

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2022-2023

5

## PROVA DE ENFERMAGEM

### INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e na **FOLHA DE RESPOSTAS**. Verifique também se a Área está correta.
02. Esta prova compõe-se de 50 (cinquenta) questões de escolha múltipla.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize a caneta azul ou preta**. Assine a folha de respostas **NA ÁREA CORRETA**. **NÃO rasure a folha de respostas**.
05. A prova terá a duração de **02 horas**.
06. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
07. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
08. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

**QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.**

01. As Redes de Atenção à Saúde apresentam três elementos constitutivos, são eles:

- a) a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- b) os usuários, os profissionais e os gestores do Sistema Único de Saúde;
- c) a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção terciária;
- d) a estrutura logística e de governança, a avaliação/monitoramento e o financiamento.

02. A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode-se afirmar que é diretriz da AD:

- a) ser estruturada de acordo com os princípios de prioridade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva exclusiva da Atenção Primária à Saúde – APS;
- b) estar incorporada ao sistema de regulação da APS, desarticulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- c) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, ampliando a divisão da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais;
- d) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

03. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/ 2017), é uma responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

- a) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- b) apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- c) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;
- d) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

04. Quanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando a infraestrutura, ambiência e funcionamento, pode-se afirmar, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que estas deverão:

- a) considerar a previsão de espaços físicos e ambientes adequados para a formação exclusivamente de estudantes e trabalhadores de nível superior multiprofissional em saúde;
- b) garantir o atendimento qualificado dos indivíduos, famílias e comunidade restritamente do território adscrito da unidade;
- c) assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas;
- d) ter um ambiente adequado, sendo recomendado contemplar entre outros: conforto térmico, acústico e recepção com grades para facilitar a comunicação privativa e a segurança dos profissionais que ali atuam.

05. No debate sobre promoção da saúde, especial destaque deve ser dado às políticas públicas saudáveis. O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores, pode ser definido como:

- a) interdisciplinaridade;
- b) **intersectorialidade;**
- c) institucionalidade;
- d) integralidade.

06. A pandemia por COVID-19 é um desafio para a ciência e sociedade que exigiu planos de gerenciamento de risco em níveis nacional, estadual, municipal e local. Na Atenção Primária à Saúde - APS o fortalecimento da atuação no território, foi central na atuação oportuna para o controle da pandemia, estabelecida em quatro eixos:

- a) infraestrutura das unidades; formação e educação permanente dos profissionais; mapeamento de problemas de saúde; e financiamento;
- b) ações de promoção da Saúde; transporte sanitário; material e equipamentos de segurança; e atendimento aos usuários acometidos pela COVID-19;
- c) vigilância sanitária ao território; educação em saúde para usuários; atendimento as urgências e emergências sanitárias; e retaguarda a ações coordenadas no território;
- d) **vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.**

07. Sob a influência do ideário da Conferência de Alma Ata e, a partir da Constituição de 1988 - Saúde como direito de cidadania, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de um novo modelo assistencial foi materializado na Atenção Primária à Saúde - APS, pelo Programa Saúde da Família. A singularidade deste modelo, em relação as experiências em outros países, é:

- a) a territorialização;
- b) a vigilância em saúde;
- c) **o agente comunitário de saúde na equipe;**
- d) a responsabilidade sanitária.

08. Ao comparar a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e 2017, pode-se verificar mudanças relativas aos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica ou APS. Na PNAB 2017 desaparece dos princípios enunciados a:

- a) equidade;
- b) descentralização;
- c) **humanização;**
- d) participação social.

09. Nas propostas dos Governos Temer e Bolsonaro para o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar como características comuns:

- a) **financiamento reduzido e privatização;**
- b) participação da sociedade civil nos colegiados;
- c) ampliação da estratégia saúde da família nos grandes centros;
- d) recuperação da farmácia popular.

10. A contrarreforma da Saúde, iniciada no governo Temer e implementada no governo Bolsonaro, pode ser caracterizada por medidas que desresponsabiliza o Estado pela garantia do direito à saúde, a integralidade e universalidade, entre elas:

- a) a aquisição de aparelhos de Eletro-Convulso Terapia (ECT), 12 por unidades de públicas de saúde;
- b) o reconhecimento de práticas manicomiais como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS;
- c) a exclusão do HIV/AIDS da nomenclatura do DDCCI como forma de ocultar a visibilidade da doença e a extinção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs;
- d) a municipalização da Política de Atenção à Saúde Indígena.

11. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É de competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite a pactuação de:

- a) diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos referentes a contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- b) responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- c) referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção a saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- d) critérios para o planejamento das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão.

12. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai (em 2016), com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, coloca um desafio de forte articulação intersetorial da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando quatro pilares:

- a) mobilização social; alimentação saudável; exercício físico; e financiamento;
- b) cidades saudáveis; bom governo; alfabetização em saúde; e mobilização social;
- c) exercício físico; atenção integral a saúde; escolarização; e cultura;
- d) prevenção do tabagismo; da violência; controle de doenças transmissíveis; e educação em saúde.

13. Estudos sobre o perfil sanitário da população brasileira, analisados no período de existência do SUS (1990 e 2015) aponta que ocorreram importantes mudanças (positivas) na saúde/doença da população e na redução da desigualdade, observados nos indicadores de saúde entre Estados da Federação, como verificado:

- a) no aumento das taxas de mortalidade por causas externas, violência e na redução da expectativa de vida;
- b) na redução das demandas por atendimento especializado e no aumento das mortes por AVC;
- c) na queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, no aumento da expectativa de vida e em anos de vida saudáveis;
- d) na ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e mortalidade neonatal.

14. Desde sua criação em 1988, a expansão do SUS não foi acompanhada do aporte de recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Esse subfinanciamento crônico levam a persistentes desigualdades regionais e sociais. Estas desigualdades são agravadas por medidas político-econômicas desfavoráveis, como:

- a) Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – Portaria nº 2488/2011;
- b) Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95);
- c) Política de Assistência Farmacêutica – “Farmácia Popular”;
- d) Normas operacionais Básica/1996.

15. A conquista da participação social na gestão SUS é fundamental para sustentabilidade e continuidade de um sistema de saúde universal, igualitário e equânime. São consideradas instâncias colegiadas do SUS:

- a) conferências e conselhos de saúde, em cada esfera de gestão do SUS;
- b) conselhos de saúde no âmbito municipal e estadual;
- c) conselhos de saúde nas esferas municipais e conferências nacionais de saúde;
- d) conselhos de saúde em todas as esferas de gestão do SUS .

16. Não faz parte do rol das competências do SUS, nos termos da lei:

- a) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador;
- b) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- c) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- d) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

17. Segundo previsto no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **NÃO** se inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a:

- a) execução de ações: de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- b) participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

18. **ANULADA** A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para efeitos de cálculo ponderado **NÃO** considera:

- a) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na ESF e na equipe de Atenção Primária (EAP);
- b) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na ESF e na EAP;
- c) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- d) a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e no Programa Auxílio Brasil.

19. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência colocou a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendou alguns pontos considerados essenciais para atingir tal objetivo, **excetuando-se**:

- a) promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- b) distribuição de insumos básicos;
- c) abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle.

20. Para MEDINA, Maria Guadalupe, et al.(2020) o enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, e deve considerar outras ações, **EXCETO**:

- a) a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação;

- b) as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção);
- c) parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade;
- d) dotar o sistema de recursos medicamentosos para oferecer a atenção preventiva adequada e oportuna.

### QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Com relação aos níveis de prevenção em saúde descritos por *Potter e Perry (2017)*, pode-se afirmar que a educação em saúde, a atenção ao desenvolvimento da personalidade, a provisão de habitação e recreação adequadas são medidas de:

- a) promoção de saúde;
- b) proteção específica;
- c) limitação de incapacidade;
- d) tratamento imediato.

22. A Atenção Básica tem, entre suas atribuições, o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Neste sentido, compete a Atenção Básica:

- a) ser responsável pela execução das ações dos diversos serviços sobre os profissionais;
- b) acompanhar o usuário longitudinalmente, mesmo quando ele demanda um serviço especializado ou uma internação;
- c) ser responsável por um serviço e/ou uma unidade de saúde que compõe a rede;
- d) participar na implementação de fluxos pré-definidos elaborados de acordo com as necessidades de saúde de uma determinada população.

23. O governo federal lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022 que aborda quatro principais doenças: doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, diabetes e câncer; e os fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. Neste sentido, o Plano apresenta como metas de propostas nacionais e/ou ações de enfrentamento:

- a) ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 20 a 64 anos;
- b) tratar 80% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer;
- c) garantir a universalização de exames a todas as mulheres, independentemente de renda, raça/cor, reduzindo desigualdades, e garantia de 80% de acesso ao tratamento de lesões precursoras de câncer;
- d) aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos.

24. Durante a consulta médica e de enfermagem, adultos de 18 a 60 anos, com diagnóstico recente ou em tratamento de doenças crônicas serão submetidos ao exame físico, à avaliação antropométrica para diagnóstico do estado nutricional e à breve anamnese dos hábitos alimentares. Um dos fatores de risco relacionado a intolerância à glicose que pode ser identificado nesta consulta é a obesidade. Pode se afirmar que na obesidade grau II, o Índice de Massa Corporal (IMC) situa-se entre:

- a) 25 – 29,99
- b) 35 – 39,99
- c) 30 – 34,99
- d) 18,5 – 24,99

25. O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas. As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais. Pode-se afirmar que são considerados sinais de:

- a) presunção de gravidez – o atraso menstrual e a presença de batimentos cardíacos fetais no exame de ultrassonografia;
- b) certeza da gravidez – a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas;
- c) presunção de gravidez – manifestações clínicas como náuseas, vômitos, tonturas e percepção dos movimentos fetais a partir de 8 semanas;
- d) certeza da gravidez – o aumento da frequência urinária e sonolência associada ao aumento do volume das mamas.

26. Gestante, 32 anos, na 26ª semana gestacional, procurou o serviço de saúde mais próximo a sua residência onde foi diagnosticada com pré-eclâmpsia grave. Foi internada, solicitados os exames de rotina, avaliadas as condições maternas e fetais e adotada uma conduta conservadora. Diante desse quadro, pode-se afirmar que:

- a) o uso do sulfato de magnésio está indicado, mas sua dose de manutenção deverá ser suspensa caso a frequência respiratória da gestante seja menor que 16 incursões por minuto;
- b) está contraindicado o uso de corticoide (betametasona 12 mg por via intramuscular) devido a idade gestacional da gestante;
- c) a administração de anti-hipertensivos de ação rápida como hidralazina ou nifedipina não está indicado devido aos riscos fetais;
- d) o período inicial para observação dessa gestante deve ser de 2h e caso ela evolua de maneira estável, pode receber alta e fazer acompanhamento ambulatorial.

27. A ansiedade tem sido apresentada como uma ocorrência bastante significativa no pós-parto. Sintomas afetivos ligados ao humor, do tipo depressivo, são comuns nesse período. Com certa frequência, a ansiedade durante a gestação facilita o surgimento de depressões no pós-parto, ou elas encontram-se juntas, como comorbidades. Com relação a essa situação, marque a resposta **INCORRETA**:

- a) a presença de ansiedade, tanto na mulher como no homem, é algo comum nas gestações, sendo provocada pelas solicitações e mudanças que fazem parte deste período do desenvolvimento;
- b) durante a gestação, é fundamental que sejam observados sinais indicativos de sua presença para que a intervenção seja a mais rápida possível, tendo em vista suas repercussões nas relações afetivas familiares e no desenvolvimento do recém-nascido;
- c) a depressão pós-parto é uma exclusividade da mulher e não acomete a população masculina; por esse motivo não observamos o pai apresentando comportamentos que evidenciem emoções negativas, hostilidade, condutas intrusivas e desinvestimento afetivo;
- d) a depressão pós-parto é longa, com a mãe mostrando sinais de tristeza, irritabilidade, incapacidade para cuidar de seu filho, fadiga, sentimentos de solidão, podendo surgir queixas somáticas.

28. A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. De acordo com o Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, há necessidade de realizar testes sistematicamente com as pacientes no mínimo duas vezes na gestação. Em quais momentos da gestação devemos solicitar o exame de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*):

- a) na 36ª semana de gestação e após o nascimento;
- b) na 20ª semana de gestação e 32ª semana de gestação;
- c) no início do pré-natal e próximo à 30ª semana;
- d) na 38ª semana de gestação e ao nascimento.

29. MLS, 20 anos, duas gestações (GII), um parto (PI) e aborto zero (AO). Comparece para a consulta pré-natal, estando com 41 semanas de gestação. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana de gestação a conduta mais adequada é:

- a) encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal;
- b) encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal;
- c) agendar a próxima para a semana seguinte;
- d) dar alta a gestante do pré-natal.

30. Pode-se afirmar que a eclampsia tem os seguintes sinais premonitórios em gestantes hipertensas:

- a) síndromes hemorrágicas/ amniorrexe prematura/ cefaleia;
- b) hemoptise/ escotomas cintilantes / epigastralgia;
- c) escotomas cintilantes / cefaleia típica occipital/ epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- d) trabalho de parto prematuro / crise convulsiva / epigastralgia.

31. Após o nascimento, o primeiro passo é a prevenção da perda de calor pelo recém-nascido (RN). A fim de avaliar as condições do RN, deve-se obedecer a seguinte sequência por intermédio de três sinais:

- a) cor – respiração – frequência cardíaca;
- b) respiração – cor – frequência cardíaca;
- c) frequência cardíaca – respiração – cor;
- d) respiração - frequência cardíaca – cor.

32. Alguns cuidados devem ser adotados durante a aspiração endotraqueal em pediatria, entre eles, pode-se afirmar que:

- a) a pressão de 100 – 120 mmHg de vácuo facilita a retirada das secreções espessas melhorando os níveis de O<sub>2</sub>;
- b) para selecionar o cateter de aspiração, este deve ter dois terços do diâmetro da cânula de traqueostomia;
- c) a pressão de 60 – 100 mmHg de vácuo e o tamanho do cateter de aspiração são importantes para impedir a atelectasia e reduzir a hipóxia resultante do procedimento de aspiração;
- d) antes de aspirar o tubo endotraqueal ou a cânula de traqueostomia recomenda-se instilar até no máximo, 2ml de soro.

33. Sobre os reflexos primitivos do recém-nascido pode-se afirmar que o reflexo:

- a) de Moro deve existir até a criança completar o 8º mês de vida;
- b) de engatinhar desaparece em cerca de seis semanas de idade;
- c) tônico-cervical deve desaparecer até o 6º mês de vida;
- d) de Galant desaparece no 2º mês de vida.

34. Para os casos de pacientes com sintomas de COVID-19, a oxigenioterapia por meio de sistemas de alto e baixo fluxo pode ser indicada. De acordo com Potter e Perry (2017), a máscara facial simples é um dispositivo de distribuição de baixo fluxo com a seguinte fração de concentração de oxigênio inspirado (FiO<sub>2</sub>) distribuída:

- a) 1- 6 L/min; 24% - 44%;
- b) 10 - 15 L/min; 60%-90%;
- c) 6 - 12 L/min; 35% - 50%;
- d) 12- 15 L/min; 24% - 50%.

35. A conduta que deverá ser realizada pelo enfermeiro, se ao exame clínico de um paciente diabético quando observados: úlcera profunda com suspeita de comprometimento ósseo ou de articulação e celulite (> 2 cm ao redor da úlcera) é o encaminhamento:

- a) para o ambulatório especializado;
- b) com urgência para internação hospitalar;
- c) para o sistema de regulação;
- d) com urgência para emergência.

36. Pode-se afirmar que os produtos para saúde classificados como semicríticos devem ser submetidos, no mínimo, aos processos de limpeza e:

- a) desinfecção de nível baixo;
- b) esterilização;
- c) esterilização química por imersão;
- d) desinfecção de alto nível.

37. Nas ações de prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), o estabelecimento de políticas e a padronização da manutenção de dispositivos invasivos devem ser priorizados. A medida específica recomendada para prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é:

- a) teste de respiração espontânea;
- b) descontaminação digestiva seletiva;
- c) traqueostomia precoce;
- d) antibiótico profilático para pneumonia associada à ventilação mecânica.

38. Ao que se refere a infecção do trato urinário (ITU) relacionada à assistência à saúde associada ao uso do cateter vesical pode-se afirmar que:

- a) o crescimento bacteriano inicia-se após a instalação do cateter, e estará presente em todos os pacientes ao final de quatro semanas;
- b) o potencial risco para ITU associado ao cateter intermitente é maior;
- c) os pacientes acometidos pela afecção são do sexo feminino;
- d) os agentes etiológicos responsáveis por essas ITU costumam, inicialmente, pertencer à microbiota hospitalar.

39. De acordo com *Potter e Perry (2017)*, o eletrólito que mantém o potencial de membrana em repouso da musculatura esquelética, lisa e cardíaca possibilitando a função muscular normal é:

- a) cálcio;
- b) magnésio;
- c) potássio;
- d) fosfato.

40. Pode-se afirmar que é recomendação básica para Prevenção de Infecção Cirúrgica em todos os serviços de saúde:

- a) utilizar suturas impregnadas com antissépticos de rotina;
- b) postergar a cirurgia para prover nutrição parenteral;
- c) utilizar curativos impregnados com antissépticos de rotina;

d) tricotomizar somente quando necessário.

41. As infecções da corrente sanguínea (ICS) relacionadas a cateteres centrais estão associadas a importantes desfechos desfavoráveis em saúde, portanto recomenda-se que o enfermeiro:

- a) proteja as coberturas, cateteres e conexões com plástico ou outro material impermeável durante o banho;
- b) realize troca pré-programada dos cateteres centrais em virtude de tempo de sua permanência;
- c) realize a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 96 horas;
- d) avalie no mínimo uma vez a cada 48 horas o sítio de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto;

42. Pode-se afirmar que os dialisadores utilizados nas sessões de hemodiálise podem ser usados, para o mesmo paciente, no máximo:

- a) 20 (vinte) vezes;
- b) 15 (quinze) vezes;
- c) 5 (cinco) vezes;
- d) 1 (uma) vez;

43. O enfermeiro recebe um paciente diabético na emergência e ao exame clínico, observa uma úlcera plantar crônica, por mais de 06 meses de existência, com as seguintes características: isquêmica, com exposição óssea e sinais de infecção - exsudato purulento e sinais de flogose. Diante da avaliação clínica, com base na utilização do Sistema de Classificação de Ferida Diabética da Universidade do Texas, pode-se afirmar que o estágio e grau da ferida desse paciente, respectivamente, são:

- a) A / I;
- b) D / III;
- c) C / II;
- d) B / 0.

44. Pode-se afirmar que os sacos contendo Resíduos de Serviço de Saúde do grupo A, de fácil putrefação, devem ser substituídos no máximo a cada:

- a) 24 (vinte e quatro) horas, independentemente do volume;
- b) 48 (quarente e oito) horas, independentemente do volume;
- c) 24 (vinte e quatro) horas se atingirem o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade;
- d) 48 (vinte e quatro) horas se atingirem o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade;

45. Para implementar melhores práticas em cenários clínicos na prevenção de lesão por pressão o enfermeiro deve seguir as diretrizes e declarações de boas práticas do NPIAP, 2019. Com base na força de evidência A e força de recomendação ↑↑ (forte recomendação positiva) deve-se:

- a) definir metas de tratamento consistentes com os valores e metas do indivíduo, com a contribuição dos cuidadores informais da pessoa e desenvolvimento de um plano de tratamento que suporte esses valores e metas;
- b) avaliar a lesão por pressão inicialmente e reavaliar pelo menos semanalmente para monitorar o progresso em direção à cicatrização;
- c) desenvolver e implementar um programa estruturado, personalizado e multifacetado de melhoria da qualidade, em nível organizacional, para reduzir a incidência de lesões por pressão;
- d) usar um desenho metodológico rigoroso e variáveis de mensuração consistentes ao conduzir e relatar

estudos de prevalência e incidência de lesões por pressão.

46. A diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que ocorre no processo de envelhecimento, pode afetar a comunicação das pessoas idosas que é um processo complexo baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social, cultural e espiritual. Pode-se afirmar que a ausência de déficits cognitivos é um fator relacionado à seguinte dimensão da comunicação:

- a) psicológica;
- b) sociológica;
- c) cultural e/ou espiritual;
- d) **biofisiológica.**

47. Conforme o Código de Ética da Enfermagem, resolução COFEN nº 564/2017, pode-se afirmar que se refere a um direito profissional:

- a) incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria;
- b) 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;
- c) disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial;
- d) **apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.**

48. De acordo com *Potter e Perry (2017)*, durante o exame físico, na inspeção do estado cardiopulmonar pode-se encontrar a respiração com lábios franzidos que é uma anormalidade associada à:

- a) **doença pulmonar crônica;**
- b) endocardite bacteriana;
- c) insuficiência cardíaca direita;
- d) lesão da parede torácica.

49. Pode-se afirmar que a elevação crítica da pressão arterial, em geral com pressão arterial diastólica  $\geq 120$ mmHg, mas com estabilidade clínica e sem comprometimento de órgãos-alvo é uma:

- a) emergência hipertensiva;
- b) pseudocrise hipertensiva;
- c) crise hipertensiva;
- d) **urgência hipertensiva.**

50. A instalação da osteoporose resulta de anos de perda óssea. Pode ser classificada em primária, que não apresenta causa bem definida e secundária, quando é decorrente de uma causa bem definida. Os fatores de risco para osteoporose e fraturas ósseas podem ser divididos em maiores e menores. Pode-se afirmar que são fatores de risco maiores:

- a) doenças que induzam à perda de massa óssea, amenorréia primária ou secundária;
- b) **fratura anterior causada por pequeno trauma, menopausa precoce (antes dos 40 anos) não tratada; uso de corticóides;**
- c) sedentarismo, tabagismo, menarca tardia, nuliparidade, baixa estatura e peso;
- d) pouca exposição ao sol, hipogonadismo primário ou secundário, baixa estatura e peso (IMC  $< 19$ kg/m<sup>2</sup>).