GOIÁS ESTADO INOVADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

UFG UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

EDITAL n. 14/2016

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2017

ENFERMAGEM

15/11/2016

PROVAS	QUESTÕES
CONHECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	01 a 15
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	16 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO FOR AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.

2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.

3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro, durante o seu preenchimento. Ao recebê-lo, verifique se seus dados estão impressos corretamente; se for constatado algum erro, notifique ao aplicador de prova.

4. No cartão-resposta, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta na cor PRETA ou AZUL, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.

5. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, à leitura das instruções e à transcrição das respostas para o cartão-resposta.

6. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas três horas de prova, e somente será permitido levar o caderno de prova a partir das 16 horas e 30 minutos, desde que permaneça na sala até esse horário.

7. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

OBSERVAÇÃO: Quando apenas três candidatos permanecerem na sala para terminar a prova, estes deverão aguardar até que o último a entregue e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual aporão suas respectivas assinaturas.

CENTRO DE SELEÇÃO UFG

QUESTÃO 01

O Projeto Terapêutico Singular constitui-se de propostas e intervenções em saúde, que contribuem para a integralidade do cuidado. Esse projeto apresenta

(A) um conjunto de condutas e conhecimentos articulados e compartilhados visando responder às demandas do usuário com a produção de sua autonomia.

(B) um recurso inicialmente utilizado na saúde mental e tem como principal meta a criação de vínculos fortes e longitudinais entre os usuários e os médicos que os assistem na sua saúde.

(C) um conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas e aplicadas individualmente por cada especialista membro da equipe de saúde com base em suas visões técnicas.

(D) um conjunto de ações e condutas terapêuticas que objetiva a melhoria de sinais e sintomas, tendo como foco principal a doença existente.

QUESTÃO 02

A violência é um evento complexo, de natureza diversificada, que acontece em todas as sociedades. É um fenômeno ligado às desigualdades sociais e culturais e sofre a influência de aspectos comportamentais e relacionais. Quando se analisa a violência intrafamilar/interpessoal, essa se apresenta de várias formas. É cometida geralmente por pessoas que têm laços familiares, conjugais ou de parentesco com suas vítimas. Quando se analisa os adolescentes e os jovens no Brasil, conclui-se que

(A) a morbimortalidade de adolescentes e jovens é marcada pela violência física ou sexual, sendo que a maioria das vítimas da violência interpessoal não letal é as do sexo masculino e os atos de repetição são de aproximadamente 38%.

(B) a violência contra adolescentes e jovens brasileiros tem a mesma magnitude e importância da praticada contra adultos e idosos, tanto na sua incidência quanto na sua prevalência e nos tipos que os afligem.

(C) a violência intrafamiliar é um evento urbano, característico das cidades grandes e tem uma dinâmica territorial que ocasiona o recrudescimento da violência nas grandes cidades brasileiras, principalmente a violência física contra adolescentes masculinos.

(D) a violência sexual é uma violação dos direitos humanos e tem impacto direto sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, sendo o sexo feminino o mais acometido por esse tipo de violência intrafamiliar.

QUESTÃO 03

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são o maior desafio da saúde pública em muitos países. As causas dessas doenças geralmente são conhecidas e as avaliações de custo-benefício das intervenções estão disponíveis às instituições de saúde. No Brasil,

(A) a contribuição das DCNT na mortalidade total em 1930 correspondia a 25% de todas as mortes e em 2013, a 28%.

(B) a proporção atribuída às doenças cardiovasculares na mortalidade total em 1930 correspondia a 12% e em 2003, a 31%.

(C) os principais fatores de risco para as DCNT são a obesidade, o consumo nocivo do álcool, a poluição e o gênero.

(D) as estratégias de prevenção das DCNT de maior impacto são as de abordagens individuais e ligadas a doenças específicas.

QUESTÃO 04

A Politica Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida pela Portaria n. 2.446, 2014, tem por objetivo promover a equidade, melhorar as condições e os modos de vida reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde, decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Cada esfera administrativa (Federal, Estadual, Municipal e o Distrito Federal) apresenta competências e atividades a serem implantadas e implementadas na abordagem da PNPS, que tem como temas prioritários:

(A) territorialização, promoção de ambientes saudáveis, clínica ampliada, formação e educação permanente.

(B) alimentação saudável, expansão da atenção primária, promoção da cultura da paz, promoção do desenvolvimento sustentável.

(C) promoção da mobilidade segura, cultura da paz, combate ao tabagismo, incremento de práticas corporais e atividades físicas.

(D) integralidade, criação de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, promoção dos direitos humanos.

RASCUNHO

QUESTÃO 05

A Epidemiologia se desenvolveu a partir do estudo dos surtos de doenças transmissíveis e da interação entre os agentes, vetores e reservatórios. Entre os diversos eventos relativos à saúde envolvendo a comunidade, a epidemia se configura com ocorrência de uma doença ou um agravo que:

(A) se apresenta em número de casos na quantidade esperada para a área geográfica em questão.

(B) ocorre em grande número de casos e em muitas regiões e países simultaneamente.

(C) ocorre claramente em excesso ao normal esperado para uma determinada região.

(D) se apresenta com alterações cíclicas esperadas no número de casos.

QUESTÃO 06

Os Determinantes Sociais em Saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham. Atuar sobre esses determinantes é uma das formas mais amplas para melhorar a saúde das pessoas. Algumas ações realizadas sobre os determinantes sociais pedem que o governo, como um todo, e a sociedade estejam nelas envolvidos e que haja uma preocupação de que a equidade seja o objetivo prioritário. Construir a governança necessária para agir sobre os determinantes sociais é uma tarefa complexa que depende do sistema político dos países. A OMS, em 2011, listou algumas ferramentas e instrumentos considerados úteis no estabelecimento de políticas de ação, que são:

(A) intersetorialidade nas ações feitas com o orçamento participativo; trabalho em equipe e territorialização.

(B) desenvolvimento integrado de força de trabalho; sistemas intersetoriais de informação e avaliação.

(C) identificação das causas modificáveis dos agravos; consultas à comunidade e juris de cidadãos.

(D) trabalho com visão estratégica e legitimidade; orçamentos estabelecidos e contabilidade integrada.

QUESTÃO 07

A Lei n. 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre:

(A) a criação dos Conselhos de Saúde e regula a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

(B) as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

(C) a Atenção Básica da Saúde e os aspectos referentes à implantação dos postos de saúde em municípios de até 100 mil habitantes e dá outras providências.

(D) os direitos da população em relação ao atendimento de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e é conhecida como Lei Cidadã.

QUESTÃO 08

As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. Segundo o Decreto n. 7508/2011, os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

(A) portas de entrada do sistema de saúde, rol de serviços que serão ofertados por município da região e protocolos clínicos.

(B) planejamento regional, critérios de acessibilidade e definição de protocolos clínicos a serem adotados.

(C) critérios de acessibilidade, serviços de urgência pré-hospitalar para atender à rede e escala para conformação dos serviços bem como de sua descentralização.

(D) limites geográficos, população usuária das ações e serviços, rol de serviços que serão ofertados, respectivas responsabilidades e critérios de acessibilidade.

QUESTÃO 09

A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde foi estabelecida pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A lei instituiu as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, é composto de representantes

(A) do governo e dos profissionais de saúde, que atuam na execução da política de saúde em hospitais públicos.

(B) dos profissionais de saúde que trabalham no Ministério da Saúde que controlam e executam a política de saúde.

(C) do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais da saúde e dos usuários, os quais formulam estratégias e controlam a execução da política de saúde.

(D) do governo, dos usuários e dos profissionais da área de saúde e do meio ambiente, os quais formulam e executam a política de saúde.

RASCUNHO

QUESTÃO 10

A Estratégia Saúde da Família é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A Política Nacional de Atenção Básica define algumas especificidades para a Estratégia Saúde da Família, entre elas, a seguinte:

(A) o cadastramento de cada profissional que deve ser restrito a apenas uma equipe de saúde da família, sem exceção.

(B) o número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no mínimo 750 pessoas por agente.

(C) cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 2000 pessoas, de acordo com critérios de equidade.

(D) a equipe deve ter, no máximo 7 agentes comunitários de saúde e o grau de vulnerabilidade das pessoas de sua microárea deve ser respeitado.

QUESTÃO 11

A nova forma de gestão pública tem sido caracterizada pelo termo flexibilidade, que envolve a ideia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado visando dotar os gestores do planejamento daquilo que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Nesse sentido, o processo de planejamento

(A) será elaborado pelo Ministério da Saúde, órgão normatizador das políticas, e será seguido pelos municípios que acrescentarão suas especificidades.

(B) será obrigatório para os entes públicos porém não induzirá as políticas para a iniciativa privada.

(C) contará com Mapas da Saúde, que serão compostos pelos serviços de saúde públicos regionalizados.

(D) será ascendente e integrado, do nível local até o federal, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

QUESTÃO 12

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Assim sendo, os NASF

(A) são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo privilegiando a escuta qualificada do sujeito sob cuidado em saúde.

(B) possuem responsabilidade compartilhada com as equipes de saúde da família e preveem a revisão da prática do encaminhamento, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes.

(C) são serviços de atendimento secundário e não primários, porém, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica.

(D) constituem serviços com unidades físicas independentes ou especiais que com base nas demandas identificadas devem atuar de forma integrada com os demais serviços da rede de atenção.

QUESTÃO 13

Sobre o financiamento da saúde, a Lei Complementar n. 141/2012 define que, para fins de apuração de valores estabelecidos na referida lei, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, as seguintes:

(A) pagamentos de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde.

(B) merenda escolar e outros programas de alimentação, executados em unidades do SUS.

(C) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

(D) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais.

RASCUNHO

QUESTÃO 14

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Os valores que norteiam essa política são:

(A) autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva.

(B) fortalecimento de redes de atenção, cogestão das unidades de saúde, participação coletiva e centralidade no usuário.

(C) autonomia dos sujeitos nos seus projetos terapêuticos, gestão compartilhada das unidades de saúde e cuidado integral.

(D) escuta qualificada dos indivíduos, compromisso ético com os sujeitos sob cuidados, respostas às demandas objetivas e atendimento às solicitações subjetivas.

QUESTÃO 15

No artigo “História das Políticas de Saúde do Brasil” (s.d.), Polignano destaca que, pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Segundo o autor, para que essa uniformização ocorra, é preciso que haja:

(A) grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

(B) estabilidade institucional e aumento do financiamento para a saúde, propiciando organização das redes de atenção à saúde.

(C) profissionalização da gestão da saúde com desarticulação organizacional na arena decisória federal o que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento.

(D) privatização de alguns serviços de saúde não prioritários, descentralização administrativa dos recursos federais para os municípios e maior qualificação dos profissionais da saúde.

RASCUNHO

QUESTÃO 16

A resolução n. 2605, de 11 de agosto de 2006, visa estabelecer a lista de produtos médicos enquadrados como de uso único proibidos de ser reprocessados. Dentre eles, encontra-se:

(A) dispositivo linear ou circular, desmontável, para sutura mecânica.

(B) trocater desmontável com válvula de qualquer diâmetro.

(C) bisturi para laparoscopia com fonte geradora de energia, para corte ou coagulação com aspiração e irrigação.

(D) extensor para equipo com dispositivo para administração de medicamentos.

QUESTÃO 17

As teorias de enfermagem têm como objetivo maior definir, caracterizar, explicar, compreender, interpretar, com base na seleção e inter-relação conceitual, os fenômenos que configuram domínio de interesse da profissão. É considerada importante teórica para a ciência da enfermagem a seguinte pesquisadora:

(A) Virginia Handerson, que via a manipulação do ambiente físico como o principal componente do atendimento de enfermagem.

(B) Florence Nightingale, que apresentou a teoria do autocuidado, composta por três teorias inter-relacionadas: teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

(C) Lydia Hall, que apresentou sua teoria baseada em três círculos fundamentais, que representam o cuidado, a essência e a cura.

(D) Dorothea Orem, que baseia sua teoria na capacidade de o indivíduo funcionar independentemente, conforme esquematizado em 14 componentes.

QUESTÃO 18

Uma teorista de enfermagem define meta de enfermagem como promoção de respostas adaptativas em relação aos quatro modos adaptativos. Essas respostas são as que afetam positivamente a saúde. Os estímulos e o nível de adaptação são alavancados para adaptar-se ao sistema. O nível de adaptação determina se será obtida uma resposta positiva para os estímulos externos e internos. A enfermagem procura reduzir as respostas ineficientes e incentivar as respostas adaptativas como comportamento de saída da pessoa. A teorista que elaborou essa definição é a seguinte:

(A) Callista Roy.

(B) Florence Nightingale.

(C) Wanda de Aguiar Horta.

(D) Martha E. Rogers.

QUESTÃO 19

A taxonomia de diagnósticos de enfermagem é a classificação ordenada dos focos diagnósticos que interessam à enfermagem, de acordo com suas supostas relações naturais. A Taxonomia II tem três níveis: domínios, classes e diagnósticos de enfermagem. São domínios da Taxonomia dos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I:

(A) promoção da saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, papéis e relacionamentos, sexualidade, enfrentamento/tolerância ao estresse, princípios da vida, segurança/proteção, conforto, crescimento/desenvolvimento.

(B) prevenção a saúde, equilíbrio, ventilação, padrão de sono, padrão neurológico, autonomia, papéis e relacionamentos, função sexual, comportamento social, religiosidade, autodefesa, segurança, desenvolvimento.

(C) prevenção a saúde, nutrição, padrão respiratório, padrão de sono, cognição, autonomia, relacionamentos, sociabilidade, alterações psicológicas, princípios morais, confiança, conforto, crescimento.

(D) promoção da saúde, ingesta alimentar, padrão respiratório, atividade/repouso, padrão neurológico, autopercepção, sociabilização, sexualidade, alterações psicológicas, princípios de vida, segurança/proteção, confiabilidade, crescimento/desenvolvimento.

Leia a informação a seguir para responder às questões **20** e **21**.

> A NR 32 tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

QUESTÃO 20

Em todo local onde exista a possibilidade de exposição ao agente biológico, deverá haver

(A) lavatório e chuveiro com água quente, toalha descartável e lixeira com pedal.

(B) dispenser para álcool gel, toalha de papel e lixeira sem contato manual.

(C) lavatório para higiene das mãos, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira sem contato manual.

(D) chuveiro, sabonete líquido, dispenser para álcool gel e toalha descartável.

QUESTÃO 21

A todo trabalhador dos serviços de saúde devem ser fornecidas, gratuitamente, sob a responsabilidade do empregador, devidamente estabelecidas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, as seguintes vacinas:

(A) tuberculose, tétano e hepatite A.

(B) febre amarela, influenza e tétano.

(C) febre amarela, tétano e hepatite C.

(D) tétano, difteria e hepatite B.

QUESTÃO 22

Os enfermeiros utilizam o processo de tomada de decisão para determinar um diagnóstico de enfermagem, projetar um resultado desejado e selecionar intervenções para chegar a um resultado. O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida. A Classificação de diagnóstico de enfermagem da NANDA propõe diagnósticos reais e potenciais (com risco de desenvolvimento) e seus elementos estruturais são os seguintes:

(A) título, definição do diagnóstico, características definidoras e fatores relacionados nos diagnósticos reais.

(B) título, fatores de risco e fatores relacionados nos diagnósticos potenciais.

(C) título, definição de fatores relacionados e fatores de risco nos diagnósticos reais.

(D) título, características definidoras, fatores de influência e fatores relacionados nos diagnósticos potenciais.

QUESTÃO 23

A intubação das vias aéreas em algumas situações pode ser difícil. Para uma intubação ser bem-sucedida, o enfermeiro deverá:

(A) realizar a técnica de pressão cricoide, que deve ser pressionada para frente com o dedo indicador e o polegar.

(B) contar o tempo entre as tentativas de intubação, devendo durar no máximo 20-30s e, superado esse período, o paciente deverá ser ventilado para uma nova tentativa.

(C) orientar o médico a posicionar-se por trás do paciente para entubá-lo, utilizando preferencialmente a lâmina reta, em casos de acidentados presos em ferragens com demora para fazer a extricação.

(D) testar a posição da cânula nas vias aéreas, auscultando, primeiro, os lados direito e esquerdo dos pulmões e, em seguida, o estômago.

QUESTÃO 24

Choque cardiogênico é definido pela incapacidade de o miocárdio realizar débito cardíaco eficaz para proporcionar a demanda metabólica do organismo, caracterizando uma situação de hipoperfusão tecidual. Durante essa intercorrência, o enfermeiro deve

(A) aplicar escala de Braden e intervir de acordo com as necessidades do paciente.

(B) realizar cateterismo, com a finalidade de monitorar do débito cardíaco do paciente, que deverá manter-se acima de 60ml/h, indicando perfusão renal adequada.

(C) realizar ausculta pulmonar e avaliação radiográfica, para detectar alterações da membrana alveolo-capilar.

(D) avaliar nível de consciência e detecção de alterações sensoriais, mantendo as grades da cama abaixadas.

QUESTÃO 25

A proposta de indicadores para monitoramento da implementação da linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio tem como objetivo principal:

(A) implantar redes de atendimento ao Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST em regiões metropolitanas brasileiras.

(B) prover o transporte do paciente no menor espaço de tempo em viaturas equipadas com pessoal, equipamentos e medicamentos necessários ao atendimento.

(C) otimizar o tratamento rápido do Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST em hospitais especializados para atenção cardiovascular de alta complexidade.

(D) implantar ou incrementar as centrais de regulação de urgência e emergência, com algorítimos específicos para abordagem do Infarto Agudo do Miocárdio e protocolos estabelecidos de destinação de pacientes.

RASCUNHO

QUESTÃO 26

A resolução n. 36, de 25 de julho de 2013, tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa. Para efeito desta resolução, defini-se cultura de segurança como:

(A) formulação de políticas que objetivam garantir a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

(B) totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

(C) implementação de documento que aponta situações de risco e descreve estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

(D) conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

QUESTÃO 27

A pressão arterial deve ser verificada, preferencialmente, nos membros superiores com o uso de um esfigmomanômetro de tamanho apropriado. Seguindo as recomendações das V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, dentre os cuidados para a aferição correta da pressão arterial está o seguinte:

(A) orientar o paciente a não repousar antes do procedimento.

(B) colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 3 a 4 cm.

(C) determinar a pressão sistólica na fase I de Korotkoff e, depois, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação.

(D) estimar o nível da pressão sistólica palpando o pulso radial inflando o manguito até seu desaparecimento, desinflar lentamente e aguardar um minuto antes da medida.

QUESTÃO 28

Entender a fisiologia do sistema cardiovascular é fundamental para compreender o funcionamento de todas as estruturas do organismo humano, que tem como principais estruturas os vasos sanguíneos e o coração, órgão que possui características essenciais que o diferencia dos demais órgãos. Dentre estas características, destaca-se a excitabilidade, que é definida como:

(A) capacidade de células especializadas do coração, conhecidas como células marca-passo, para gerar espontaneamente um potencial de ação, causando assim, a repolarização.

(B) capacidade do tecido cardíaco em responder a um estímulo e gerar um potencial de ação.

(C) capacidade do músculo cardíaco de encurtar em resposta à repolarização.

(D) capacidade das células cardíacas em gerar espontaneamente um potencial de ação em uma frequência irregular.

QUESTÃO 29

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados. A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde. Essa medida engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antissepsia cirúrgica das mão. A ANVISA define que a fricção antisséptica tem como finalidade:

(A) remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, evitando a proliferação de microrganismos.

(B) reduzir a carga microbiana das mãos (não há remoção de sujidades). Podendo substituir a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

(C) eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.

(D) proteger o profissional e as superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão cruzada de microrganismos.

QUESTÃO 30

As quedas estão entre os principais eventos adversos a serem prevenidos em instituições de saúde. Entre os pacientes idosos hospitalizados ou em cuidados domiciliares, as quedas estão entre as causas mais comuns de injúrias, provocando traumas teciduais, fraturas e até mesmo a morte. A NANDA define o diagnóstico Risco de Quedas como “a vulnerabilidade ao aumento da susceptibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde” e descreve os seguintes fatores de risco em adultos:

(A) procedimento invasivo, enfermidade crônica, desnutrição e ansiedade.

(B) lesões neurológicas, gênero feminino, barreiras ao autocuidado e trauma.

(C) dor, obesidade, alteração cognitiva e extremos de idade.

(D) história de quedas, idade > ou = a 65 anos, morar sozinho, prótese de membro inferior e uso de dispositivos auxiliares (andador, bengala, cadeira).

QUESTÃO 31

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a principal infecção nosocomial em pacientes sob assistência ventilatória mecânica. Vários estudos demonstram que a incidência desta infecção aumenta com a duração da ventilação mecânica e apontam taxas de ataque de aproximadamente 3% por dia durante os primeiros cinco dias de ventilação e depois 2% para cada dia subsequente. Estimativas da mortalidade atribuída a esta infecção variam nos diferentes estudos, mas aproximadamente 33% dos pacientes com PAV morrem em decorrência direta desta infecção. Quais são as medidas específicas fortemente recomendadas para prevenção de pneumonias hospitalares e da mortalidade relacionadas à ventilação mecânica?

(A) Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30 e 45º, avaliar diariamente a sedação e diminuir sempre que possível, aspirar a secreção acima do balonete (subglótica) e realizar higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral).

(B) Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 15 e 45º, avaliar diariamente o balanço hídrico, realizar mudança de decúbito a cada duas horas e avaliar perfusão tissular.

(C) Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 15 e 45º, avaliar diariamente a sedação e diminuir sempre que possível, verificar padrão de saturação de oxigênio e avaliar integridade da pele.

(D) Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30 e 45º, realizar curativo em acesso central, avaliar saturação de sonda vesical de demora e realizar higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral).

QUESTÃO 32

Para a Organização Mundial de Saúde, a segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano associado ao cuidado de saúde. O desenvolvimento contemporâneo da área de segurança do paciente permitiu um novo olhar sobre o cuidado de saúde, na medida em que foi influenciado por disciplinas de outros campos do conhecimento. Dessa forma, esse desenvolvimento representa importante contribuição para a melhoria do cuidado de saúde, porque

(A) propõe a instituição de sistemas de notificação de eventos adversos com caráter punitivo aos trabalhadores notificados.

(B) diminui a atenção sobre o desempenho humano.

(C) aborda diretamente a questão do erro no cuidado de saúde, sua natureza e suas causas.

(D) favorece um olhar voltado para atenção ergonômica e psicológica.

QUESTÃO 33

A RDC n. 36, de 25 de junho de 2013, em seu capítulo III, determina ações de vigilância, monitoramento e de notificação de eventos adversos. Nesse contexto, compete à ANVISA em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

(A) estruturar os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) e elaborar o Plano de Segurança do Paciente (PSP).

(B) divulgar relatório trimestral sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde.

(C) manter sob sua guarda e disponibilizar, quando requisitadas, as notificações de eventos adversos.

(D) acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal, as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

RASCUNHO

QUESTÃO 34

A cultura de segurança impulsiona os profissionais a serem responsáveis pelos seus atos por meio de uma liderança proativa, na qual se potencializa o entendimento e se explicitam os benefícios, assegurando a imparcialidade no tratamento dos eventos adversos, sem tomar medidas de punição perante a ocorrência dos mesmos. Promover essa cultura no sistema de saúde é um fenômeno complexo. Reconhecer sua importância e seu impacto na cultura e nas organizações é imperativo para desenvolver qualquer tipo de programa de segurança. A caracterização da tipologia da cultura de segurança do paciente aponta sete principais aspectos, que são:

(A) conhecimento técnico, multidisciplinaridade, otimismo, aprendizagem com os erros, resiliência, perfeccionismo, divisão de funções.

(B) liderança, motivação, proatividade, moderação de grupos, responsabilidade, gestão do cuidado.

(C) identificação do erro, notificação da equipe, responsabilidade, confidencialidade, gestão da clínica, integralidade da assistência.

(D) liderança, trabalho em equipe, comunicação, aprendizagem com os erros, justiça, cuidado centrado no paciente, prática baseada em evidência.

QUESTÃO 35

A estratégia da Organização Mundial de Saúde de melhoria da higienização das mãos (HM) compreende: mudança no sistema, capacitação e educação, avaliação e devolução, lembretes no local de trabalho e clima institucional seguro. Na perspectiva educacional, deve-se promover capacitações regulares sobre a importância da HM, baseando-se nas indicações dos “Cinco Momentos para HM”, e repassar o procedimento correto de fricção antisséptica das mãos e higiene simples das mãos com água e sabonete líquido para todos os profissionais da saúde. A proposta da OMS para HM baseia-se em cinco momentos durante a prestação de cuidado, que são os seguintes:

(A) antes de entrar na enfermaria; antes da realização de procedimentos (limpos e assépticos); após contato com insumos médico-hospitalares; e após a exposição a sangue e quaisquer outros líquidos corpóreos.

(B) na entrada em ambiente de saúde; antes da avaliação do paciente; antes da realização de procedimentos (limpos e assépticos); após contato com superfícies contaminadas; e após a exposição a ambiente contaminado.

(C) antes de tocar o paciente; após tocar o paciente; antes da realização de procedimentos (limpos e assépticos); após contato com superfícies próximas ao paciente; e após a exposição a sangue e quaisquer outros líquidos corpóreos.

(D) antes do exame físico; após procedimentos; após contato com pacientes em isolamento por precaução de contato; após contato com superfícies contaminadas; e antes da aplicação de medicamentos.

QUESTÃO 36

O atual Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou o Sistema Nacional Vigilância Epidemiológica, definindo em seu texto legal, Lei n. 8.080/90, a vigilância epidemiológica como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos". São funções da vigilância epidemiológica:

(A) coleta de dados, análise e interpretação dos dados processados e recomendação das medidas de controle apropriadas indicadas.

(B) promoção das ações de controle, atendimento ao paciente crônico e notificação de surtos.

(C) vigilância de imunobiológicos, notificação de surtos e medidas de controle apropriadas indicadas.

(D) investigação de surtos, análise e interpretação dos dados processados e distribuição de imunobiológicos.

QUESTÃO 37

A portaria n. 2616/MS, de 12 de maio de 1998, delibera diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares. Institui ainda o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que é um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções hospitalares. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, que tem como uma de suas diretrizes de formação a seguinte:

(A) ter profissionais da área da saúde, de nível superior e técnico, formalmente designados.

(B) ter, preferencialmente, como um dos membros executores um enfermeiro.

(C) ter como membro obrigatório um representante da diretoria clínica da instituição.

(D) ter como membros executores no mínimo dois profissionais técnicos de nível superior ou técnicos da área de saúde para cada 200 leitos ou fração deste número.

QUESTÃO 38

A tuberculose é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos novos. O tratamento dos bacilíferos é a atividade prioritária de controle da tuberculose, uma vez que permite anular rapidamente as maiores fontes de infecção. A associação medicamentosa adequada, doses corretas, uso por tempo suficiente, com supervisão da tomada dos medicamentos são os meios utilizados para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando a cura do paciente. O esquema básico terapêutico de casos novos de tuberculose pulmonar em adultos deve ser o seguinte:

(A) primeira fase: 2 meses de Rifampicina, Izoniazida e Pirazinamida; segunda fase: 4 meses Rifampicina e Izoniazida.

(B) primeira fase: 4 meses de Rifampicina, Izoniazida e Pirazinamida; segunda fase: 4 meses Rifampicina e Etambutol.

(C) primeira fase: 2 meses de Rifampicina e Izoniazida; segunda fase: 6 meses Rifampicina, Izoniazida e Etambutol.

(D) primeira fase: 4 meses de Rifampicina, Izoniazida e Pirazinamida; segunda fase: 6 meses Rifampicina e Izoniazida.

QUESTÃO 39

As queimaduras são lesões decorrentes de agentes térmicos, elétricos, químicos e radioativos capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular. Para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado, é fundamental o cálculo da extensão da queimadura. De acordo com a regra de Wallace e Pulaski, um paciente adulto vítima de queimadura térmica, que tenha os membros superiores totalmente queimados, terá

(A) 9% da superfície corporal queimada.

(B) 18% da superfície corporal queimada.

(C) 20% da superfície corporal queimada.

(D) 36 % da superfície corporal queimada.

QUESTÃO 40

Segundo a RDC n. 306, de 7 de dezembro de 2004, o manejo dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

(A) descarte externo, acondicionamento externo, sem identificação, transporte interno, armazenamento temporário e definitivo, coleta e transporte externos.

(B) segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo e coleta e transporte externos.

(C) armazenamento definitivo, segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno coleta, transporte externos e recoleta.

(D) acondicionamento provisório, distribuição, transporte externo, armazenamento temporário sem tratamento, armazenamento externo, coleta e transporte interno.

RASCUNHO

QUESTÃO 41

O atendimento aos usuários com quadros agudos das doenças cardiovasculares (DCV) deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou a transferência, responsável, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado. Em relação à Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), definem-se como constituintes, dentro deste sistema integral, hierarquizado e regulado, os seguintes componentes (BRASIL, 2011):

(A) unidades de Atenção Primária à Saúde; Unidades de Atenção Especializada; Serviço móvel pré-hospitalar; Unidades de Pronto Atendimento e prontos-socorros de hospitais gerais; Hospitais com credenciamento especializado para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, com habilitação em cardiologia intervencionista e leitos de Unidade Coronariana dedicada à rede de IAM; Atenção Domiciliar; Serviços de Reabilitação; Centrais de regulação municipais e estaduais.

(B) unidades de Atenção Secundária à Saúde; Unidades de Atenção Especializada; Serviço móvel pré-hospitalar; Unidades de Pronto Atendimento e prontos-socorros de hospitais gerais; Hospitais com credenciamento especializado para Atenção Cardiovascular de Média Complexidade, com habilitação em cardiologia intervencionista e leitos de Unidade Coronariana dedicada à rede de IAM; Atenção Domiciliar; Serviços de Reabilitação; Centrais de regulação municipais e estaduais.

(C) unidades de Atenção Terciária à Saúde; Unidades de Atenção Especializada; Serviço móvel pré-hospitalar; Unidades de Pronto Atendimento e prontos-socorros de hospitais gerais; Hospitais com credenciamento especializado para Atenção Cardiovascular de Baixa Complexidade, com habilitação em cardiologia intervencionista e leitos de Unidade Coronariana dedicada à rede de IAM; Atenção Hospitalar; Serviços de Reabilitação; Centrais de regulação municipais e estaduais.

(D) unidades de Atenção Primária à Saúde; Unidades de Atenção Complexa; Serviço móvel pré-hospitalar; Unidades de Pronto Atendimento e prontos-socorros de hospitais específicos; Hospitais com credenciamento especializado para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, com habilitação em cardiologia intervencionista e leitos de Unidade Coronariana dedicada à rede de IAM; Atenção Domiciliar e Hospitalar; Serviços de Reabilitação; Centrais de regulação estaduais e federais.

QUESTÃO 42

O Ministério da Saúde em 2011, considerando que a saúde da mulher era uma prioridade de governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes –”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Os objetivos gerais dessa política são os seguintes:

(A) garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher.

(B) fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher; ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS; ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade.

(C) promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

(D) construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; qualificar a atenção clínica ginecológica na rede SUS.

QUESTÃO 43

A icterícia constitui um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. As formas de terapia mais utilizadas no tratamento da hiperbilirrubinemia indireta compreendem a fototerapia e

(A) a imunoglobulina *standard* endovenosa.

(B) a exsanguineotransfusão e, em todos os casos, a imunoglobulina endovenosa.

(C) a exsanguineotransfusão.

(D) a exsanguineotransfusão e, em alguns casos, a imunoglobulina *standard* endovenosa.

QUESTÃO 44

A pele do recém-nascido (RN) é mais fina (40 a 60%), menos pilosa, apresenta menor coesão entre a epiderme e a derme, e a proporção entre a área da superfície corpórea e o peso é de até cinco vezes a do adulto. Os fenômenos fisiológicos da pele do RN são transitórios e podem manifestar-se durante os primeiros dias ou semanas. Dentre alguns desses fenômenos, estão:

(A) Vérnix caseoso, Cutis marmorata, Coloração arlequim, Síndrome do bebê bronzeado, Icterícia fisiológica, Milium sebáceo.

(B) Miliária, Acne neonatal, Eritema tóxico neonatal, Impetigo neonatal, Vesículas de sucção, Dermatite seborreica.

(C) Dermatite de fraldas, Dermatite por atrito, Candidíase de fraldas, Granuloma glúteo infantil, Psoríase.

(D) Dermatose vesicular e erosiva congênita, Dermatite de Jacquet, Acrodermatite enteropática, Candidíase de fraldas, Granuloma glúteo infantil.

QUESTÃO 45

Durante o puerpério, as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto, no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico. Ao examinar uma mulher no puerpério, o enfermeiro deve avaliar a seguinte modificação:

(A) a puérpera pode apresentar ligeiro aumento da temperatura axilar (36,8º - 37,9º) nas primeiras 24 horas, sem necessariamente ter um quadro infeccioso instalado.

(B) a vagina apresenta-se edemaciada, congesta e atrófica, iniciando sua recuperação após o 15º dia de puerpério, mais tardia nas mulheres que amamentam.

(C) o útero atinge a cicatriz umbilical após o parto e posteriormente regride em torno de 3 cm ao dia, embora de forma regular.

(D) a pele seca e a queda dos cabelos diminuem; e as estrias tendem a desaparecer, embora algumas possam permanecer por um curto período de tempo.

QUESTÃO 46

A lei que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências é a seguinte:

(A) Lei n. 7.698, de 25 de junho de 1988.

(B) Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1988.

(C) Lei n. 7.598, de 25 de junho de 1986.

(D) Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986.

QUESTÃO 47

O exame do aparelho digestório faz parte da coleta de dados e o enfermeiro, ao realizar a avaliação abdominal, deve seguir a seguinte sequência:

(A) inspeção, palpação, ausculta, percussão.

(B) inspeção, percussão, ausculta, palpação.

(C) inspeção, ausculta, percussão, palpação.

(D) inspeção, palpação, percussão, ausculta.

QUESTÃO 48

São inúmeros os benefícios que a prática do aleitamento materno oferece, tanto para o crescimento quanto para o desenvolvimento de lactentes. Em relação aos padrões de aleitamento, o enfermeiro deve saber que o aleitamento materno é:

(A) exclusivo, quando a criança recebe leite materno, seja diretamente do seio ou ordenhado da própria mãe, ou ainda leite humano de banco de leite, e recebe outro líquido ou alimento sólido.

(B) predominante, quando a principal fonte de alimento da criança é o leite materno, sendo permitida apenas a oferta de água, chá, medicamentos ou soro de reidratação oral.

(C) total, quando é oferecido uma medida ou um índice que corresponda ao período de aleitamento materno de forma parcial.

(D) parcial, quando a criança, além da amamentação ao peito, recebe, antes da época adequada, medicamentos e água.

QUESTÃO 49

Considerando a qualidade de atendimento à criança, de forma consequente, o Ministério da Saúde, em 2002, propôs o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança. Esse calendário deve obedecer ao seguinte número de consultas:

(A) 1º ano: sete; 2º ano: duas; 3º ano: uma; 4º ano: uma; 5º ano: uma; 6º ano: uma.

(B) 1º ano: seis; 2º ano: três; 3º ano: uma; 4º ano: uma; 5º ano: uma; 6º ano: uma.

(C) 1º ano: oito; 2º ano: duas; 3º ano: uma; 4º ano: uma; 5º ano: uma; 6º ano: duas.

(D) 1º ano: quatro; 2º ano: duas; 3º ano: uma; 4º ano: duas; 5º ano: uma; 6º ano: uma.

QUESTÃO 50

A RDC que dispõe sobre registro, rotulagem e reprocessamento de produtos médicos e dá outras providências é:

(A) RDC n. 156, de 11 de agosto de 2006.

(B) RDC n. 2606, de 11 de agosto de 2006.

(C) RDC n. 2605, de 11 de agosto de 2006.

(D) RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002.