

**PROCESSO SELETIVO PARA PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
EM ENFERMAGEM E EM FISIOTERAPIA DA ATENÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

ENFERMAGEM DA ATENÇÃO EM TERAPIA INTENSIVA

01. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
02. 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.
03. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

Conteúdo	Nº de questões
POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS	20
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMAGEM	40

04. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

"Contento-me com pouco, mas desejo muito."

05. Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.
06. 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.
07. 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.**
08. 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.
09. 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 12.546/2011.
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>.

POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1. De acordo com o Art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado. O acesso ao sistema de saúde pública brasileiro é garantido de forma:

- (A) universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação
- (B) universal e equânime às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação
- (C) universal, equânime e igualitário às ações e aos serviços de saúde, para sua promoção, proteção, recuperação e reabilitação
- (D) universal e igualitário às ações e aos serviços, para a promoção, proteção e recuperação de todo cidadão brasileiro que contribua com a previdência social

2. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, assegura, no Art. 199, a assistência à saúde executada pela iniciativa privada. A participação da iniciativa privada, prestadora de serviços de saúde, no sistema de saúde pública brasileiro se dá de forma:

- (A) solidária
- (B) associativa
- (C) colaborativa
- (D) complementar

3. Tendo como base a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República Federativa do Brasil, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, é **CORRETO** afirmar:

I. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

II. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

III. Os níveis de saúde expressam a organização social, cultural e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços assistenciais.

- (A) somente a assertiva I está correta
- (B) somente as assertivas I e III estão corretas
- (C) somente as assertivas I e II estão corretas
- (D) todas as assertivas estão corretas

4. O capítulo I da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que trata dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS, no seu Art. 5º considera o entendimento do que seja Vigilância Sanitária em todo território nacional. Esse entendimento se define como:

- (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde
- (B) um conjunto de ações capaz de alterar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários e assistenciais decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde
- (C) um conjunto de ações e serviços capaz de diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários e sociais decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da sociedade no campo da saúde
- (D) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, alterar ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente e das relações sociais, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde da sociedade

5. Dos serviços e sistemas listados abaixo, são organizados e desenvolvidos obrigatoriamente de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda, aos princípios do SUS contidos na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

- (A) serviços públicos de saúde e serviços privados conveniados com a Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)
- (B) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados pela Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram o sistema privado do Brasil
- (C) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados e conveniados pela Agência Nacional de Medicina Suplementar, que integram ou não, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema privado de saúde do Brasil
- (D) serviços públicos de saúde e serviços privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)

Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde

6. O capítulo III da Lei nº 8.080/1990, que trata da Organização, da Direção e da Gestão do Sistema Único de Saúde–SUS, no seu Art. 8º orienta a regionalização e hierarquização do SUS em níveis de complexidade, sendo esse de forma crescente. O Art. 9º mostra que a direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do Art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos referidos órgãos:
- (A) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pelo Consórcio Interestadual de Saúde; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
 - (B) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
 - (C) no âmbito da União, pelo Conselho Nacional de Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente
 - (D) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Assistência Social ou órgão equivalente
7. Segundo o Título III-A, da Lei nº 8.080/1990, incluído pela Lei nº 14.510/2022, no seu Art. 26-A, a modalidade de prestação de serviço remoto, que está relacionada a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo Federal, obedecendo aos princípios da autonomia do profissional de saúde; tendo consentimento livre e informado do paciente, sendo a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas, denomina-se:
- (A) teleconsulta
 - (B) telemedicina
 - (C) telessaúde
 - (D) consulta ampliada por telecomunicação
8. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Em seu Art. 4º regulamenta as Regiões de Saúde que serão instituídas pelo Estado, em articulação com os municípios, podendo ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes. Para que uma Rede de Saúde seja instituída, segundo o Art. 5º, do referido Decreto, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:
- (A) atenção primária (ESF); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; internação na área de saúde mental; e vigilância sanitária
 - (B) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde
 - (C) atenção primária (ESF); urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial e hospitalar especializada; e vigilância em saúde
 - (D) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e internação hospitalar especializada; e vigilância sanitária e epidemiológica
9. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores. Segundo o Art. 30, do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Tendo como base essa legislação, é **CORRETO** afirmar:
- I. a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, no âmbito da União, é vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
 - II. a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, no âmbito do Estado, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
 - III. a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito regional, é vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.
 - IV. nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.
- (A) somente as assertivas I, II e III estão corretas
 - (B) somente as assertivas I, III e IV estão corretas
 - (C) somente as assertivas II, III e IV estão corretas
 - (D) todas as assertivas estão corretas

Programa de Residência da Secretaria Municipal de Saúde

10. Segundo a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, o Sistema Único de Saúde brasileiro – SUS contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
- (A) Conferência de Saúde; e Conselho de Saúde
 - (B) Conselho de Saúde; e Comissão Intergestores
 - (C) Conselho de Saúde; e Conselho Municipal de Secretários de Saúde
 - (D) Conferência de Saúde; Conselho de Saúde e Comissão Intergestores
11. Segundo o parágrafo 4º do Art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, a representação dos usuários nas instâncias colegiadas do SUS se dará de forma:
- (A) direta
 - (B) indireta
 - (C) paritária
 - (D) complementar
12. Segundo Paim et al., em *O que é o SUS?* (2015) a saúde é uma questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, de governos, empresas e comunidades. Para o autor, a saúde compõe um setor da economia onde se produzem:
- (A) estilos de vida
 - (B) bens e serviços
 - (C) qualidade de vida
 - (D) bons profissionais
13. Através de medidas individuais e coletivas, espera-se que o setor de saúde possa cuidar das pessoas. Conforme a referência Paim et al., em *O que é o SUS?* (2015), o estado de saúde pode ser definido como:
- (A) ausência de doença
 - (B) ciclos entre doenças
 - (C) ausência de infecções
 - (D) completo bem-estar físico, mental e social
14. Dentre os três tipos de sistemas de saúde que se destacam, existe o modelo de seguro social. Assinale, a seguir, a opção que apresenta uma característica desse modelo:
- (A) atendimento à saúde sob responsabilidade do mercado, apenas
 - (B) serviço garantido para aqueles que contribuem com a previdência social
 - (C) algum atendimento apenas para aqueles que comprovem sua condição de pobreza
 - (D) serviço financiado solidariamente por toda sociedade, por meio de contribuições e impostos
15. O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a ideia do SUS nasceram da sociedade brasileira, segundo Paim et al., em *O que é o SUS?* (2015). Aponte, dentre as alternativas abaixo, a Conferência Nacional de Saúde onde foram debatidos por quase 5 mil participantes, diversos estudos e proposições da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou na elaboração do relatório final que inspirou o Capítulo "Saúde" da Constituição:
- (A) VIII Conferência Nacional de Saúde
 - (B) VII Conferência Nacional de Saúde
 - (C) VI Conferência Nacional de Saúde
 - (D) V Conferência Nacional de Saúde
16. Enquanto a legislação do SUS era debatida no Congresso Nacional, foram instaurados dois programas para facilitar a implantação do SUS, segundo Paim et al., em *O que é o SUS?* (2015). Aponte, nas respostas abaixo, a opção que abriga um desses programas:
- (A) Programa de Saúde da Família (PSF)
 - (B) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
 - (C) Sistema Universal e Descentralizado de Saúde (SUDS)
 - (D) Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde (SUDS)
17. O SUS é a maior política social brasileira e está centrado em uma ideia. Marque nas opções, a seguir, a resposta que representa essa ideia:
- (A) apenas as pessoas pobres podem ter acesso à saúde
 - (B) todas as pessoas com mérito podem ter acesso à saúde
 - (C) todas as pessoas têm direito à saúde
 - (D) o acesso à saúde é uma caridade
18. A Constituição Federal faz referência à garantia do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação. Assinale, a seguir, a opção que descreve ações voltadas para a promoção da saúde, conforme Paim et al., em *O que é o SUS?* (2015):
- (A) fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de medidas gerais ou específicas, a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das comunidades
 - (B) reduzir ou eliminar riscos, por meio de ações de vacinação
 - (C) realizar diagnósticos de doenças
 - (D) realizar tratamento das doenças identificadas
19. Sobre a gestão participativa da comunidade na saúde, foram instituídas instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. Marque, abaixo, a periodicidade em que ocorrem as Conferências Nacionais de Saúde:
- (A) de dois em dois anos
 - (B) de quatro em quatro anos
 - (C) de três em três anos
 - (D) de cinco em cinco anos

20. De acordo com a referência Paim et al., em *O que é o SUS?* (2015), em 2006 foi elaborado um documento pelo Ministério da Saúde como tentativa de se estabelecer responsabilidades sanitárias, com metas, atribuições e prazos acordados entre as três esferas de governo, buscando superar a descentralização tutelada pelo governo federal. Assinale o nome desse documento:

(A) Pacto do SUS
(B) Pacto de Sangue
(C) Pacto da Saúde
(D) Pacto das Três Esferas de Governo

ENFERMAGEM

21. Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, da vigilância sanitária, e outras tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes a seu funcionamento. O capítulo I, artigo V e inciso III da lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS):

(A) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas
(B) proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas
(C) assistência às pessoas por intermédio de serviços terceirizados, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas
(D) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades curativas

22. Para a adequada execução do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), os hospitais devem constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar. Os membros da CCIH são de dois tipos: consultores e executores. Vale ressaltar que os membros consultores são representantes dos seguintes serviços:

(A) serviço médico; serviço de enfermagem; serviço de farmácia; serviço de infectologia; laboratório de microbiologia; e administração
(B) serviço médico; serviço de enfermagem; serviço de farmácia; laboratório de microbiologia; e administração
(C) serviço médico; serviço de enfermagem; serviço de farmácia; serviço de limpeza hospitalar; laboratório de microbiologia; e administração
(D) serviço médico; serviço de enfermagem; serviço de farmácia; serviço de hemoterapia; laboratório de microbiologia; e administração

23. A partir da divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is Human*, o tema segurança do paciente ganhou relevância. Esse relatório se baseou em duas pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos (EAs). Estudos realizados em outros países, como Austrália, Inglaterra, Canadá, Nova Zelândia, Dinamarca, França, Portugal, Turquia, Espanha, Suécia, Holanda e Brasil, que utilizaram o mesmo método do estudo de Harvard, confirmaram uma alta incidência de EAs:

(A) em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e, desses, 50% são evitáveis
(B) em média, 12% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e, desses, 15% são evitáveis
(C) em média, 15% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e, desses, 50% são evitáveis
(D) em média, 10% dos pacientes internados sofrem algum tipo de evento adverso e, desses, 60% são evitáveis

24. Quanto às ações para reduzir os riscos e mitigar as incidências de eventos adversos (EAs), a Organização Mundial de Saúde (OMS) priorizou duas, que foram denominadas de desafios globais:

(A) reduzir a infecção associada aos cuidados gerais, por meio da campanha de higienização das mãos, e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico
(B) reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos, e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes, durante e após o ato cirúrgico
(C) reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de higienização das mãos, e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação antes e durante o ato cirúrgico
(D) reduzir a infecção associada ao cuidado em saúde, por meio da campanha de conhecimentos sobre infecção, e promover uma cirurgia mais segura, pela adoção de uma lista de verificação durante o ato cirúrgico

25. Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Tal síndrome pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e caracteriza-se por sinais e sintomas típicos, que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço. Os sinais e sintomas típicos mais específicos, são:

(A) edema periférico; refluxo hepatojugular; extremidades frias; e impulso apical desviado para a esquerda
(B) pressão venosa jugular elevada; perda de peso; terceira bulha cardíaca; e tosse noturna
(C) pressão venosa jugular elevada; noctúria; terceira bulha cardíaca; e oligúria
(D) pressão venosa jugular elevada; refluxo hepatojugular; terceira bulha cardíaca; e impulso apical desviado para a esquerda

26. Programas de exercício na insuficiência cardíaca (IC) estão protocolados há mais de duas décadas e promovem progressivo aumento da capacidade funcional, requerendo aumento gradual da carga de trabalho de:
- (A) 50 a 60% do esforço máximo, por 20 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, por 8 a 12 semanas
 - (B) 40 a 70% do esforço máximo, por 10 a 20 minutos, cinco a sete vezes por semana, por 8 a 12 semanas
 - (C) 30 a 60% do esforço máximo, por 20 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, por 5 a 8 semanas
 - (D) 40 a 70% do esforço máximo, por 20 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, por 8 a 12 semanas
27. A doença renal do diabetes (DRD) é a principal causa de ingresso em terapia renal substitutiva e está associada ao aumento de morbidade e mortalidade. O tratamento da DRD visa evitar a progressão para doença renal terminal, intervir nos eventos cardiovasculares e evitar a morte. Para isso, os fatores de risco de progressão são:
- (A) hiperglicemia, hipertensão arterial, albuminúria, hiponatremia, tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo
 - (B) hiperglicemia, hipertensão arterial, albuminúria, dislipidemia, tabagismo, obesidade, alimentação inadequada e sedentarismo
 - (C) hiperglicemia, hipertensão arterial, albuminúria, dislipidemia, tabagismo, caquexia, alimentação inadequada e sedentarismo
 - (D) hiperglicemia, hipertensão arterial, albuminúria, dislipidemia, tabagismo, obesidade, hipercalemia, alimentação inadequada e sedentarismo
28. A prática baseada em evidência (PBE) é uma abordagem de solução de problemas para a prática clínica, que integra o uso consciente da melhor evidência, junto com a experiência do clínico e os valores e as preferências dos pacientes, na tomada de decisão sobre os cuidados do paciente. A utilização de uma abordagem passo a passo assegura a obtenção da evidência mais forte disponível para aplicação nos cuidados do paciente. As etapas da PBE são:
- (A) 6
 - (B) 8
 - (C) 5
 - (D) 4
29. A relação terapêutica entre enfermeiro-paciente é a base dos cuidados de enfermagem e envolve interações centradas no paciente e orientadas por metas, utilizando as habilidades de comunicação terapêutica. A comunicação terapêutica empodera os pacientes para a tomada de decisões. A relação entre enfermeiro-paciente é caracterizada por três fases sobrepostas:
- (A) confiança, trabalho e conclusão
 - (B) orientação, trabalho e relacionamento
 - (C) orientação, trabalho e conclusão
 - (D) confiança, relacionamento e conclusão
30. Na 11ª edição, versão 2018-2020 dos *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I*, a taxonomia apresenta mudanças significativas, as quais merecem a leitura atenta, pois impactam a forma como utilizamos os diagnósticos de enfermagem, no ensino, na pesquisa e na clínica assistencial. Segundo a NANDA-I, versão 2018-2020, populações de risco são definidas como:
- (A) grupos de pessoas que partilham todas as características iguais, o que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências
 - (B) grupos de pessoas que partilham alguma característica, que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências
 - (C) grupos de pessoas que partilham alguma característica, que faz cada membro ser suscetível a determinada resposta humana, como características de altura, moradia, cor ou experiências vividas
 - (D) pessoas individuais que tenham alguma característica, que faz com que cada ser seja suscetível a determinada resposta humana, como características demográficas, história de saúde/familiar, estágios de crescimento/desenvolvimento ou exposição a determinados eventos/experiências

31. Ao acumular-se no leito da ferida operatória, o exsudato interfere em sua cicatrização. Essa condição pode ser controlada por meio da inserção de um dreno, diretamente através da linha de sutura da ferida cirúrgica ou de um pequeno orifício, realizado pelo cirurgião, próximo à incisão cirúrgica. Os drenos de Jackson-Pratt e Hemovac são:
- (A) dispositivos fixos de drenagem, que consistem em unidades de sucção contidas que se conectam ao tubo de drenagem para remover e coletar o exsudato. O dreno de Jackson-Pratt é usado para pequenas quantidades de exsudato (100 a 200 ml por 24 horas). O sistema de drenagem Hemovac ou ConstaVac é empregado para coleta de grandes quantidades de drenagem (até 500 ml por 24 horas)
 - (B) dispositivos portáteis de drenagem, que consistem em unidades de sucção autocontidas que se conectam ao tubo de drenagem para remover e coletar o exsudato. O dreno de Jackson-Pratt é usado para grandes quantidades de exsudato (500 a 1.000 ml por 24 horas). O sistema de drenagem Hemovac ou ConstaVac é empregado para coleta de médias quantidades de drenagem (até 600 ml por 12 horas)
 - (C) dispositivos portáteis de drenagem, que consistem em unidades de sucção autocontidas que se conectam ao tubo de drenagem para remover e coletar o exsudato. O dreno de Jackson-Pratt é usado para pequenas quantidades de exsudato (100 a 200 ml por 24 horas). O sistema de drenagem Hemovac ou ConstaVac é empregado para coleta de grandes quantidades de drenagem (até 500 ml por 24 horas)
 - (D) dispositivos portáteis de drenagem, que consistem em unidades de sucção autocontidas que se conectam ao tubo de drenagem para remover e coletar o exsudato. O dreno de Jackson-Pratt é usado para pequenas quantidades de exsudato (50 a 100 ml por 6 horas). O sistema de drenagem Hemovac ou ConstaVac é empregado para coleta de grandes quantidades de drenagem (até 8.000 ml por 12 horas)
32. Úlceras por pressão são áreas localizadas de destruição tecidual causada pela compressão de tecidos moles sobre uma proeminência óssea e uma superfície externa, por um prolongado período de tempo. No Brasil, existem apenas as seguintes escalas de avaliação de risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, adaptadas e validadas para o português:
- (A) escala de Braden, escala de Morse e escala de Braden Q
 - (B) escala de Braden, escala de Waterlow e escala de Braden Q
 - (C) escala de Braden, escala de JH-FRAT e escala de Braden Q
 - (D) escala de Braden, escala de Waterlow e escala de Prisma
33. A Classificação Internacional de Segurança do Paciente, da OMS, tem como objetivo representar um ciclo de aprendizagem e de melhoria contínua, enfatizando:
- (A) detecção e redução do risco
 - (B) prevenção e aumento do risco
 - (C) acidente e recuperação do risco
 - (D) resiliência do sistema e aumento do risco
34. O manuseio terapêutico admissional dos pacientes com insuficiência cardíaca (IC) aguda tem como objetivo a correção dos distúrbios cardiopulmonares reconhecidos por meio da avaliação sistemática do fluxograma diagnóstico, para estabelecer a estratégia da abordagem terapêutica. Temos, como principais distúrbios a serem identificados e corrigidos:
- (A) tratamento de comorbidades e presença de situação clínica de risco imediato
 - (B) fatores desencadeantes e terapêutica para correção dos distúrbios hemodinâmicos
 - (C) presença de situação clínica de risco imediato de vida e suporte respiratório
 - (D) terapêutica para correção dos distúrbios clínicos e tratamento dos fatores causais
35. A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco modificável com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. São fatores de risco clássicos para hipertensão arterial:
- (A) drogas ilícitas, sexo e atividade física
 - (B) automedicação, obesidade e etnia
 - (C) ingestão de potássio, de álcool e sedentarismo
 - (D) sedentarismo, idade e obesidade
36. Conforme a Classificação Internacional de Segurança do Paciente, da OMS, dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico. São conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde:
- (A) risco, near miss e acidente
 - (B) near miss, acidente e evento
 - (C) incidente, near miss e evento adverso
 - (D) dano, circunstância notificável e evento
37. As infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e seu controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, da vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes a seu funcionamento. O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998, que versa sobre as diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares, em que considera pacientes críticos:
- (A) pacientes com comorbidades
 - (B) pacientes de terapia intensiva
 - (C) pacientes em tratamento ambulatorial
 - (D) pacientes idosos

38. Baseado no Anexo II, da Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998, as cirurgias são classificadas por potencial de contaminação no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião. Podemos definir cirurgia infectada, como:
- (A) todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico
 - (B) aquela realizada em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório
 - (C) aquela realizada em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local
 - (D) aquela realizada em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras; e cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta
39. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares. A decisão para a lavagem das mãos com uso de antisséptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado, sendo recomendada em:
- (A) realização de procedimentos invasivos e prestação de cuidados a pacientes críticos
 - (B) prestação de cuidados a pacientes e realização de procedimentos invasivos
 - (C) contato indireto com feridas e contato direto com dispositivos invasivos
 - (D) prestação de cuidados a pacientes críticos e contato indireto com drenos
40. Pacientes com insuficiência cardíaca (IC) apresentam alteração da função cardíaca. O exame de imagem de escolha para o diagnóstico e o seguimento de pacientes com suspeita de insuficiência cardíaca (IC), o qual permite a avaliação da função ventricular sistólica esquerda e direita, da função diastólica, das espessuras parietais, do tamanho das cavidades, da função valvar, da estimativa hemodinâmica não invasiva e das doenças do pericárdio, é:
- (A) ressonância magnética cardíaca
 - (B) tomografia computadorizada
 - (C) ecocardiograma transesofágico
 - (D) ecocardiograma transtorácico
41. Segundo o *Manual da American Heart Association (AHA)*, de 2020, durante a execução do ACLS na unidade de terapia intensiva, o atendimento ao paciente adulto com via aérea avançada, deve receber:
- (A) 1 ventilação a cada 4 segundos
 - (B) 1 ventilação a cada 8 segundos
 - (C) 1 ventilação a cada 6 segundos
 - (D) 1 ventilação a cada 2 segundos
42. Segundo o *Manual da AHA (2020)*, durante o atendimento de parada cardiorrespiratória em uma unidade de terapia intensiva, o profissional que for aplicar a massagem cardíaca deve comprimir o tórax do paciente, atento a profundidade de:
- (A) 4 cm
 - (B) 5 cm
 - (C) 6 cm
 - (D) 3 cm
43. De acordo com algoritmo de cuidados pós PCR em adultos, deve-se considerar uma intervenção cardíaca de urgência, exceto:
- (A) quando a PCR for por hipóxia
 - (B) quando IAMST estiver presente
 - (C) quando houver um choque cardiogênico instável
 - (D) quando o suporte circulatório mecânico for necessário
44. De acordo com o algoritmo de atendimento de parada cardiorrespiratória em adultos, do *Manual da AHA (2020)*, os ritmos chocáveis são:
- (A) bloqueio atrioventricular total/flutter atrial
 - (B) fibrilação atrial/atividade elétrica sem pulso
 - (C) assistolia/atividade elétrica sem pulso
 - (D) fibrilação ventricular/taquicardia ventricular sem pulso
45. De acordo com o *Manual da Anvisa (2017)*, as infecções de corrente sanguínea (ICS) relacionadas a cateteres centrais (ICSRC) estão associadas a importantes desfechos desfavoráveis à saúde. Sobre o uso de cateteres centrais de inserção periférica (PICC), temos recomendações importantes, **EXCETO**:
- (A) a inserção do PICC idealmente deve ser feita por técnica de microintrodução guiada por ultrassonografia. As veias basilica, cefálica e braquial são as de escolha
 - (B) os cuidados para prevenção de ICS associada à PICC seguem as mesmas recomendações de cateteres centrais de curta permanência
 - (C) utilizar cateter central de inserção periférica (PICC) como estratégia para reduzir o risco de ICS em pacientes internados
 - (D) não utilizar cateter central de inserção periférica (PICC) como estratégia para reduzir o risco de ICS em pacientes internados

46. Segundo o *Manual da Anvisa* (2017), na página 70, sobre o sistema de infusão, recomenda-se o uso de conectores sem agulhas no lugar de cânulas (torneirinhas de três vias) nos dispositivos vasculares. A troca desses conectores deve ser:
- (A) somente de acordo com o tempo que o fabricante informa
 - (B) apenas quando há alterações nos leucócitos
 - (C) imediatamente, em caso de desconexão do cateter ou sistema de infusão, presença de sangue ou outra sujidade
 - (D) todos os dias, no final de cada plantão
47. A prevenção de lesão por pressão (LPP) é uma das metas de segurança do paciente. É de responsabilidade da equipe multidisciplinar em todos os níveis de atenção no sistema de saúde. O conceito, a nomenclatura e a classificação dos estágios da lesão por pressão foram modificadas pelo *National Pressure Ulcer Advisory Panel*, em 2016, e validados para o português, com aval das sociedades de especialistas da Associação Brasileira de Estomatologia (SOBEST) e da Sociedade Brasileira de Enfermagem em Dermatologia (SOBENDE). De acordo com a ANVISA, Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2023, marque a opção **CORRETA**:
- (A) o sistema de classificação das lesões por pressão envolve somente lesão por pressão estágio 1, 2 e 3
 - (B) o sistema de classificação das lesões por pressão envolve lesão por pressão estágio 1, estágio 2, estágio 3 e estágio 4; lesão por pressão não classificável, lesão por pressão tissular profunda e as definições adicionais de lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos e lesão por pressão em membranas mucosas
 - (C) o sistema de classificação das lesões por pressão envolve lesão por pressão estágio 1, 2, 3, 4 e lesão por pressão não tissular profunda
 - (D) o sistema de classificação das lesões por pressão envolve somente lesão por pressão relacionada a dispositivos médicos e lesão por pressão em membranas mucosas
48. A equipe multiprofissional de terapia nutricional deve ser constituída obrigatoriamente por médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico, e pode ter profissionais de outras áreas que sejam habilitados para a prática de terapia nutricional. São atribuições do enfermeiro, **EXCETO**:
- (A) formular a nutrição enteral, estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, e seu fracionamento, segundo horários e formas de apresentação
 - (B) prescrever os cuidados de enfermagem na terapia nutricional enteral, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar
 - (C) avaliar e assegurar a administração da nutrição enteral, observando os princípios de assepsia, de acordo com as boas práticas de administração de nutrição enteral – BPANE
 - (D) preparar o paciente, o material e o local para o acesso enteral
49. A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma das infecções adquiridas mais recorrentes em pacientes na unidade de terapia intensiva. Por isso, são necessários alguns cuidados para a prevenção, que não inclui a ação de:
- (A) aspirar a secreção subglótica rotineiramente
 - (B) realizar a higiene oral com antissépticos, como, por exemplo, a utilização de clorexidina 0,12%
 - (C) administrar antibiótico profilático
 - (D) monitoramento da pressão de cuff, que deve ser entre 18 e 22 mmHg ou 25 a 30 cmH₂O
50. Uma paciente com câncer de mama em estágio avançado está fazendo quimioterapia com o uso do medicamento Docetaxel. A enfermeira instalou a medicação sem verificar o acesso e, poucos minutos depois voltou ao quarto, viu que havia extravasado o quimioterápico causando uma vermelhidão no local onde extravasou. Esse tipo de ocorrência é classificado como:
- (A) quase erro
 - (B) incidente sem dano
 - (C) violação não intencional
 - (D) evento adverso
51. Com relação ao modelo dos certos para administração segura de medicamentos, os itens de verificação indispensáveis para que não haja erros, são:
- (A) medicação segura; dose certa; via certa; treinamento certo; direito a recusar o medicamento; paciente certo; e validade certa
 - (B) via certa; dose certa; paciente certo; preparação certa; paramentação certa; hora certa; anotação correta; e validade certa
 - (C) via certa; medicamento certo; hora certa; paciente certo; anotação correta; direito a recusar o medicamento; compatibilidade medicamentosa; orientação ao paciente; e dose certa
 - (D) paciente certo; dose certa; via certa; preparação certa; dispensação certa; validade certa; leito certo; anotação correta; e orientação ao paciente
52. É função do enfermeiro realizar e prescrever cuidados para a prevenção de lesão por pressão, e para identificar se o paciente é de alto, baixo ou moderado risco de lesão por pressão. Para isso, são utilizados os recursos da escala de:
- (A) Cincinnati
 - (B) Braden
 - (C) Bristol
 - (D) Fugulin
53. Ao fazer a inspeção em um paciente, o enfermeiro nota, na proeminência óssea, uma lesão com perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme, de coloração vermelha, úmida, não contendo o tecido adiposo e nem tecido de granulação visível. O registro correto a ser realizado pelo enfermeiro em relação à classificação dessa lesão é:
- (A) lesão por pressão estágio 2
 - (B) lesão por pressão estágio 1
 - (C) lesão por pressão estágio 4
 - (D) lesão por pressão estágio 3

54. Os *never events* são aqueles eventos adversos que jamais deveriam ocorrer, por gerarem dano grave ou mesmo levar o paciente à óbito. Podem ser notificados no sistema de informações da ANVISA. São *never events*, segundo a ANVISA, **EXCETO**:
- (A) óbito ou lesão grave de paciente associados a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde
 - (B) gás errado na administração de O₂ ou gases medicinais
 - (C) suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria, durante a assistência dentro do serviço de saúde
 - (D) lesão por pressão estágio II
55. As causas reversíveis de uma PCR precisam ser pensadas conforme o algoritmo da AHA no atendimento de pós PCR, funcionando como um mnemônico usado para ajudar na reversão completa da PCR. Temos algumas causas as quais devemos dar a devida atenção, **EXCETO**:
- (A) hipóxia
 - (B) trombose coronária
 - (C) toxinas
 - (D) hiperglicemia
56. As estratégias para a prevenção de infecção associada ao cateter vesical são fundamentais para a qualidade da assistência em uma unidade de terapia intensiva. O enfermeiro deve estar focado no seu papel contribuinte para a mitigação desse risco. Várias medidas são necessárias para prevenir a infecção do trato urinário, **EXCETO**:
- (A) revisar a necessidade da manutenção do cateter, diariamente
 - (B) a inserção do cateter urinário deve ser realizada apenas por profissionais capacitados e treinados
 - (C) instalar o cateter urinário em todos os pacientes, sem exceção, para controle do balanço hídrico
 - (D) manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga
57. São contraindicações relativas para o uso da ventilação mecânica não invasiva (VMNI) em pacientes com comprometimento pulmonar, e precisam ser consideradas, **EXCETO**:
- (A) cirurgia facial ou neurológica
 - (B) parada cardíaca ou respiratória
 - (C) alto risco de aspiração
 - (D) rebaixamento de nível de consciência (exceto acidose hipercápnica em doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC)
58. É imprescindível que o procedimento de preparo de medicamentos seja realizado de forma segura. Marque a opção **CORRETA**, que deve ser seguida:
- (A) higienizar as mãos antes e depois do preparo dos medicamentos
 - (B) higienizar as mãos antes do preparo dos medicamentos
 - (C) não há necessidade de higienizar as mãos no preparo do medicamento
 - (D) higienizar as mãos depois do preparo dos medicamentos
59. São algumas estratégias de prevenção de infecção do trato urinário, **EXCETO**:
- (A) assegurar que a inserção do cateter urinário seja realizada apenas por profissionais capacitados e treinados
 - (B) manter o sistema de drenagem fechado e estéril
 - (C) esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente coletor individual, e evitar contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor
 - (D) utilizar, rotineiramente, cateter impregnado com prata ou outro antimicrobiano
60. A via de administração da nutrição enteral deve ser estabelecida pelo:
- (A) médico ou nutricionista
 - (B) enfermeiro
 - (C) médico
 - (D) médico ou enfermeiro