

TIPO 1

1. As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sobre as políticas públicas em saúde, marque a alternativa CORRETA.

I. Têm como objetivo organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

II. No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional.

III. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

2. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde em 1990, as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório. A concepção do sistema de saúde a partir da década de 1990, descentralizado e administrado democraticamente e com a participação da sociedade organizada, trouxe mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira. Nesta perspectiva, foram:

I. Instituídas as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas para a participação social na gestão do

SUS, responsáveis diretos pelo controle, regulação, avaliação e auditoria do SUS;

II. Instituída a Comissão Intergestores Bipartites na direção nacional do Sistema Único de Saúde e as Comissões Intergestores Tripartite na direção estadual;

III. Fortalecidos os órgãos colegiados nacionais de representação política dos gestores das ações e serviços nos municípios e estados, sendo, respectivamente, o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde) e o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

3. As políticas públicas de saúde correspondem a todas as ações de governo que regulam e organizam as funções públicas do Estado para o ordenamento setorial. Referem-se tanto a atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal quanto àquelas relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Neste sentido, são as principais referências legais e normativas para os processos de produção e implementação das políticas de saúde:

I. Constituição de 1988, nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes, bases de financiamento e competências gerais do Sistema Único de Saúde, de uma perspectiva nacional.

II. Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

III. Lei 8.142/90, complementa a Lei 8.080/90 especialmente no que se refere à participação da comunidade na gestão do sistema e às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

4. A história das políticas de saúde no Brasil pode ser contada a partir de pelo menos duas trajetórias institucionais distintas: a trajetória institucional do campo da saúde pública e a trajetória institucional do campo da assistência médica. Antes do SUS, o Ministério da Saúde (MS), com o apoio dos estados e municípios e de fundações financiadas com recursos internacionais, desenvolvia quase que exclusivamente, e sem qualquer tipo de discriminação com relação à população beneficiária, ações de promoção e proteção

## TIPO 1

da saúde por meio de atividades educativas e preventivas, típicas do campo da saúde pública, entre as quais destacam-se:

I. Campanhas sanitárias para o controle e profilaxia de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis, serviços de combate a endemias; saneamento básico; imunizações, alimentação, nutrição, educação para a saúde; assistência pré-natal, hipertensão e diabetes.

II. Atividades de assistência médica em poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose. Essas ações eram dirigidas àquela parcela da população definida como indigente, não inserida no mercado de trabalho.

III. A atuação do poder público no âmbito das instituições relacionadas à Previdência Social, primeiramente com os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs; em seguida, com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); e depois com as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

5. A proposta de construção de um único sistema de saúde foi desenvolvida no âmbito de um amplo movimento político pela reforma do setor saúde, identificado como movimento sanitário. O movimento sanitário atravessou os anos 70 e 80, formado por uma frente de oposição e crítica ao padrão centralizado, fragmentado e desigual de intervenção estatal no campo sanitário, que reuniu profissionais de saúde com atuação nas áreas de pesquisa, formação de recursos humanos, serviços e formulação de políticas, partidos políticos progressistas, movimentos populares pela saúde, movimento sindical, movimento municipalista. A ideia de criação de um sistema único de saúde, assim denominado, foi sendo construída por este amplo movimento político, com o propósito de reorganizar a ação do Estado no território nacional, visando assegurar:

I. Acesso universal e igualitário da população a um cuidado fragmentado, com ênfase em ações hospitalocêntricas, tendo em vista garantir a saúde da população;

II. Acesso sem qualquer discriminação e independentemente da oferta de serviços disponível em seu lugar de moradia, direcionando, por exemplo, as pessoas com deficiência para atendimento apenas em serviços especializados;

III. Acesso por meio de uma rede nacional de ações e serviços descentralizada, hierarquizada e

regionalizada, com gestão política também descentralizada e participativa.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

6. As propostas do movimento sanitário nas décadas de 1970 e 1980 foram amplamente veiculadas pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES (1976), por meio da revista Saúde em Debate, de livros publicados e de seu quadro de associados, e pelas atividades e quadro de associados da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (1979). A repercussão deste movimento nas políticas públicas já se fez sentir durante a década de 80, no contexto de redemocratização do Estado brasileiro. Foram várias as ações definidas para o setor da saúde que avançaram o projeto do movimento sanitário, dentre as quais podem ser destacadas:

I. As Ações Integradas de Saúde (AIS), desenvolvidas no período 1981-1984.

II. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), vigente no período 1978-1979.

III. A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1988.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

7. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a legislação infraconstitucional (Lei 8.080/1990) estabeleceram uma concepção ampliada de direito à saúde, afirmando-o como direito humano fundamental. O artigo 2º da Lei 8.080, lista como fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, concluindo que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país. Portanto, a garantia desse direito exige do Estado a reformulação e execução de políticas econômicas e sociais voltadas à redução de riscos de doenças e de outros agravos. Esta concepção torna bastante complexa a compreensão das fronteiras setoriais e extrasetoriais da ação governamental em saúde. Os grandes objetivos e os campos de atuação do Sistema Único de Saúde estão apresentados nos artigos 5º e 6º da Lei 8.080/90. São objetivos do SUS:

I. Identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II. Formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de

TIPO 1

doenças e de outros agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

III. Assistir às pessoas por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras

8. As atribuições comuns e competências específicas de cada nível de governo na organização e gestão do SUS ou, nos termos adotados pela legislação, na direção do Sistema Único de Saúde, em seu âmbito administrativo, estão definidas no texto da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. O SUS deve atuar por meio da formulação de políticas e da execução de ações de:

I. Vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental;

II. Saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral (inclusive farmacêutica);

III. Vigilância nutricional, orientação alimentar e saneamento, e as relativas a política de sangue e hemoderivados.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

9. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro, garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei nº. 8.080/1990. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde. O SUS é financiado com os impostos do cidadão – ou seja, com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da seguridade social. O SUS tem como objetivos:

I. Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico e ordenar e formar recursos humanos na área;

II. Expedir princípios éticos, normas e condições de funcionamento para os serviços privados de assistência médica no país;

III. Realizar convênios ou estabelecer contratos de direito público quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial em determinada área.

- (A) Todas são falsas.

- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

10. A Lei 8.142/1990 instituiu duas “instâncias colegiadas” para a “participação da comunidade” na gestão do SUS em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Dessas instâncias, participam os seguintes segmentos da sociedade: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviços, profissionais de saúde e governo. Esta lei assegura aos usuários representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos tanto nas Conferências como nos Conselhos. Sobre estas instâncias, marque a alternativa CORRETA.

I. As Conferências de Saúde (municipais, estaduais e nacional) convocadas pelo Poder Executivo, ou extraordinariamente pelos Conselhos de Saúde, devem ser realizadas a cada 2 anos com a representação destes segmentos sociais, para avaliação da situação de saúde e proposição de diretrizes para a formulação da política de saúde nas esferas de governo correspondentes.

II. Antecedendo a realização de cada Conferência Nacional de Saúde há uma etapa de Conferências municipais e uma etapa de Conferências estaduais, nas quais são escolhidos os delegados de cada estado na etapa nacional.

III. Os Conselhos de Saúde tem caráter temporário e deliberativo, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (inclusive nos aspectos econômicos e financeiros).

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

11. As atribuições comuns e competências específicas de cada nível de governo na organização e gestão do SUS ou, nos termos adotados pela legislação, na direção do Sistema Único de Saúde, em seu âmbito administrativo, estão definidas no texto da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Tomando-se como referência o artigo 15º da referida lei, pode-se afirmar que as responsabilidades comuns aos três níveis de governo são aquelas relacionadas às funções públicas governamentais de planejamento, regulação, financiamento e prestação de serviços. Quanto às competências específicas, tomando-se como referência os artigos 16º a 19º da mesma lei, pode-se caracterizar da seguinte forma as responsabilidades do Ministério da Saúde na gestão do SUS:

TIPO 1

I. Ações de coordenação sistêmica, de promoção da descentralização das ações e serviços e de cooperação técnica e financeira a municípios;

II. Estabelecimento de parâmetros assistenciais de cobertura e de critérios e valores para remuneração de serviços (sujeitos à aprovação do Conselho Nacional de Saúde);

III. Gerência de sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional.

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

12. Em 16 de março de 2020, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 397, que altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, nº 5 de 28 de setembro de 2017, e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Segundo esta Portaria, marque a alternativa CORRETA.

I. As Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Redes de Atenção à Saúde (RAS).

II. O Programa Saúde na Hora no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, com objetivo de implementar o horário reduzido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Sistema Único de Saúde (SUS) em regiões de vulnerabilidade social.

III. Os estabelecimentos participantes do Saúde na Hora poderão ter as seguintes equipes cadastradas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde SCNES: a) equipes de Saúde da Família (eSF); b) equipes de Atenção Primária (eAP); c) equipes de Saúde Bucal (eSB); e d) equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

13. Em 21 de setembro, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). No dia 28 de setembro de 2017, publica a Portaria de Consolidação nº 2, a qual traz as normas sobre as

políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Segundo o **Art. 2º** desta portaria, são políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde:

I. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN);

II. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos;

III. Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

14. A Atenção Básica (AB) considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. Para superar os desafios inerentes à sua implementação, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais, grande parte, podem ser abordados na AB. São princípios/diretrizes orientadores para organização da AB nos municípios:

I. Coordenar o cuidado: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

II. Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

III. Participação da comunidade: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção.

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

## TIPO 1

15. A implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. Elas consistem em arranjos organizativos de ações e 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. Neste sentido, são considerados atributos das RAS:

I. Atenção Básica à Saúde estruturada como nível de atenção complementar para ingresso no sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde.

II. Existência de mecanismos de coordenação, fragmentação do cuidado, sem ações de integração assistencial no contínuo de toda a atenção.

III. Minimização das ações intersetoriais e da abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde, considerando a unilateralidade da responsabilidade centrada apenas no indivíduo.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

16. Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde e outros atores, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS no qual consta a seguinte conceituação das RAS: “São arranjos organizativos de ações e 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.” (BRASIL, 2010). As RAS são constituídas de três elementos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. O conhecimento sobre uma determinada população coberta por uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos. São elementos deste processo de conhecimento da população para estruturação de uma RAS:

I. A realização do processo de desterritorialização e o cadastramento das famílias.

II. As subpopulações com condições de saúde muito complexas não devem ser contempladas, considerando a alta exigência de tecnologias duras a serem utilizadas no processo de cuidado.

III. A identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.

- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

17. As principais características das RAS são a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos. A partir do referencial na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), foram discutidas no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde:

I. Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

II. Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial.

III. Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Hanseníase.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

18. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011). A Política Nacional de Atenção Básica dialoga amplamente com o conjunto de políticas instituídas para as Redes de Atenção à Saúde, compreendendo a centralidade de seu papel para a gestão do cuidado integral à saúde do usuário. Sobre os serviços vinculados às redes, tem-se:

I. O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma ação intersetorial entre as equipes de Atenção Básica e as escolas que pactuam territórios de responsabilidade compartilhada.

**TIPO 1**

II. A Atenção Domiciliar – Melhor em Casa – é componente da Rede de Atenção Psicossocial.

III. A Rede Cegonha visa ampliar e qualificar o acesso às ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e cuidado da criança até os 5 anos.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

19. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, para a construção do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) contemplou imperativos para a boa conduta profissional, abordando a Enfermagem como indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde. Segundo o CEPE, é considerado DEVER do profissional de Enfermagem:

I. Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

II. Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

III. 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.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

20. De acordo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), para a graduação da penalidade e respectiva imposição devem ser considerados: a gravidade da infração, as circunstâncias agravantes e atenuantes da infração, o dano causado e o resultado, e os antecedentes do infrator. Neste sentido, todo profissional de Enfermagem tem o dever de prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, a fim de não incorrer em violação do CEPE. Sobre as infrações e penalidades, analise as afirmativas e marque a alternativa CORRETA.

I. São consideradas infrações leves as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

II. São consideradas infrações moderadas as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

III. São consideradas infrações graves as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

21. A Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, consiste no dispositivo legal que regulamenta o Exercício de Enfermagem. De acordo com a referida Lei, o trabalho em Enfermagem apenas pode ser exercido por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício, sendo o enfermeiro um dos profissionais com respaldo legal para o exercício da Enfermagem. Segundo a Lei 7.498, são competências privativas do enfermeiro:

I. Execução do parto sem distocia.

II. Cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida.

III. Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

22. O novo coronavírus (Sars-Cov-2) trouxe gravíssimas implicações ao trabalho em Enfermagem, principalmente devido a seus trabalhadores se encontrarem na linha de frente de atendimento à população brasileira nas unidades de saúde de todo o país. Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), resolveu autorizar e normatizar a Teleconsulta de Enfermagem através da Resolução 634/2020. Sobre a Teleconsulta de Enfermagem, marque a alternativa CORRETA.

I. A Teleconsulta de Enfermagem deve ocorrer mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios de tecnologia de informação e comunicação, com recursos audiovisuais e dados que permitam o intercâmbio à distância entre o enfermeiro e o paciente de forma simultânea ou de forma assíncrona.

**TIPO 1**

II. A Teleconsulta deve ser devidamente consentida pelo paciente ou seu representante legal por livre decisão e sob responsabilidade profissional do enfermeiro.

III. Nas Teleconsultas, é obrigatório o termo de consentimento do paciente, ou de seu representante legal, que pode ser eletrônico (e-mail, aplicativos de comunicação ou por telefone).

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

23. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de Enfermagem, conforme a Lei 5.905, de 12 de julho de 1973. Neste sentido, o Conselho Federal, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais, tem jurisdição em todo o território nacional e sede na Capital da República. Sobre as competências do Conselho Regional de Enfermagem, marque a alternativa CORRETA.

I. Expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade.

II. Elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais.

III. Promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional.

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

24. Segundo o Artigo 108 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, as penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são Advertência verbal, Multa, Censura, Suspensão do Exercício Profissional e Cassação do direito ao Exercício Profissional. Sobre as penalidades, marque a resposta CORRETA.

I. A censura consiste na repreensão ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

II. A suspensão consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

III. A cassação consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

25. Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), o profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. Durante sua atuação, o trabalhador em Enfermagem tem o DIREITO de:

I. Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

II. Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

III. Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

26. De acordo com o Artigo 45 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), os trabalhadores em Enfermagem devem prestar uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, bem como, em seu Artigo 48, promover a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto. Existem condutas que são proibidas aos trabalhadores em Enfermagem, tais como:

TIPO 1

I. Assumir a responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

II. Prescrever medicamentos que estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde.

III. Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

27. Dentre a infinidade de conhecimentos que o enfermeiro deve ter domínio para executar de forma assertiva o Processo de Enfermagem (PE), destacam-se os relacionados à Anatomia e Fisiologia, a fim de guiar o desenvolvimento do exame físico a ser realizado durante a primeira etapa do PE. Em relação à INSPEÇÃO, enquanto uma das técnicas propedêuticas utilizadas no desenvolvimento do exame físico, marque a alternativa CORRETA.

I. A inspeção é um processo de observação, no qual os sentidos da visão e audição do examinador são utilizados na obtenção de dados subjetivos do paciente. Ela deve ser tanto panorâmica quanto localizada, investigando-se as partes mais acessíveis das cavidades em contato com o exterior.

II. Durante o exame físico da pele, o enfermeiro deve inspecionar, nos seguimentos corporais, a presença de dismorfias, distúrbios do desenvolvimento, lesões cutâneas, secreções, presença de peristaltismo e existência de cateter e/ou tubos ou outros dispositivos.

III. A inspeção pode ser estática quando se observa os contornos anatômicos, ou dinâmica, quando foco da atenção do observador está centrado nos movimentos próprios do seguimento inspecionado.

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

28. Para a adequada implementação do Processo de Enfermagem (PE), faz-se necessário adotar uma linguagem, a fim de padronizar a comunicação entre os trabalhadores em Enfermagem. Dentre as taxonomias de Enfermagem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio de Enfermagem em âmbito mundial, bastante utilizada no Brasil. É estruturada em eixos, os quais possibilitam a construção de Diagnósticos de

Enfermagem, Intervenções necessárias e Resultados Esperados. Sobre a CIPE, marque a alternativa CORRETA.

I. Para a construção de um Diagnóstico de Enfermagem, obrigatoriamente, deve-se articular um termo do eixo foco, um termo do eixo julgamento e um termo do eixo cliente.

II. O eixo ação diz respeito à maneira ou método de executar uma intervenção.

III. O eixo tempo diz respeito ao momento, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.

(A) Todas são falsas.

(B) Apenas a I é verdadeira.

(C) Apenas a II é verdadeira.

(D) Apenas a III é verdadeira.

(E) Todas são verdadeiras.

29. O Guia de Recomendações para Registros de Enfermagem no prontuário do paciente/cliente/usuário, publicado através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 514/2016, tem como objetivo nortear os Profissionais de Enfermagem para a prática dos registros de enfermagem no prontuário, para assim garantir a qualidade das informações que serão utilizadas por toda equipe de Saúde da Instituição. Sobre os Registros de Enfermagem, analise as afirmativas e marque a alternativa CORRETA.

I. Os registros presentes no prontuário são considerados como um documento legal de defesa dos profissionais. Para serem consideradas autênticas e válidas as ações registradas no prontuário do paciente, deverão possuir assinatura do autor do registro e inexistência de rasura, entrelinhas, emenda, borrão ou cancelamento.

II. Para construir uma Anotação de Enfermagem, os profissionais de Enfermagem devem reunir dados sobre as condições anteriores e atuais do paciente/cliente/usuário e família para, mediante análise, emitir um julgamento. Além disto, deve conter as mudanças para piora ou melhora do quadro.

III. Na construção da Evolução de Enfermagem devem constar dados brutos que irão subsidiar a equipe de Enfermagem no estabelecimento do plano de cuidados/prescrição de enfermagem. Exemplo: picos hipertensivos, episódios de êmese etc.

Todas são falsas.

(A) Apenas a I é verdadeira.

(B) Apenas a II é verdadeira.

(C) Apenas a III é verdadeira.

(D) Todas são verdadeiras.

30. Em 2009, através da Resolução 358, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o



**TIPO 1**

cuidado por parte do trabalhador em Enfermagem. Tal resolução aponta as diferenças e descreve cada um destes dois conceitos na prática em Enfermagem. Sobre a SAE e o PE, marque a alternativa CORRETA.

I. A SAE organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos. Já o PE é um instrumento metodológico que se organiza em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes que são: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

II. O Técnico de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participa da execução do PE, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

III. Ao enfermeiro incumbe a liderança na execução e avaliação do PE, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

- (A) Todas são falsas.
- (B) Apenas a I é verdadeira.
- (C) Apenas a II é verdadeira.
- (D) Apenas a III é verdadeira.
- (E) Todas são verdadeiras.

31. O senhor J.S.S., 80 anos, foi levado ao mini Pronto-Socorro por familiar. O mesmo encontra-se com uma lesão corto-contusa na região têmporo-occipital. Sangramento ausente. Familiar relata que encontrou o pai deitado no chão do banheiro. O mesmo encontra-se desacordado, respirando em ar ambiente, FR: 8irpm, pulsos simétricos, FC: 75bpm, PA: 91/59 mmHg, HGT: 89mg/dl, SatO<sub>2</sub>: 90%. Apresenta crepitações na região lesionada. Na avaliação neurológica não apresenta sinais de irritação meníngea, apresenta abertura ocular quando submetido a pressão ungueal em MSD, e localiza estímulo. Não verbaliza de modo algum. Pupilas anisocóricas, foto-reagentes e apresenta sinal de Guaxinin e Battle. Qual é o tratamento inicial mais adequado para a vítima?

- (A) Intubação, Manter SatO<sub>2</sub> > 94%, Transporte imediato.
- (B) Máscara de Venturi, Manter SatO<sub>2</sub> > 94%, Tratamento local (UTI).
- (C) Ventilação com AMBU®, Manter SatO<sub>2</sub> > 94%, Transporte imediato.
- (D) Intubação, Manter SatO<sub>2</sub> < 94%, Tratamento local (UTI).
- (E) Ventilação com AMBU®, Manter SatO<sub>2</sub> < 94%, Estabilização e transporte.

32. Você é chamado(a) a uma colisão carro/carro onde encontram-se duas vítimas na cena. Na avaliação da

cena, você encontra sinais de frenagem em um lado da pista, pacientes acordados, volantes entortados em ambos os carros. Na avaliação da vítima 01 você encontra leve cianose em extremidades, distensão de jugular, hipertimpanismo a percussão torácica, murmúrios vesiculares diminuídos em HTE, desconforto respiratório intenso, comprometimento hemodinâmico. Na vítima 02 você encontra dor ao respirar, crepitações torácicas em HTD, FC: 124bpm, FR: 28irpm, PA: 94/58mmHg. Abdome não se encontra distendido e é flácido, apresentando dor a palpação e defesa voluntária em QSD, RHA levemente diminuídos. Você claramente diagnostica que a vítima 01 sofreu um trauma torácico. Qual é a lesão associada ao trauma de acordo com os sinais e sintomas achados e qual o tratamento inicial?

- (A) Pneumotórax simples – Punção torácica no 2º EICE.
- (B) Pneumotórax hipertensivo – Punção torácica no 2º EICE.
- (C) Hemotórax – Punção torácica no 5º EICE.
- (D) Tamponamento Cardíaco – Punção torácica no 5º EICE.
- (E) Ruptura traqueobrônquica – Punção torácica no 5º EICE.

33. De acordo com os sinais clínicos apresentados pela vítima 02, quais são as possíveis lesões desta vítima?

- (A) Lesão torácica – Fratura de costelas / Lesão abdominal – Lesão no baço; SSVV indicam choque hipovolêmico descompensado.
- (B) Lesão torácica – pneumotórax / Lesão abdominal – Lesão diafragmática; SSVV indicam choque hipovolêmico compensado.
- (C) Lesão torácica – tórax instável / Lesão abdominal – Lesão no fígado; SSVV indicam choque hipovolêmico descompensado.
- (D) Lesão torácica – Fratura de costelas / Lesão abdominal – Lesão no fígado; SSVV indicam choque hipovolêmico compensado.
- (E) Lesão torácica – Fratura de costelas / Lesão abdominal – Lesão no baço; SSVV indicam choque hipovolêmico compensado.

34. Você é chamado(a) a uma construção em que um trabalhador se queixa de dor na coxa direita após uma empilhadeira tê-lo prensado contra um contêiner. Após verificar que era seguro entrar no local, você o encontra deitado no chão. Ele é capaz de descrever a sequência de eventos que gerou a lesão, mas parece cansado, sente muita dor, apresenta-se sudoreico e pálido. Apresenta via aérea permeável, respirando sem dificuldade, FR: 24irpm. Queixa-se de dor na coxa direita e perda de sensibilidade e de movimentação abaixo da lesão. FC: 120bpm, PA: 104/76mmHg. Ao expor o membro inferior direito, você nota aumento de volume na porção medial da coxa e encurtamento do

### TIPO 1

membro, que está rodado para fora. Qual é a lesão encontrada e qual é o tratamento inicial da vítima?

- (A) Fratura proximal –Tala Rígida, Imobilização em prancha longa, transporte, O<sub>2</sub>, Anestésico(IV).
- (B) Luxação –Tala de Tração, Imobilização em cadeira ajustável, transporte, O<sub>2</sub>, Anti-inflamatório(IV).
- (C) Fratura medial –Tala Moldável, Imobilização em cadeira ajustável, transporte, O<sub>2</sub>, Analgésico (Oral).
- (D) Luxação –Tala Rígida, Imobilização em prancha longa, transporte, O<sub>2</sub>, Anestésico(IV).
- (E) Fratura diafisária –Tala de Tração, Imobilização em prancha longa, transporte, O<sub>2</sub>, Analgésico(IV).

35. No caminho para o hospital de referência os sinais vitais da vítima se modificam e apresentam-se dessa maneira: PA: 87/55mmHg, FC: 135bpm, FR: 32irpm, Tax: 35.9°C. Não sente mais dor. Confuso, respirando com auxílio de oxigênio a 100%, SatO<sub>2</sub>: 89%. Apresentando ainda sudorese, palidez cutânea. Aumento da área lesionada na coxa. O que pode ter acontecido para agravar o quadro da vítima? Os sinais apresentados pela vítima representa que classe de choque?

- (A) Hemorragia com perda interna de sangue – Choque classe IV.
- (B) Hemorragia com perda externa de sangue – Choque classe III.
- (C) Hemorragia com perda interna de sangue – Choque classe II.
- (D) Hemorragia com perda externa de sangue – Choque classe IV.
- (E) Hemorragia com perda interna de sangue – Choque classe III.

36. Relacionar o mecanismo do trauma à presença de lesão na vítima é fundamental em toda abordagem pela equipe à pacientes traumatizados. Sobre a cinemática marque a alternativa CORRETA.

- (A) Impede que os profissionais consigam realizar o atendimento com segurança.
- (B) Através da análise do tipo de impacto é possível determinar qual a posição do ocupante no veículo.
- (C) Permite ampliar a capacidade de prognóstico para a presença de lesões e auxilia na tomada de decisão.
- (D) Vítimas ejetadas do veículo têm prioridade de atendimento, mesmo não sendo graves.
- (E) Injúria na porta do motorista pode indicar apenas problemas em membro inferior direito.

37. Com relação a cinemática no atropelamento analise as afirmativas e assinale a alternativa CORRETA.

I – A probabilidade de lesões fatais é menor nos choques frontais do que nos laterais.

II – Quanto maior a velocidade do carro, mais graves serão os danos causados na vítima.

III – Crianças menores de 5 anos, geralmente é atingida na parte mais alta de membros inferiores e dorso. Apresentam também lesões na cabeça e pescoço, isso devido à sua estatura.

- (A) I está correta.
- (B) II está falsa.
- (C) Apenas a III está correta.
- (D) II e III estão corretas.
- (E) I e II estão corretas

38. Para adequado atendimento à grávida traumatizada é necessário considerar as alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez, mais evidentes no terceiro trimestre tais como pressão arterial, frequência cardíaca, volume sanguíneo, posição do útero, bexiga, coração, etc. Embora a gravidez não aumente a morbimortalidade materna após o trauma, o prognóstico para o feto se agrava. Trauma durante a gravidez está associado a um aumento de risco de aborto. No trauma na gestante, a principal causa de morte materno-fetal é:

- (A) Circular de Cordão
- (B) Placenta Prévia
- (C) Eclampsia
- (D) Descolamento Prematuro de Placenta
- (E) Epilepsia

39. R.T.A, 23 anos, gestante, 37ª semana, dá entrada no serviço de emergência queixando diplopia, vômitos (5 episódios até o momento da consulta), dor epigástrica, edema em MMII, sonolência e escotomas. Apresentou aumento de proteínas na urina. Diante do caso, você pode estar diante de um quadro de:

- (A) Epilepsia.
- (B) Eclampsia.
- (C) Placenta Prévia.
- (D) DIP.
- (E) Hemorragia Vaginal.

40. Emergência psiquiátrica pode ser definido como um distúrbio grave e urgente do comportamento, afeto ou pensamento, tornando o paciente incapaz de lidar com as situações da vida e com os relacionamentos interpessoais, pondo os outros e ele mesmo em condições que podem arriscar a vida. Nessas situações é CORRETO afirmar que:

- (A) O paciente deve ficar sozinho em alguns momentos, até que retorne a consciência do que está ocorrendo.
- (B) Deve-se evitar chama-lo pelo nome ou qualquer frase que contenha dados verdadeiros.
- (C) Sempre deve ser contido em qualquer situação.

TIPO 1

- (D) Deve-se obter prontamente o controle da situação.  
(E) Realizar contenção química sempre antes da física.

41. Pai chega com filha nos braços na unidade de emergência e você a recebe. Pai relata que a mesma sofre com depressão e ingeriu soda cáustica como 3ª tentativa de suicídio. Assinale a alternativa que apresenta uma intervenção que NÃO DEVE ser feita:

- (A) Induzir o vômito com água.  
(B) Avaliar nível de consciência.  
(C) Aferir PA.  
(D) Verificar FC e FR.  
(E) Solicitar ajudar.

42. J.L.C., 8 anos, brincando em sua casa, achou uma caixa de GARDENAL e ingeriu 10 comprimidos. Sua mãe o levou imediatamente ao PS. Avaliado e prescrito lavagem gástrica. Assinale a alternativa que corresponde o cateter ideal para realizar essa intubação.

- (A) Tenckhoff  
(B) Sengstaken-Blakemore  
(C) Fouchet  
(D) Swan-Ganz  
(E) Foley

43. Menina de 2 anos, foi levada pela avó até a emergência pediátrica com queimadura por água quente, avó estava preparando seu café e criança pegou a xícara. Água atingiu apenas região genital. De acordo com a regra dos nove, que avalia a extensão da queimadura, esta criança apresenta:

- (A) 1% de SCQ  
(B) 9% de SCQ  
(C) 12% de SCQ  
(D) 18% de SCQ  
(E) 4,5 de SCQ  
(F) 4.5% de SCQ

44. M.F.G, 70 anos, sexo feminino, deu entrada no pronto-socorro com dor no peito, muito nervosa, taquicárdica, taquipneica. PA.: 160x90. O médico plantonista solicitou exames e após análise

47. A dor abdominal na emergência é muito desafiadora para o profissional de saúde, principalmente pelo fato de ser uma queixa extremamente comum que pode apresentar problemas graves se não tiver um manejo adequado. Você é enfermeiro plantonista em um serviço de emergência hospitalar e recebe uma jovem apresentando dor abdominal em QSD. Assinale a alternativa correta em que corresponde a patologia que a cliente pode estar apresentando.

- (A) Pneumonia de base pulmonar.  
(B) Pancreatite.  
(C) Apendicite.  
(D) ITU.  
(E) Diverticulite.

diagnosticou como Angina. Avalie os diagnósticos de enfermagem a seguir e assinale a alternativa CORRETA.

- I – Ansiedade relacionada à dor no peito.  
II – Medo relacionado ao estado atual e ao futuro desconhecido.  
III – Intolerância à atividade relacionada à falta de condicionamento.

- (A) I está falsa.  
(B) II está falsa.  
(C) Apenas a III está falsa.  
(D) Todas estão falsas.  
(E) Todas estão corretas.

45. Pacientes vítimas de fraturas, principalmente de membros inferiores, são privados de sua locomoção plena. Um possível diagnóstico de enfermagem para os pacientes com fraturas de MMII é Mobilidade Física Prejudicada. O mesmo é definido como estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, limitação do movimento físico, embora não esteja imóvel. Assinale a alternativa INCORRETA sobre as intervenções adequadas para esse diagnóstico.

- (A) Posicionar em alinhamento para prevenir complicações.  
(B) Providenciar mobilização progressiva.  
(C) Não ensinar exercícios ativos de amplitude de movimentos em membros não afetados.  
(D) Observar e ensinar uso de muletas e andadores.  
(E) Se o cliente for incapaz de caminhar, auxiliá-lo a sair do leito para a cadeira de rodas ou para poltrona.

46. Algumas ferramentas são utilizadas no serviço de emergência para avaliação clínica do paciente. Marque a alternativa correta com relação à escala que podemos utilizar no APH onde se consegue avaliar comprometimento do VII par de nervo craniano.

- (A) Teste Lipp.  
(B) Escala de Coma de Glasgow.  
(C) Escala de Cincinatti.  
(D) Miniexame do estado mental.  
(E) Análise da Glicemia.

**TIPO 1**

48. Um homem de 67 anos foi levado por seus familiares ao pronto-socorro mais próximo de sua residência. Paciente é diabético e faz uso de metformina. HGT: 210mg/dL. Apresenta respiração elevada e superficial, pele seca, muito fraco. Levemente confuso. Pelos sinais e sintomas apresentados, você está se deparando com um paciente apresentando:

- (A) Embolia Pulmonar.
- (B) Cetoacidose Diabética.
- (C) Fenilcetonúria.
- (D) Síndrome de Burnout.
- (E) Abstinência Alcoólica.

49. Paciente do sexo feminino, 56 anos, hipertensa de longa data, obesa, diabética, tabagista, procurou a unidade de emergência queixando dor intensa, irradiando para MSE. Relatou que dor iniciou há 1 hora. Informou também que é uma dor em aperto. Encaminhada à realização do ECG e ao chegar na sala não estava mais respondendo. Ao exame, além da perda de consciência, não apresentava movimentos respiratórios e nem pulso central. Iniciaram as manobras de ressuscitação cardiopulmonar com IOT. As pás do monitor/desfibrilador revelou o ritmo mostrado a seguir:



No caso acima, com relação às manobras de ventilação em via aérea avançada, responda quantas ventilações são realizadas em 60 segundos:

- (A) 1 ventilação a cada 2 a 3 segundos.
- (B) 15 ventilações por minuto.
- (C) 1 ventilação a cada 5 segundos.
- (D) 10 ventilações por minuto.
- (E) 1 ventilação a cada 10 segundos.

50. Assinale a alternativa que corresponde ao ritmo mostrado no monitor:

- (A) Assistolia.
- (B) TVSP.
- (C) FV.
- (D) Flutter Atrial.
- (E) AESP.