



# CADERNO DE QUESTÕES

## ÁREA PROFISSIONAL: **1-ENFERMAGEM**

**DATA: 08/12/2019**

**HORÁRIO: das 08 às 11 horas**

### **LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O CADERNO DE QUESTÕES**

- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 40 (quarenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de resposta cada, das quais, apenas uma é correta. Se o caderno não estiver completo, solicite ao fiscal de sala um outro caderno. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ✘ As questões estão assim distribuídas:
  - SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS: 01 a 10
  - CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL: 11 a 40
- ✘ O candidato não poderá entregar o **caderno de questões** antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✘ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta** ou **azul escrita grossa**.
- ✘ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

## LEGISLAÇÃO DO SUS E SAÚDE PÚBLICA

01. Segundo a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, as ações e serviços públicos de saúde e de serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios:

- I. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- II. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- III. Organização dos serviços públicos de modo a ter duplicidade de meios para fins idênticos;
- IV. Participação complementar dos serviços privados.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Os itens I e IV são verdadeiros.
- (B) Os itens I, II e IV, apenas, são verdadeiros.
- (C) Os itens I e II, apenas, são verdadeiros.
- (D) Os itens I, III e IV, apenas, são verdadeiros.
- (E) Apenas o item I é verdadeiro.

02. Tomando como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), avalie os itens abaixo como Verdadeiros (V) ou Falsos (F).

- ( ) Continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.
- ( ) Garantia da qualidade da atenção hospitalar e da segurança do paciente.
- ( ) Regionalização da atenção hospitalar, com abrangência municipal e populacional, em consonância com as pactuações regionais.
- ( ) Gestão de tecnologia em saúde, de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA.

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

03. Analise as assertivas acerca da Política Nacional de Atenção Hospitalar no que se refere especificamente ao Eixo de Assistência Hospitalar e assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F).

- ( ) O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, apenas por demanda referenciada, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.
- ( ) O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegurem o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.
- ( ) A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo, a cada 1 (um) ano, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar.
- ( ) Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA.

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

04. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por essa doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Nesse sentido, assinale a opção INCORRETA.

- (A) Na Política Nacional de Atenção Oncológica, a Atenção Hospitalar é composta pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e de densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados, considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde.
- (B) Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido.
- (C) O hospital habilitado como UNACON realiza o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis.
- (D) Componente Regulação da rede de atenção oncológica é responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.
- (E) Na hipótese das UNACON e dos CACON, não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, esses serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados.

05. Segundo as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, relacione as sentenças abaixo e assinale a opção com a correspondência CORRETA.

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>I. Rede de Atenção à Saúde</li> <li>II. Linhas de Cuidado</li> <li>III. Integração Horizontal</li> <li>IV. Integração Vertical</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>( ) Consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e por serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).</li> <li>( ) Arranjos organizativos de ações e de serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.</li> <li>( ) Uma forma de articulação de recursos e de práticas de produção de saúde orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.</li> <li>( ) Articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade.</li> </ul> |
|--|---|

- (A) III – II – I - IV
- (B) III- I – II – IV
- (C) IV – I – II – III
- (D) IV – II – I – III
- (E) III – IV – I - II

06. A Portaria de Consolidação nº 03/2017 trata das redes temáticas de atenção à saúde, no que tange aos fundamentos da rede de atenção à saúde, informa que, para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

- (A) Qualidade, Suficiência, Linha de cuidado, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
- (B) Economia de Escala, Qualidade, Gestão do cuidado, Acesso e Comodidade.
- (C) Qualidade, Suficiência, Gestão do cuidado, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
- (D) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
- (E) Economia de Escala, Gestão de cuidado, Linha de cuidado, Acesso e Comodidade.

07. A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, no capítulo da competência e atribuição, são atribuições comuns a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em seu âmbito administrativo, EXCETO:
- (A) Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde.
  - (B) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.
  - (C) Organização e coordenação do sistema de informação de saúde.
  - (D) Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador.
  - (E) Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.
08. Com relação às características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde, analise as assertivas a seguir e marque a INCORRETA.
- (A) Em um sistema de saúde fragmentado, a forma de organização é hierarquia.
  - (B) O sistema Rede de Atenção à Saúde (RAS) é organizado de forma hierárquica.
  - (C) O sistema de redes de atenção é voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
  - (D) A forma da ação do sistema fragmentado é reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias.
  - (E) Planejamento do sistema de redes de atenção à saúde é realizado levando em conta necessidades da população, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências.
09. Segundo a Portaria de Consolidação nº 02/2017, as ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação. Dentre elas temos a que é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. Essa dimensão é denominada de:
- (A) Regulação de atenção à saúde.
  - (B) Regulação do acesso.
  - (C) Regulação de sistemas de saúde.
  - (D) Regulação do Acesso à Assistência.
  - (E) Regulação suplementar.
10. O decreto presidencial nº 7.059, de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços, EXCETO:
- (A) Serviços de atenção primária.
  - (B) Serviços de atenção hospitalar especializada.
  - (C) Serviços de atenção de urgência e emergência.
  - (D) Serviços de atenção psicossocial.
  - (E) Serviços especiais de acesso aberto.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL**

11. De acordo com a Atualização das Diretrizes de 2015 da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), no que diz respeito à frequência e a profundidade das compressões torácicas em um adulto médio, marque a opção CORRETA.
- (A) Os socorristas devem aplicar compressões torácicas a uma frequência de 100 a 120/min e até uma profundidade de, pelo menos, 2 polegadas (5 cm) evitando excesso superiores 2,4 polegadas (6 cm).
  - (B) Socorristas leigos e profissionais da saúde devem realizar compressões torácicas a uma frequência mínima de 100/min e o esterno deve ser comprimido, no mínimo, 2 polegadas (5 cm).
  - (C) Os socorristas devem evitar apoiar-se sobre o tórax entre as compressões, para permitir o retorno total da parede do tórax, para que o coração se encha completamente antes da próxima compressão.
  - (D) Os socorristas devem tentar maximizar a frequência e a duração das interrupções das compressões, para minimizar o número de compressões aplicadas por minuto.
  - (E) Para adultos em PCR que recebem RCP com via aérea avançada, pode-se realizar RCP com a intenção de obter uma fração de compressão torácica tão alta quanto possível, tendo como meta pelo menos 50%.
12. A mais recente diretriz atualizada pela American Heart Association (AHA), em 2015, para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE), recomenda entre os cuidados pós-PCR o controle direcionado de temperatura (CDT), sendo que todos os pacientes adultos comatosos com retorno da circulação espontânea (RCE) após PCR devem ser submetidos ao CDT. Marque a resposta CORRETA que representa a temperatura-alvo e tempo que a mesma deverá ser mantida.
- (A) entre 32 °C e 37,5 °C pelo menos 24 horas.
  - (B) até 32 °C a 34 °C durante 12 a 24 horas.
  - (C) deve manter-se 5 dias de normotermia (36 °C a 37,5 °C).
  - (D) dever manter-se 2 dias de hipotermia contínua inicial (32 °C a 34 °C), seguido de 3 dias de normotermia.
  - (E) entre 32 °C e 36 °C, mantida constantemente durante pelo menos 24h.
13. De acordo com a Resolução nº 390 de 18/10/2011 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o Enfermeiro dotado dos conhecimentos, competências e habilidades específicas, está apto a punção arterial tanto para fins de gasometria como para monitorização de pressão arterial Invasiva (PAI). Sendo a PAI um método de monitorização hemodinâmica invasiva importante e bastante utilizado em pacientes graves internados em UTI. Diante disto, para obtenção de medida acurada, é necessário que o enfermeiro verifique alguns elementos, EXCETO:
- (A) o decúbito do paciente.
  - (B) o alinhamento do eixo flebostático com o transdutor de pressão e o sistema de fluido.
  - (C) o monitor multiparamétrico, alguns fatores podem interferir nas ondas de pressões e nos valores obtidos, caso não sejam manipulados de forma adequada.
  - (D) a avaliação da curva, através do Teste de Lavagem (Full Flash Test).
  - (E) manter o soro na bolsa de pressurização sempre a 500 mmHg.
14. A maioria dos pacientes críticos apresentam limitações funcionais para ingestão oral de alimentos, necessitando fazer uso de uma via alternativa de alimentação (VAA) para garantia de um estado nutricional adequado. A Sonda Nasoentérica (SNE) é um tipo de VAA e de acordo com a Resolução COFEN nº 453/2014, dentro da equipe de Enfermagem compete privativamente ao Enfermeiro estabelecer o acesso enteral por via oro/gástrica ou transpilórica para a administração da Terapia Nutricional Enteral (TNE). Neste sentido, analise as assertivas sobre a SNE e a marque a opção INCORRETA.
- (A) Também conhecida como sonda de Dobbhoff, é feita de poliuretano e silicone, seu calibre é fino, são flexíveis e duráveis.
  - (B) Apresenta fio-guia (mandril) metálico e maleável no seu interior, tarja radiopaca, com uma ogiva distal (tungstênio), que possibilita seu posicionamento além do esfíncter pilórico.
  - (C) Tem como principal função a sifonagem, mas também poder ser utilizada para gavagem através da TNE. É indicada para lavagem gástrica.
  - (D) Como métodos de verificação do posicionamento, pode-se utilizar o teste de ausculta, a medida do pH (potencial de Hidrogênio) do resíduo aspirado e/ou o controle radiológico através do RX Tórax / Abdômen, sendo este último considerado o método mais eficaz.
  - (E) Na prática clínica usualmente para determinar o comprimento da sonda utiliza-se como medida de controle o método NEX + aproximadamente 10 cm.

15. O Balão Intra-Aórtico (BIA) é um dispositivo de assistência circulatória minimamente invasivo comumente utilizado, por exemplo, em casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) complicados com choque cardiogênico, que evoluem para Revascularização Miocárdica (RVM) precoce e o desmame de circulação extracorpórea é ineficaz. O BIA deverá ser insuflado no início da diástole e desinsuflado imediatamente antes da sístole. Isso acarretará alguns efeitos hemodinâmicos, EXCETO:

- (A) aumento do fluxo / perfusão coronariana.
- (B) aumento da pós carga e redução da pré carga.
- (C) redução da resistência vascular sistêmica e do trabalho cardíaco.
- (D) redução do consumo de oxigênio pelo miocárdio (efeito vácuo).
- (E) aumento do débito cardíaco.

16. O Enfermeiro ao verificar a Pressão Intra-Abdominal (PIA) usando a técnica intravesical repetida vezes de um paciente com peritonite pós-operatória, apresentando oligúria e evoluindo com disfunção renal, chegava ao resultado sustentado de 30 cmH<sub>2</sub>O, após converter o valor para aproximadamente \_\_\_\_\_ mmHg, chegou à conclusão que este paciente estava com Hipertensão Intra-Abdominal (HIA), grau \_\_\_\_\_, conseqüentemente representando um quadro de Síndrome Compartimental Abdominal, de acordo com a Sociedade Mundial do Compartimento Abdominal (The *Abdominal* Compartment Society – WSACS).

Indique a opção CORRETA que completa a assertiva, respectivamente:

- (A) 40,8 – grau IV
- (B) 31,3 – grau IV
- (C) 28,6 – grau III
- (D) 22,0 – grau III
- (E) 30,0 – grau III

17. A mais recente diretriz, em 2016, organizada pela Society of Critical Care Medicine (SCCM) e *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN), publicada e validada pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE / BRASPEN), recomenda que tratando-se de terapia nutricional em pacientes críticos adultos, especialmente sobre a distribuição dos macronutrientes, o destaque é do aporte proteico o qual deve corresponder a valores entre 1.2 – 2.0 g/Kg/dia, considerando o peso atual e o grau de estresse do organismo. Sendo que o mesmo deve ser priorizado frente ao aporte energético por conta de sua atuação na redução da mortalidade. Diante isto, alguns grupos ou situações merecem destaque e indicação, EXCETO:

- (A) Terapia de substituição renal.
- (B) Pacientes críticos obesos e queimados.
- (C) Falência hepática e pulmonar.
- (D) Pacientes críticos com traumatismo cranioencefálico (TCE) grave.
- (E) Sepses, choque séptico ou Síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), com instabilidade hemodinâmica.

18. Relacione a Coluna 1 à Coluna 2, associando-as de acordo com Classificação das Lesões por Pressão recomendado pelo Consenso 2016 da National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), publicado e validado pela *Associação Brasileira de Estomatoterapia (SOBEST)* e pela *Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE)*.

- |  |     |   |
|--|-----|---|
| 1 – Lesão por Pressão Estágio 1.         | ( ) | Descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. |
| 2 – Lesão por Pressão Estágio 2.         | ( ) | Pele íntegra com eritema que não embranquece.                                       |
| 3 – Lesão por Pressão Estágio 3.         | ( ) | Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível.                  |
| 4 – Lesão por Pressão Estágio 4.         | ( ) | Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme.                      |
| 5 – Lesão por Pressão Não Classificável. | ( ) | Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.                              |
| 6 – Lesão por Pressão Tissular profunda. | ( ) | Perda da pele em sua espessura total.   |

Marque a opção CORRETA, que indica o preenchimento dos parênteses, de cima para baixo:

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

19. A Enfermagem contemporânea ao realizar o tratamento de feridas crônicas, tem como foco principal a retirada do biofilme bacteriano, que é uma camada resistente formada pela colonização de bactérias iguais ou diferentes. Ele é considerado um dos aspectos mais importantes da patogenicidade das feridas complexas, sendo a sua remoção um fator crucial para o processo de cicatrização e conseqüentemente de melhora da qualidade de vida do paciente e sua família. Atualmente, dentre as intervenções de enfermagem mais recomendadas na gestão do biofilme em feridas, destaque-se alguns métodos, EXCETO:
- (A) Desbridamento (exemplo: mecânico e cortante).
  - (B) Soro fisiológico + água destilada + glicose e gases.
  - (C) Utilização de pensos especiais e de agentes antibiofilme (exemplo: surfactantes).
  - (D) Agentes antissépticos e antimicrobianos tópicos (exemplo: prata).
  - (E) Comunicação multiprofissional, com início da antibioticoterapia sistêmica.
20. Atualmente a filosofia dos cuidados paliativos tem crescido dentro da equipe multiprofissional de saúde, trazendo um papel importante e diferenciado na prática assistencial às pessoas fora de possibilidades terapêuticas. Neste contexto, os trabalhos amplamente conhecidos de Elizabeth Kübler-Ross (1969) descrevem a identificação dos cinco estágios que um paciente pode vivenciar durante sua terminalidade, que são: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Sobre estes 5 estágios, analise e marque a opção INCORRETA.
- (A) Negação: Seria uma defesa psíquica que faz com que o indivíduo acaba negando o problema, tentando encontrar algum jeito de não entrar em contato com a realidade. É comum o paciente também não querer falar sobre o assunto.
  - (B) Raiva: Nessa fase, o paciente se revolta com o mundo, se sente injustiçada e não se conforma por estar passando por isso.
  - (C) Barganha: Essa é a fase que o paciente começa a fazer novas amizades e reatar as antigas, começando por sua família, realizando atividades prazerosas, que lhe tragam felicidade.
  - (D) Depressão: Nessa fase a pessoa se retira para seu mundo interno, se isolando, melancólica e se sentindo impotente diante da situação.
  - (E) Aceitação: É o estágio em que o paciente não tem desespero e consegue enxergar a realidade como realmente é, ficando pronto para enfrentar a perda ou a morte.
21. A lesão inalatória é um processo químico não térmico que se deve à solubilidade dos produtos inalados que são absorvidos na mucosa da árvore respiratória, constituindo a principal causa de morte em vítimas de incêndios. Com relação ao dano das vias aéreas, é CORRETO afirmar:
- (A) O surgimento dos sintomas da lesão inalatória acontece, no máximo, nas primeiras 2 horas após o evento.
  - (B) A inalação de fumaça tóxica induz a diversas alterações fisiológicas que se restringem às fossas nasais.
  - (C) Durante a avaliação inicial do paciente queimado, a terceira prioridade é estabelecer se há uma ameaça imediata para a permeabilidade da via respiratória.
  - (D) A complicação mais perigosa da lesão inalatória é o edema de via aérea superior, e a melhor maneira de prevenir a obstrução é a intubação precoce.
  - (E) O diagnóstico definitivo de lesão inalatória é realizado somente após 72 horas do evento, mediante uma fibrobroncoscopia de fibra ótica.
22. A *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) e a *European Society of Critical Care Medicine* (ESICM) promoveram uma nova conferência de consenso, em 2016, e publicaram as novas definições de sepse, conhecidas como Sepsis 3. Segundo esta nova publicação, assinale a opção CORRETA.
- (A) Sepse é definida pela presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do organismo à infecção.
  - (B) As novas definições permanecem exigindo a presença dos critérios da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SRIS) para a definição de sepse.
  - (C) Uma das mensagens principais é a de que nem todos os casos de sepse devem ser considerados graves, de forma que a expressão “sepse grave” continua em uso para a diferenciação do quadro clínico.
  - (D) Define-se choque séptico como um subgrupo dos pacientes com sepse que apresentam acentuadas anormalidades circulatórias e metabólicas, porém com o mesmo risco de morte do que a sepse isoladamente.
  - (E) É importante ter atenção aos pacientes com suspeita de infecção e com qualquer disfunção orgânica, como hipotensão e oligúria, bem como saturação arterial de oxigênio acima de 97% na oximetria de pulso, sem o uso de oxigenioterapia.

23. A Campanha de Sobrevivência à Sepse (*Surviving Sepsis Campaign*) (SSC) em sua atualização de 2018, trouxe a fusão dos pacotes de 3 e 6 horas em um pacote único (pacote único de 1 hora) cujo objetivo é orientar e sistematizar as prioridades no tratamento da sepse, alertando para o que se deve obter após a identificação do quadro do paciente. Dentre as novas orientações do SSC, marque a opção CORRETA.
- (A) Deve-se iniciar a administração de antibióticos de largo espectro, por via endovenosa, após a terceira hora do início do tratamento, independente da coleta de hemocultura.
  - (B) Recomenda-se que a reposição volêmica através do uso de coloides seja realizada em todos os pacientes com hipotensão ou com níveis de lactato elevados.
  - (C) As avaliações do tempo de enchimento capilar, do nível de consciência e da diurese são utilizadas, dentre outros parâmetros, na avaliação do status volêmico e perfusional do paciente.
  - (D) Devem-se obter culturas apropriadas sempre antes de iniciar o tratamento com antimicrobianos, desde que a obtenção dessas culturas não atrase mais do que 3 horas o início da administração do antibiótico.
  - (E) O tratamento com vasopressores para paciente hipotenso durante ou após ressuscitação volêmica tem como meta inicial garantir uma pressão arterial média (PAM) igual ou maior a 85 mmHg.
24. As Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, e RDC nº 26 de 11 de maio de 2012 – aprovam os requisitos mínimos para funcionamento e dimensionam os recursos humanos dentro do ambiente das Unidades de Terapia Intensiva de forma a atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados. Com base nestas Resoluções, é CORRETO afirmar:
- (A) Estas resoluções se aplicam apenas às Unidades de Terapia Intensiva civis públicas gerais do país, uma vez que as UTIs privadas, filantrópicas e militares possuem um regimento próprio.
  - (B) Deve existir uma equipe multiprofissional para atuação exclusiva na unidade, composta, entre outros profissionais, por 01 enfermeiro assistencial dimensionado para cada 05 leitos.
  - (C) O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, dos serviços de centro cirúrgico e radiologia convencional, podendo o serviço de ecodopplercardiografia estar inserido em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado.
  - (D) Cada UTI adulto deve dispor, no mínimo, entre outros equipamentos, de um equipamento desfibrilador e cardioversor, com bateria, na proporção de 01 (um) para cada 08 (oito) leitos.
  - (E) Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência.
25. O transplante de órgãos é, em muitos casos, a única alternativa terapêutica em pacientes portadores de insuficiência funcional terminal de diferentes órgãos essenciais. Nos últimos anos observa-se no Brasil e em outros países uma preocupante desproporção entre a demanda de órgãos para transplante e o número de transplantes efetivados. Verifica-se que muitos dos problemas de oferta estão associados a falhas nos processos de reconhecimento da morte encefálica, de abordagem familiar e de manutenção clínica do doador falecido. Sobre a manutenção clínica do corpo do doador falecido, é CORRETO afirmar:
- (A) Recomenda-se manter uma temperatura central idealmente entre 34,5° e 35°C. A temperatura central pode ser obtida na artéria pulmonar, no esôfago, na membrana timpânica e na nasofaringe.
  - (B) Deve-se monitorizar a pressão arterial de forma invasiva em todos potenciais doadores falecidos, pois trata-se de um método seguro e essencial para guiar a terapia hemodinâmica.
  - (C) Deve-se contraindicar de forma absoluta a doação de órgãos e interromper a manutenção do doador falecido com base em culturas positivas ou diagnóstico clínico de infecção.
  - (D) É recomendado a monitorização da glicemia capilar a cada 12 horas em todos os potenciais doadores e mais frequentemente sempre que iniciar infusão contínua de insulina.
  - (E) Orienta-se a iniciar o uso de drogas vasoativas para a manutenção de uma pressão arterial média maior do que 55mmHg para garantir a perfusão tecidual, até o limite de dose das medicações recomendado pelo médico.
26. Um enfermeiro da residência multiprofissional em UTI, ao avaliar um paciente com a realização do exame físico, diagnosticou “Capacidade adaptativa intracraniana diminuída” relacionada à Hipertensão intracraniana. Dentre as opções abaixo a que NÃO menciona intervenções de enfermagem a serem realizadas para este paciente é:
- (A) Utilizar um sistema de avaliação neurológica, como Escala de Coma de Glasgow; avaliar presença e ausência de reflexos pupilares; avaliar movimentos involuntários, convulsões, espasmos ou resposta inapropriada da função motora.
  - (B) Avaliar pressão arterial, frequência e ritmos cardíacos, frequência e ritmos respiratórios, temperatura, parâmetros hemodinâmicos, balanço hídrico, pressão venosa central (PVC) e diurese (atentar para diabetes mellitus).



- (C) Checar sistema de monitorização da PIC, garantindo precisão da leitura da curva e medida da PIC.
- (D) Manter a cabeceira do leito a 30°. Na presença de hipotensão arterial, pode ocorrer diminuição da PPC, vasodilatação e aumento da PIC, caso a cabeceira do leito seja mantida em 30°. Discutir com o médico o posicionamento da cabeceira do leito.
- (E) Aplicar a escala de avaliação padronizada pela instituição (SAS, RAMSAY, RASS), nos casos de sedação.
27. O tratamento do AVEI pode ser clínico ou cirúrgico. O objetivo do tratamento clínico é evitar um novo acidente vascular ou um infarto cerebral maciço. Dentre as opções abaixo, aquela que está INCORRETA, quanto às possibilidades terapêuticas do acidente vascular encefálico é:
- (A) Endarterectomia carotídea.
- (B) Angioplastia com colocação de *stent*.
- (C) Revascularização craniana.
- (D) Craniectomia descompressiva.
- (E) Terapia antiplaquetária e anticoagulante.
28. Na lesão medular acima de T6, ocorre o choque neurogênico, com lesão do sistema autônomo simpático, perda do controle vasomotor arterial e do antagonismo simpático ao sistema parassimpático. Ao avaliar um paciente vítima de TRM, é CORRETO o enfermeiro afirmar que:
- (A) Os efeitos benéficos, motores sensitivos, são observados quando a metilprednisolona é administrada nas primeiras 48 horas após a lesão medular.
- (B) A paralisia flácida, anestesia, priapismo, perda de reflexos esfinterianos são alterações comuns.
- (C) Vasodilatação, hipotensão arterial, bradicardia, hiperpnéia são típicas na tríade de Cushing.
- (D) A colocação de colar (Philadelphia ou Miami-J) garantem a mobilidade cervical através de flexão e extensão, e mudança de decúbito em bloco.
- (E) Os diagnósticos de enfermagem relacionados ao paciente com TRM podem diferenciar pela altura e tempo da lesão, não sendo dependentes do raciocínio clínico do enfermeiro e da anamnese.
29. A identificação segura do paciente criticamente enfermo é extremamente importante para a segurança do paciente, impactando na qualidade do cuidado oferecido, reduzindo a ocorrência de incidentes. A opção que apresenta os identificadores considerados adequados para a CORRETA identificação do paciente, pelo enfermeiro é:
- (A) nome completo do paciente, nome da mãe, data de nascimento.
- (B) registro hospitalar, sexo, nome completo.
- (C) idade, nome da mãe, registro hospitalar.
- (D) diagnóstico médico, nome da mãe, registro hospitalar.
- (E) idade, nome completo do paciente, nome da mãe.
30. A cultura de segurança do paciente é definida como um 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. Em relação a notificação de eventos adversos, a opção CORRETA é:
- (A) A notificação dos eventos adversos e incidentes ocorridos na instituição que tiveram o óbito como consequência devem ser notificados no prazo máximo de 15 dias.
- (B) A notificação de eventos adversos é de responsabilidade exclusiva do responsável técnico dos setores da instituição de saúde.
- (C) Os consultórios odontológicos e os laboratórios clínicos obrigatoriamente devem possuir Núcleo de Segurança do Paciente.
- (D) A notificação de eventos adversos é de responsabilidade exclusiva do gestor da instituição de saúde
- (E) A notificação dos eventos adversos e incidentes deve ser realizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente no prazo de 15 dias úteis do mês subsequente ao da vigilância.
31. Pacientes críticos desenvolvem distúrbios hidroeletrólíticos e merecem cuidados focados na estabilização dos parâmetros hemodinâmicos e na prevenção de complicações relacionadas aos distúrbios renais, eletrolíticos e acidobásicos. São causas comuns da perda da função renal em UTI, EXCETO:
- (A) infecção.
- (B) Hipervolemia.
- (C) isquemia renal.
- (D) hipovolemia.
- (E) lesão do parênquima renal.

32. A.D. S. 18 anos, estudante, em acompanhamento ambulatorial no HU-UFPI, é admitida na UTI em pós-operatório de TU cerebral, sob efeito residual de anestesia, em uso de prótese ventilatória, hemodinamicamente estável, apresentando balanço urinário negativo por 3 dias consecutivos, com volume maior de 50ml/kg/dia. Julgue os itens a seguir:

- I. A diabetes insipidus é uma doença que desencadeia um desequilíbrio hídrico desordenado ocasionado por alterações fisiopatológicas envolvendo o hormônio antidiurético (ADH), acomete ambos os sexos e seu mecanismo de enfermidade pode ser resultante de deficiência na produção do hormônio (traumatismos crânio-encefálico, complicações pós operatório, tumorações ou alterações que comprometam o eixo hipotalâmico) ou uma resistência renal;
- II. A principal ação do ADH é estimular a reabsorção de água nos nefrons. Quando a ação deste hormônio encontra-se deficiente, haverá maior perda de água pela urina e desidratação;
- III. A síntese do ADH ocorre nos neurônios magnocelulares dos núcleos supra-ópticos e paraventriculares do hipotálamo e armazenados na hipófise, seu tempo de meia vida plasmática é prolongado, assim como seus efeitos biológicos no rim que levam aproximadamente 3 dias.

Está(ão) CORRETO(S):

- (A) I e II, apenas.
  - (B) I e III, apenas.
  - (C) II apenas.
  - (D) I, II e III.
  - (E) I, apenas.
33. F. A. D. 64 anos, aposentada, viúva, hipertensa e diabética foi admitida pelo enfermeiro da residência multiprofissional na UTI apresentando GC 605 mg/dl, rebaixamento do nível de consciência, desidratação, taquipneia. Com base nas características, é possível afirmar que o quadro da paciente é definido como:
- (A) estado hiperglicêmico hiperosmolar.
  - (B) cetoacidose diabética.
  - (C) síndrome de Cushing.
  - (D) hiperglicemia.
  - (E) mixedema.
34. Segundo Viana (2017) a terapia de substituição renal (TSR) é o tratamento mais empregado quando há perda da função renal na terapia intensiva, e requer do enfermeiro intensivista um vasto conhecimento clínico e destreza para utilização do método. As propostas de intervenções de enfermagem devem considerar os seguintes cuidados, EXCETO:
- (A) Atentar-se ao uso de anticoagulante, conhecer o estado de coagulação do paciente, monitorar a infusão de anticoagulante, de forma contínua ou fracionada, mantendo-a em caso de sinais de sangramento.
  - (B) Observar frequentemente a inserção do cateter, registrar sinais de sangramento. Um novo cateter deve ser providenciado em caso de infecção.
  - (C) Certificar-se da correta instalação do sistema, do funcionamento dos sensores de ar e não permitir a presença de bolhas nas linhas ou no capilar.
  - (D) Manter o cateter com fluxo adequado, relacionando o baixo fluxo a posição do paciente ou baixo débito, sendo possível a inversão de linhas como alternativa.
  - (E) Controlar a glicemia capilar, pois a perda de glicose através da membrana capilar pode provocar hipoglicemia, sendo a administração de glicose hipertônica necessária.
35. A injúria renal aguda (IRA) é categorizada por sua etiologia clínica, sendo classificada como pré-renal, renal intrínseca e pós-renal. São causas dos distúrbios renais intrínsecos:
- (A) hipovolemia, DM, HAS
  - (B) hipovolemia, isquemia, hiperplasia prostática
  - (C) glomerulonefrite, infecção, isquemia
  - (D) glomerulonefrite, infecção, hiperplasia prostática
  - (E) glomerulonefrite, isquemia, hiperplasia prostática

36. De acordo com as Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013), a ventilação mecânica substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea e está indicada na insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Propicia melhora das trocas gasosas e diminuição do trabalho respiratório. Sobre a utilização da ventilação mecânica, é CORRETO afirmar:
- Não há benefícios e nem indicação do uso Ventilação Não Invasiva (VNI) imediatamente após a extubação nos pacientes de risco para evitar Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) e reintubação (ação profilática).
  - A ventilação Invasiva utiliza uma pressão inspiratória para ventilar o paciente através de interface nasofacial (IPAP e ou PSV) e uma pressão negativa expiratória para manter as vias aéreas e os alvéolos abertos para melhorar a oxigenação (EPAP e ou PEEP).
  - São contraindicações relativas da Ventilação Não Invasiva (VNI) necessidade de intubação de emergência e parada cardíaca ou respiratória.
  - Pode-se utilizar a VNI em casos de pneumonia adquirida na comunidade grave com insuficiência respiratória hipoxêmica, especialmente nos portadores concomitantes de DPOC com os cuidados de se observar as metas de sucesso de 0,5 a 2 horas.
  - É contraindicado o uso da VNI em pacientes com rebaixamento de nível de consciência devido à hipercapnia em DPOC.
37. A intubação endotraqueal é uma técnica que consiste na passagem de um tubo flexível dotado de um manguito através da boca (intubação orotraqueal) ou nariz (intubação nasotraqueal) e laringe até chegar à traqueia, com o propósito de manter a via aérea permeável no processo de ventilação. Os cuidados do paciente com via aérea artificial incluem a higiene bucal. Sobre a técnica de cuidados descrita pela Associação Americana de Enfermagem em Cuidados Críticos, é INCORRETO afirmar:
- Deve-se alterar a fixação e os pontos de apoio do tubo traqueal periodicamente.
  - A posição ideal do tubo endotraqueal é no centro da cavidade oral porque diminui a incidência de lesões nas comissuras bucais e, além disso, e não menos importante, há o efeito de alavanca ao se movimentar o tubo.
  - O monitoramento da pressão do balonete do tubo endotraqueal deve assegurar que sua a pressão permaneça abaixo de 50mmHg, permitindo uma margem de segurança abaixo da pressão de perfusão capilar traqueal (35 a 50 mmHg).
  - É necessário aspirar a boca para remover o excesso de secreções antes de cuidados orais, escovar os dentes do paciente por três a quatro minutos usando uma solução bucal antisséptica como clorexidina e manter a cabeceira elevada a 30°.
  - Deve-se comprovar alternadamente a posição do tubo, observando a expansão de ambos os campos pulmonares e por meio de ausculta, primeiramente no epigástrico, depois região anterior direita e esquerda.
38. Paciente 77 anos, 1,78cm, 60kg, hipertenso, dislipidêmico, etilista diário de 1 copo de vinho e com leve distúrbio cognitivo. Deu entrada no PS trazido por familiares, torporoso, com esforço respiratório e uso de musculatura acessória cervical. Ao exame: PA 87x45mmHg, FC113 bpm, FR 32irpm, SpO<sub>2</sub> 85% em ar ambiente, Tax 38,5°C. Havia história prévia de gripe há 1 semana, evoluindo com tosse produtiva e prostração nas últimas 24 horas. Foi prontamente atendido, tendo recebido 3000ml de solução cristalóide e oxigênio suplementar em macronebulização. Em tempo: PA 100x62mmHg, SpO<sub>2</sub> 87% em macronebulização 6L/min e mantendo desconforto respiratório. A radiografia de tórax em incidência AP mostrava opacidades alveolares bilaterais, sem demais alterações; gasometria arterial em macronebulização 6L/min: pH 7,32, pCO<sub>2</sub> 35mmHg, pO<sub>2</sub> 54mmHg, HCO<sub>3</sub> 16,7, BE -7,4, SatO<sub>2</sub> 85%. Realizada intubação oro-traqueal e adaptado ao ventilador mecânico em modo A/C VCV (controle de volume-assistido controlado) com FiO<sub>2</sub> 100%. A gasometria arterial neste momento era a seguinte: pH 7,30 pO<sub>2</sub> 75mmHg pCO<sub>2</sub> 45mmHg HCO<sub>3</sub> 14,5 BE-8,7 Sat 88%. Foi levantada como hipótese diagnóstica Síndrome da Angústia Respiratória (SDRA). De acordo com o caso acima marque a opção INCORRETA.
- As gasometrias arteriais revelam quadro de acidose metabólica e hipoxemia refratária à intubação endotraqueal.
  - O paciente inicialmente estava hipotenso, taquicárdico, taquipneico, febril e com baixa saturação.
  - No modo A/C VCV a variável controlada é a pressão, ou seja, o volume corrente será variável e dependerá do nível de pressão programada.
  - A síndrome do desconforto respiratório agudo caracteriza-se por uma alteração da membrana alvéolo-capilar, sendo causada por uma lesão de natureza inflamatória que determina a formação de edema rico em proteínas, que extravasa para o interior dos alvéolos, levando à insuficiência respiratória aguda.
  - Para o paciente em questão é cuidado privativo do enfermeiro na equipe de enfermagem, coletar e acompanhar os resultados da gasometria arterial.

39. A coagulação vascular disseminada (CIVD) é secundária à estimulação do sistema imunológico, a ativação de glóbulos brancos e a resposta de células endoteliais causa uma variedade e alterações fisiológicas, sobre isto, é INCORRETO afirmar que:
- (A) Durante uma tempestade inflamatória gerada por agressão, o endotélio se torna pró-coagulante, contribuindo para a geração de trombose na microcirculação, na hipoperfusão, e conseqüentemente, na disfunção orgânica.
  - (B) Na CIVD ocorre redução do tempo de tromboplastina parcial e aumento da atividade de protrombina.
  - (C) Na CIVD é frequente a queda abrupta de plaquetas.
  - (D) Na CIVD pode ocorrer anemia secundária a múltiplos fatores, ocorrendo perdas sanguíneas por sangramentos evidentes, incluindo “anemia iatrogênica” decorrente da coleta seriada de amostras para exames, procedimentos invasivos, hemólise ou perda oculta de sangue.
  - (E) Um dos diagnósticos de enfermagem para o paciente com CIVD pode ser: Perfusão tissular periférica ineficaz (redução da circulação sanguínea para a periferia) caracterizada por oligúria, hipotensão, má perfusão periférica relacionada à deficiência de volume intravascular, trombose intravascular e hemorragia.
40. Uma transfusão sanguínea é a transferência do sangue ou hemocomponente de um indivíduo ao outro, denominados doador e receptor, respectivamente. A Organização Mundial de Saúde recomenda que todo sangue doado seja analisado para detecção de infecções antes de seu uso. Analise as assertivas abaixo e marque a opção INCORRETA.
- (A) O sangue para ser transfundido deve ser submetido obrigatoriamente a provas de detecção do HIV, dos vírus da hepatite B e C e de sífilis.
  - (B) Uma das indicações de hemotransfusão ocorre em situações nas quais se precisa manter ou restaurar um volume adequado de sangue circulante com a finalidade de prevenir e tratar choque hipovolêmico.
  - (C) O plasma fresco congelado é o componente líquido do sangue, após a retirada dos elementos figurados que contem níveis normais de fatores de coagulação estáveis, albumina, imunoglobulinas, 70UI de fator VIIIc por cada 100 ml e de 40 a 70% de fator de Von Willebrand presente do plasma original.
  - (D) Os hemocomponentes lavados são elementos do sangue, do qual foram removidos o plasma e outras células sanguíneas mediante lavagens sucessivas com solução salina isotônica ou soluções de lavagens específicas, e são comuns com concentrado de eritrócitos nos casos de reações transfusionais do tipo alérgico, pacientes com deficiência de imunoglobulina A e transfusões intrauterina.
  - (E) O sangue e seus componentes devem, preferencialmente, ser administrados através de cateteres centrais, e quando do uso de cateteres periféricos o tamanho máximo aceito é de abocath nº 24 Ga.