



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2021**

22/11/2020

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Enfermagem), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos quadros destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02

A obesidade é considerada uma prioridade global de saúde pública por sua magnitude e relação com doenças crônicas. Em 2013, atingiu 20% dos adultos brasileiros, sendo 56,9% com sobrepeso (IBGE, 2015) e, embora políticas nacionais tenham sido instituídas (Dias et al., 2017), trata-se de um cenário de difícil reversão e que demanda articular o cuidado individual com ações que afetem o ambiente obesogênico (Poston et al., 1998; Swinburn et al., 2015). Além disso, a baixa efetividade das intervenções individuais pautadas em “modelos assistenciais” biologicistas e curativos impõe reflexões sobre os caminhos para a inovação das práticas de cuidado (Fertonani et al., 2015; Roberto et al., 2015).

O conceito de “modelo assistencial” vem sendo problematizado desde a década de 1970, quando emergiram as críticas ao denominado “modelo biomédico”. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 impulsionou a reorientação desse modelo na direção da atenção integral à saúde, culminando com a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, a ótica da promoção da saúde reforçou novas concepções sobre cuidado ao propor ações positivas de saúde, considerando os múltiplos condicionantes do processo saúde/doença (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006).

O debate sobre modelos assistenciais abarca elementos-chave como as formas de organização das relações entre profissionais e usuários, saberes e técnicas utilizadas para atender as necessidades em saúde, práticas e processos de trabalho (Fertonani et al., 2015). A reorientação dos modelos vigentes é um processo complexo que implica mudanças em distintas dimensões, tais como: (1) gerencial - referente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; (2) organizativa - referente ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando os níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e (3) técnico assistencial, ou operativa, referente às relações que se estabelecem entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação) (Fertonani et al., 2015).

A ESF distingue-se do modelo biomédico por ser fundamentada na integralidade; na construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção básica como articuladora dos demais níveis por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência; na articulação entre promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; no foco na família, grupos e comunidades; na compreensão dos condicionantes históricos, sociais, culturais do processo saúde/doença; nas relações acolhedoras, de vínculo,

compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, gestores e população; e na equipe multiprofissional (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006). Tais características estão relacionadas com as dimensões “organizativa” e “técnico assistencial” de reorientação dos modelos assistenciais, incluindo as “práticas de cuidado” (Mattos, 2001).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

01

Segundo o texto, é correto afirmar que

- (A) a instituição do SUS reforçou o modelo biomédico, que prima pela atenção integral à saúde, concretizada na formação de equipes multiprofissionais.
- (B) o modelo biomédico foi uma resposta às problematizações levantadas desde a década de 1970 sobre os modelos assistenciais em saúde pública.
- (C) a Estratégia Saúde da Família, que resultou de reorientações no modelo biomédico estimuladas pela implantação do SUS, assume a integralidade como um de seus aspectos constitutivos.
- (D) os modelos assistenciais biologicistas e curativos inovaram as práticas de cuidado realizadas no país, especialmente no âmbito da obesidade.
- (E) as políticas nacionais instituídas no combate à obesidade, que articularam o cuidado individual a ações sobre o ambiente obesogênico, têm conseguido reduzir a incidência de obesidade.

02

Assinale a alternativa correta de acordo com o texto:

- (A) a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe mudanças às dimensões gerencial, organizativa e operativa dos modelos assistenciais.
- (B) as práticas de cuidado passaram a integrar o modelo biomédico, a partir da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- (C) o foco no acolhimento, no vínculo, no compromisso e na corresponsabilidade entre profissionais de saúde, gestores e população representa uma reorientação na dimensão gerencial da ESF.
- (D) o debate sobre os modelos assistenciais em saúde pública tem negligenciado as dimensões organizativa e operativa.
- (E) a compreensão dos condicionantes históricos, sociais e culturais do processo saúde/doença integra as novas concepções sobre as práticas de cuidado nos modelos assistenciais em saúde pública.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

Francisco & Diez-Garcia (2015) reiteram que a abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade do problema. Analisam vários estudos que indicam como as atitudes negativas dos próprios profissionais de saúde em relação ao excesso de peso podem afetar o tratamento e o julgamento clínico, dificultar o acesso aos serviços de saúde e condicionar, inclusive, o tempo de consulta. Estudos abordados pelos autores sinalizam que a maioria dos profissionais entrevistados não se sente qualificado para tratar a obesidade, o que os leva a sentimentos de limitação e frustração. Mesmo entre grupos especializados e interessados em tratar a obesidade, existem níveis consideráveis de preconceito – próximos ao da população em geral.

Assis (2017) também ressalta as frustrações e outras reações, até mesmo a raiva, expressas por profissionais que lidam com o tratamento da obesidade e com as “resistências” dos usuários em mudar seus hábitos, o que por vezes é atribuído a uma postura de “relaxamento da família” e “falta de disciplina”. Portanto, apesar das evidências científicas de que os fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais condicionam a obesidade, ainda sobressai a hipervalorização das causas “pessoais” (Francisco & Diez-Garcia, 2015) e os profissionais de saúde acabam seguindo esta perspectiva, como observado no presente estudo. “Pacientes obesos” são rotulados como aqueles que não se cuidam ou que não querem se cuidar, que gastam dinheiro público com seu tratamento e são punidos por este dilema moral de culpa individual. A responsabilidade pessoal se torna peça central no processo de estigmatização da pessoa com obesidade, o que só reitera a importância de se problematizar o conceito de autocuidado para que não reforce esta perspectiva culpabilizadora (Francisco & Diez-Garcia, 2015).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. *Cad. Saúde Pública*. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

03

Segundo o texto, é correto afirmar:

- (A) muitos profissionais de saúde ainda se sentem despreparados para lidar com a obesidade, manifestando níveis consideráveis de preconceito e culpabilizando os pacientes.
- (B) as evidências científicas de que a obesidade está condicionada a fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais reduziram significativamente a estigmatização de pacientes obesos por profissionais de saúde.
- (C) os profissionais de saúde consideram que a postura de “relaxamento da família” e a “falta de disciplina” dos

pacientes obesos são a principal razão para o insucesso no tratamento da obesidade.

- (D) o conceito de autocuidado deve ser problematizado para que o paciente obeso intensifique sua responsabilidade pessoal perante o tratamento, disciplinando-se.
- (E) o modelo biológico prevê estratégias capazes de dar conta da complexidade do problema, por reconhecer a relevância dos fatores genéticos, metabólicos e hormonais na obesidade.

TEXTO PARA A QUESTÃO 04

De acordo com a WHO (1994) [Organização Mundial da Saúde], a maioria dos países da América Latina apresenta elevados índices de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D). No Brasil, o primeiro levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1988) revelou elevada prevalência de cárie dentária em todas as idades, em 1986. Porém, nos últimos anos, vem sendo observada a redução nacional neste índice, conforme estudos de Rosa et al. (1991) e Traebet et al. (2001), provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados em todo território nacional, a partir de 1989 (Brasil, 1989). Apesar disso, a cárie dentária ainda é considerada uma doença comum na infância, como relata Bedi et al. (2000). Está envolvida num processo dinâmico de saúde-doença, provocado por fatores de ordem geral, locais, sociais, econômicos e culturais.

De acordo com Moysés (2000), a condição social de uma população tem um grande poder de explicar as desigualdades na prevalência de cárie dentária. Estudo realizado pelo autor sugere que piores condições socioeconômicas estão intimamente relacionadas a um consumo mais elevado de açúcar, pior condição de higiene bucal, dificuldade de acesso às escovas e a cremes dentais e dificuldade de acesso aos tratamentos dentários, deixando a população mais exposta a esses fatores de risco e, conseqüentemente, ocorrendo o aumento na prevalência de cárie dentária.

Moynnham (2002) acrescenta que o consumo de alimentos é um dos fatores determinantes da cárie dentária, enquanto uma doença multifatorial. A cariogenicidade dos alimentos é, portanto, somente um entre vários componentes que poderão determinar a atividade de cárie de um indivíduo.

BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; CORSO, A. C. T. “Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança”. *Rev. Nutr.* 2007, v. 20, n. 2, p. 191-196.

04

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) as condições socioeconômicas não se mostraram um fator relevante no que se refere às condições de emergência da cárie dentária.
- (B) o consumo de alimentos com teor elevado de açúcar é o principal fator explicativo para a emergência de cáries dentárias.
- (C) a fluoretação da água no abastecimento público consiste em um fator de provável relevância na redução do índice de cáries dentárias no país.
- (D) a cárie dentária não pode mais ser considerada, no Brasil, uma doença comum na infância, por conta da fluoretação da água e dos dentífricos.
- (E) as políticas públicas para controlar a incidência de cáries dentárias não devem considerar o padrão alimentar como um fator relevante.

TEXTO PARA A QUESTÃO 05

Ao final da década de 1970, com a progressiva erosão da capacidade gestora do Estado e o crescimento da consciência de desarticulação administrativa, apontava-se a desestatização para a superação da crise e germinou a necessidade de reforma do Estado (Fiori, 1989; 1997). Novos modelos de gestão e provisão de serviços também foram experimentados em países da Europa, mesmo os de sistemas universais de saúde. Reformas estimularam a concorrência e a conversão dos serviços públicos em mercados públicos como alternativa à privatização, com a possibilidade de financiamento e prestação por entes privados, inclusive na atenção primária à saúde (APS) (Sheaff et al., 2006). Nos anos 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil, com propostas de superação baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado (Diniz; Bosch, 2007). No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a Nova Administração Pública ganhou institucionalidade com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE). A implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central no PDRAE e a principal expressão de "Organizações Públicas Não-estatais". Elas estabeleceriam contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços não exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. Esse modelo causaria verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social.

RAMOS, A. L. P.; DE SETA, M. H. "Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014". Cad. Saúde Pública. 2019, v. 35, n. 4, p. 1-15.

05

Na visão dos autores, as Organizações Sociais

- (A) foram responsáveis pela progressiva erosão da capacidade estatal de gerenciar a saúde no país.
- (B) constituem-se em modelos de gestão inspirados em experiências europeias de estatização da esfera da saúde.
- (C) revolucionaram a gestão e a prestação de serviços em saúde, uma vez que resultaram da privatização e da desregulamentação estatal do setor.
- (D) foram implantadas no âmbito do PDRAE como um reflexo do avanço do discurso neoliberal de crise econômica e gerencial no Brasil.
- (E) consistiram em estratégia fundamental do PDRAE para conter gastos estatais, ainda que a qualidade dos serviços tenha sido reduzida.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 06 E 07

[...] a Bioética da Proteção pode ser entendida como a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o "capacitam" (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem. Para isso, estabelecer a prioridade léxica de quem não dispõe de tais meios é primordial para respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplicar o valor da equidade como meio para atingir a igualdade é condição sine qua non da efetivação do próprio princípio de justiça. Os interesses conflitantes redundam em outro tipo de conflitos – chamados conflitos morais – e que só podem ser resolvidos dando suporte (protegendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção ou – como se diz – de "passar necessidades". De fato, os grupos particularmente vulneráveis, ou literalmente vulnerados (ou afetados), não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela.

Nesse sentido, a Bioética da Proteção não se aplica, via de regra, aos indivíduos e às populações que – embora afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes. Caso contrário, a proteção – considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente – poderia ser confundida, pertinentemente, com "paternalismo", porque proteger visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente, ao passo que

o paternalismo pode, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo sua capacitação para viver uma vida decente e livre, tornando-o, assim, sempre dependente das escolhas alheias. Em suma, proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável. Se não for assim, a Bioética da Proteção contraditaria um dos valores básicos das sociedades seculares e democráticas modernas, que é o direito ao exercício da autonomia pessoal e, em alguns casos, o dever de exercê-la, sendo, portanto, responsável por seus atos.

SCHRAMM, F. R. "Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização". Revista Bioética. 2008, v. 16, n. 1, p. 11-23.

06

Segundo o texto, a Bioética da Proteção prioriza

- (A) os grupos vulneráveis de modo geral, posto que são alvos de conflitos morais que usualmente os levam a abandonar as instituições que os acolhem.
- (B) as populações afetadas negativamente pelas condições vigentes, não diferenciando entre aquelas que conseguem ou não enfrentar sua condição existencial com seus próprios meios.
- (C) as populações vulneradas, uma vez que não conseguem exercer sua autonomia, dependendo dos outros para fazerem as escolhas que lhes proporcionariam uma vida no mínimo respeitosa.
- (D) os vulnerados, aqueles que não conseguem, com seus próprios meios e recursos, independentemente de sua vontade, atingir um estado de vida ao menos digna.
- (E) as instituições, visto que são elas que dispõem das potencialidades para garantir a equidade entre os meramente vulneráveis e os particularmente vulnerados.

07

De acordo com o autor, no âmbito da Bioética da Proteção, proteção e paternalismo são conceitos que se

- (A) opõem, uma vez que a proteção promove a competência para a autonomia pessoal, ao passo que o paternalismo pode tornar o indivíduo dependente das escolhas alheias.
- (B) opõem, já que o paternalismo se centra em instituições estatais, enquanto a proteção prescinde desse tipo de apoio.
- (C) complementam, na medida em que o paternalismo se baseia no olhar do outro sobre o indivíduo vulnerável, enquanto a proteção foca no desenvolvimento do próprio indivíduo.
- (D) complementam, posto que o paternalismo foca os indivíduos mais vulneráveis, ao passo que a proteção prioriza os menos vulneráveis.
- (E) sobrepõem, visto que ambos estão associados à subtração dos indivíduos de um estado de vulnerabilidade para um estado de autonomia.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Entende-se por vigilância epidemiológica

- (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, bem como de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
- (B) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- (C) a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas.
- (D) a difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários à sua prevenção.
- (E) a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e análise de situação de saúde de determinada população.

09

São consideradas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços

- (A) de atenção primária, ambulatoriais especializados e de atenção hospitalar.
- (B) de atenção primária, ambulatoriais especializados e serviços especiais de acesso aberto.
- (C) ambulatoriais especializados, de atenção primária e de atenção de urgência e emergência.
- (D) de atenção de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e de atenção primária.
- (E) de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

10

O processo de trabalho em equipe multiprofissional na saúde foi classificado por Peduzzi (2001) em duas principais modalidades: equipe agrupamento, em que se observa a justaposição das ações; equipe integração, quando ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Indique os critérios de reconhecimento da equipe agrupamento:

- (A) Comunicação intrínseca ao trabalho; flexibilidade da divisão do trabalho; ausência de autonomia técnica.
- (B) Flexibilidade da divisão do trabalho; projeto assistencial comum; comunicação intrínseca ao trabalho; autonomia técnica de caráter interdependente.
- (C) Ausência de autonomia técnica; comunicação externa ao trabalho; autonomia técnica plena; comunicação estritamente pessoal.
- (D) Autonomia técnica de caráter interdependente; flexibilidade da divisão do trabalho; comunicação externa ao trabalho.
- (E) Comunicação estritamente pessoal; autonomia técnica plena; projeto assistencial comum.

11

Sobre o Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS, é correto afirmar que

- (A) a avaliação de risco e vulnerabilidade é considerada uma prerrogativa específica dos profissionais de saúde que atendem no serviço de saúde considerado.
- (B) a classificação de risco considera prioritariamente a entrada por filas e ordem de chegada ao serviço de saúde.
- (C) implica escutar atentamente o usuário, seus problemas e demandas, mantendo o foco na doença apresentada, sem considerar outros aspectos, como questões emocionais e o contexto social do usuário.
- (D) consiste em dispositivo técnico-assistencial que altera a forma de fazer a gestão da assistência e de considerar as relações de acesso aos serviços de saúde.
- (E) a avaliação quanto ao risco e à vulnerabilidade deve considerar estritamente o grau de sofrimento físico apresentado pelo usuário.

12

A Bioética estabeleceu como fundamento o respeito à vida humana. Considerando a evolução histórica que resultou no surgimento da Bioética e considerando seus princípios, assinale a alternativa correta:

- (A) A vida é um processo que pode ser considerado contínuo, coordenado e progressivo.
- (B) O método cartesiano contribuiu para a visão integral sobre o paciente e sua saúde.
- (C) A descoberta dos microrganismos no século XIX contribuiu para a mudança de foco da doença para o doente.
- (D) As ações de saúde devem ser pautadas pela correlação entre custos e benefícios.
- (E) De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Dentro desse princípio, a “objeção de consciência” refere-se ao profissional de saúde dever agir sempre de acordo com a legalidade e com o que é aceito pelo paciente.

13

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS n.529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde. Considerando os antecedentes, bem como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), escolha a alternativa correta:

- (A) A eficiência refere-se ao cuidado baseado no conhecimento científico dirigido a todos que possam se beneficiar desse saber e, ao mesmo tempo, evitando seu uso para os que possivelmente não se beneficiarão.
- (B) A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade, tendo como referência um conjunto de padrões, e é de caráter obrigatório.
- (C) A classificação dos erros em “ativos” e “latentes” facilita a sua identificação e prevenção, no sentido de proteger o paciente. Os erros ativos surgem a partir da gestão, enquanto os erros latentes se referem a atos inseguros como, por exemplo, a troca de um medicamento na hora da sua administração.
- (D) A efetividade refere-se ao cuidado realizado de forma a evitar desperdícios quanto ao uso de equipamentos, suprimentos e energia.
- (E) Entre as mudanças requeridas no ambiente organizacional dos hospitais para a incorporação de uma cultura de segurança, está a recomendação de adotar modelos de cuidado, caracterizado pelo trabalho em equipe interdependente, colaborativo e interprofissional, ao invés de modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente.

14

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a sua abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da atenção primária à saúde. Em relação aos NASF, é correto afirmar:

- (A) O NASF atua utilizando como principais ferramentas o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio.
- (B) A organização dos processos de trabalho dos NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento direto e individualizado ao usuário.
- (C) O NASF funciona, alternativamente, como porta de entrada do SUS para os usuários.
- (D) A equipe do NASF tem como uma de suas atribuições atuar como equipe de referência para as famílias do território de abrangência.
- (E) O Apoio Matricial caracteriza-se pela dimensão assistencial, que vai produzir ação clínica direta, em detrimento da ação técnico-pedagógica.

15

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. Considerando a RAS, é correto afirmar:

- (A) Independente da estruturação da atenção primária à saúde, o aumento dos gastos resulta do tratamento tardio dos agravos e dos incentivos financeiros por desempenho individual.
- (B) Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser precedidos do foco no trabalho vivo, caracterizado por: vínculo, escuta, comunicação e responsabilização pelo cuidado.
- (C) Na rede de atenção às urgências e emergências, a atenção primária à saúde também cumpre o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos da rede.
- (D) O modelo de atenção preconizado pelo SUS é centrado no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas.
- (E) A economia de escala é um dos fundamentos da RAS e caracteriza-se pelo aumento dos custos médios, à medida que aumenta o volume das atividades, e pela distribuição dos custos fixos por um maior número de atividades.

ENFERMAGEM

16

Durante um atendimento, o médico prescreveu ao paciente uma dose de ataque de fenitoína de 1250 mg. Na unidade, há disponível ampolas de 5 mL de fenitoína a 5%. Para administrar a dose prescrita, quantas ampolas devem ser preparadas?

- (A) 2,5
- (B) 3
- (C) 5
- (D) 10
- (E) 25

17

Um paciente deve receber 20 UI de insulina NPH conforme prescrição médica. Ao iniciar o preparo, a enfermeira nota que o frasco está rotulado em 100 UI/mL. Na unidade, só há disponíveis seringas de 1 mL para administrar a insulina. Quantos mL de insulina devem ser administrados no paciente?

- (A) 0,2
- (B) 2
- (C) 0,4
- (D) 0,02
- (E) 0,04

18

A comunicação é um elemento fundamental nas relações humanas e um componente essencial ao cuidado, particularmente na relação do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. São habilidades essenciais ao enfermeiro, no âmbito da comunicação, para o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva:

- (A) Domínio da comunicação não verbal, cuidados espirituais, técnicas avançadas de curativos e gerenciamento em enfermagem.
- (B) Domínio da comunicação interpessoal verbal e não verbal, da escuta terapêutica, empatia e toque afetivo.
- (C) Escuta terapêutica, manejo da dor do paciente, medidas de conforto e higiene e domínio de passagem do PICC.
- (D) Empatia, capacidade de identificação das necessidades emocionais e espirituais do paciente, cuidados com ostomias e com cateteres venosos centrais.
- (E) Escuta atenta e reflexiva, domínio da comunicação verbal, empatia e coleta de exames laboratoriais.

19

Os erros associados ao uso terapêutico de medicamentos podem ser classificados como erros de prescrição, de dispensação ou de administração. Podem ser considerados itens de segurança para a administração segura de medicamentos pela enfermagem:

- (A) Preparar a medicação em ambiente limpo e seguro, antecedido da adequada higiene das mãos e técnicas assépticas; utilizar a regra dos 5 certos: droga certa, dose certa, paciente certo, horário certo, via certa.
- (B) Seguir sem questionar a prescrição médica, mesmo que por ordem verbal ou por telefone; ler atentamente os rótulos quando o medicamento é acessado e novamente antes da sua administração.
- (C) Assegurar que a administração seja realizada no máximo 1 hora antes ou depois do horário aprazado; administrar medicamento semelhante ao prescrito na ausência do correto, para garantir a saúde do paciente.
- (D) Estar atento para medicamentos com nomes semelhantes, para evitar erros; nunca administrar medicamentos de alta vigilância em cateteres venosos periféricos.
- (E) Administrar o medicamento, mesmo contra a vontade do paciente, para garantir o seu tratamento adequado; nunca seguir prescrições que sejam ilegíveis ou confusas.

20

O paciente com cateter venoso central (CVC) tem risco aumentado de infecção de corrente sanguínea associada à via intravenosa. Quais itens devem fazer parte da prescrição de enfermagem do paciente com CVC?

- (A) Utilizar luvas estéreis, gorro, máscara e avental ao manusear o CVC; realizar curativo estéril em inserção do CVC a cada 2 dias, se estiver sujo ou solto.
- (B) Utilizar luvas estéreis para instalar medicações no CVC; realizar higiene com clorexidina alcoólica nas conexões depois de cada uso.
- (C) Monitorar a presença de sinais flogísticos ou exsudato na inserção do CVC; solicitar a troca do CVC a cada 7 dias, para segurança do paciente.
- (D) Realizar curativo estéril em inserção do CVC sempre que sujo ou solto, ou a cada 7 dias quando ocluído com película transparente; monitorar a presença de sinais flogísticos ou exsudato na inserção do CVC.
- (E) Proteger o sítio de inserção do CVC com plástico ou pano úmido durante o banho; não instalar drogas vasoativas no CVC.

21

O genograma é um diagrama do grupo familiar, uma árvore que representa sua estrutura interna. São consideradas informações essencialmente presentes no genograma:

- (A) Pessoa índice, membros da família importantes para o paciente, idade e sexo, casamentos, relações dos membros da família com membros da comunidade.
- (B) Paciente índice, seus casamentos e separações, nascimento dos filhos, óbitos, núcleo familiar contendo 2 gerações.
- (C) Paciente índice, membros da família nuclear, com nomes idades e sexo, relacionamentos/casamentos, nascimento dos filhos, mudanças de cidades/estados/países.
- (D) Família índice, indicação de nome, idade e sexo dos falecidos, doenças na família, forças e relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos.
- (E) Pessoa índice, idade e sexo dos membros da família, casamentos, ordem de nascimento dos filhos, separações e óbitos.

22

O ecomapa representa uma visão geral da situação da família, através de um impacto visual. Ele deve ser construído pelo enfermeiro, com participação ativa dos membros da família. É correto considerar como objetivo do ecomapa:

- (A) Construir, junto à família nuclear, o atual funcionamento familiar e seu contexto ambiental, excluindo somente os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos e a natureza desses vínculos.
- (B) Representar os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, como pessoas, órgãos ou instituições, e indicar a natureza dos vínculos afetivos existentes, que podem ser fortes, tênues ou estressantes.
- (C) Esboçar a estrutura familiar interna, colocando os membros da família em séries horizontais que significam linhagens de gerações; já os filhos são colocados em linhas verticais.
- (D) Representar o diagrama do grupo familiar, com informações na forma de gráficos convencionais, genéticos e genealógicos, incluindo sempre três gerações.
- (E) Construir a árvore familiar, representando sua estrutura interna, incluindo símbolos para representar os membros da família e seu núcleo.

23

O processo de enfermagem pode ser definido como um instrumento que provê um guia sistematizado para o desenvolvimento de um estilo de pensamento que direciona os julgamentos clínicos necessários para o cuidado de enfermagem. Algumas das etapas desse processo são

- (A) exame físico, histórico de enfermagem, diagnósticos clínicos, seguimento da prescrição médica e evolução de enfermagem.
- (B) avaliação do paciente com exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição de enfermagem e prescrição médica.
- (C) avaliação da família, avaliação do paciente com exame físico, prescrição de enfermagem, avaliação psicológica e nutricional.
- (D) exame físico e histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, intervenções/prescrição de enfermagem, reavaliação contínua/evolução de enfermagem.
- (E) histórico de enfermagem, entrevista com a família e com o paciente, diagnósticos de enfermagem, avaliação motora e nutricional.

24

As classificações de enfermagem têm por base o entendimento de que há decisões fundamentais no cuidado, e que estas devem ter uma padronização de linguagem. Essa padronização é essencial ao enfermeiro, pois permite

- (A) facilitar a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar, interligar os diagnósticos de enfermagem com os diagnósticos médicos e facilitar a prescrição de enfermagem.
- (B) criar o prontuário eletrônico, facilitar o uso dos diagnósticos médicos pelo enfermeiro, cruzar as informações dos membros da equipe de enfermagem.
- (C) criar o prontuário eletrônico, facilitar a comunicação entre os membros da equipe e auxiliar no raciocínio clínico.
- (D) que o enfermeiro elabore na teoria a sua atividade prática, tenha maior controle emocional e maior desempenho de escolha dos diagnósticos de enfermagem.
- (E) a interdisciplinaridade da equipe de saúde, o aprimoramento do cuidado oferecido ao paciente e maior controle do enfermeiro sobre a equipe de saúde.

25

São exemplos de cuidados de enfermagem centrados na família da criança hospitalizada:

- (A) Oferecer apoio aos membros da família, fornecer informações conforme necessidade percebida ou expressa, estimular a participação da família nos cuidados oferecidos.
- (B) Fornecer informações nos casos de mudanças no quadro clínico do paciente, estimular a participação da família nos procedimentos, oferecer apoio psicológico.
- (C) Considerar pai e mãe como visitas importantes na hospitalização, solicitar que eles ofereçam os cuidados, preparar a família para os cuidados pós-alta.
- (D) Exigir que a família ofereça todos os cuidados ao paciente, limitar a quantidade de visitas para sossego da criança, oferecer apoio emocional.
- (E) Solicitar que a família realize cuidados de higiene e alimentação, exigir que a mãe permaneça o tempo todo ao lado da criança para que ela não sinta medo, fornecer informações reais sobre o quadro clínico do paciente.

26

Uma enfermeira está realizando a admissão de um paciente de 4 anos, que foi colocado em quarto privativo em precauções por aerossóis e contato, devido a diagnóstico médico de varicela infectada. Pode ser considerado como fator de estresse para a família desse paciente

- (A) a hiperatividade e birra do paciente, por ser escolar.
- (B) o uso dos equipamentos de proteção individual pelos profissionais, que demonstra que a equipe tem aversão ao paciente.
- (C) a permanência em quarto privativo, que pode ser entendido pelo paciente como uma punição.
- (D) o fato de o médico não poder examinar o paciente, por estar em isolamento.
- (E) a proibição das visitas e acompanhantes, pois criança em isolamento precisa permanecer desacompanhada.

27

A perda de controle percebida pelo paciente pediátrico durante a hospitalização é considerada fator de risco para atraso temporário ou permanente no desenvolvimento infantil. São considerados cuidados de enfermagem para minimizar a perda do controle:

- (A) Promover a liberdade de movimento, manter a rotina diária da criança e estimular sua independência.
- (B) Promover a compreensão, manter as rotinas padronizadas da unidade de internação e estimular o autocuidado.
- (C) Realizar a preparação antecipada para procedimentos, manter as rotinas do hospital de sono e cochilos e manter as crianças pequenas em berços ou cercados.
- (D) Planejar uma programação diária com horários e atividades, manter repouso forçado no leito e uso de comadres ou urinol.
- (E) Manter janelas e persianas abertas, exigir a permanência dos pais em procedimentos dolorosos e informar as crianças sobre seus direitos enquanto internadas.

28

Idoso, em cuidados paliativos por câncer de pulmão, é levado para o pronto atendimento por sua filha, pois apresenta dor torácica intensa e desconforto respiratório. A filha comunica à equipe de saúde que o pai não quer ser intubado e deseja apenas alívio da dor. O enfermeiro, ao ter conhecimento do caso, encaminha-o para quarto reservado e, durante o atendimento da equipe multiprofissional, é instalada máscara de oxigênio e morfina. Após uma hora, o idoso evolui para o óbito. Com base na situação, é correto afirmar que o enfermeiro agiu de forma

- (A) imprudente, pois não encaminhou o paciente para sala de emergência, visto que estava em insuficiência respiratória.
- (B) correta, pois ofereceu todos os cuidados paliativos necessários para assegurar o conforto físico e psíquico, respeitando a vontade do idoso e de sua filha.
- (C) negligente, pois não soube identificar a gravidade da situação, o que levou o idoso ao óbito.
- (D) imprecisa, pois não acionou imediatamente a equipe multidisciplinar para que outras medidas fossem realizadas.
- (E) insegura, pois não ofereceu os cuidados de conforto e segurança necessários para o idoso e sua filha, o que o levou ao óbito.

29

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. De acordo com essa classificação, as mortes

- (A) indiretas são resultantes de complicações surgidas durante a gravidez.
- (B) diretas decorrem de doenças preexistentes agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação.
- (C) indiretas ocorrem por doenças que se desenvolveram durante a gestação e que se agravaram pelos efeitos da gestação.
- (D) diretas são resultantes de complicações surgidas durante gravidez, parto ou puerpério.
- (E) indiretas são complicações que surgem durante o parto.

30

O planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil, pois

- (A) aumenta o número de gestações não desejadas.
- (B) aumenta o número de ligaduras tubárias por falta de acesso a outros métodos contraceptivos.
- (C) reduz o intervalo entre as gestações, diminuindo complicações neonatais.
- (D) aumenta o risco de complicações em mulheres com doenças pré-existentes.
- (E) diminui o número de abortos provocados.

31

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), que consiste em estratégias em saúde, na qual são realizadas atividades destinadas à atenção à saúde da puérpera e do recém-nascido. As ações básicas preconizadas nessas estratégias objetivam a(o)

- (A) triagem neonatal e respiratória.
- (B) fornecimento o resultado do teste do pezinho.
- (C) avaliação do aleitamento materno e lóquios.
- (D) checagem vacinal e ganho de peso do recém-nascido.
- (E) triagem auditiva e vacinal.

32

O Manual para profissionais da saúde da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente contém 12 estratégias principais que visam a prevenção de danos e promoção da segurança do paciente. Fazem parte dessas estratégias:

- (A) Higienização das mãos e a avaliação da dor.
- (B) Identificação do paciente e comunicação efetiva.
- (C) Uso seguro de dispositivos e realização da prescrição de enfermagem.
- (D) Administração segura de sangue e verificação rotineira dos sinais vitais.
- (E) Prevenção por úlcera por pressão e mudança de decúbito.

33

Uma medida corretamente sugerida para a realização de cirurgias seguras é:

- (A) Estimular a comunicação entre a equipe médica.
- (B) Identificar corretamente o paciente, por meio da pulseira.
- (C) Orientar o paciente a fazer a marcação do local da intervenção cirúrgica.
- (D) Verificar se os procedimentos cirúrgicos estão anotados no quadro cirúrgico.
- (E) Checar a lista de verificação após a incisão cirúrgica e na sala de recuperação anestésica.

34

Freitas (2011) define que “o processo de envelhecimento populacional se inicia com a queda da fecundidade, levando à redução na proporção da população jovem e a um conseqüente aumento na proporção da população idosa”. Assim, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso definem como população idosa pessoas com _____ ou mais, e que, no Brasil, observa-se um crescimento da população muito idosa, que representa os maiores de _____.

Assinale a alternativa que preenche corretamente as lacunas:

- (A) 65 anos; 85 anos.
- (B) 70 anos; 80 anos.
- (C) 62 anos; 75 anos.
- (D) 60 anos; 80 anos.
- (E) 55 anos; 65 anos.

35

Por meio da Avaliação Geriátrica Ampla, é possível detectar os “5 Is da Geriatria”, sendo eles

- (A) instabilidade cerebral, imobilidade, iatrogenias, instabilidade familiar e instabilidade financeira.
- (B) instabilidade postural, instabilidade familiar, iatrogenias, incompreensão e ignorância mental.
- (C) instabilidade cerebral, incontinências, independência prejudicada, imobilidade e instabilidade financeira.
- (D) instabilidade postural, incompreensão, imobilidade, instabilidade financeira e incontinência.
- (E) instabilidade cerebral, instabilidade postural, imobilidade, incontinências e iatrogenias.

36

Homem de 65 anos é encaminhado para sala de emergência para monitorização cardíaca, após triagem realizada pelo enfermeiro na entrada do Pronto Socorro por apresentar dor no peito, percebida como uma sensação de pressão, após caminhada de 200 metros em seu quintal plano. É correto afirmar que, pelos sinais e sintomas referidos, esse paciente pode estar apresentando

- (A) pneumonia.
- (B) angina.
- (C) asma.
- (D) epigastralgia.
- (E) fibrilação atrial.

37

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, gerando os maiores custos com relação a internações hospitalares. Dentre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, pode-se citar:

- (A) Consumo abusivo de medicamentos.
- (B) Consumo social e esporádico de álcool.
- (C) Tabagismo.
- (D) Realização de atividade física intensa.
- (E) Consumo de alimentos com baixo teor de gordura.

38

A obesidade é definida como o excesso de peso atribuído ao aumento de gordura corporal. Assim, pode-se entender a obesidade como um sinal ou sintoma causado pelo

- (A) equilíbrio entre a ingestão e o armazenamento de energia, sendo que este fenômeno é agudo.
- (B) desequilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico, sendo que este fenômeno não é agudo.
- (C) equilíbrio entre o armazenamento de energia e o gasto calórico, sendo que este fenômeno não é agudo.
- (D) desequilíbrio entre o armazenamento de energia e o ganho calórico, sendo que este fenômeno é agudo.
- (E) equilíbrio entre a ingestão e o gasto calórico, sendo que este fenômeno é agudo.

39

A hipertensão arterial é uma doença crônica controlável e um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pois ocorre, nos pacientes hipertensos,

- (A) aumento da concentração de angiotensina II, um potente vasodilatador que, além de produzir hipertensão, provoca diminuição da musculatura lisa.
- (B) diminuição da concentração de angiotensina II, um potente vasoconstritor que, além de produzir hipertensão, provoca diminuição da musculatura lisa.
- (C) aumento da concentração de angiotensina II, um potente vasoconstritor que, além de produzir hipertensão, provoca aumento da musculatura lisa.
- (D) diminuição da concentração de angiotensina II, um potente vasodilatador que, além de produzir hipertensão, provoca aumento da musculatura lisa.
- (E) aumento da concentração de angiotensina II, um potente vasodilatador que, além de produzir hipertensão, provoca aumento da musculatura lisa.

40

No Diabetes Mellitus tipo 2, ocorre a resistência à insulina, que pode ser definida como uma condição

- (A) exclusivamente adquirida, em que ocorre maior utilização da glicose pelo tecido adiposo em resposta ao baixo estímulo insulínico.
- (B) exclusivamente genética, em que ocorre menor utilização da glicose pelos tecidos musculares em resposta ao estímulo insulínico.
- (C) genética ou adquirida, em que ocorre maior utilização da glicose pelo tecido adiposo em resposta ao alto estímulo insulínico.
- (D) genética ou adquirida, em que ocorre menor utilização da glicose pelos tecidos em resposta ao estímulo insulínico.
- (E) exclusivamente adquirida, em que ocorre maior utilização da glicose ao tecido neurológico em resposta ao baixo estímulo insulínico.

ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

M.F.G., 72 anos, foi levada ao pronto-socorro pelo filho, pois apresentava febre alta, de difícil controle, há 5 dias, com tosse produtiva e cansaço aos mínimos esforços. Durante triagem no pronto-socorro, a enfermeira verifica que M.F.G. é hipertensa e asmática há 10 anos e ex-tabagista há 20 anos. Ao realizar o exame físico, ela afere temperatura de 39,0°C, frequência respiratória de 30 rpm, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 100 x 65 mmHg, saturação de oxigênio <90%, tempo de enchimento capilar de 5 segundos, cianose de extremidades e retração subdiafragmática. À ausculta pulmonar, estertores em base esquerda. A paciente apresenta-se agitada e responsiva ao estímulo verbal. A enfermeira solicita avaliação médica, após a qual M.F.G. é encaminhada para sala de emergência. Ela é viúva, foi casada com J.D.F., que faleceu aos 65 anos de infarto agudo do miocárdio. Eles tiveram 2 filhos: J.L.M., 40 anos, administrador, casado com M.C., 39 anos, com quem teve 2 filhos: Isabela, 7 anos, e Nicolas, 5 anos; e C.F.G., 42 anos, que mora com a mãe, é sua cuidadora principal e comerciante. M.F.G. trabalhava como costureira, participava da oficina de costura da igreja, local que frequentava e ajudava na organização de eventos do bairro. As amigas da oficina de costura sempre frequentam sua casa para atividades recreativas.

01

Com base no histórico de enfermagem e no exame físico, a enfermeira levantou o diagnóstico de enfermagem “Troca de gases prejudicada”. Justifique o diagnóstico da enfermeira com base nas informações do exame físico.

RASCUNHO

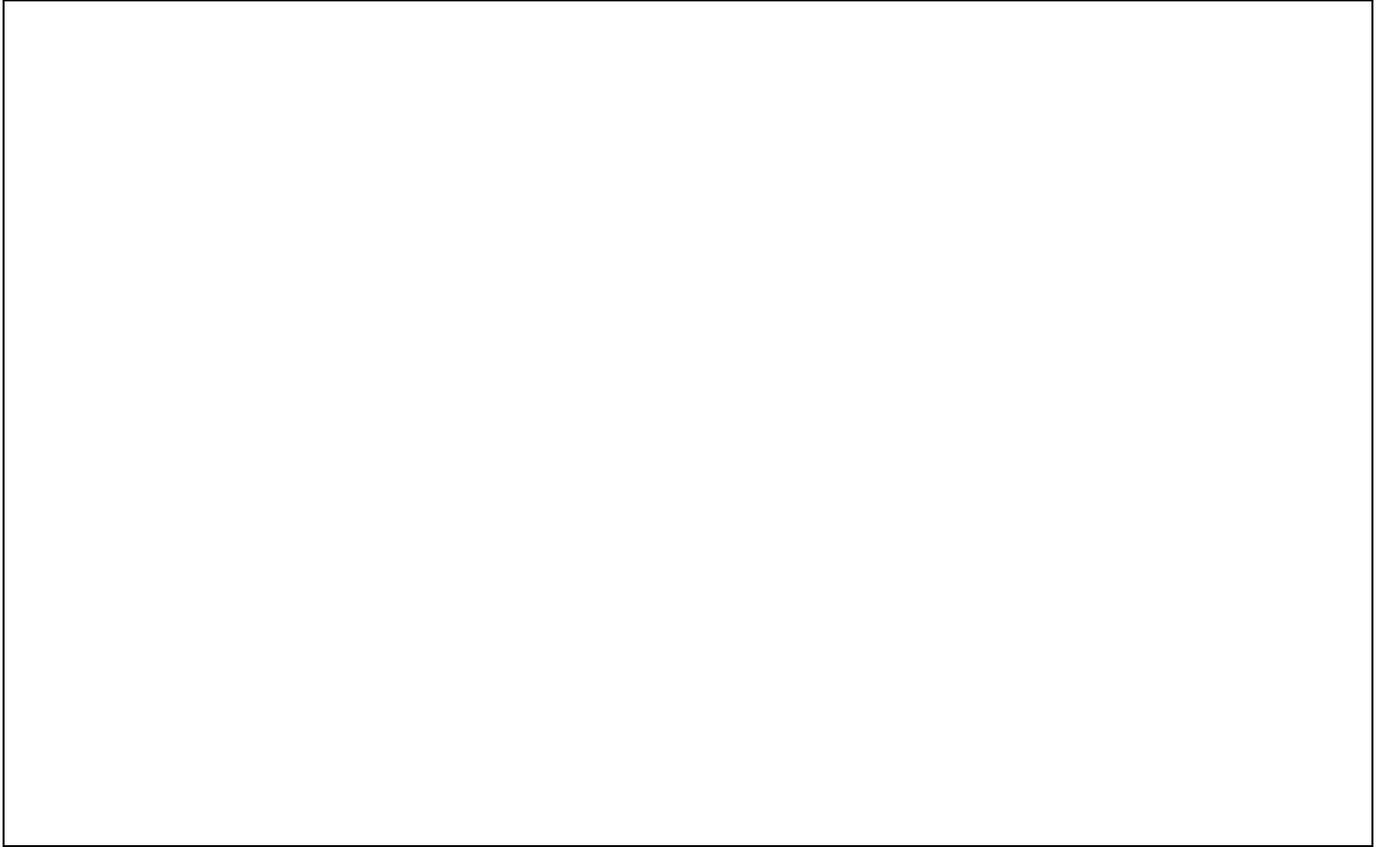
NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

02

Faça o genograma e o ecomapa da família da paciente referida.



03

Para garantir perfusão tecidual e oxigenação adequadas, cite e justifique quatro cuidados de enfermagem.

