



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 2023

25/09/2022

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.
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.

Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner, que introduziu importantes conceitos sobre o processo de formação médica por meio de relatório, publicado em 1910, acerca do panorama das escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Sob o termo “Paradigma Flexneriano”, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação, pautando os modelos educacionais em diversos países das Américas e da Europa.

Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas, as quais deveriam ser distribuídas em três ciclos educacionais: básico, clínico e profissionalizante.

Ademais, as diretrizes Flexnerianas preconizavam a adoção de critérios rígidos para ingresso nas faculdades médicas, a dedicação integral dos docentes ao ensino e à pesquisa, e o maior vínculo entre as universidades e os hospitais.

O “Paradigma Flexneriano” — ou modelo biomédico — ofereceu relevantes contribuições para a qualificação e a padronização dos cursos de medicina, assim como para o desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo para o controle de doenças infecciosas e aumento da expectativa de vida.

Contudo, as transformações sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas despertaram debates e críticas ao modelo de ensino biomédico no meio acadêmico, relacionadas principalmente às visões cartesiana e biologicista do processo saúde-doença.

Por essa perspectiva, o “Paradigma Flexneriano” conceberia o corpo humano a partir de uma concepção mecanicista e reducionista, considerando-o um conjunto de “partes” interconectadas — como peças de uma máquina, que necessitam de avaliações regulares por especialistas. Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano, valorizando o cenário hospitalar e a “hiperespecialização” médica.

Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos, propondo o abandono de saberes dicotômicos — teoria e prática, mente e corpo, objetivo e subjetivo — em direção a abordagens multissistêmicas e integrativas, visando a construção de intersecções epistemológicas.

Iago Gonçalves Ferreira. *Rev Med* (São Paulo). 2021. nov.-dez.;100(6):619-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/183603/179519>. Adaptado.

01

Infere-se do texto que as críticas ao Paradigma Flexneriano

- (A) enfatizam a visão do bem-estar psíquico como independente do bem-estar físico.
- (B) advêm da percepção de que a saúde humana deve ser compreendida como um sistema integrado.
- (C) sugerem a inter-relação entre as pesquisas universitárias e o dia a dia dos hospitais.
- (D) reivindicam condições propícias para a investigação diagnóstica no processo de adoecimento.
- (E) ponderam que a busca pela saúde humana prescinde da integração entre teoria e prática.

02

O autor recorre a uma hipótese no seguinte trecho:

- (A) “Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner”. (1º parágrafo)
- (B) “Sob o termo ‘Paradigma Flexneriano’, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação”. (1º parágrafo)
- (C) “Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas”. (2º parágrafo)
- (D) “Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano”. (6º parágrafo)
- (E) “Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos”. (7º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 03 E 04.

O papel da comunicação é central na informação da população, permitindo tomada de decisões que possibilitem manter ou melhorar a saúde de todos. Para aqueles em risco de desenvolver ou já diagnosticados com condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), mais conhecidas no português do Brasil como doenças crônicas não transmissíveis ou DCNTs, a comunicação adequada, seja ela de massa, seja pessoal, determina a tomada de atitude oportuna e o engajamento nos autocuidados.

A comunicação é mais ampla do que a seleção de palavras. Inclui também entonação, velocidade do discurso, além de uma série de aspectos de comunicação não verbal. Ao mesmo tempo, o papel da escolha de palavras não pode ser minimizado, pois ele tem potencial para aproximar ou afastar, incluir ou excluir, demonstrar respeito ou estigmatizar, abrir via de mão dupla ou estabelecer barreiras hierárquicas.

No caso de situações de atendimento, por exemplo, trata-se de um aspecto crucial para a criação de laços de confiança. Permite, dessa forma, que a pessoa atendida se sinta confortável, acolhida e valorizada, para que se engaje em seus autocuidados e atinja melhores resultados clínicos.

Assim, há uma série de recomendações quanto ao uso de termos reconhecidos, atualmente, como mais adequados para a comunicação sobre e com pessoas com CCNTs que poderá servir de referência para estudantes de saúde, profissionais de comunicação e demais interessados.

Não é novidade a evolução de línguas vivas. Assim como em outras esferas, a área da saúde também tem seus termos atualizados continuamente. Em paralelo, o importante movimento da saúde centrada na pessoa e a crescente atenção à medicina humanizada, combatendo estigmas e reconhecendo o protagonismo da pessoa em seus autocuidados, influenciaram e aceleraram essas atualizações.

Mark Barone, Bruno Helman, Hermelinda Pedrosa e Pedro Ripoli.
Linguagem importa!. Disponível em:
www.diabesi.com.br/images/2022/Linguagem-Importa-2022.pdf

03

Um dos objetivos do texto é

- (A) reprimir o uso de linguagem técnica na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes das CCNTs.
- (B) propor o argumento de autoridade como estratégia para persuadir os pacientes das CCNTs a conhecer sua condição com profundidade.
- (C) impor diretrizes a partir de escolhas lexicais determinadas internacionalmente aos profissionais que lidam com CCNTs.
- (D) encorajar o uso de eufemismos na comunicação entre agentes da saúde e pacientes com CCNTs.
- (E) incentivar o uso de linguagem empática no atendimento em saúde aos pacientes com CCNTs.

04

Quanto ao efeito de sentido produzido no texto, opõem-se as seguintes expressões:

- (A) “informação da população” e “atitude oportuna”. (1º parágrafo)
- (B) “tomada de decisões” e “engajamento nos autocuidados”. (1º parágrafo)
- (C) “barreiras hierárquicas” e “via de mão dupla”. (2º parágrafo)
- (D) “situações de atendimento” e “resultados clínicos”. (3º parágrafo)
- (E) “medicina humanizada” e “movimento da saúde centrada na pessoa”. (5º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 05 E 06.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação. A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular a prática em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002.

Leia o trecho da entrevista a seguir, publicada em 04/05/2021, de José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), sobre o assunto.

De que forma telemedicina pode auxiliar na promoção à saúde e na prevenção de doenças?

Acesso à informação correta, completa e compreensível; orientação e acompanhamento. Temos aqui o mais importante.

As inovações tecnológicas permitem-nos ver, ouvir, sentir, calcular, integrar e intervir em tempo real.

Mas temos de superar um atraso de 20 anos em que o Brasil ficou parado. Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela. Além disso, havia o medo do desconhecido: será que daríamos conta da complexidade tecnológica envolvida? Estas novas práticas poderiam atrapalhar o relacionamento com o paciente? Haveria lacunas intransponíveis que comprometessem a qualidade do tratamento?

São medos e mitos que vêm caindo, um após o outro. Mas isso demanda um certo tempo. A catástrofe sanitária acelerou todos esses processos.

Disponível em
<https://www.telemedicinesummit.com.br/artigo/telemedicina-veio-para-ficar-mas-ainda-precisa-superar-desafios>. Adaptado.

05

O entrevistado elenca, nesse trecho da entrevista, argumentos para explicar a resistência à telemedicina, entre eles,

- (A) a preocupação com as questões de sigilo.
- (B) a resistência dos pacientes ao uso da tecnologia.
- (C) a falta de acesso aos meios de comunicação virtual de grande porcentagem dos brasileiros.

- (D) a preocupação com o relacionamento entre médico e paciente.
 (E) a ideia de que o diagnóstico depende da presença do paciente.

06

“Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela”. (6 parágrafo)

Sem prejuízo do sentido, o termo sublinhado pode ser substituído por

- (A) Nesse ínterim.
 (B) Ao passo que.
 (C) Mesmo que.
 (D) Por ora.
 (E) Desse modo.

07

Analise o cartaz:



Considerando o contexto do cartaz, depreende-se que o termo “lá”

- (A) traduz-se por atingir sucesso profissional em “Chegar lá”.
 (B) transmite ideia de tempo afastado no futuro em “Até lá”.
 (C) indica lugar próximo do falante e do ouvinte em “Até lá”.
 (D) expressa sentido semelhante ao do advérbio “aproximadamente” em “Chegar lá”.
 (E) denota ideia de intensidade ou excesso em “Chegar lá”.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

De acordo com a Lei número 8.080, de 1990, alguns fatores são determinantes no processo saúde-doença nas populações. São eles:

- (A) Habitação, Saneamento Básico, Expectativa de Vida, Lazer, Renda, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
 (B) Habitação, Saneamento Básico, Alimentação, Transporte, Controle de Natalidade, Renda, Educação, Trabalho, Meio Ambiente, Acesso aos Serviços de Saúde.
 (C) Habitação, Saneamento Básico, Controle do Consumo de Álcool, Atividade Física, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
 (D) Habitação, Melhora do Índice de Desenvolvimento Humano, Alimentação, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
 (E) Alimentação, Moradia, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Trabalho, Renda, Educação, Transporte, Lazer, Acesso aos Bens e Serviços Essenciais.

09

Quais são alguns dos principais desafios futuros ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o artigo de Paim et al. (2011) publicado na série da Revista *The Lancet*?

- (A) A reforma da estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, a igualdade e sustentabilidade, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas e a promoção da qualidade do cuidado.
 (B) A melhora do investimento em prevenção primária e em ações de promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais Públicos e Privados e o aumento do número de médicos no Brasil.
 (C) A criação de novos impostos para que se possa aumentar os recursos destinados para a ampliação da construção de hospitais e para a realização de exames de alta complexidade a fim de melhorar os níveis de atenção secundária e terciária.
 (D) A reforma da estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a melhoria do atendimento individual com mais profissionais de saúde e o aumento de investimentos privados para melhorar a qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.
 (E) A melhora do acesso à atenção básica e de emergência, a renegociação dos papéis público e privado para a adequação da melhora da cobertura universal de vacinação, da assistência pré-natal e dos recursos humanos e de tecnologia de produtos farmacêuticos.

10

O apoio matricial realizado no SUS configura-se como uma forma de organizar o trabalho

- (A) entre profissões e equipes. Uma equipe pode assumir o papel de referência e a outra, o de apoio. Inverte-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações. Pode dar suporte à produção de cuidado e na apropriação de novos conhecimentos.
- (B) entre duas profissões, em que uma se sobrepõe a outra. Pressupõe uma relação vertical entre profissionais de diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto à apropriação de novos conhecimentos e valorização do esquema tradicional e fragmentado dos saberes.
- (C) da medicina com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação horizontal entre a medicina e as diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto na apropriação de novos conhecimentos.
- (D) das equipes de saúde da família com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação vertical entre as equipes de estratégia de saúde da família com os outros profissionais de saúde. Valoriza-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes e pode ocorrer principalmente suporte à produção de cuidado.
- (E) individual das equipes, em que uma assume o papel preponderante sobre a outra de acordo com os conhecimentos disciplinares. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações, valorizando-se o esquema tradicional dos saberes e a apropriação de novos conhecimentos.

11

Quanto ao financiamento do SUS no Brasil, assinale a afirmativa correta:

- (A) Os Estados são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos estaduais; a outra metade fica por conta do governo federal e dos Municípios.
- (B) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta dos Estados e Municípios.
- (C) Os Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos municipais; a outra metade fica por conta dos Estados e do governo federal.
- (D) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta de entidades privadas, com repasse dos planos de saúde e dos Estados.
- (E) Os Estados e Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, a maioria dos

gastos é feita pelos governos estadual e municipal, e somente uma parte menor fica para o governo federal.

12

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, são objetivos da Clínica Ampliada:

- (A) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas com foco na medicina diagnóstica; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (B) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (C) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar conhecimentos específicos de forma disciplinar; assumir compromissos éticos profundos.
- (D) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.
- (E) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir que as responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde são prioritariamente dos gerentes ou coordenadores das unidades de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.

13

De acordo com a Bioética, a atividade profissional em saúde deve estar pautada na base sólida do fundamento dos seres humanos. Nesse sentido, quais os conceitos que são importantes de serem entendidos para trabalhar com pessoas no campo da saúde?

- (A) As pessoas são iguais. Isso significa que existe equidade e as mesmas têm as suas características, seus anseios, suas necessidades e isso deve ser respeitado. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- (B) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas

necessidades, e esse patrimônio merece ser respeitado. Neste sentido, deve-se valorizar sempre as dimensões sociais em relação às demais dimensões.

- (C) As pessoas são diferentes, mas em geral os anseios e necessidades podem ser parecidos. As dimensões biológicas e psicológicas são as mais importantes.
- (D) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e essa identidade deve ser respeitada. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas, sociais, morais e espirituais.
- (E) As pessoas são compostas de dimensões biológicas e psicológicas e, por isso, são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, mas suas necessidades podem ser parecidas.

14

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, qual alternativa expressa o conceito de equidade?

- (A) Possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da atenção básica (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- (B) É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.
- (C) É a oferta do cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e, de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, evitando qualquer tipo de exclusão.
- (D) É a forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço onde as pessoas estão adstritas.
- (E) Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia.

15

São Princípios e Diretrizes do SUS operacionalizados na Atenção Básica:

- (A) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita;

Cuidado centrado na doença; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

- (B) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (C) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação do setor privado.
- (D) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Transversalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (E) Universalidade; Equidade; Individualidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

ENFERMAGEM**16**

De acordo com o código de ética dos profissionais de enfermagem (Resolução COFEN 564/2017), em seu artigo 108, as penalidades a serem impostas pelo sistema COFEN/COREN, conforme o que determina o art. 18 da lei 5905 de 12 de julho de 1973, são advertência verbal, multa, censura, suspensão do exercício profissional e cassação do direito ao exercício profissional. Assim, é correto afirmar:

- (A) Advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma pública, que será registrada no prontuário do mesmo e na presença de três testemunhas.
- (B) Multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 11 a 20 vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.
- (C) Censura consiste em repreensão, que será divulgada junto aos hospitais da cidade na qual o profissional está inscrito, em jornais de grande circulação e nas redes sociais.
- (D) Suspensão 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.
- (E) Cassação consiste na perda do direito do exercício profissional da enfermagem por um período de até 20 anos, ou vitalício em caso de antecedentes do infrator, e será divulgado nas publicações oficiais do Sistema COFEN/COREN, e jornais de grande circulação.

17

As lesões por pressão são consideradas inclassificáveis ou não graduáveis sempre que há

- (A) perda total da espessura da pele e dos tecidos e não se conhece a real profundidade da lesão, pois a base está coberta por tecido necrótico no leito da ferida.
- (B) perda total da espessura dos tecidos, com exposição óssea, dos tendões ou músculos.
- (C) tecido necrótico ou escara presente, sem ocultar a profundidade da perda da espessura da pele.
- (D) tunelização ou cavitação, pois indica profundidade da lesão.
- (E) bolha serosa rebentada, e o leito da ferida estiver rosa ou vermelho.

18

A infusão de fármacos e soluções em cateteres e sondas é prática de enfermagem comum, mas a administração em vias erradas pode causar graves consequências e levar o paciente a óbito. Pode-se considerar uma medida estabelecida para segurança do paciente com cateteres e sondas:

- (A) Orientar a família a conectar e desconectar a dieta enteral do paciente.

- (B) Usar somente equipamentos transparentes para infusão de dietas enterais.
- (C) Restringir ao enfermeiro o manuseio desses sistemas de infusão.
- (D) Utilizar injetores laterais nos sistemas arteriais, venosos, peridurais e intratecais, para evitar abertura de sistema fechado.
- (E) Verificar todos os dispositivos, desde a inserção até a conexão, antes de realizar as reconexões, desconexões ou administração de medicamentos e soluções.

19

Uma criança deu entrada no Pronto Socorro Infantil com hipoglicemia, sendo prescrito pelo médico 2500 mg de glicose, a ser aspirado da ampola de 10 mL de glicose 50%. Qual volume da solução de glicose 50% a criança deve receber?

- (A) 2,5 mL
- (B) 10,0 mL
- (C) 2,0 mL
- (D) 5,0 mL
- (E) 0,5 mL

20

A prescrição médica do paciente contém soro de manutenção na seguinte apresentação: soro glicosado 5% 500 mL + soro glicosado 10% 530 mL + NaCl 20% 40 mL + KCl 19,1% 10 mL. A vazão em que será instalado é de 40 gotas/minuto. Em quanto tempo esse soro será finalizado?

- (A) 6h30min
- (B) 8h00min
- (C) 9h00min
- (D) 8h30min
- (E) 7h00min

21

Segundo o calendário nacional de vacinação da criança do Ministério da Saúde (2020), a administração da vacina

- (A) hepatite B deve ocorrer aos 2 meses, 4 meses e 6 meses de vida, por via intramuscular em vasto lateral da coxa.
- (B) penta (DTP + HiB + HB) deve ocorrer aos 2 meses, 4 meses e 6 meses de vida, por via intramuscular em vasto lateral da coxa.
- (C) febre amarela deve acontecer aos 6 meses de vida, com reforço aos 4 anos de idade, por via subcutânea em região de deltoide.
- (D) tríplice viral (SCR) deve ocorrer aos 2 meses, 4 meses e 6 meses de vida, por via subcutânea em região de deltoide.
- (E) varicela deve acontecer aos 6 meses de vida, com reforço aos 4 anos de idade, por via intramuscular em vasto lateral da coxa.

22

Um recém-nascido está com 3 dias de vida e a enfermeira está avaliando o peso do bebê, pois ele tem previsão de alta hospitalar. Ele nasceu com 3280 gramas, e está, neste momento, com 3000 gramas. A enfermeira então conclui que

- (A) houve perda de peso dentro do esperado, já que os neonatos perdem até 10% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida.
- (B) houve perda de peso acima do esperado, pois os neonatos podem perder até 5% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida.
- (C) houve perda de peso abaixo do esperado, pois os neonatos devem perder pelo menos 10% do peso de nascimento nos primeiros dias de vida.
- (D) não houve perda de peso, e sim erro de verificação, pois em 3 dias o neonato não teria perdido tanto peso.
- (E) houve perda de peso dentro do esperado, já que os neonatos perdem até 25% do seu peso de nascimento nos primeiros dias de vida.

23

Segundo Potter *et al.* (2013), as "formas de família" são os padrões de pessoas consideradas por seus membros como parte da família e podem ser divididas em família

- (A) nuclear (marido e mulher), externa (demais parentes além da família nuclear), com filhos pequenos (casal com filhos pequenos), com filhos adolescentes (casal com filhos adolescentes) e no fim da vida (casal no fim de vida).
- (B) extensa (casal e demais parentes além da família nuclear), com filhos (marido e mulher com filhos), sem filhos (somente casal), alternativa (casas com muitos adultos, saltos de geração, adultos sozinhos, casais homossexuais) e no fim da vida (casal no fim de vida).
- (C) interna (marido e mulher), externa (demais parentes além da família nuclear), com filhos (marido e mulher com filhos), filhos encaminhados (marido e mulher cujos filhos já saíram de casa) e alternativa (casas com muitos adultos, saltos de geração, adultos sozinhos, casais homossexuais).
- (D) nuclear (marido e mulher, talvez filhos), extensa (demais parentes além da família nuclear), monoparental (somente o pai ou a mãe), mista (com filhos adotivos) e alternativa (casas com muitos adultos, saltos de geração, adultos sozinhos, casais homossexuais).
- (E) interna (marido e mulher, talvez filhos), externa (demais parentes além da família nuclear), adotiva (com filhos adotivos), alternativa (casas com muitos adultos, saltos de geração, adultos sozinhos, casais homossexuais) e idosa (casais no fim de vida).

24

Para estabelecer uma linguagem comum nos planos de cuidados de enfermagem, o enfermeiro utiliza conhecidos instrumentos de classificações em enfermagem, que podem ser:

- (A) NANDA-I para diagnósticos de enfermagem, NOC para resultados e NIC para intervenções de enfermagem.
- (B) CIPE para diagnósticos de enfermagem, NIC para resultados e NOC para intervenções de enfermagem.
- (C) NANDA I para diagnósticos de enfermagem, CIPE para resultados e NOC para intervenções de enfermagem.
- (D) CIPE para diagnósticos de enfermagem, NANDA-I para intervenções de enfermagem e NIC para resultados.
- (E) NANDA I para diagnósticos de enfermagem, NIC e NOC para intervenções de enfermagem e CIPE para resultados.

25

Em pediatria, a seleção do tamanho do manguito é muito importante para a acurácia do valor da pressão arterial. Segundo Hockenberry (2014), para escolher o manguito correto, o enfermeiro deve

- (A) saber a idade do paciente, pois os manguitos são divididos em tamanhos P (lactentes), M (pré-escolares), G (escolares), GG (adolescentes).
- (B) saber o peso do paciente, pois os manguitos são divididos em P (0-10kg), M (10-20kg), G (20-35kg), GG (acima de 35kg).
- (C) conhecer o IMC do paciente, pois o tamanho do manguito depende tanto do peso quanto da altura da criança.
- (D) relacionar o peso, a altura, a idade e o sexo do paciente, pois somente com estas informações é possível escolher o tamanho apropriado.
- (E) medir a circunferência do membro do paciente em seu ponto médio (preferencialmente membros superiores) e calcular 40% deste valor, para assim escolher a largura adequada do manguito.

26

Sabe-se que o brincar é de extrema importância na infância e que cada fase do desenvolvimento infantil requer brincadeiras típicas. As atividades mais características dos pré-escolares com desenvolvimento neuropsicomotor adequado são:

- (A) As brincadeiras solitárias, com estimulação dos adultos.
- (B) Os jogos de tabuleiros, para estimulação do raciocínio lógico.
- (C) As brincadeiras imitativas, imaginativas e dramáticas, como faz-de-conta e reproduções do comportamento do adulto.
- (D) Brincar de bate-palmas, balançar objetos, fazer caretas, cantar.
- (E) A leitura de livros, revistas e histórias em quadrinhos, e os jogos eletrônicos.

27

Os pacientes que podem se beneficiar com os cuidados paliativos e os níveis de atendimento em que eles podem ser realizados são:

- (A) Adultos e idosos com doenças infecciosas agudas, cujo atendimento seja em nível primário.
- (B) Crianças, adultos e idosos com doença crônica e/ou ameaçadora da vida, em todos os níveis de atendimento.
- (C) Crianças, adultos e idosos com condições ameaçadoras da vida, atendidos em serviços especializados em doenças crônicas.
- (D) Adultos e idosos com doença crônica ou ameaçadora da vida, se internados em UTI.
- (E) Crianças, adultos e idosos com doenças agudas ou crônicas, se estiverem em hospitais terciários.

28

Delirium é uma síndrome cerebral orgânica, caracterizada por uma alteração aguda no nível de consciência, acompanhada de déficit de atenção e alteração na cognição (AZEVEDO 2012; SILVA, FILHO 2015). São cuidados de enfermagem ao paciente com delirium:

- (A) Permitir visitas e presença de familiares junto ao paciente como acompanhantes e manter o uso de aparelhos auditivos ou óculos para evitar privação sensorial.
- (B) Manter as luzes sempre acesas, de dia e de noite, e evitar presença de calendários e relógios no quarto para evitar crises de ansiedade.
- (C) Evitar deixar o paciente sozinho; para tanto, alternar os horários de medicações e sinais vitais ao longo das 24 horas do dia.
- (D) Evitar contenção química, quando necessário realizar contenção física, e evitar procedimentos desnecessários.
- (E) Manter paciente com sondas vesical e gástrica para evitar mobilizações desnecessárias e prevenir sua retirada precoce.

29

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem. Fugulin *et al.* (1994) desenvolveram um sistema que permite classificar os pacientes em cinco categorias de cuidado, que são cuidados

- (A) intensos, semi-intensos, alta dependência, intermediários e minimamente dependentes.
- (B) intensivos, semi-intensivos, alta dependência, média dependência e independentes.
- (C) de alta complexidade, de média complexidade, de baixa complexidade, de mínima complexidade e independentes.
- (D) de terapia intensiva, de terapia semi-intensiva, de enfermaria, ambulatoriais e domiciliares.
- (E) intensivos, semi-intensivos, alta dependência, intermediários e mínimos.

30

As quedas são um problema comum nos ambientes de cuidados de saúde. Vários fatores aumentam o risco de quedas, incluindo:

- (A) Uso de anti-hipertensivos, diabetes mellitus, idade superior a 60 anos.
- (B) Histórico de quedas, idade superior a 65 anos, problemas de marcha e equilíbrio.
- (C) Uso de bengalas, calçados apropriados, uso de pijamas.
- (D) Pisos escorregadios, dificuldades de marcha, fibromialgia.
- (E) Idade inferior a 5 anos, uso de andadores, tênis com solado de borracha.

31

A realização do Histórico de enfermagem na área da saúde da mulher é fundamental para

- (A) estabelecer aproximação cuidadosa.
- (B) instituir comunicação ruidosa.
- (C) avaliar a comunicação verbal.
- (D) impor valores pessoais.
- (E) emitir juízos de valor.

32

Assinale a alternativa que apresenta um tipo de fator de risco para o câncer de mama e um exemplo correspondente.

- (A) Hereditários: obesidade e sobrepeso após a menopausa.
- (B) Comportamentais: consumo de bebida alcoólica.
- (C) História reprodutiva: câncer de ovário.
- (D) Ambientais: câncer de mama em homens.
- (E) Genéticos: parar de menstruar após os 55 anos.

33

O puerpério inicia-se imediatamente após o parto e dura, em média, seis semanas, sendo dividido em

- (A) imediato do 1º ao 8º dia após o parto; tardio do 9º ao 40º dia; e remoto após 40º dia.
- (B) imediato do 1º ao 9º dia após o parto; tardio do 10º ao 45º dia; e remoto após 45º dia.
- (C) imediato do 1º ao 10º dia após o parto; tardio do 11º ao 45º dia; e remoto após 45º dia.
- (D) imediato do 1º ao 7º dia após o parto; tardio do 8º ao 50º dia; e remoto após 50º dia.
- (E) imediato do 1º ao 15º dia após o parto; tardio do 16º ao 55º dia; e remoto após 55º dia.

34

Homem de 45 anos está em atendimento na sala de emergência, após dor forte no peito seguido de perda da consciência. Após instalação de oxigenioterapia e identificação do ritmo em Fibrilação Ventricular, seguiu-se com

- (A) obtenção de acesso vascular, administração de epinefrina a cada 3 a 5 minutos e, se não houver retorno do ritmo, choque.
- (B) administração de epinefrina a cada 4 a 10 minutos por cânula e, se não houver retorno do ritmo, choque.

- (C) administração de choque, obtenção do acesso vascular e, se não houver retorno do ritmo após o primeiro choque, administração de epinefrina a cada 2 a 7 minutos.
- (D) administração de choque, obtenção do acesso vascular e, se não houver retorno do ritmo, administração do segundo choque.
- (E) obtenção de acesso vascular, administração de choque e administração de amiodarona a cada 3 a 7 minutos.

35

As causas reversíveis da parada cardiorrespiratório são conhecidas como os 5Hs e 5Ts, sendo os 5Hs:

- (A) Hipertermia, hipervolemia, hipóxia, hipercalemia e hidrogênio aumentado (acidemia).
- (B) Hipotermia, hipovolemia, hiperoxidemia, hipocalemia e hidrogênio baixo (alcalemia).
- (C) Hipertermia, hipovolemia, hiperoxidemia, hipocalemia e hidrogênio aumentado (acidemia).
- (D) Hipotermia, hipervolemia, hipóxia, hipocalemia e hidrogênio baixo (alcalemia).
- (E) Hipotermia, hipovolemia, hipóxia, hipercalemia e hidrogênio aumentado (acidemia).

36

Durante visita ao paciente, um enfermeiro constata que um medicamento que havia acabado de ser instalado estava sendo administrado duas horas antes do prescrito. Ele interrompe a infusão do medicamento, não informa o paciente do ocorrido e não faz anotação no prontuário. A conduta do enfermeiro pode ser considerada como:

- (A) Correta, pois não informou o paciente e retirou o medicamento antes de ser administrado.
- (B) Incorreta, pois não informou o paciente e não fez anotação no prontuário.
- (C) Correta, pois o medicamento seria administrado de qualquer forma.
- (D) Incorreta, pois não notificou o profissional que instalou o medicamento.
- (E) Correta, pois a situação não configura erro de administração de medicamentos.

37

Segundo os Cadernos de Atenção Básica, “As manifestações mais comuns do sofrimento mental na Atenção Básica” são

- (A) tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos.
- (B) alegria excessiva, raiva e sintomas motores.
- (C) medo extremo, ansiedade e sintomas auditivos.
- (D) agressividade, apatia e sintomas sensitivos.
- (E) irritabilidade, variabilidade de humor e sintomas gastrointestinais.

38

À medida que a população envelhece, o perfil epidemiológico se diferencia, caracterizando-se pela(o)

- (A) diminuição progressiva da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e doença pulmonar obstrutiva, que necessitam de cuidados de curta duração.
- (B) aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas transmissíveis, como sífilis e síndrome da imunodeficiência adquirida, que necessitam de cuidados de longa duração.
- (C) aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e doença arterial coronariana, que necessitam de cuidados de longa duração.
- (D) diminuição progressiva da prevalência de doenças crônicas transmissíveis, como doença pulmonar obstrutiva e doença arterial coronariana, que necessitam de cuidados de curta duração.
- (E) aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como gonorreia e síndrome da imunodeficiência adquirida, que necessitam de cuidados de curta duração.

39

A identificação do paciente deve ser feita para minimizar a ocorrência de falhas, sendo recomendado adotar

- (A) pelo menos dois identificadores para o paciente, como nome e número do quarto.
- (B) protocolos para diferenciar pacientes de mesmo nome, como colocá-los no mesmo quarto.
- (C) identificação do paciente após receber um medicamento e de ser submetido a uma intervenção.
- (D) conferência da identificação do paciente pelo profissional, previamente a qualquer procedimento.
- (E) rotulagem de frascos de sangue e outros materiais para exame na ausência do paciente.

40

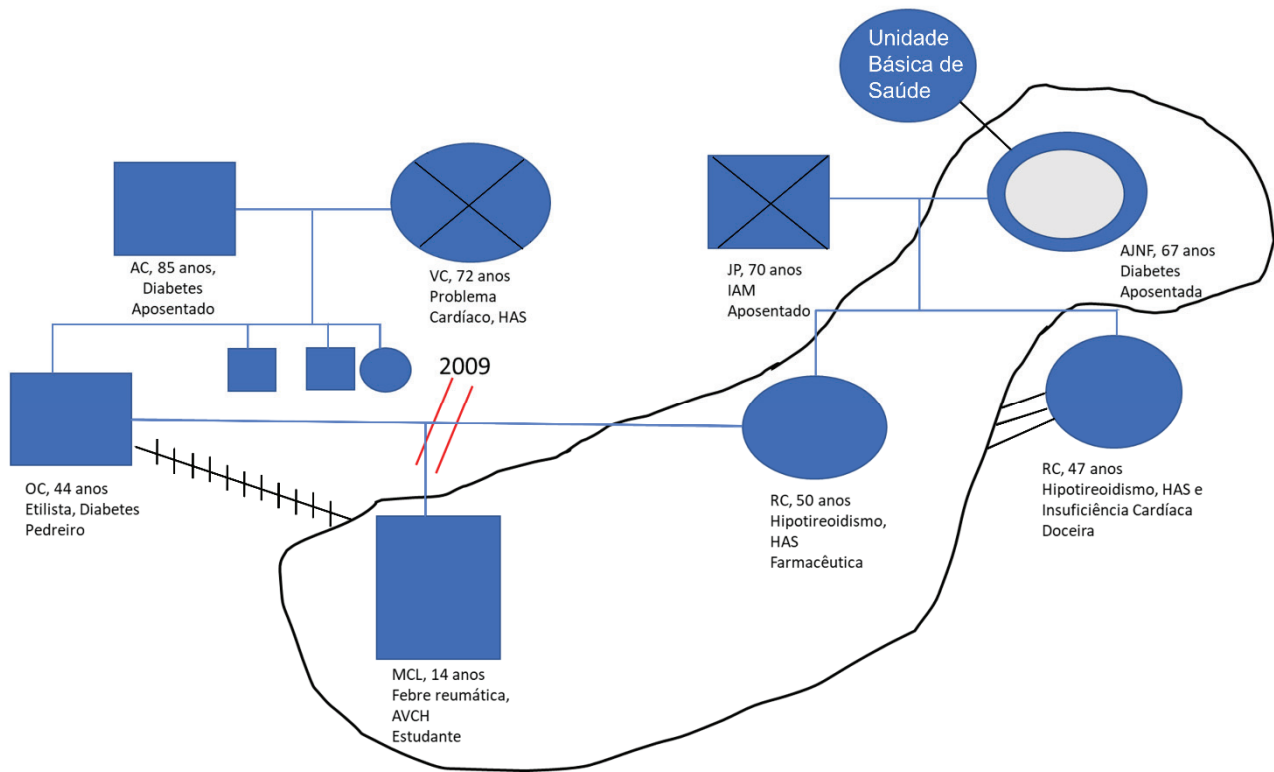
A pressão arterial reflete as inter-relações entre

- (A) débito cardíaco, resistência vascular periférica, volume sanguíneo, viscosidade sanguínea e elasticidade da artéria.
- (B) débito urinário, resistência vascular periférica, volume urinário, viscosidade sanguínea e elasticidade das veias.
- (C) débito sistólico, resistência vascular cerebral, volume sanguíneo, fluxo sanguíneo e complacência pulmonar.
- (D) débito diastólico, resistência vascular renal, volume urinário, fluxo urinário e elasticidade dos vasos.
- (E) débito renal, resistência vascular central, volume sanguíneo, viscosidade humoral e elasticidade pulmonar.

ESTUDO DE CASO

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

AJNF, 67 anos, possui Diabetes Mellito tipo 2 há 10 anos e faz uso de insulina há 5 anos. Utiliza diariamente 30 unidades de insulina NPH aplicada após o café da manhã e jantar e 20 unidades de insulina regular após o café da manhã, almoço e jantar, sendo que as insulinas NPH e regular do café da manhã e jantar são administradas na mesma seringa, em uma só aplicação. Durante visita domiciliar, enfermeira realiza avaliação da paciente, verificando obesidade, pouca mobilidade física, mau controle glicêmico, entumecimento, endurecimento e vermelhidão em região posterior do braço esquerdo, reaproveitamento de seringas e má higiene da pele. AJNF está inserida na família representada no genograma e ecomapa a seguir:



01

Com base no histórico de enfermagem e no exame físico, a enfermeira levantou o diagnóstico de enfermagem “Controle ineficaz da saúde”. Justifique o diagnóstico da enfermeira com base na avaliação realizada.

02

Após avaliar o Genograma e Ecomapa apresentados, responda: Quem é a pessoa índice? Quais membros da família pertencem ao núcleo familiar? Como você classifica as relações existentes no Ecomapa, segundo o modelo Calgary de avaliação da família descrito por Wright e Leahey (2012).

03

Cite e justifique três orientações em relação à administração da insulina que devem ser realizadas pela enfermeira.

