

PROCESSO SELETIVO PARA CONCESSÃO DE BOLSAS DE ESTÁGIO NÃO OBRIGATÓRIO

PROJETO ACOLHER

ENFERMAGEM, FARMÁCIA, FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA, NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA, SAÚDE COLETIVA,
SERVIÇO SOCIAL E TERAPIA OCUPACIONAL

1. A prova terá duração de 2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, elaboradas com base no conteúdo programático constado no Edital Regulamentador do processo seletivo, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D).
4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

"A vida começa todos os dias."

5. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.**
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador, etc **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME.**
8. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independentemente do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro, etc, salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista);
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://prefeitura.rio/web/portaldeconcursos>.

01. Ao pensar criticamente sobre a relação entre desigualdade social e saúde no atual contexto brasileiro, pode-se perceber que algumas condições sociais afetam a saúde dos indivíduos e, consequentemente, afetam a sociedade. Considerando essa relação, afirma-se que:

(A) alguns reflexos da desigualdade social, como as condições de moradia e trabalho e as questões étnico-raciais, são também determinantes sociais da saúde

(B) o crescimento desordenado das cidades é um fator presente em muitas localidades do país, tendo forte relação com a melhoria das condições de saúde dos brasileiros

(C) a correlação entre pobreza e enfermidade permanece sem comprovação, uma vez que a pobreza está mais relacionada com situações como violência e analfabetismo

(D) contextos mais ou menos saudáveis estão relacionados com certas formas de organizações sociais das periferias, afetando menos a saúde da população dos centros urbanos

02. Após 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se destacar como um dos seus pontos fortes ou como uma das suas consequências positivas:

(A) a sua implantação e consolidação integral após esse período

(B) a superação do modelo hospitalocêntrico e centrado na doença, vigente anteriormente

(C) a participação da comunidade, que se efetiva principalmente pelos conselhos e conferências

(D) as suas fortes bases sociais e políticas, haja vista a plena adesão dos profissionais de saúde

03. As implicações das questões relacionadas ao gênero e direitos sexuais no campo da saúde são objeto de estudos recentes que apontam, entre outras coisas, para a:

(A) percepção de que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos grupos com variações na sexualidade ocorre pelos mesmos motivos que para o restante da população

(B) conclusão de que os níveis de violência são pouco afetados pelas condições socioeconômicas e questões raciais e de gênero, estando mais relacionados à localização geográfica

(C) inexistência de relação entre a promoção da saúde e a proteção de direitos humanos, visto que a promoção da saúde se relaciona às variáveis que podem afetar diretamente à saúde

(D) observação de que algumas construções culturais podem determinar condições de saúde ao negar o *status* de sujeito àquelas pessoas marcadas por variações de gênero e sexualidade

04. A comunicação pode ser entendida como prática social advinda da interação entre os seres humanos. Quanto à comunicação nos serviços de saúde, é correto afirmar que:

(A) a inexistência de relações de poder entre os atores favorece uma comunicação dialógica

(B) é dispensável, visto que o importante é a informação transmitida pelo profissional de saúde

(C) as dificuldades ocorrem pelas diferenças de linguagens e saberes entre os atores envolvidos

(D) a comunicação nesses espaços é desprovida de barreiras e transcorre de maneira adequada

05. A Portaria nº 4.279/2010 apresenta as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da saúde, oferecendo ações e serviços de saúde mais eficazes e eficientes aos usuários. Sobre as RAS é correto afirmar que:

(A) elas foram pensadas para reforçar o modelo de atenção à saúde vigente à época em que foram criadas, baseado em ações curativas e centrado no cuidado médico, fortalecendo assim o vínculo entre profissionais de saúde e usuários

(B) uma das justificativas para sua criação é a tentativa de garantia da integralidade da assistência, uma vez que há uma relação complexa entre oferta e demanda por serviços de saúde, gerando forte impacto no acesso dos usuários

(C) a organização das RAS tendo a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresentou como um mecanismo ineficiente para superação da fragmentação sistêmica do sistema de saúde brasileiro

(D) a diversidade de contextos regionais no Brasil, com diferenças socioeconômicas marcantes e de necessidades em saúde, exige a padronização de procedimentos técnicos pelo Ministério da Saúde em todos os serviços de saúde, por isso as RAS foram criadas

06. O SUS está organizado em âmbito nacional, com várias esferas de direção e gestão. A esse respeito, pode-se afirmar que:

(A) as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS devem ser organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente

(B) as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite se constituem em foros de pactuação dos gestores da saúde especialmente quanto aos protocolos assistenciais para os serviços

(C) a possibilidade dos municípios constituírem consórcios é bem restrita, visto que a gestão estadual responde pelo desenvolvimento das ações e serviços de saúde no âmbito do Estado

(D) o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são entidades representativas da participação da comunidade

07. A comunicação pode ser um potente instrumento de melhoria da relação entre profissionais e usuários na saúde, assim como das práticas de educação em saúde. Podemos, didaticamente, dividi-la em dois grandes modelos: monológico e dialógico. Sobre esses modelos comunicativos em saúde é correto afirmar que:

(A) para que haja a comunicação dialógica é imprescindível haver uma postura receptiva de negociação e escuta entre as partes, bem como o predomínio do conhecimento científico, fruto da formação técnica dos profissionais de saúde

(B) uma das formas de apresentação do modelo monológico é a percepção da educação em saúde como transmissão de informações e de receitas, na busca de uma construção compartilhada do conhecimento que valorize as experiências dos usuários

(C) no modelo monológico a comunicação em saúde é verticalizada, com bastante espaço para a participação dos usuários pelo fato de que esses já possuem conhecimentos prévios sobre sua saúde e assim precisarão de esclarecimentos sobre as informações transmitidas

(D) a comunicação dialógica pressupõe abertura ao diálogo, à reflexão e articulação de saberes, estando centrada na compreensão do ser humano enquanto sujeito consciente e ativo, passível de entendimento, autônomo, crítico e livre para pensar e definir suas escolhas

08. Entre as diretrizes da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde está previsto que toda pessoa:

- (A) deve manter seus valores e sua crença no anonimato para que seja respeitado
- (B) tem acesso ao conteúdo de seu prontuário, mas sem possibilidade de fazer cópia
- (C) tem garantia de sigilo e confidencialidade, mesmo nos casos de risco à saúde pública
- (D) tem direito a laudo, relatório e atestado médico quando justificado por sua condição de saúde

09. A Bioética focou-se inicialmente na conduta das equipes médicas e no relacionamento médico-paciente. Contudo, na América Latina paulatinamente passou a se interessar também pelas realidades socioeconômicas que envolvem as populações, pautada numa perspectiva humanista e comunitária. Por esse motivo, o conceito de solidariedade passou a ser muito utilizado nessa área da ciência. Nessa nova visão da Bioética, o conceito de solidariedade:

- (A) também diz respeito às noções de justiça e equidade
- (B) não se relaciona com a destinação adequada dos recursos
- (C) percebe o respeito aos direitos humanos como um componente secundário
- (D) pouco se relaciona com aspectos como o acesso pleno aos serviços de saúde

10. Com relação às pessoas LGBTI e suas condições de saúde, é correto afirmar que:

- (A) as necessidades de saúde de travestis e transexuais são negadas pelo SUS
- (B) são sujeitos dotados de humanidade e direitos, e devem ter sua dignidade preservada
- (C) para essa população não há garantia de sigilo e privacidade, apenas do uso do nome social
- (D) a homossexualidade é um transtorno mental reconhecido pela Organização Mundial da Saúde

11. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde prevê atendimento humanizado e acolhedor. Nesse sentido, é correto afirmar que esse tipo de atendimento contempla:

- (A) a postura acolhedora e livre de qualquer discriminação, restrição ou negação por parte do profissional da saúde
- (B) a existência de espaços limpos e confortáveis que minimizem a preocupação com a acessibilidade dos usuários
- (C) o direito a acompanhante em caso de internação somente aos maiores de 60 anos e o direito a visita diária a todos os usuários
- (D) a falta de obrigatoriedade de identificação dos profissionais da saúde, mas a exigência do uso de carimbo e de letra legível nas receitas

12. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços em saúde, visando à integração do sistema de saúde. Um dos objetivos da RAS é:

- (A) incrementar uma atenção à saúde menos humanizada
- (B) desestimular o cuidado multiprofissional em saúde, privilegiando o cuidado médico
- (C) reforçar a entrada dos usuários no sistema de saúde através dos serviços hospitalares
- (D) centralizar o cuidado em saúde nas necessidades da população

13. Sobre a comunicação entre trabalhadores da saúde e usuários é correto afirmar que:

- (A) no âmbito da assistência curativa, especialmente em ambiente hospitalar, a comunicação pode servir de instrumento que propicie uma recuperação mais rápida, através dos recursos da linguagem verbal, sendo menos significativa a linguagem não verbal
- (B) a comunicação pode ser uma potente ferramenta de promoção da humanização das relações entre profissionais da saúde e usuários, desde que haja a validação sem questionamento das informações recebidas nos serviços de saúde pelos usuários ou seus responsáveis
- (C) a comunicação terapêutica pode ser definida como a habilidade do profissional da saúde em ajudar as pessoas a enfrentar situações de enfermidades e estresse e ajustar-se à realidade, favorecendo com isso o tratamento dos usuários, tornando-os sujeitos ativos no processo
- (D) a comunicação dialógica permite o intercâmbio de saberes, o diálogo e o entendimento entre trabalhadores da saúde e usuários, ampliando o nível de compreensão desses sobre as orientações recebidas e, com isso, permitindo a redução das ações de promoção da saúde

14. O SUS alcançou 30 anos em 2018, mas, diante das ameaças e desafios que sofre, torna-se necessário a busca de alternativas que possam garantir a sua defesa e viabilidade, através da construção ou reforço de apoio em diferentes níveis de ação (social, político, econômico, etc.). Nesse sentido, pode-se considerar como uma importante estratégia:

- (A) a construção de políticas públicas que privilegiem os interesses privados na saúde, ampliando a lógica do modelo centrado na doença e no cuidado fragmentado
- (B) a mobilização da sociedade política, através da ação sobre os aparelhos e instituições do Estado para, entre outras coisas, aumentar o financiamento do SUS
- (C) o aprimoramento técnico das equipes e serviços de saúde, condição indispensável para a obtenção de recursos pelos municípios para viabilizar os avanços do SUS
- (D) a inversão da diretriz que trata da descentralização do SUS, privilegiando com isso a centralização das ações no Ministério da Saúde por serem mais abrangentes

15. O acesso aos serviços e ações é um dos direitos previstos aos usuários da saúde. Com relação a esse tema, nos diversos níveis de atenção à saúde, pode-se dizer que:

- (A) nas situações de urgência e emergência o usuário só poderá ser atendido em uma Unidade de Pronto-Atendimento ou Hospital mais próximo da sua residência
- (B) o acesso dos usuários se dará de maneira exclusiva através da Atenção Primária à Saúde, por meio dos centros ou postos de saúde e unidades de saúde da família
- (C) a gravidade do problema deve ser analisada e considerada pelas centrais de regulação para o encaminhamento dos usuários da Atenção Básica às especialidades e aos hospitais
- (D) em caso de impedimento temporário para o atendimento às pessoas é necessário que a direção da unidade de saúde coloque um cartaz informativo na recepção e dispense a equipe

16. Os principais locais nos quais crianças, adolescentes, mulheres, homens e idosos sofrem violência são, respectivamente:

- (A) espaço público/via pública - espaço público/via pública - ambiente familiar - ambiente familiar - ambiente familiar
- (B) ambiente familiar - ambiente familiar - ambiente familiar - espaço público/via pública - ambiente familiar
- (C) ambiente familiar - espaço público/via pública - ambiente familiar - espaço público/via pública - espaço público/via pública
- (D) ambiente familiar - espaço público/via pública - espaço público/via pública - espaço público/via pública - ambiente familiar

17. Há muitos desafios e barreiras para a garantia dos direitos à saúde e à vida de mulheres e pessoas LGBTI. Nos 30 anos de existência do SUS já houve alguns avanços, mas é inegável que ainda resta muito a fazer nessa área. Alguns desses avanços, bem como alguns dos desafios e barreiras ainda enfrentados por esses grupos, estão expressos em:

- (A) alguns esforços do poder público em enfrentar a grande vulnerabilidade das pessoas LGBTI, como o reconhecimento do uso do nome social, foram acompanhados da ampliação do acesso deste público aos serviços de saúde
- (B) a despeito de já haver políticas públicas que contemplem pessoas LGBTI, como o Programa "Brasil sem homofobia" criado em 2004, os dados sobre HIV e AIDS alertam para a gravidade e piora das condições de saúde dessas pessoas
- (C) já existe a possibilidade do processo transexualizador no SUS, em que pessoas trans são acolhidas para as modificações corporais do sexo, embora isso ainda não esteja ocorrendo na rotina dos serviços de saúde pública especializados nesse tipo de atendimento
- (D) a separação conceitual entre sexo e gênero trazida pela noção de identidade de gênero foi pouco relevante para a incorporação das necessidades em saúde de travestis e transexuais, mas houve reconfiguração do discurso médico sobre intervenções em corpos não normativos

18. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (Lei nº 8.080/90). Entre os papéis do Estado para a garantia desse direito, encontra-se o de:

- (A) revogar políticas vigentes para a redução de riscos de doenças e de outros agravos
- (B) assegurar o acesso universal e igualitário das pessoas às ações e serviços de saúde
- (C) incluir a participação das pessoas e famílias nas ações da saúde, excluindo as empresas
- (D) estimular a participação complementar da iniciativa privada apenas nos hospitais do SUS

19. Da perspectiva do profissional de saúde, podem ser citados como exemplos de barreiras ao ato comunicativo em saúde:

- (A) abster-se do uso de ameaças, negar a percepção dos usuários e usar expressões de falso apoio
- (B) estimular uma falsa tranquilização, usar uma comunicação unidirecional e a abster-se do julgamento dos usuários
- (C) induzir respostas dos usuários, mudar de assunto subitamente e oferecer sugestões inacessíveis ao usuário
- (D) usar uma linguagem inacessível ao usuário, desenvolver a capacidade de ouvir e impor ordens e lições de moral aos usuários

20. Ao refletir sobre políticas de saúde no Brasil a partir da Bioética cotidiana, o conceito de saúde deve ser ampliado. A alternativa que menos se relaciona com essa premissa é:

- (A) promover saúde significa ampliar ao máximo as tecnologias que possam melhorar os tratamentos mais adequados às diferentes enfermidades, visto que as condições de saúde são, na essência, o resultado de fatores predisponentes, como os hereditários e genéticos
- (B) há um ciclo vicioso que gera a retroalimentação entre altos níveis de pobreza e condições de saúde precárias. Essa relação pode ser percebida, por exemplo, quando associa-se o nível de escolaridade e as condições de saúde de uma população
- (C) o respeito à autonomia do indivíduo e a proteção de sua privacidade são premissas básicas da Bioética, bem como a compreensão da realidade que permeia os indivíduos e comunidades, visto que as questões individuais são transcendidas pelas questões sociopolíticas
- (D) as condições de saúde dos indivíduos estão diretamente relacionadas às suas trajetórias de vida e aos contextos em que vivem. É por esse motivo que pode-se citar, por exemplo, a falta de saneamento básico e a baixa qualidade da água como importantes fatores de desigualdade social e simultaneamente determinantes sociais da saúde

21. Entre os principais obstáculos e ameaças ao SUS, pode-se citar:

- (A) a precariedade dos sistemas de informação em saúde existentes, dificultando o monitoramento e avaliação de políticas, planos e programas de saúde
- (B) a ausência de reconhecimento formal do direito à saúde, impossibilitando a sua difusão na sociedade e dificultando a obtenção de determinados tratamentos
- (C) a falta de formalização das regulamentações, como normas operacionais básicas, pactos, planos diretores de desenvolvimento e de investimento
- (D) as precárias condições objetivas para a sustentabilidade econômica e científico-tecnológica do SUS, decorrentes da negligência do Estado brasileiro

22. No serviço de urgência e emergência de um hospital, foi atendida uma jovem de 15 anos após tentativa de suicídio por intoxicação exógena. Essa jovem sofria *bullying* na escola há mais de um ano. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência pode ser classificada em três grandes categorias (violência autoinfligida; violência interpessoal; e violência coletiva). Desse modo, a tentativa de suicídio e o *bullying* sofrido na escola são tipos de violência classificados, respectivamente, como:

- (A) autoinfligida e coletiva
- (B) coletiva e autoinfligida
- (C) interpessoal e coletiva
- (D) autoinfligida e interpessoal

23. Um idoso, vítima de queda de própria altura em sua residência, terá alta hospitalar. Uma das orientações que o idoso e seus cuidadores deverão receber para evitar a ocorrência de nova queda é a de:

- (A) manter os locais por onde o idoso transita com pouca iluminação
- (B) usar sapatos fáceis de calçar e com sola de borracha, ao invés de chinelos
- (C) retirar todos os tapetes da casa, inclusive o tapete antiderrapante no local de banho
- (D) realizar mudanças frequentes na posição de móveis, utensílios e pertences do idoso

24. Em um serviço de urgência e emergência, um médico atende uma usuária de 40 anos, casada, com cinco filhos, apresentando fratura e hemorragia nasal. Pelo relato da usuária, o profissional identifica que a mulher foi vítima de violência intrafamiliar, de natureza física e psicológica. Diante desse caso, o médico deve obrigatoriamente:

- (A) aconselhar a usuária a sair imediatamente de casa com os filhos
- (B) convencer a usuária a denunciar o agressor
- (C) notificar o caso de violência
- (D) oferecer escuta passiva

25. Em 1978, a Bioética foi definida pelo professor Reich como estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e da atenção à saúde. Ou seja, a Bioética orienta tanto as práticas das pesquisas científicas quanto as práticas assistenciais em saúde. Beauchamp e Childress definiram quatro princípios fundamentais da Bioética para nortear a prática dos profissionais da saúde, são eles o princípio da beneficência, o princípio da não-maleficência, o princípio da justiça e o princípio:

- (A) do sigilo
- (B) da igualdade
- (C) da universalidade
- (D) do respeito à autonomia

26. A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, orienta para a prática dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde. A PNH é estruturada em princípios, método, diretrizes e dispositivos. Seguindo os princípios da PNH, os serviços de saúde devem buscar promover:

- (A) a redução da gestão participativa
- (B) a verticalização do sistema público de saúde
- (C) a comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários
- (D) um modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta

27. O acolhimento enquanto diretriz da PNH se caracteriza por ser:

- (A) um ato de favor da enfermagem
- (B) uma atitude voluntária de bondade por parte de alguns profissionais
- (C) uma etapa do processo de triagem, específica do serviço de urgência e emergência
- (D) uma tecnologia do encontro, que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde

28. Um gestor estadual que, durante uma reunião com gestores municipais, deseja demonstrar formas de ampliar a inserção da PNH, poderá sugerir que a implantação do acolhimento ocorra:

- (A) na Atenção Básica, compatibilizando o atendimento entre a demanda programada e a não-programada
- (B) nas Centrais de Regulação de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, priorizando os usuários com 60 anos ou mais
- (C) nas Unidades de Atenção Especializada, assegurando a rigidez na agenda, evitando atender a intercorrências de pacientes em seguimento
- (D) nas Unidades de Urgência, realizando atendimento tendo como principal critério a ordem de chegada, dando aos usuários noção de tempo de quando serão atendidos

29. Leia o trecho da reportagem da Agência Fiocruz de Notícias a seguir:

Fiocruz investe em espaço humanizado para diagnóstico

Por: Irene Kalil, Aline Câmara e Suely Amarante, em 11/11/2013

“O Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) inaugurou, em outubro, um novo espaço para a realização das atividades de diagnóstico por imagem. O tradicional ambiente frio e sem vida foi transformado num espaço leve e divertido. Ao entrar na sala de espera, os pacientes são surpreendidos com paredes coloridas, em que micos dividem espaço com coqueiros e guarda-sóis. Contudo, a maior surpresa se dá ao entrar na sala para a realização da tomografia.

A começar pelo próprio tomógrafo, que ganhou uma pintura especial, transformando-se num barco. Todo o ambiente foi inspirado no cartão postal vizinho ao Instituto. Estampado no fundo da sala, o Pão de Açúcar imprime ainda mais harmonia ao ambiente de praia espalhado por todos os cantos. Já as salas de raio-X simulam o fundo do mar. Nelas, as paredes imitam aquários, com adesivos de peixes e luzes que foram instaladas especialmente para causar esse efeito...”

Fonte: Agência Fiocruz de Notícias

Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/fiocruz-investe-em-espaço-humanizado-para-diagnóstico>>

Considerando as diretrizes e os dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH), a reformulação do espaço para realização dos procedimentos diagnósticos por imagem realizada pelo IFF/Fiocruz foi uma ação de humanização e demonstra um exemplo de:

- (A) ambiência
- (B) valorização do trabalhador
- (C) rede virtual de humanização
- (D) Grupo de Trabalho de Humanização

30. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Para que esse objetivo seja alcançado, é necessário:

- (A) evitar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico
- (B) distanciar os pacientes e familiares das ações de segurança do paciente
- (C) produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente
- (D) restringir o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente;

31. A Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, define como incidente o “evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde” e que evento adverso é o “incidente que resulta em dano à saúde”. Ainda segundo essa Resolução, o monitoramento dos incidentes e eventos adversos deverá ser realizado:

- (A) pelo Serviço de Enfermagem
- (B) pelo Núcleo de Segurança do Paciente
- (C) pela Comissão de Análise de Prontuário
- (D) pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

32. Para realizar o acolhimento a um usuário conforme as diretrizes da PNH, é essencial que o profissional exerça uma escuta:

- (A) parcial
- (B) passiva
- (C) seletiva
- (D) qualificada

33. De acordo com a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (CISP), o incidente pode ser classificado como: *near miss*, quando o evento não atinge o paciente; incidente sem dano, quando o evento atinge o paciente, mas sem causar dano discernível; ou incidente com dano, quando o evento resulta em dano ao paciente. Agora, leia os dois casos a seguir:

Caso 1 – Seguindo a prescrição médica, um enfermeiro administrou um antimicrobiano por via endovenosa no paciente X. Depois de alguns minutos o paciente apresentou reação alérgica leve (prurido e formação de placas eritematosas em membros superiores) ao antimicrobiano. O quadro foi revertido após administração de anti-histaminico, conforme prescrição médica.

Caso 2 – Um médico prescreveu “dieta zero a partir das 22h” para o paciente Y, dizendo que ele seria submetido à cirurgia na manhã do dia seguinte. Antes de contatar o Serviço de Nutrição para informar sobre a suspensão da dieta, o enfermeiro observou que nenhum paciente do setor estava com cirurgia programada para o dia seguinte. Ao levar a questão ao médico, o médico disse ter se confundido com as datas e corrigiu a prescrição.

Segundo a CISP, os incidentes apresentados no Caso 1 e no Caso 2 são classificados, respectivamente, como:

- (A) incidente com dano e *near miss*
- (B) incidente sem dano e *near miss*
- (C) *near miss* e incidente sem dano
- (D) incidente com dano e incidente sem dano

34. Um enfermeiro durante seu plantão no setor de Clínica Médica, recebe uma ligação do responsável administrativo informando que o setor receberá uma cama elétrica. Quando a cama chega ao setor, o enfermeiro observa que há um defeito na trava das rodas. O enfermeiro solicita que a cama seja encaminhada imediatamente para a manutenção corretiva, a fim de evitar incidentes relacionados:

- (A) à falha na comunicação no ambiente dos serviços de saúde
- (B) à falha na identificação do paciente
- (C) às infecções em serviços de saúde
- (D) a quedas de pacientes

35. Um dos objetivos da notificação de eventos adversos é conhecer suas causas, o que permite definir estratégias de prevenção. Desse modo, para se promover a qualidade do serviço é importante identificar fatores relacionados à subnotificação de eventos adversos. Em um serviço de saúde, um dos fatores que podem contribuir para a subnotificação de eventos adversos é a existência de:

- (A) uma cultura de segurança amplamente instituída
- (B) uma cultura punitiva estabelecida na organização
- (C) um sistema de notificação adequadamente implementado
- (D) uma definição clara e amplamente difundida sobre o que são eventos adversos

36. Por volta das 6h30min, um médico da cirurgia plástica informa ao paciente W que conseguiu vaga no centro cirúrgico e que ele será submetido ao procedimento cirúrgico às 14h, para isso deverá iniciar dieta zero a partir de então. Às 13h30min, ao ligar para a enfermaria para solicitar o encaminhamento do paciente, o enfermeiro informou que não estava ciente do procedimento cirúrgico e afirma que o paciente realizou todas as refeições até aquele momento (o jejum, a colação e o almoço), não tendo feito menção à dieta zero em momento algum. A cirurgia, então, foi suspensa devido à falha:

- (A) na comunicação
- (B) no procedimento cirúrgico
- (C) na identificação do paciente
- (D) no uso de dispositivos para a saúde

37. Em uma unidade hospitalar, durante reunião com as chefias, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) foi informado que houve significativa redução na dispensação de pulseiras de identificação. O motivo foi a redução na quantidade solicitada pelos setores, principalmente pelo serviço de emergência, que é a porta de entrada da unidade. A significativa redução na distribuição de pulseira de identificação comprometerá as práticas de segurança relacionadas:

- (A) à queda de pacientes
- (B) à higienização das mãos
- (C) à identificação do paciente
- (D) às infecções associadas ao cuidado em saúde

38. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica contribuiu para que as equipes sigam de maneira consistente as etapas críticas de segurança, reduzindo os riscos evitáveis mais comuns que podem comprometer o bem-estar e até mesmo a vida dos pacientes cirúrgicos. A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem sua aplicação dividida em três tempos, que são:

- (A) antes da incisão cirúrgica – após a incisão cirúrgica – após a conclusão da sutura
- (B) antes do paciente entrar na sala cirúrgica – durante o ato cirúrgico – após a saída do paciente da sala cirúrgica
- (C) antes da indução anestésica – antes da incisão cirúrgica – antes da saída do paciente da sala cirúrgica
- (D) antes do paciente ser encaminhado para o centro cirúrgico, ainda na enfermaria – ao entrar na sala cirúrgica – após o paciente retornar à enfermaria

39. A Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013, institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Ao tratar da criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), essa resolução determina que:

- (A) a composição do NSP se limita a profissionais médicos e/ou enfermeiros
- (B) a direção do serviço de saúde deve determinar a composição e nomeação do NSP
- (C) os profissionais interessados em compor o NSP devem formar chapas para concorrerem em eleições internas
- (D) o NSP deve ser composto, preferencialmente, por profissionais que não pertençam ao quadro de funcionários do serviço de saúde

40. O desenvolvimento de uma cultura de segurança, na qual pacientes e familiares são tratados com respeito e dignidade, favorece a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Considerando um serviço hospitalar que está instituindo a cultura de segurança, um exemplo de atitude do paciente e/ou do seu familiar que contribuirá para redução dos riscos de IRAS e que deverá ser encorajada é a atitude de:

- (A) solicitar ao profissional que higienize as mãos antes de assisti-lo
- (B) remover o dispositivo de acesso venoso periférico, caso observe estar obstruído
- (C) fechar o equipo de infusão venosa tão logo a medicação tenha sido completamente infundida
- (D) solicitar ao médico que instale um cateter venoso central, mesmo tendo condições de acesso venoso periférico