relacionada desde a falta de conhecimento dos métodos pelas jovens, até as preocupações dos profissionais da saúde em relação ao risco de uso pelas adolescentes. As adolescentes devem ser orientadas a considerar o uso de implantes para prevenção de gravidez não desejada, repetidas e do

aborto. As complicações e intercorrências com uso de implantes pelas jovens são raras e similares às que acontecem nas mulheres adultas.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

31. (Residência UFGD-2019) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens aborda através de uma visão holística do ser humano e sistêmica as necessidades dessa população. Busca, ainda, apontar para a importância da construção de estratégias que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e de jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional. Com relação às condições de saúde dessa população, apresentadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde (2010), assinale a alternativa correta:

(A) Adolescentes e jovens são considerados pessoas saudáveis, não havendo necessidade de atenção à saúde nem mesmo nas questões de saúde reprodutiva.

(B) As mulheres, em todas as faixas etárias, são as principais vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências.

(C) A via pública é o local onde ocorrem mais violências contra adolescentes e a residência é o onde menos ocorrem.

(D) Suicídio é uma violência autoinfligida que não tem taxas de mortalidade tão significativas quando comparadas às de agressões. Dessa forma, não preocupa e não provoca impacto na saúde pública.

(E) A vulnerabilidade de adolescentes e jovens às causas externas atinge proporções mais significativas do que no restante da população, no entanto, as causas externas ocupam apenas o terceiro lugar na mortalidade desse grupo populacional.

INTENÇÃO:

Aferir conhecimento do estudante acerca da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde.

JUSTIFICATIVA:

Os jovens os que estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas. Os Adolescentes e jovens, por serem considerados pessoas saudáveis, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de

saúde reprodutiva. As condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externa. Dados do apontam que as mulheres, em todas as faixas etárias, são as principais vítimas de violência doméstica, sexual e outras violências. As residências são apontadas como um local de predomínio da violência. A vulnerabilidade de adolescentes e jovens às causas externas atinge proporções mais significativas do que no restante da população, a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às causas externas atinge proporções mais significativas do que no restante da população.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

32. (FASE, 2019)- Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB- -SUS 01/96. Em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002, como Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002 (NOAS-SUS 01/02). As Normas Operacionais Básicas foram instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientavam a operacionalidade do SUS, a partir da avaliação periódica de sua implantação e desempenho.

Assinale V (verdadeiro) ou F (falso) para os objetivos das Normas Operacionais:

- () Aprofundar e reorientar a implementação do SUS.
- () Estabelecer requisitos para repasse de recursos para o SUS.
- () Fortalecer a Política de Educação Permanente.
- () Induzir e estimular mudanças no SUS.
- () Regular as relações entre os gestores do SUS.

- (A) F, F, V, V, V.
- (B) V, F, F, F, F.
- (C) F, V, V, F, V.
- (D) V, F, F, V, V.**
- (E) V, V, V, V, V.

INTENÇÃO:

Apontar o conhecimento do estudante acerca dos objetivos das Normas Operacionais do SUS.

JUSTIFICATIVA:

A Norma Operacional Básica tem por em como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde, regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor. Tem como seus principais objetivos: -Induzir e estimular mudanças; aprofundar e reorientar a implementação do SUS; definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais; regular as relações entre seus gestores; normatizar o SUS.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993, que estabelece **normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde**, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, 1993. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>

33. (Residência UFGD) A adolescência é marcada por diversas alterações de caráter emocional, como o desenvolvimento da autoestima e da autocrítica. Questionamento dos valores dos pais e dos adultos em geral ficam mais explícitos. Nesse momento, os indivíduos começam a interagir de forma mais autônoma com o mundo externo, no entanto, aparentemente, sem assumir muitas responsabilidades da vida adulta. Sobre isso, assinale a alternativa correta:

(A) A paternidade na adolescência não deve ser vista apenas como algo a ser evitado. Adolescentes e jovens adultos devem ser assistidos diante de suas necessidades e projetos de vida, e não apenas segundo a percepção do profissional de saúde.

(B) Os adolescentes, por ainda não terem ingressado na vida adulta, não estão predispostos aos agravos à saúde pela não adoção de práticas preventivas (gravidez indesejável, DST/AIDS) e por maior exposição a situações de risco (uso de drogas, situações de violência).

(C) No atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente, não há relação entre a possibilidade de melhora com a

manutenção da criança ou do adolescente em seu ambiente doméstico e familiar.

(D) Da mesma forma que a população das demais faixas etárias, os adolescentes são acometidos principalmente por doenças cardiovasculares, seguidas de neoplasias e doenças respiratórias.

(E) Os adolescentes ainda não estão apresentando doenças psiquiátricas, mas nas próximas décadas isso poderá se tornar uma demanda para as políticas públicas de saúde.

INTENÇÃO:

Apontar o conhecimento do estudante acerca do desenvolvimento de cuidados relacionados à saúde do adolescente.

JUSTIFICATIVA:

A gravidez de adolescentes e de jovens possa ser tomada como uma espécie de “evento-problema” tal qual é considerado nas análises e nas políticas, parece que é mais adequado entendê-la como um ponto de inflexão que pode resultar de uma multiplicidade de experiências de vida – por isto pode assumir diferentes significados e ser também tratada de diferentes formas e apresentar diferentes desfechos. A maternidade e a paternidade podem se revelar, nessa faixa etária, como um elemento reorganizador da vida e não somente desestruturador. A causa de mortalidade está associada aos eventos externos e não as doenças cardíacas, neoplasia e doenças respiratórias. O Estatuto da Criança e do Adolescente traz em seu art. 11: É assegurado o atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do SUS, garantindo o acesso às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Cabe a equipe de saúde fazer o melhor acolhimento possível em espaços humanizados, de responsabilização e de formação de vínculos como um recurso terapêutico, aliados a projetos terapêuticos formulados, implementados e avaliados pelos profissionais da equipe de saúde, ter sensibilidade para com as demandas e necessidades desse segmento populacional em acordo com as diversidades individuais, sociais, étnicas e territoriais, enxergar a pessoa jovem na integralidade de seu ser e de sua vida, buscando identificar outras necessidades para seu bem-estar, e envidar esforços para engajá-la em outras ações e outros serviços locais, além dos serviços de saúde, independentemente da demanda inicial que a levou à unidade de saúde.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

34. (UNIFESO, 2019) Considerando o algoritmo circular de parada cardiorrespiratória (PCR) em adultos – atualização 2018 da American Heart Association, a qualidade da Reanimação Cardiopulmonar (RCP), é alcançada quando a _____ e com _____.
Aguardar o retorno do tórax.
 _____, se houver cansaço.

Em sequência as frases que completam corretamente essas lacunas são:

(A) compressão for com força de pelo menos 6 cm e com rapidez de 120 – 140/min. Maximizar interrupções nas compressões. Evitar ventilação excessiva. Trocar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço.

(B) compressão for sem força de pelo menos 5 cm e com rapidez de 100 – 120/min. Minimizar interrupções nas compressões. Com ventilação excessiva. Não trocar as pessoas que aplicam as compressões antes de 2 minutos ou trocar se houver cansaço.

(C) compressão for com força de pelo menos 5 cm e com rapidez de 100 – 120/min. Maximizar interrupções nas compressões. Realizar ventilação excessiva. Trocar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço.

(D) compressão for com força de pelo menos 5 cm e com rapidez de 100 – 120/min. Minimizar interrupções nas compressões. Evitar ventilação excessiva. Não trocar as pessoas que aplicam as compressões antes de 5 minutos ou trocar se houver cansaço.

(E) compressão for com força de pelo menos 5 cm e com rapidez de 100 – 120/min. Minimizar interrupções nas compressões. Evitar ventilação excessiva. Trocar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço.

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento do estudante sobre Parada Cardiorrespiratória (PCR) e as diretrizes de atendimento e de reanimação cardiopulmonar (RCP).

JUSTIFICATIVA:

A Parada Cardiorrespiratória (PCR) é descrita clinicamente como a interrupção abrupta dos batimentos cardíacos, movimentos respiratórios e perda da consciência, ocasionando dano cerebral irreversível e óbito, caso as manobras de Reanimação CardioPulmonar (RCP) não sejam realizadas

imediatamente. É a situação de maior emergência atendida no ambiente pré-hospitalar e hospitalar, onde aproximadamente 95% dos pacientes com PCR falecem antes mesmo de chegarem ao hospital. Logo após uma PCR, as manobras efetuadas são chamadas de RCP e tem como objetivo manter o fluxo de sangue oxigenado ao cérebro e a outros órgãos vitais, até que aconteça o retorno da circulação espontânea e o restabelecimento da homeostase. Essas manobras de reanimação bem executadas e realizadas podem duplicar e até triplicar a chance do paciente sobreviver, pois, constituem a melhor chance de recuperação da função cardiopulmonar e cerebral. De tempos em tempos ocorre publicação de novas recomendações das Diretrizes da American Heart Association (AHA) para Reanimação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), para que os socorristas leigos e profissionais da saúde que fazem as manobras de RCP possam dar ênfase na ressuscitação e nas suas recomendações mais relevantes. Em 2018 ocorreu uma atualização das Diretrizes de 2015 e nesses destaques a qualidade da manobra de RCP é fundamental para o sucesso do atendimento. Dentre varias atualizações o Suporte avançado de vida cardiovascular no adulto. O Algoritmo de SAVC para PCR - No item de qualidade da RCP do algoritmo, o texto do quarto marcador foi alterado de “Alterne as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço” para “Troque as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço”. E determina que as compressões devem ser com força de pelo menos 5 cm e com rapidez de 100 – 120/min. Minimizar interrupções nas compressões. Evitar ventilação excessiva. Trocar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver cansaço.

REFERÊNCIA:

AHA, American Heart Association. **Destaques das diretrizes da American Heart Association 2018 para RCP e ACE.** [versão em Português] [Internet]. 2018 https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2018/10/2018-Focused_Updates_Highlights_PTBR.pdf

35. (UNIFESO, 2019) Feridas são definidas como a perda da solução de continuidade do tegumento, representadas não apenas pela ruptura da pele e do tecido celular subcutâneo, mas também, em alguns casos músculos, tendões e ossos. Podem ser classificadas quanto à etiologia, complexidade e tempo de evolução. O tratamento das feridas cutâneas é dinâmico e depende, a cada momento, da evolução das fases de cicatrização. O curativo é o tratamento clínico mais frequentemente utilizado para o tratamento de feridas. A escolha do material adequado para o curativo decorre do conhecimento fisiopatológico e bioquímico da reparação tecidual

O cuidado às feridas é uma área de atuação que está intimamente ligada à prática da Enfermagem, tanto em ambientes ambulatoriais quanto hospitalares.

Julgue os itens a seguir, acerca de avaliação de feridas e assinale V (verdadeiro) ou F (falso):

- () A planimetria com acetato é o método menos invasivo de determinação de área de uma ferida.
- () Um roteiro sistemático de avaliação de feridas deve incluir um exame subjetivo do paciente.
- () Entre os sistemas de investigação que podem auxiliar os enfermeiros na avaliação de feridas inclui-se o RYB, que avalia a quantidade de secreção na ferida.
- () Na avaliação do estado nutricional do paciente com feridas, se necessário, o enfermeiro deve fazer uso de indicadores nutricionais, como a albumina sérica.
- () Para a avaliação de uma ferida, devem ser levados em consideração seus dados topográficos e morfológicos.

- (A) V, V, F, V, V
- (B) F, V, F, V, V
- (C) F, F, F, V, V
- (D) V, V, F, F, V
- (E) F, V, F, F, V

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre avaliação e cuidado com feridas.

JUSTIFICATIVA:

O enfermeiro está diretamente relacionado ao cuidado a pessoas portadoras de feridas em todos os níveis de atenção à saúde. Por isso, precisa realizar uma boa avaliação clínica. Nesta perspectiva, a avaliação das feridas é essencial para estabelecer um diagnóstico, monitorar o efeito do tratamento, identificar a presença de infecção, além de prever o resultado do tratamento com precisão. A **mensuração** apresenta-se como um dos aspectos fundamentais da avaliação de feridas, além de fornecer, de maneira objetiva e sistematizada, parâmetros que indicam a evolução da cicatrização da mesma. A mensuração pode ser Linear – Quando inclui comprimento e largura. Bidimensional – quando inclui comprimento, largura e profundidade (CxLxP). Traçar uma linha na maior extensão vertical e outra na maior extensão horizontal. Multiplicar uma medida pela outra para obter a área em cm². Pode-se realizar a medição das seguintes formas: * **Medição linear simples** – com régua descartável ou os materiais disponíveis na Unidade (swab, espátula, sonda, cateter, entre outros), realizando a marcação no material e posteriormente a medição com uma régua disponível. * **Com decalque da ferida** – colocar parte interna do acetato (parte transparente da embalagem das coberturas) ou dos pacotes de curativo (parte transparente estéril do papel grau cirúrgico) sobre a ferida; desenhar o contorno da ferida com caneta para retroprojeter e posteriormente realizar a medição no decalque. * **Métodos computadorizados** – programas e aplicativos

específicos para realizarem a medição das feridas, tais como: imitoMeasure, +WoundDesk e WoundDoc. **Profundidade** – introduzir material estéril disponível (swab, sonda, cateter, seringa sem agulha, espátula, entre outros) até a parte mais profunda da ferida, realizando a marcação no ponto mais próximo a borda e depois realizar a medida com a régua. A **Localização** também é importante na avaliação das feridas. Permite obter dados sobre o fator causal da ferida, sobre os riscos em potencial para complicações e colabora para avaliação da terapia a ser adotada. Devem ser levados em consideração seus dados topográficos e morfológicos. O **exsudato** presente na ferida é variável conforme a fase da cicatrização e pode indicar complicações. Classificar o exsudato quanto a: Quantidade (parâmetro: 12 gazes = 100% do curativo): - Seco ou escasso (ferida seca ou com exsudato não mensurável); - Pouca - até 3 gazes (até 25% do curativo padrão saturado) - Moderada – 4 – 9 gazes (25 a 75% do curativo saturado); - Abundante – acima de 10 gazes (+ 75% do curativo saturado). Cor: Seroso (amarelado/transparente); sanguinolento (vermelho), serosanguinolento (amarelado com vestígios de vermelhos) Consistência: fluido, espesso, purulento. Quanto ao **Leito da ferida** - Permite identificar o estágio da cicatrização e/ou se existe alguma complicação. Classificar de acordo com a cor do tecido presente no leito. Sistema RYB (Red, Yellow, Black), vermelho, amarelo e preto: * Cor vermelha, brilhante, granular – tecido viável – tecido de granulação * Coloração amarelada ou esbranquiçada – esfacelo – estágio final da fase inflamatória – tende a desaparecer. * Coloração preta – tecido necrótico decorrente de isquemia prolongada. No caso de presença de diferentes tipos de tecido ou cores no leito da ferida, classificar pela cor que apresenta situação mais crítica. Estado nutricional alterado: a desnutrição diminui a proteção entre a pele e os ossos além dos prejuízos com relação à nutrição; a obesidade favorece as infecções e a camada de gordura excessiva sob a pele prejudica a circulação sanguínea.

REFERÊNCIA:

SMS-Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis: **Protocolo de Enfermagem - Volume 6 - Cuidado à pessoa com ferida.**
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2019_14.54.48.a094a8bd10cad8fdad4c98021e73821a.pdf

36. (IADES, 2018) A temperatura corporal do recém-nascido (RN) à admissão na unidade neonatal é um forte preditor de morbidade e mortalidade em todas as idades gestacionais, sendo considerado um indicador da qualidade do atendimento. Recomenda-se que a temperatura axilar do RN, desde o nascimento até a admissão no alojamento conjunto ou na unidade neonatal, seja mantida entre:

- (A) 35,5 °C e 36 °C.
- (B) 36° C e 36,5° C

- (C) 36,5° C e 37,5° C
(D) 36,8° C e 37,8° C
(E) 37° C e 38° C

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento dos estudantes sobre da saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

A temperatura corporal é o resultado do balanço entre os mecanismos de produção e de eliminação do calor. No RN, sobretudo no pré-termo, pode ocorrer desequilíbrio desses mecanismos, com aumento nas perdas e limitação na produção. A capacidade de manter constante a temperatura corporal quando a temperatura ambiental varia (homeotermia) é limitada no RN, e o estresse do frio ocorre quando a perda de calor excede a capacidade de produção. O controle térmico depende da idade gestacional e pós-natal, do peso de nascimento e das condições clínicas do RN. Ao nascimento, a transição do ambiente intrauterino, com temperatura em torno de 37,5° C, para o ambiente seco e frio da sala de parto propicia importante perda de calor por evaporação e por convecção. Se não houver intervenção, a temperatura cutânea do RN diminui rapidamente, em torno de 0,3° C por minuto. Essa queda desencadeia resposta termorregulatória mediada pelo sistema nervoso simpático com liberação de noradrenalina nas terminações nervosas da gordura marrom, com liberação do hormônio estimulante da tireoide. Os hormônios tireoidianos, especialmente a triiodotironina (T3), atuam de forma sinérgica com a noradrenalina promovendo a oxidação de ácidos graxos livres e o aumento de uma proteína designada termogenina, resultando em produção de calor, porém com grande consumo de energia. A Organização Mundial de Saúde define como faixa de normalidade a temperatura do RN de 36,5 a 37,4°C e classifica a hipotermia conforme a gravidade: hipotermia leve: temperatura entre 36,0 e 36,4°C; hipotermia moderada: temperatura entre 32,0 e 35,9°C; hipotermia grave: temperatura menor que 32,0°C. Hipertermia é definida como temperatura corporal acima de 37,5° C.

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.

37. (UNIFESO, 2019) A cicatrização, de um modo geral, representa uma complexa sequência de eventos coordenados e desencadeados pelo organismo, que objetivam reconstruir estrutural e funcionalmente o tecido comprometido em sua maior plenitude. As feridas cicatrizam por diferentes mecanismos, a depender de suas condições e o reparo das feridas passa por diferentes fases.

Acerca desses mecanismos e fases associe as colunas abaixo:

1ª Coluna	2ª Coluna
Cicatrização por primeira intenção	() inicia-se no momento da lesão e a resposta inflamatória dura cerca de três dias. O sangue traz consigo plaquetas, hemácias e fibrina, os quais formam um coágulo que serve de barreira impermeabilizante contra contaminação. A lesão tecidual acarreta liberação local de histamina, serotonina e bradicinina com consequente vasodilatação, causando os sinais flogísticos de calor e rubor. A permeabilidade vascular aumentada propicia a exsudação plasmática e a passagem de elementos celulares, dentre eles, os neutrófilos e monócitos, os quais são os primeiros a chegarem ao sítio da lesão. Estas células têm importante papel de desbridamento, isto é, realizam a fagocitose de debris celulares, partículas antigênicas e corpos estranhos.
Cicatrização por segunda intenção	() designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando da existência de infecção, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente.
Cicatrização por terceira intenção	() ocorrem em feridas realizadas de maneira asséptica, com um mínimo de destruição tecidual e que são devidamente fechadas (bordas coaptadas - união primária), cicatrizando com pouca reação tecidual. O tecido de granulação não é visível
Fase inflamatória	() - possui três eventos importantes: <ul style="list-style-type: none"> ♣ Neo-angiogênese: é o processo de formação de novos vasos sanguíneos para a manutenção da cicatrização da ferida. ♣ Fibroplasia: as células mesenquimais quiescentes são atraídas para o local inflamatório e são transformadas em fibroblastos. Estas células tem por função primordial a síntese de colágeno, uma proteína de alto peso molecular responsável pela força tênsil da cicatriz. ♣ Epitelização: as células epiteliais migram, a partir das bordas, sobre a área cruenta, da ferida e dos folículos pilosos próximos, induzindo a contração e a neopitelização da ferida e, assim, reduzindo a sua superfície.
Fase proliferativa	() a ferida sobre um processo de contração, reduzindo a quantidade e tamanho da cicatriz desordenada e a remodelação da ferida tem início durante a 3ª semana e caracteriza-se por um aumento da resistência, sem aumento na quantidade de colágeno. Há um equilíbrio de produção e destruição das fibras de colágeno neste período, por ação da colagenase.
Fase de maturação	() acontece em feridas nas quais as bordas não foram aproximadas com perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização.

A sequência correta dessa associação é:

- (A) 2 3 1 4 5 6
- (B) 6 3 2 1 5 4
- (C) 4 3 1 5 6 2
- (D) 1 3 2 4 5 6
- (E) 3 1 2 4 6 5

INTENÇÃO:

Avaliar conhecimento do estudante sobre processo de cicatrização de feridas.

JUSTIFICATIVA:

Os mecanismos de cicatrização: *Cicatrização por primeira intenção: ocorrem em feridas realizadas de maneira asséptica, com um mínimo de destruição tecidual e que são devidamente fechadas (bordas coaptadas - união primária), cicatrizando com pouca reação tecidual. O tecido de granulação não é visível. *Cicatrização por segunda intenção: acontece em feridas nas quais as bordas não foram aproximadas com perda excessiva de tecido com a presença ou não de infecção. A aproximação primária das bordas não é possível. As feridas são deixadas abertas e se fecharão por meio de contração e epitelização. *Cicatrização por terceira intenção: designa a aproximação das margens da ferida (pele e subcutâneo) após o tratamento aberto inicial. Isto ocorre principalmente quando da existência de infecção, que deve ser tratada primeiramente, para então ser suturada posteriormente. O reparo das feridas passa por três etapas básicas, e a primeira delas é a inflamatória. A fase inflamatória inicia-se no momento da lesão e a resposta inflamatória dura cerca de três dias. O sangue traz consigo plaquetas, hemácias e fibrina, os quais formam um coágulo que serve de barreira impermeabilizante contra contaminação. A lesão tecidual acarreta liberação local de histamina, serotonina e bradicinina com conseqüente vasodilatação, causando os sinais flogísticos de calor e rubor. A alta atividade mitótica e formação do tecido de granulação são características essenciais da fase proliferativa, a qual possui três eventos importantes: *Neo-angiogênese: é o processo de formação de novos vasos sanguíneos para a manutenção da cicatrização da ferida. *Fibroplasia: as células mesenquimais quiescentes são atraídas para o local inflamatório e são transformadas em fibroblastos. Estas células têm por função primordial a síntese de colágeno, uma proteína de alto peso molecular responsável pela força tênsil da cicatriz. *Epitelização: as células epiteliais migram, a partir das bordas, sobre a área cruenta, da ferida e dos folículos pilosos próximos, induzindo a contração e a neoepitelização da ferida e, assim, reduzindo a sua superfície. Fase de maturação: nessa fase a ferida sobre um processo de contração, reduzindo a quantidade e tamanho da cicatriz desordenada e a remodelação da ferida tem início durante a 3ª semana e caracteriza-se por um aumento da resistência, sem aumento na

quantidade de colágeno. Há um equilíbrio de produção e destruição das fibras de colágeno neste período, por ação da collagenase.

REFERÊNCIA:

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 9.ed. São Paulo: Elsevier, 2019.

38. (Residência Multiprofissional/UFG/COREMU/2016) J.A.S., de 35 anos, diagnosticada com DM 1, chegou à unidade de emergência apresentando vômitos, astenia, visão turva, sonolência, hálito cetônico, dor abdominal e glicemia capilar de 400 mg/dl. Esse quadro caracteriza uma complicação da diabetes conhecida como cetoacidose diabética.

É importante o enfermeiro saber que o tratamento dessa complicação consiste em:

(A) administrar cloreto de sódio no sentido de corrigir o distúrbio hidroeletrólítico, especialmente a hiponatremia.

(B) estabelecer acesso venoso para a reposição de fluidos e eletrólitos, com o objetivo de repor as perdas e eliminar o excesso de glicose.

(C) iniciar infusão de insulina regular em bolus, seguida de infusão contínua, em bomba de infusão até a correção da glicemia.

(D) iniciar reposição volêmica com soro fisiológico a 0,9%, até estabilização da pressão arterial e débito urinário de 10 a 20 ml/h.

(E) monitorar o peso mantendo o IMC acima de 29,9 Kg/m² corpóreo à mudança de estilo de vida.

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento do estudante acerca do atendimento ao paciente diabético.

JUSTIFICATIVA:

As metas do tratamento das crises hiperglicêmicas agudas são: manutenção das vias respiratórias pervias e, em caso de vômitos, correção da desidratação; correção dos distúrbios eletrólíticos e acidobásico; redução da hiperglicemia e da osmolalidade; identificação e tratamento do fator precipitante.

REFERÊNCIA:

PORTH, C.M.; MATFIN, G. **Fisiopatologia**. 9ª ed. Guanabara Koogan, 2015.

39. (IF-TO, 2019) Considere a situação hipotética a seguir: A Sr.^a Rosa, 45 anos, viúva, mora com uma filha de 25 anos e 1 neto de 3 anos, cujo cartão de vacinas está atualizado. A Sr.^a Rosa queixa que há 1 ano apareceram em seu corpo 6 manchas pequenas avermelhadas nos braços e pernas. Informa ainda que ultimamente vem sentido formigamento nos braços e a força das mãos está fraca, o que a impede de fazer alguns serviços domésticos.

Na unidade de saúde foi avaliada e recebeu o diagnóstico de hanseníase, sendo iniciada a poliquimioterapia.

Em relação ao caso, assinale a Incorreta:

(A) O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de Saúde é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).

(B) O controle dos comunicantes familiares deve ser realizado porque o paciente constitui uma fonte de infecção pelo risco de contato cutâneo entre os moradores do domicílio.

(C) A hanseníase é uma doença de notificação compulsória.

(D) A Sr.^a Rosa apresenta a forma multibacilar da doença, cujo critério de alta é receber 12 doses supervisionadas da poliquimioterapia preconizada pelo Ministério da Saúde em até 18 meses.

(E) A sensibilidade térmica é a mais precocemente alterada na hanseníase.

INTENÇÃO:

Verificar o conhecimento do estudante acerca do cuidado aos pacientes com Hanseníase.

JUSTIFICATIVA:

Doença crônica, infectocontagiosa, causada por um bacilo capaz de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), embora poucos adoçam (baixa patogenicidade). Essas propriedades não ocorrem em função apenas das características intrínsecas do agente etiológico, mas dependem, sobretudo, da relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio, entre outros aspectos. O *Mycobacterium leprae* é um parasita intracelular bacilo álcool-ácido resistente. É a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente as células de Schwann. Este bacilo não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, não é cultivável in vitro. O homem é reconhecido como a única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados – tatu, macaco mangabeí e chimpanzé. Os doentes com muitos bacilos (multibacilares – MB) sem tratamento – hanseníase virchowiana e hanseníase dimorfa – são capazes de eliminar grande quantidade de bacilos para o meio exterior (carga bacilar de

cerca de 10 milhões de bacilos presentes na mucosa nasal). A transmissão se dá por meio de uma pessoa com hanseníase, na forma infectante da doença MB, sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural que confere imunidade contra o *M. leprae*, e sabe-se que a suscetibilidade ao bacilo tem influência genética. Assim, familiares de pessoas com hanseníase possuem chances maiores de adoecer. A principal via de eliminação do bacilo pelo doente e a mais provável via de entrada deste no organismo são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), por meio de contato próximo e prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. Por isso, o domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

40. (IADES,2018) No que se refere ao processo de triagem neonatal, terminada a coleta de sangue em papel filtro e a verificação imediata, as amostras devem secar de forma adequada. Quanto ao método correto de secagem da amostra, assinale a alternativa correta.

(A) Longe do sol, em ambiente de 15° C a 20° C, por cerca de três horas.

(B) Exposição ao sol ou secagem em cima de estufas por 30 minutos.

(C) Mantê-la próxima ao ventilador ou ao ar-condicionado até a secagem adequada.

(D) Empilhar as amostras por 60 minutos.

(E) Mantê-la em contato com superfície previamente aquecida por 20 minutos.

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento dos estudantes sobre a saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

A partir da implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) poderemos dispor de informações que serão utilizadas na realização de estudos epidemiológicos e projeções estatísticas, visando à melhoria na

qualidade do programa ou estabelecimento de novas estratégias em Triagem Neonatal. A estrutura do PNTN está baseada no credenciamento de Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), pelo menos um em cada estado brasileiro. A organização do sistema de coleta de amostras para o PNTN requer cuidados especiais para que se possa obter os resultados desejados. Todas as atividades envolvidas direta ou indiretamente são importantes, desde a escolha e treinamento do profissional que fará a coleta até o sistema de transporte das amostras ao laboratório que vai realizar as análises. No que tange a SECAGEM DA AMOSTRA: terminada a coleta e a verificação imediata, as amostras devem ser colocadas numa prateleira ou qualquer outro dispositivo que permita que as amostras possam secar de forma adequada. Temperatura Ambiente – longe do sol, em ambiente de 15 a 20°C, por cerca de 3 horas; Isoladas – uma amostra não pode tocar outra, nem qualquer superfície; Posição horizontal – mantém a distribuição do sangue de forma homogênea. São procedimentos de secagem **proibidos**: temperaturas altas – exposição ao sol e secagem em cima de estufas ressecam a amostra inutilizando-a; ventilação forçada – ventiladores também ressecam a amostra inutilizando-a; local com manipulação de líquidos ou gases químicos – podem inutilizar a amostra; empilhamento de amostras – leva à mistura de sangue entre amostras diferentes; contato com superfícies – algum excesso de sangue que tenha restado na amostra, não consegue se espalhar uniformemente quando em contato com superfícies. Numa pequena prateleira destinada especialmente à secagem, as amostras podem ficar bem apoiadas, com a região contendo o sangue exposto do lado de fora da prateleira, sem tocar nenhuma superfície.

REFERÊNCIA:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

41. (COMPERVE, 2019) A tuberculose continua sendo mundialmente um importante problema de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de saúde pública. No Brasil, anualmente ainda morrem 4,5 mil pessoas por tuberculose, doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares (BRASIL, 2019).

Sobre a hospitalização da pessoa com tuberculose, é correto afirmar:

(A) é recomendada para os pacientes com tosse por mais de cinco semanas, que não realizaram exames de baciloscopia e de imagens diagnósticos, devido à dificuldade de acesso à rede de atendimento à saúde.

(B) o período de internação deve ser o maior possível para garantir o tratamento mais efetivo, estendendo o tempo o suficiente para atender às razões que determinaram sua indicação.

(C) em alguns casos, as orientações de biossegurança devem ser observadas, em comum acordo com os profissionais e o paciente, uma vez que certas situações podem não contribuir para reduzir a transmissão e deixar a pessoa com tuberculose e sua família constrangidos.

(D) é recomendada para os pacientes em situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa, ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência.

(E) é recomendada para os pacientes vivendo em situação de rua e usuários de drogas.

INTENÇÃO:

Verificar o conhecimento do estudante acerca do cuidado aos pacientes com tuberculose.

JUSTIFICATIVA:

A incidência de tuberculose é maior em áreas de grande concentração populacional e precárias condições socioeconômicas e sanitárias. A distribuição da doença é mundial, sendo a tuberculose considerada a doença infecciosa que mais mata no mundo, superando mortes causadas pela aids e malária. A maior parte dos casos utilizará os esquemas padronizados e receberá o tratamento e acompanhamento nas unidades de Atenção Básica, sejam casos novos ou retratamentos. A investigação de contatos é de fundamental importância para o controle da doença, uma vez que, por meio dessa investigação, é possível identificar os casos de tuberculose ativa, iniciar precocemente o tratamento e quebrar a cadeia de transmissão. Essa ação também permite a identificação dos casos de infecção latente da tuberculose, o que possibilita a prevenção do desenvolvimento da tuberculose ativa. A avaliação do grau de exposição do contato deve ser individualizada, considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição. Em hospitais e nos demais serviços de saúde, é preciso atentar à descoberta de casos de tuberculose, à pronta instituição do tratamento e à notificação. Os casos detectados em hospitais podem estar mais sujeitos aos desfechos desfavoráveis, seja pela sua gravidade ou pelo risco de descontinuidade do tratamento após a alta hospitalar. Algumas populações são consideradas

prioritárias para o controle da doença, devido ao maior risco de adoecimento por tuberculose, como profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV/AIDS, privados de liberdade, indivíduos em situação de rua, povos indígenas e contatos de tuberculose resistente.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

42. (EBSERH, 2018 adaptado) As emergências em saúde mental envolvem situações relacionadas às alterações agudas do pensamento, do senso percepção, da consciência, do humor, do comportamento ou das relações sociais de pacientes que exigem uma intervenção imediata, devido à possibilidade de evolução rápida para um resultado deletério. Entre os possíveis desfechos negativos incluem-se sofrimento psíquico significativo, perda da autonomia, comprometimento do papel social e risco potencial ou evidente à integridade psíquica e física do indivíduo ou de outras pessoas.

Tendo o texto precedente como referência inicial, julgue os itens a seguir, a respeito da assistência de enfermagem às emergências em saúde mental assinalando V (verdadeiro) ou F (falso):

() Um dos fatores de risco para o suicídio tentado, uma das emergências psiquiátricas mais graves, é conviver ou ter convivido com alguém que tentou ou concretizou o suicídio.

() A escolha do método, a preparação e a intensidade da tentativa de suicídio são indícios da profundidade do sofrimento do paciente, por isso é possível distinguir claramente quem deseja cessar a própria vida de quem não está convicto do ato.

() No manejo de urgências psiquiátricas, os serviços de saúde mental adotam como prática métodos que garantam a dignidade do indivíduo, sem uso de contenção física.

() O cuidado da enfermagem com paciente que tentou suicídio requer vigilância constante e discreta, a fim de evitar automutilações e novas tentativas de suicídio, devendo-se destinar maior atenção àqueles com transtorno depressivo, visto que, nesse caso, é mais provável que o ato seja novamente tentado do que a ideação se dissipe.

() O *delirium tremens* é uma manifestação inicial da síndrome de abstinência do álcool (SAA) associada a tremores incontroláveis,

decorrentes principalmente dos efeitos deletérios do álcool no sistema nervoso central e é facilmente tratado com glicose e vitamina B.

() Nos pacientes com síndrome de abstinência do álcool, as respostas homicidas e suicidas são, frequentemente, resultado de alucinações. Para minimizar esse quadro, a equipe de enfermagem deve, sempre que possível, manter o paciente na companhia de outra pessoa, em um ambiente calmo, com luminosidade e portas fechadas para evitar sombras.

(A) V, F, F, V, F, V

(B) V, F, V, F, V, V

(C) V, V, F, F, V, F

(D) V, F, V, V, F, F

(E) V, F, F, F, V, V

INTENÇÃO:

Avaliar a compreensão do estudante sobre emergências em saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

A Política Nacional de Saúde Mental compreende que a atenção em saúde deve ser feita por uma densa rede de cuidados aberta e de base comunitária, formada por vários dispositivos, dentre eles: a atenção básica e especializada em saúde, atenção às urgências e emergências, atenção hospitalar e serviços de atendimento domiciliar, articulados a estratégias de desinstitucionalização e de reabilitação psicossocial. O movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do paciente na comunidade. Nessa perspectiva, os Serviços de EP no Hospital Geral surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, providos de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde. Será sempre caracterizado como emergência psiquiátrica, um momento na vida da pessoa em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar desestruturação, não apenas na vida psíquica e social do paciente, mas também da família e ou do grupo social mais próximo. A equipe para atender à EP deve atuar de forma integrada e planejada, não deixando de lado a compreensão e um ouvir que acarretará ao acolhimento do paciente no momento de um sofrimento psíquico tão importante. Na admissão é importante anotar a presença de alguma patologia clínica e sua correspondente medicação mantida no período em que o paciente estiver no PS. A participação ativa dos profissionais enfermeiros torna-se elemento fundamental para a prevenção do agravo nesses casos emergenciais. Deste modo, o enfermeiro deve estimular, educar e preparar a equipe, ministrando através de instrumentos como fluxograma, protocolos, exame psíquico e informações atuais baseadas cientificamente para que a equipe possa estar segura de suas ações

posteriores. Evoluindo então, para um atendimento diferenciado, exigindo uma tomada de medidas imediatas para controle de uma situação iminente.

REFERÊNCIA:

SOUSA F.S.P; SILVA C.A.F; OLIVEIRA E.N. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/35.pdf> Acesso em: 16 jul 2019

43. (FGV, 2018) Um dos procedimentos necessários após o nascimento é a clampagem do cordão umbilical, que deve ser realizada:

- (A) logo após sua secção;
- (B) após a etapa de dequitação;
- (C) somente em uma unidade hospitalar;
- (D) após a exteriorização da placenta;
- (E) assim que cessarem suas pulsações.

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento dos estudantes sobre da saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico ou profissional de enfermagem, desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP. Para prestar este atendimento o profissional médico ou de enfermagem deverá exercitar as boas práticas de atenção humanizada ao recém-nascido apresentadas nesta Portaria e respaldadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde e ser capacitado em reanimação neonatal. Considera-se como capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme orientação publicada, por expediente específico, pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde. Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se: I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar

a perda de calor; II - proceder ao clameamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clameamento deve ser imediato; III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas; IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos.

REFERÊNCIA:

Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 maio 2014c. Seção 1, p. 50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html

44. (EBSERH, 2018 adaptado) Acerca da rede de atenção psicossocial, julgue os itens que se seguem.

I - Os profissionais que integram a equipe de consultório na rua atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua.

II - O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de projeto terapêutico coletivo.

III - São pontos de atenção da rede de atenção psicossocial, na atenção de urgência e emergência, o SAMU, a sala de estabilização e as UPA 24 horas.

IV - A rede de atenção psicossocial não tem permissão legal para promover a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território.

V - A ampliação do número de leitos nos hospitais psiquiátricos é um dos objetivos específicos da rede de atenção psicossocial.

VI - Os CAPS AD atendem pessoas de todas as faixas etárias que apresentem intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas, sendo indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes.

VII - O tempo máximo de permanência em serviços de atenção em regime residencial transitório é de doze meses.

É correto apenas o que se afirma em:

- (A) I, II, III, IV
- (B) I, IV, V, VII
- (C) I, VI
- (D) I, III, VI**
- (E) I, IV, VII

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre a rede de atenção psicossocial (RAPS)

JUSTIFICATIVA:

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). A RAPS está presente na Atenção Básica • Unidade Básica de Saúde; • Núcleo de Apoio a Saúde da Família; • Consultório de Rua; • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; • Centros de Convivência e Cultura. Atenção de Urgência e Emergência • SAMU 192; • Sala de Estabilização; • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde. Atenção Hospitalar • Enfermaria especializada em hospital geral; • Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

REFERÊNCIA:

RAPS, Redes de atenção à saúde: **Rede de Atenção Psicossocial – RAPS/** Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis (Org.). São Luís: EDUFMA, 2018. www.saude.gov.br/saudemental

45. (EBSERH/HU-UFGD, 2013) A escala de Apgar é um dos métodos utilizados na avaliação do neonato, podendo-se afirmar que:

(A) aos aspectos avaliados, são atribuídas notas de 0 a 3 pontos, somando um total de 12 pontos.

(B) a escala de Apgar usualmente é realizada no segundo e no oitavo minuto de vida para determinação da vitalidade do neonato.

(C) o Apgar menor que 07 é esperado para um neonato a termo, com boa vitalidade no oitavo minuto de vida.

(D) os sinais avaliados na escala de Apgar são: frequência cardíaca, esforço

respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele.

(E) uma das características da anóxia perinatal precoce é o escore de Apgar entre 08 e 10 no oitavo minuto de vida do neonato.

INTENÇÃO:

Analisar o conhecimento dos estudantes sobre da saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

Escala ou Índice de Apgar, consiste na avaliação de 5 sinais no primeiro, no quinto e no décimo minuto após o nascimento, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2. Os sinais avaliados são a frequência cardíaca, a respiração, o tônus muscular, a cor da pele e a presença de reflexos. O somatório da pontuação resultará no Índice de Apgar: Apgar 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos, significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Apgar 5 a 7 significa que o bebê apresentou uma dificuldade leve. Apgar 3 a 4 traduz uma dificuldade de grau moderado e Apgar 0 a 2 aponta uma dificuldade de ordem grave. 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 é inferior a sete no 5º minuto, recomenda-se sua aplicação a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida.

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.

46. (UNIFESO, 2015) Com relação ao cuidado de enfermagem que deve ser dispensado ao usuário que está sob a terapêutica do Carbonato de Lítio, é indispensável:

- (A) Aferição dos sinais vitais, observar remissão de sintomas psicóticos, estimular ingesta hídrica, registrar alterações do comportamento.
- (B) Observar a ingesta hídrica, observar a aceitação da alimentação, registrar remissão de sintomas psicóticos e de ansiedade.
- (C) Observar a remissão de sintomas psicóticos e comunicar ao médico em caso de agitação psicomotora.
- (D) Observar eliminações vesico - intestinais, aferição de sinais vitais e qualquer aparecimento de lesão cutânea.
- (E) Aferição e controle dos sinais vitais, monitoramento da litemia, observar

alterações gastrointestinais, observar e registrar edemas.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento sobre saúde mental e terapêutica medicamentosa.

JUSTIFICATIVA:

As complicações pelo uso do lítio conhecidas na literatura médica incluem principalmente nefrotoxicidade (destacando-se o desenvolvimento de diabetes insipidus nefrogênico), alterações endócrinas (hipotireoidismo) e neurotoxicidade. Esta se manifesta, geralmente, com um quadro de disartria, ataxia e tremores, associado a quadro de confusão mental e sonolência. Estes quadros podem progredir para convulsões, coma e morte. Alguns efeitos neurológicos decorrentes do uso do lítio podem ser permanentes, incluindo-se prejuízo à memória, atenção e ataxia. Os efeitos neurotóxicos do lítio geralmente ocorrem em concentrações séricas altas (litemia > 2,5 mEq/L) ou em pacientes que apresentam fatores de risco. Os principais fatores que predispõem a maiores efeitos colaterais e risco de toxicidade são pacientes que apresentam diminuição da função renal, idade avançada, uso de diuréticos, demência, gravidez, baixa ingestão de sódio e doença física com vômitos e/ou diarreia.

REFERÊNCIA:

ROCHA, R. M. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2 ed. Rio de Janeiro: SENAC, 2005

47. (EBSERH/HU-UFGD, 2013) O fornecimento de informações simples e claras quanto ao posicionamento recomendado para o Recém-nascido dormir devem 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:

Analisar o conhecimento dos estudantes sobre a saúde da criança.

JUSTIFICATIVA:

Pais e cuidadores devem ser alertados quanto ao risco de morte súbita de crianças no primeiro ano de vida, sobretudo nos primeiros 6 meses. Devem receber a orientação de que a melhor maneira de prevenir sua ocorrência é colocar a criança para dormir de “barriga para cima” (posição supina), e não de lado ou de bruços (de decúbito lateral ou de posição prona). A posição supina não aumenta o risco de aspiração, mesmo naqueles com refluxo gastroesofágico (refluxo do estômago para o esôfago), porque a anatomia das vias aéreas dos bebês os protege. A posição prona (de bruços) é aceitável em situações em que o risco de morte por refluxo é maior que o de morte súbita, como em casos de alterações anatômicas do bebê como fissuras laríngeas ainda não submetidas à cirurgia. Os bebês devem dormir no berço em um colchão firme, coberto por um lençol justo, e não deve haver lençóis ou cobertores frouxos ou objetos macios em volta da criança. Isso evita que o bebê se sufoque ou fique inalando o mesmo ar. No caso de gêmeos, é recomendado que durmam em berços separados. O berço pode ser substituído por Moisés ou berço portátil, desde que seguidas as orientações descritas e usados colchão e roupa de cama específicos para cada modelo. Carrinhos estreitos, cadeirinhas, bebê conforto ou *sling* (carregador de bebê que permite formar uma espécie de saco ou rede, onde se carrega o bebê próximo ao corpo em várias posições) não devem ser usados rotineiramente para dormir, principalmente para bebês menores de 4 meses, que podem assumir posições que aumentam o risco de sufocamento ou asfixia. Recomenda-se que os bebês durmam no quarto dos pais, próximos à cama deles (porém em outra superfície), pelo menos, até os 6 meses. Os bebês não devem dormir em camas, pelo risco de aprisionamento ou sufocamento e podem acarretar maior risco de morte para o bebê, além de lesões não intencionais (ao cair da cama, ao ser prensado ou sufocado por um dos pais, principalmente quando se trata de crianças menores de 4 meses). Também por segurança, os pais devem ser instruídos a não dormir com o bebê em sofás ou poltronas.

REFERÊNCIA:

Quais orientações devem ser disseminadas aos cuidadores de recém-nascido quanto à morte súbita infantil? Núcleo de Telessaúde NUTES PE | 29 de maio de 2019. Disponível em: <https://aps.bvs.br/aps/quais-orientacoes-devem-ser-disseminadas-aos-cuidadores-de-recem-nascido-quanto-a-morte-subita-infantil/> acessado em 30/06/19.

48. (HCFMUSP - VUNESP, 2015) A redução de danos é uma das estratégias do Ministério da Saúde no Brasil para o tratamento dos usuários de drogas psicoativas em situação de abuso ou dependência que estão em situações vulneráveis, principalmente

moradores de rua. Para esse atendimento, os CAPS – Centros de Assistência Psicossocial – criaram as equipes de Consultório:

- (A) de Unidade Básica de Saúde.
- (B) na rua.
- (C) de ambulatório de saúde mental.
- (D) itinerante.
- (E) em abrigo comunitário.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre as políticas de saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

O uso abusivo de substâncias psicoativas, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atinge cerca de 10% das populações em centros urbanos no mundo, com graves prejuízos sanitários e sociais (BRASIL, 2004), torna-se Brasil ainda mais grave devido às limitações da assistência aos usuários e à situação de vulnerabilidade social observada em alguns contextos urbanos. Esse prejuízo assistencial se deve ao fato de que, ao longo de muitos anos, a questão do uso abusivo e/ou dependência foi abordada por uma ótica predominantemente moral, judiciária e institucionalizante, que não levava em conta seus determinantes sociais, psicológicos, econômicos e políticos. Após a III Conferência Nacional de Saúde Mental, publicou, em 2004, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o uso abusivo de substâncias psicoativas passou a constituir-se formalmente em um problema de saúde pública. Com o objetivo de lidar com o aumento progressivo do uso de crack entre as populações vulneráveis e em situação de rua, a política pública estabeleceu o compromisso de enfrentar essa situação a partir da integração social, produção de autonomia dos usuários e construção de novas redes de cuidado qualificadas. Para tanto, entre outros atos, em 2009-2010, publicou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (Pead) no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Piec). Estes dois planos de ação passaram a intervir nas causas e efeitos do consumo prejudicial, levando em consideração a vulnerabilidade social dessa população, acrescida das carências no campo da saúde, educação e segurança pública. O Pead e o Piec tiveram o desafio de propor práticas que avançassem no cuidado. O Consultório na rua (CnR) foi avaliado como um avanço em termos de políticas públicas de saúde porque diminuiu a invisibilidade da população em situação de vulnerabilidade, ampliando os cuidados oferecidos a ela. As principais funções do Consultório na Rua: 1 – Resgatar a cidadania e garantir os direitos da população em situação de rua 2 – Ressocializar a população em situação de rua 3 – Entender a dinâmica de vida da população em situação de rua 4 –

Garantir o acesso da população em situação de rua ao SUS 5 – Empoderar os usuários 6 – Realizar um trabalho específico e não especializado 7 – Promover o cuidado à população em situação de rua a partir da equidade 8 – Ser porta de entrada para a saúde, 9 – Trabalhar a partir da política de redução de danos 10 – Tratar na rua aqueles que não conseguem chegar às unidades de saúde 11 – Promover ações de saúde locais para aqueles que não chegam aos serviços 12 – Estabelecer vínculos respeitosos com os usuários a partir da escuta e do acolhimento 13 – Promoção e prevenção da saúde 14 – Oferecer atendimento clínico e em saúde mental 15 – Fazer articulações com o intersetor 16 – Dar visibilidade à população em situação de rua diminuindo seu estigma.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 4 jun. 2009. Disponível em: Acesso em: 25 jun. 2019.

49. (HCFMUSP - VUNESP, 2015) No decorrer de um tratamento em Saúde Mental, o enfermeiro deve planejar uma assistência que busque a adesão do usuário do serviço em qualquer cenário terapêutico.

É um fator que melhora a adesão ao tratamento:

(A) um plano de assistência elaborado e imposto pela equipe interdisciplinar.
(B) um plano focado em psicoeducação para alcançar todas as metas da equipe.

(C) uma relação que propicie vínculo terapêutico.

(D) um distanciamento das relações familiares para não haver interferência no plano terapêutico.

(E) a aplicação de regime de internação prolongada e em abrigo comunitário.

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre os cuidados de enfermagem em Saúde Mental.

JUSTIFICATIVA:

A atenção psicossocial direciona as ações para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade. Os objetivos da enfermagem em relação aos pacientes portadores de doença mental devem ser a promoção de ações terapêuticas voltadas para identificar e auxiliar na

recuperação do paciente em sofrimento psíquico, visando à reabilitação de suas capacidades físicas e mentais, respeitando as suas limitações e os seus direitos de cidadania. Entretanto, promover o cuidado a um paciente em sofrimento mental requer conhecimento específico que proporcione uma resposta positiva do paciente. Entender, conhecer, discutir e estabelecer um relacionamento terapêutico nos transtornos mentais é uma experiência única, capaz de instigar sentimento de plenitude. Nos CAPS é que representam mais do que uma simples alternativa ao modelo hospitalar predominante, funcionando com o objetivo de evitar internações psiquiátricas e diminuir sua reincidência e, principalmente, por tornar possível o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, indispensáveis para o estabelecimento de novas possibilidades de vida. O relacionamento interpessoal e a comunicação terapêutica – instrumentos de intervenção adotados por enfermeiras há tempos – também podem ser eficazmente utilizados, desde que inseridos no projeto terapêutico elaborado em conjunto com a equipe multiprofissional e usuário do serviço. O projeto terapêutico deve estar voltado para a individualidade do portador de sofrimento mental, não devendo ser visto como algo meramente normativo, mas que alcance os objetivos propostos. Para tal, alguns aspectos são fundamentais como: flexibilidade, redimensionamento e avaliação constante por parte da equipe que assiste esta pessoa, podendo resultar assim, numa excelência da qualidade da atenção ofertada.

REFERÊNCIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e a atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS, 2003.

50. (UNIFESO) O uso da comunicação terapêutica pela Equipe de Enfermagem na atenção à saúde mental deve priorizar

- I. O estabelecimento de comunicação clara, a relação de confiança e estar aberto para escuta e compreensão da realidade vivida pelo paciente.
- II. O aconselhamento do paciente com base nas próprias experiências de vida do profissional.
- III. A interferência nas relações familiares em defesa do paciente.

É correto o que está contido em:

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

(E) II, III

INTENÇÃO:

Avaliar o conhecimento do estudante sobre comunicação terapêutica pela Equipe de Enfermagem na atenção à saúde mental.

JUSTIFICATIVA:

A comunicação é importante em qualquer contexto de saúde, no entanto, em saúde mental, assume uma importância acrescida quer pela natureza dos problemas, quer pelo potencial de impacto que tem. A comunicação assume um papel fundamental na relação entre um profissional e uma pessoa, grupo, família ou comunidade, (vulnerável pela situação de saúde/doença) alvo de atenção e de cuidados, na medida em que, a comunicação é o contexto em que se desenvolve a relação e é, ou pode ser uma ação terapêutica, por si só ou completar a ação terapêutica de outra intervenção. É a comunicação que permite o desenvolvimento da relação e, por conseguinte, pode criar um contexto favorável ou desfavorável, daí a sua importância. A comunicação em saúde refere-se à comunicação que ocorre num contexto de prestação de cuidados de saúde e rege-se por regras próprias, em função dos profissionais em interação e do tipo de intervenção. A comunicação terapêutica é um tipo singular de comunicação inserida na comunicação clínica e comunicação em saúde, utilizada por profissionais de saúde para apoiar, informar, educar e capacitar às pessoas nos processos de transição de saúde doença, e/ou na adaptação a dificuldades. Refere-se ao conjunto de intervenções efetuadas pelos profissionais de saúde que de forma autónoma ou complementar tem um potencial “terapêutico no processo de recuperação das pessoas”.