

ENADE

Comentado

ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO
BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS
BEATRIZ SEBEN OJEDA
(Organizadoras)

ENFERMAGEM

2013



ENADE

Comentado

ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO
BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS
BEATRIZ SEBEN OJEDA
(Organizadoras)

ENFERMAGEM

2013





Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

Chanceler

Dom Jaime Spengler

Reitor

Joaquim Clotet

Vice-Reitor

Evilázio Teixeira

CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Jorge Luis Nicolas Audy

Diretor da EDIPUCRS

Gilberto Keller de Andrade

Editor-Chefe

Jorge Campos da Costa

Augusto Buchweitz

Carlos Gerbase

Carlos Graeff Teixeira

Gleny Terezinha Guimarães

Lauro Kopper Filho

Leandro Pereira Gonçalves

Luiz Eduardo Ourique

Luis Humberto de Mello Villwock

Vera Wannmacher Pereira

ENADE

Comentado

ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO
BEATRIZ REGINA LARA DOS SANTOS
BEATRIZ SEBEN OJEDA
(Organizadores)

ENFERMAGEM

2013



ediPUCRS

Porto Alegre, 2016

© EDIPUCRS, 2016

CAPA: RODRIGO BRAGA

REVISÃO DE TEXTO: DOS ORGANIZADORES

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA: EDISSA WALDOW



EDIPUCRS – Editora Universitária da PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 33
Caixa Postal 1429 – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone/fax: (51) 3320 3711
E-mail: edipucrs@pucrs.br
Site: www.pucrs.br/edipucrs

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 ENADE comentado [recurso eletrônico] : enfermagem 2013 /
organizadores Andréia da Silva Gustavo, Beatriz Regina Lara
dos Santos, Beatriz Sebben Ojeda. – Dados eletrônicos. –
Porto Alegre : EDIPUCRS, 2016.
89 p.

Modo de acesso: <http://www.pucrs.br/edipucrs/>
ISBN 978-85-397-0907-6

1. Enfermagem – Ensino – Avaliação. 2. Ensino superior –
Brasil. 3. Enfermagem. I. Gustavo, Andréia da Silva. II. Santos,
Beatriz Regina Lara dos. III. Ojeda, Beatriz Sebben.

CDD 23. ed. 610.73

Ficha Catalográfica elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

QUESTÃO 09.....	11
QUESTÃO 10.....	13
QUESTÃO 11.....	17
QUESTÃO 12.....	19
QUESTÃO 13.....	21
QUESTÃO 14.....	25
QUESTÃO 15.....	29
QUESTÃO 16.....	33
QUESTÃO 17.....	37
QUESTÃO 18.....	41
QUESTÃO 19.....	43
QUESTÃO 20.....	45
QUESTÃO 21.....	49
QUESTÃO 22 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL.....	51
QUESTÃO 23.....	53
QUESTÃO 24.....	57
QUESTÃO 25 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL.....	59
QUESTÃO 26.....	61
QUESTÃO 27 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL.....	63
QUESTÃO 28.....	65
QUESTÃO 29.....	69
QUESTÃO 30 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL.....	71
QUESTÃO 31 – ANULADA	73
QUESTÃO 32.....	77
QUESTÃO 33 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL.....	81
QUESTÃO 34.....	83
QUESTÃO 35.....	87

APRESENTAÇÃO

O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) é um importante componente do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), criado pela Lei nº. 10.861, de 14 de abril de 2004, para a promoção da qualidade dos cursos de graduação e o aprimoramento de políticas de educação superior do país. O ENADE tem como propósito o acompanhamento do processo de ensino aprendizagem dos estudantes, à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais, para que a partir de conhecimentos, competências e habilidades específicas possam atender às exigências e demandas de sua profissão, integradas à realidade brasileira e mundial.

A Prova do ENADE Enfermagem 2013 é composta por dez questões de formação geral, 35 questões de componente específico, sendo 32 com respostas objetivas, três com respostas discursivas e um questionário de percepção da prova com nove questões. Com o propósito de ampliar a discussão sobre conhecimentos, competências e habilidades requeridas no processo de formação da(o) enfermeira(o), a publicação **ENADE Comentado 2013 Enfermagem** é fruto do trabalho desenvolvido pela comunidade acadêmica do Curso de Enfermagem da PUCRS.

Nesta publicação são apresentadas e discutidas questões com respostas objetivas do componente específico da Enfermagem, que foram consideradas na nota ENADE 2013. As discussões estão fundamentadas em publicações e nas políticas de saúde vigentes, devidamente referenciadas, para que o leitor possa ampliar a reflexão acerca das temáticas abordadas pelas questões.

Agradecemos aos docentes e estudantes do Curso de Enfermagem que assumiram com responsabilidade e competência a realização desta publicação. Almejamos que possa ser mais um recurso para consultas e revisões a estudantes, docentes e profissionais de saúde, com vistas ao aprimoramento de práticas em saúde e de metodologias de ensino e de aprendizagem.

Prof. Dr. Beatriz Sebben Ojeda

Diretora da Faculdade de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia/FAENFI/PUCRS

Organizadores:

Andréia da Silva Gustavo

Beatriz Regina Lara dos Santos

Beatriz Sebben Ojeda

QUESTÃO 09

Um olhar acerca da história da Enfermagem demonstra uma contínua preocupação com a qualidade dos cuidados em saúde, sobretudo, no que diz respeito às questões de higiene e conforto. A partir de Florence Nightingale, a área de Enfermagem estruturou os principais preceitos que possibilitaram a consolidação da atual compreensão de segurança do paciente. Cabe ressaltar que, recentemente, houve a integração dos conceitos de gestão de riscos no que se compreende por segurança do paciente. Diante da relevância histórica do tema, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com o objetivo de qualificar o cuidado em todos os estabelecimentos de saúde no território nacional.

Nesse contexto, infere-se que a segurança do paciente é

- A. o evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- B. a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário, associado ao cuidado com a saúde.
- C. o incidente ocorrido que resultou em dano físico, social ou psicológico do paciente.
- D. a ação curativa do dano físico, social ou psicológico causado ao paciente e à sua família.
- E. o resultado do dano físico, social ou psicológico.

* **Gabarito: B**

* **Autores: Janete de Souza Urbanetto; Maria Cristina Lore Schilling; Amanda Peres do Nascimento; Pâmela Silva da Rocha e Vitor Prazido da Rosa.**

COMENTÁRIO

O Ministério da Saúde, a partir da portaria 529 de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), para o monitoramento e a prevenção de danos na assistência em saúde. Dentre os objetivos do PNSP estão o de criar a cultura de segurança do paciente, implementar as práticas de segurança e a redução de eventos que causem danos ao paciente¹. O movimento em prol da segurança dos pacientes iniciou há mais de um século atrás, mas intensificou-se a partir dos estudos de Khon e Corrigan², tornando-se um fenômeno discutido mundialmente.

Uma das dificuldades encontradas pela Organização Mundial da Saúde refere-se às diferentes terminologias utilizadas para a descrição dos eventos relacionados à segurança dos pacientes, o que exigiu o estabelecimento de uma linguagem comum, acordada internacionalmente, e que contribuísse para o processo de comunicação efetiva em saúde³. Com o intuito de padronizar as terminologias, foi realizado um grande estudo, publicado em 2009, denominado *International Classification for Patient Safety*⁴. Entre os 48 conceitos-chave e termos principais destacam-se as definições de segurança dos pacientes, incidentes de segurança, dano, evento adverso, erro, entre outros⁴.

A Portaria 529/2013¹ válida, no seu conteúdo, algumas das terminologias e suas definições, o que permite elucidar esta questão do ENADE/2013, conforme descrito a seguir:

A afirmativa contida na **opção A está incorreta**, pois a definição corresponde ao termo “incidente” e não ao termo “segurança do paciente”, conforme descrito no Artigo 4º da referida portaria¹.

A afirmativa contida na **opção B está correta**, pois define, de acordo com a taxonomia, o termo “segurança do paciente”, conforme descrito no Artigo 4º da referida portaria¹.

A afirmativa contida na **opção C está incorreta**, pois não define segurança do paciente e sim os termos: “Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente” e “Dano: 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”, respectivamente, conforme descrito no Artigo 4º da referida portaria¹.

A afirmativa contida na **opção D está incorreta** por atribuir o conceito de “segurança do paciente” a uma “ação curativa” do dano físico, social ou psicológico causado ao paciente e à sua família. A “segurança do paciente”, em seu aspecto conceitual, está associada à redução do risco de dano, o que pressupõe uma série de estratégias, em todo o âmbito do sistema de saúde, incluindo desde diretrizes mais amplas preconizadas pelo Ministério da Saúde até procedimentos e condutas específicas em cada serviço de saúde, de acordo com as diferentes realidades¹.

A afirmativa contida na **opção E está incorreta**, pois não define o termo segurança do paciente, mas traz a conceituação do termo “resultado”. Conforme a Classificação Internacional para a segurança do paciente, ⁴ a expressão “resultado” é utilizado em duas taxonomias: “Resultado para o paciente” definido como o “impacto em um paciente que é total ou parcialmente atribuível a um incidente”; e “Resultado para a organização” definido como o impacto sobre a organização, total ou parcialmente atribuído ao incidente”.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 02 abr 2013 [acesso em 2016Jul 04]; Seção 1, (62): 43. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=43&data=02/04/2013>
2. WHO. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe técnico definitivo. Geneva: WHO; 2009 [acesso em 2016Jul 04]. Disponível em: www.who.int/.../icps/icps_full_report_es.pdf
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington, DC (US): National Academy Press; 2000.
4. Runciman W, Hibbert P, Thomson R, Schaaf TVD, Sherman H, Lewalle P. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009 February; 21(1): 18–26. [acesso em 2016Jul 04]. Disponível em: <http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/16534534.pdf>

QUESTÃO 10

Um levantamento feito pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), ligada ao Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), revelou que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente *crack* e (ou) similares (pasta base, merla e óxi) nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, ao longo de, pelo menos, seis meses, em 2012. Esses resultados ratificam a necessidade do fortalecimento da estratégia de Redução de Danos, a qual consiste em

- A. ampliar as ofertas de cuidado ao usuário/dependente químico, instituindo novas tecnologias de intervenção e mantendo o compromisso com o respeito às diferentes formas de o usuário/dependente químico ser e estar no mundo.
- B. estabelecer um programa proibicionista, apostando na força do medo e no apelo moral e utilizando técnicas de cuidados que poderiam ser resumidas como a persuasão dos indivíduos para atuarem com tolerância zero.
- C. desenvolver um programa cuja meta seja a cura do dependente químico, por meio de um tratamento que o estimule a refletir sobre a sua culpa e a aceitar a punição por seu comportamento inadequado.
- D. reconhecer a abstinência, ou seja, a interrupção total do uso da droga, como um imperativo no cuidado ao dependente químico, e compreendendo a complexidade que cerca o fenômeno.
- E. manter como foco a droga, considerada como um problema legal e moral, devendo ser desenvolvidas rígidas ações no contrato dos cuidados com o dependente químico.

* **Gabarito: A**

* **Autores: Andrea Gonçalves Bandeira, Fernanda Salazar Meira, Juliana Trindade Mainart, Hyago Kuhn Guedes.**

COMENTÁRIO

A redução de danos (RD) é uma estratégia da Saúde Pública que busca minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos¹.

A RD reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. A redução de danos oferece-se como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros.

Ela propõe aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam².

A Política Nacional de Atenção Básica inclui entre o conjunto de ações que caracteriza uma atenção integral à saúde: a promoção e a proteção; a prevenção de agravos; o diagnóstico; o tratamento; a reabilitação; a redução de danos; e a manutenção da saúde³. A inclusão da redução de danos como uma das ações de Saúde desta política pressupõe sua utilização como abordagem possível para lidar com diversos agravos e condições de saúde^{3,4}.

Atuar em uma perspectiva da redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa. Embora a estratégia de redução de danos seja tradicionalmente conhecida como norteadora das práticas de cuidado de pessoas que tem problemas com álcool e outras drogas, esta noção não se restringe a esse campo por ser uma abordagem passível de ser utilizada em outras condições de saúde em geral⁴.

Em síntese, a adoção da perspectiva da redução de danos pressupõe uma abertura para o diálogo, a reflexão, os questionamentos e a avaliação contínua das intervenções. Abordagens baseadas na redução de danos implicam em levar em conta a vulnerabilidade das pessoas e dos coletivos⁴.

Desta forma justifica a alternativa correta que traz que a redução de danos consiste em: a) ampliar as ofertas de cuidado ao usuário/dependente químico, instituindo novas tecnologias de intervenção e mantendo o compromisso com o respeito às diferentes formas de o usuário/dependente químico ser e estar no mundo.

A alternativa **B está incorreta**, visto que a redução de danos não estabelece um programa proibicionista, o que se busca é a melhoria “dos modos de vida” dos usuários, conquistada pela qualificação e preparação da “comunidade” para cuidar de sua saúde. Esvazia-se, dessa forma, o debate político, confinando-se a discussão do problema do consumo de drogas à dimensão particular responsabilizando-se indivíduos, famílias e comunidades por um problema cujas raízes encontram-se no mal-estar contemporâneo⁵.

A alternativa **C está incorreta**, pois o que a redução de danos pretende é a construção de atitudes responsáveis em face de comportamentos de risco⁶. Neste sentido, o conceito de redução de danos traz como meta informar, se aproximar do usuário de drogas, além de educar as pessoas e a sociedade no sentido de produzir atitudes saudáveis que minimizem as consequências adversas do consumo de drogas⁷.

A alternativa **D está incorreta**, visto que a redução de danos não visa à abstinência imediata, ela consiste na diminuição do uso da substância até que esta não seja mais necessária na vida do usuário¹. Desta forma, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento⁴. A redução de danos, diante disso, se propõe antes escutar o usuário e o uso que ele faz das drogas, partindo da realidade nela mesma, agir reduzindo tanto quanto possível os eventuais prejuízos que vem sendo acarretados a esta pessoa e/ou a esta sociedade, bem como orientá-lo(s) no sentido de fazer um uso menos prejudicial⁷.

A alternativa **E está incorreta**, porque a redução de danos não consiste em manter o foco na droga e o tratamento proposto ao dependente químico não ocorre de forma rígida. Corroborando para justificar esta alternativa, a divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual reforça as ações de atenção ao usuário de drogas, preconizando o desenvolvimento de iniciativas preventivas e de redução de danos que envolvam a corresponsabilização e autonomia da população, enquanto uma prática eminentemente ética. Desta forma, estimular a participação do dependente químico em todas as ações é de extrema importância, evitando que, tenha a necessidade de utilização da substância^{8,9}.

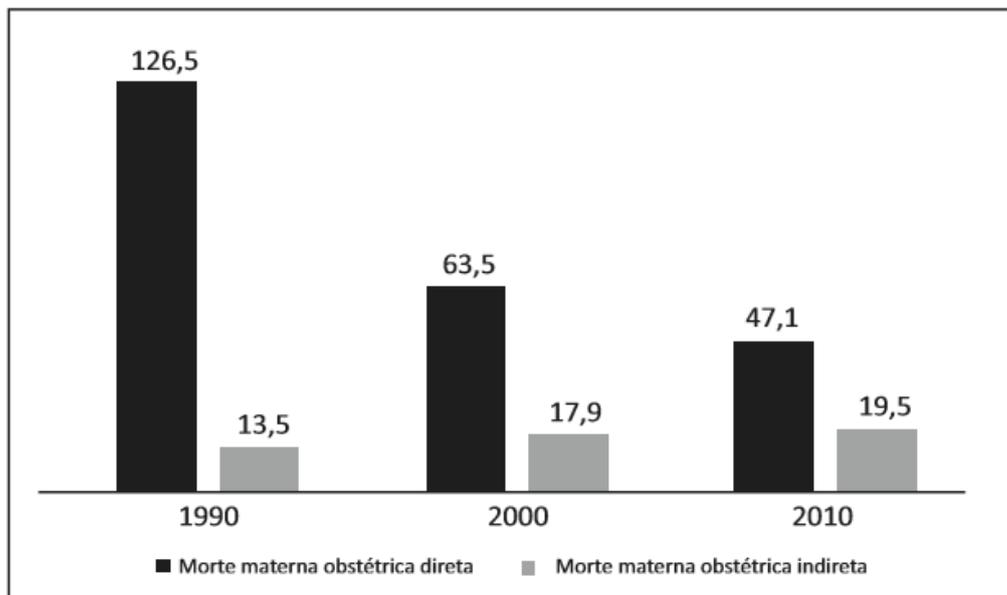
REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Educação na Saúde. **Caminhos do Cuidado**: Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 132 p.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acessado em: 26 de janeiro de 2016.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** (CAB nº 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.
5. VILMAR, E.D.S. O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2008.
6. ROSSI, A. Ampliando o conceito de redução do dano? Uma visão desde a América Latina. Cadernos de Ciências Humanas – Especiaria, v. 9, n.15, jan./jun., 2006, p. 33-57. Disponível em: http://www.uesc.br/revistas/especiarias/ed15/15_2_ampliando_o_conceito_de_reducao_de_danos.pdf. Acessado em: 19 de janeiro de 2016.
7. CICERO, J.B. F. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética*. pg.17. Psicologia & Saberes, 2012, 1(1), pg.11-36 Universidade Católica de Pernambuco.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
9. DUARTE, P. C. V.; DALBOSCO, C. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: Prevenção ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2011, pp. 217-235.

QUESTÃO 11

No Brasil, desde o final da década de 1980, vêm sendo desenvolvidas iniciativas com o propósito de melhorar a cobertura e a qualidade das informações sobre mortalidade materna. Entre essas iniciativas, destacam-se a implantação e estruturação de comitês de mortalidade materna e a institucionalização da Vigilância do Óbito Materno. Ao mesmo tempo, os governos federal, estaduais e municipais vêm implantando políticas públicas que visam à expansão e à melhoria da atenção à saúde da mulher, tendo como consequência a diminuição na taxa de mortalidade materna, principalmente nos óbitos por causas obstétricas diretas, como revela o gráfico a seguir.

Razão de Mortalidade Materna por causas obstétricas diretas e indiretas, por grupo de 100 mil nascidos vivos. Brasil, 1990, 2000 e 2010.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação de Mortalidade. Boletim Epidemiológico. Nº 1/2012: Mortalidade materna no Brasil.

Considerando as informações do texto e do gráfico apresentado, conclui-se que

- A. taxa de mortalidade materna por causas obstétricas diretas vem diminuindo consideravelmente, o que justifica as medidas adotadas para a redução da transmissão vertical do HIV/AIDS e da sífilis congênita.
- B. a taxa de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas vem aumentando consideravelmente, podendo-se indicar a eclâmpsia como a causa principal desse aumento.
- C. a taxa de mortalidade materna por causas obstétricas indiretas tem-se mantido estável, fato que pode ser atribuído às medidas adotadas na atenção humanizada ao abortamento.
- D. a taxa de óbito materno por causas diretas apresentou uma queda, fato que pode ser atribuído

aos investimentos nas ações preconizadas na política de atenção integral da saúde da mulher e ao programa de humanização no pré-natal e nascimento.

- E. a taxa de óbito materno por causas obstétricas diretas manteve-se estável devido ao controle dos óbitos maternos pelo âmbito federal.

* **Gabarito: D**

* **Autor (es): Marisa Reginatto Vieira**

COMENTÁRIO

A assertiva correta é a letra D, pois nesta constam considerações adequadas no que se refere à análise do gráfico com dados no texto sobre medidas para prevenção da mortalidade materna, ao longo das últimas décadas.

As causas de morte materna são consideradas diretas quando atribuídas a complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério, e que decorrem de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores.

Com iniciativas humanizadoras, aliadas à ampliação e qualificação da atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, constatam-se mudanças ou mesmo redução da mortalidade materna associadas às causas diretas. Contudo, ainda são consideradas elevadas as taxas e representam um grande desafio para o sistema de saúde.

No contexto atual, frente aos desafios, O Ministério da Saúde com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil e contribuir na redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, instituiu a Rede Cegonha, que representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no parto; na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; na melhoria da ambiência dos serviços de saúde; na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e na humanização do parto e do nascimento. Esta Estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção materno-infantil. No País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional.¹

A assertiva A está incorreta quando relaciona a queda na mortalidade materna a riscos que o feto e o recém-nascido estão expostos, portanto sua relação não está adequada.

A assertiva B está incorreta quando afirma aumento da mortalidade materna uma vez que estratégias/iniciativas como o pré-natal qualificado atendem às necessidades das mulheres gestantes mantendo essa taxa estável, porém é correto afirmar que a doença hipertensiva gestacional é a principal causa indireta de morbimortalidade materna, visto que 5% a 10% das gestações são acometidas por esta patologia¹.

A assertiva C está incorreta, pois relaciona estabilidade da mortalidade materna por causas indiretas a programas de humanização no que se refere ao abortamento e não a qualificação do atendimento em geral à gestante.

A assertiva E está incorreta, pois conforme o gráfico, a mortalidade materna por causas diretas vem decrescendo ao longo dos anos, ao contrário do que diz no texto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

QUESTÃO 12

Um paciente de 23 anos de idade foi internado na unidade de terapia intensiva (UTI, em período pós-operatório imediato de cirurgia de craniotomia para exérese tumoral. O paciente encontra-se em ventilação mecânica por tubo orotraqueal, com monitorização pressórica arterial, cardíaca e da pressão intracraniana (PIC), além de oximetria de pulso. Mantém acesso venoso central em subclávia direita com curativo oclusivo. Apresenta anisocoria e sinais de hipertensão intracraniana como complicações pós-operatórias. Nessa situação, qual a intervenção de enfermagem indicada para o posicionamento do paciente no leito?

- A. Manter o paciente em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira do leito de 15° a 30° de inclinação, e com a cabeça e o pescoço alinhados em posição anatômica.
- B. Manter o paciente em decúbito dorsal, com elevação da cabeceira do leito acima de 30° de inclinação, e a cabeça e o pescoço alinhados.
- C. Manter o paciente em decúbito lateral, com elevação da cabeceira do leito de 15° a 30° de inclinação, e com membros flexionados.
- D. Manter o paciente em decúbito lateral, com elevação da cabeceira do leito acima de 30° de inclinação, e com membros flexionados.
- E. Manter o paciente em posição de Trendelenburg, com a cabeça e o pescoço alinhados em posição anatômica.

* **Gabarito: A**

* **Autor(a)(es): Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo, Janete de Souza Urbanetto**

COMENTÁRIO

A Pressão intracraniana (PIC) é resultante do equilíbrio entre volume e pressão dos componentes contidos na calota craniana: tecido cerebral, sangue e líquido cerebrospinal⁽¹⁾. A PIC é medida nos ventrículos cerebrais, sendo considerada dentro da normalidade valores entre 0 a 10 mmHg ou 13 cm de água⁽²⁾. Qualquer alteração destes componentes pode levar a hipertensão intracraniana (HIC). Neste caso, a presença de tumor compromete o equilíbrio entre os componentes e é uma das causas da HIC. No pós-operatório de cirurgia intracraniana ou craniotomia, a PIC pode estar aumentada em função de sangramento ou edema do tecido cerebral⁽³⁾. Em caso de sangramento e possível ocorrência de hematoma intracraniano, o paciente pode apresentar deterioração da consciência e déficits neurológicos focais, inclusive, dilatação ou fixação de uma pupila ou paralisia de um membro⁽⁴⁾. Uma importante medida terapêutica na prevenção da HIC é garantir um retorno venoso adequado, posicionando o paciente com proclive de 15 a 30°⁽²⁾.

A afirmativa contida na opção A está correta, pois o decúbito dorsal e a cabeceira de 15 a 30° diminuem o retorno venoso e a pressão venosa jugular^(2, 4-7).

A afirmativa contida na opção está incorreta, pois apesar da afirmação quanto ao decúbito e a cabeça e pescoço alinhados serem verdadeiras, a elevação da cabeceira acima de 30° de inclinação reduz os níveis de oxigenação cerebral⁽⁶⁾.

A afirmativa contida na opção C está incorreta, pois o decúbito lateral leva a flexão e rotação do pescoço, aumentando a PIC por diminuição do retorno venoso⁽⁵⁻⁸⁾. A recomendação para lateralização é específica para os pacientes que tem risco eminente para aspiração⁽⁴⁾. A flexão dos membros pode afetar o retorno venoso ao coração, repercutindo em diminuição do débito cardíaco e da pressão arterial. A pressão arterial diminuída e a PIC elevada podem comprometer a pressão de perfusão cerebral⁽¹⁾.

A afirmativa contida na opção D está incorreta, pois assim como justificado na opção C, o decúbito lateral leva a flexão e rotação do pescoço, aumentando a PIC por diminuição do retorno venoso⁽⁵⁻⁷⁾. A recomendação para lateralização é específica para os pacientes que tem risco eminente para aspiração⁽⁴⁾. A elevação da cabeceira acima de 30° de inclinação reduz os níveis de oxigenação cerebral⁽⁶⁾.

A afirmativa contida na opção E está incorreta, pois a posição de Trendelenburg pode afetar o retorno venoso ao coração, repercutindo em diminuição do débito cardíaco e da pressão arterial. A pressão arterial diminuída e a PIC elevada podem comprometer a pressão de perfusão cerebral⁽¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Chulay M, Burns SM. Fundamentos de enfermagem em cuidados críticos da AACN: AMGH Editora; 2009.
2. Calil AM, Paranhos WY. O enfermeiro e as situações de emergência: Atheneu; 2007.
3. Guyton AC, Hall JE, Guyton AC. Tratado de fisiologia médica: Elsevier Brasil; 2006.
4. Urden LD, Lough ME. Cuidados Intensivos de Enfermagem: Elsevier Brasil; 2013.
5. Nettina SM. Manual de prática de enfermagem: Grupo Gen-Guanabara Koogan; 2000.
6. Ledwith MB, Bloom S, Maloney-Wilensky E, Coyle B, Polomano RC, Le Roux PD. Effect of body position on cerebral oxygenation and physiologic parameters in patients with acute neurological conditions. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2010;42(5):280-7.
7. Brunner LS, Smeltzer SC. Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Editora Guanbara Koogan. 2011;11.
8. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

QUESTÃO 13

A transição demográfica e epidemiológica tem produzido alteração no perfil de morbidade e de necessidades em saúde da população brasileira, o que implica a instrumentalização e a utilização de tecnologias que respondam a essas necessidades. Na estratégia de saúde da família, uma das ferramentas utilizadas é a visita domiciliar (VD), a qual é planejada e desenvolvida conforme o perfil dos grupos de interesse e objetivos da ação em saúde.

A partir do texto apresentado e considerando, no contexto da transição demográfica e epidemiológica, a visita domiciliar realizada pelo enfermeiro no território da estratégia de saúde da família, avalie as afirmações a seguir.

- I. A visita domiciliar tem como objetivo prestar assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, o que dispensa planejamento prévio.
- II. A visita domiciliar tem como objetivo conhecer *in loco* a realidade do usuário do serviço e de sua família e tem como característica principal a utilização de tecnologias leves.
- III. A visita domiciliar pode ser classificada em VD de acompanhamento ou VD de busca ativa, sendo esta última utilizada especialmente nos casos de grupos prioritários na transição demográfica em curso por meio da utilização de tecnologias duras.
- IV. Nas visitas domiciliares, as tecnologias duras vêm sendo substituídas por tecnologias leves, em razão da transição demográfica e epidemiológica.
- V. A visita domiciliar pressupõe a utilização de técnicas de entrevista e observação sistematizada.

É correto apenas o que se afirma em

- A. I e II.
- B. I e III.
- C. II e V.
- D. III e IV.
- E. IV e V.

* **GABARITO: C**

* **Autoras: Andrea Gonçalves Bandeira e Heloisa M. Reckziegel Bello.**

COMENTÁRIO

A alternativa I está **INCORRETA**, visto que a visita domiciliar necessita de planejamento prévio. A visita domiciliar (VD) é o instrumento de realização da assistência domiciliar. É constituída pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado da saúde ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde. A VD

deve ser planejada, portanto antes de realizá-la, o visitador deve: ter claro o(s) objetivo(s) (que pode ser assistencial, educativa, de avaliação, entre outros); conferir se o paciente está cadastrado na unidade de saúde; consultar seu prontuário; anotar e confirmar endereço; reunir seus dados e de sua família; avaliar qual profissional da equipe está indicado para realizá-la de acordo com a situação; estabelecer o espaço de tempo em que a VD será realizada (é urgente? Ou pode ser agendada?); levar material e medicações apropriadas para atender o caso; levar e preencher o formulário para registro do atendimento. No retorno da VD, o profissional deve registrar o atendimento no prontuário e dar a equipe e aos colegas que atendem/acompanham o paciente o retorno sobre o que foi realizado no atendimento¹. A visita domiciliar só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde da família quando planejada e sistematizada². E para que se alcance o objetivo proposto ela deverá ser sistematizada por meio do planejamento, execução e avaliação conjunta de profissionais³.

A alternativa II está CORRETA, porque a VD tem como objetivo conhecer *in loco* a realidade do usuário do serviço e de sua família e tem como característica principal a utilização de tecnologias leves. No contexto da sociedade contemporânea a busca por estratégias que buscam a redução de custos nas ações de saúde “a assistência prestada por meio da visita domiciliar constitui um instrumento de atenção à saúde que possibilita, a partir do conhecimento da realidade do indivíduo e sua família *in loco*, fortalecer os vínculos do paciente, da terapêutica e do profissional (...)”^{2,3}. As tecnologias leves são as tecnologias das relações entre os sujeitos⁴, nesta perspectiva, considerando a humanização da atenção, a comunicação se constitui em importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde na ESF, tornando-se imprescindível uma abertura do profissional para uma escuta qualificada, oferecendo espaço para o diálogo, estabelecimento de vínculo e de laços de confiança, aspectos importantes à mudança das práticas em considerar que tais direitos expressam necessidades e demandas em meio às adversidades vividas. A VD, quando realizada adequadamente, é uma das ações que pode facilitar a compreensão e o cuidado às famílias atendidas ao propiciar o conhecimento de seus modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização⁵.

A alternativa III está INCORRETA, visto que na visita domiciliar não há possibilidade de empregar as tecnologias duras, pois se configuram com o uso de máquinas e equipamentos mais complexos⁴. Além de que a busca ativa pode ser realizada em qualquer situação que necessite desta modalidade de visita em um determinado momento, cabe ainda destacar que na Atenção Básica, várias são as ações realizadas no domicílio, como o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Ressalta-se a diferença destes tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado”⁶. Neste mesmo contexto, considera-se que o atendimento no domicílio possibilita ao usuário se beneficiar com o cuidado prestado por uma equipe multidisciplinar/interdisciplinar, operando tecnologias leves e leve-duras, reconhecendo o potencial terapêutico da permanência no ambiente familiar (...)”⁶. As tecnologias leves duras consistem nos modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde aliados aos saberes tecnológicos, clínicos e epidemiológicos dos profissionais de saúde⁴, complementando as tecnologias leves na assistência ao usuário durante a visita domiciliar.

Alternativa IV está INCORRETA, visto que na atenção domiciliar o profissional utiliza apenas as tecnologias leves e leves duras, não dispondo de equipamentos de maior densidade e complexidade, o que é reiterado pelo Ministério da Saúde: “O atendimento no domicílio possibilita ao usuário se beneficiar com o cuidado prestado por uma equipe multidisciplinar/interdisciplinar, operando tecnologias leves e leve-duras, reconhecendo o potencial terapêutico da permanência no ambiente familiar.”⁶

Alternativa V está CORRETA, pois a literatura traz como metodologia básica para a Visita Domiciliar, o uso da entrevista com os integrantes da família e a observação sistematizada do ambiente e da dinâmica familiar^{2,3}. Outro autor cita que a visita domiciliar é realizada recorrendo-se

a três formas de abordagens: a entrevista, a observação sistematizada e a intervenção orientada/participativa⁷. Neste sentido, Takahashi e Oliveira corroboram destacando que podem existir diferenças socioculturais e educacionais entre os profissionais e os usuários dos Serviços de Saúde. Ressaltam que tais diferenças devem ser consideradas no planejamento e na execução da VD, desta forma a intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD.²

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José M.C. Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf
2. Takahashi RF & Oliveira MAdeC. A visita domiciliária no contexto da saúde da família. IN: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. USP. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem – Brasília: MS, 2001 Disponível em: http://www.ids_saude.org.br/
3. Cunha CLF & Gama MEA. A visita domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Publicado em Malagutti W (org). Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. Disponível em: www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_Visita_Domiciliar
4. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
5. Cruz, MM & Bourget MMM. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc. São Paulo, v.19. n.3, p.605-613, 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar vol1. Brasília, 2012. Disponível em: www.189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_2_vol_%201_diretrizes_para_a_ad_na_ab_final
7. Egry EY & Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev.Esc.Enf. USP, v.34, n.3, p.233-9, set 2000.

QUESTÃO 14

Um adolescente do sexo masculino de 15 anos de idade chegou sozinho e muito apreensivo à Unidade Básica de Saúde da Família, sendo encaminhado à enfermeira. Durante a consulta de enfermagem, após o acolhimento e por meio de escuta ativa, foi realizada a anamnese do adolescente, na qual foi relatado que o paciente não usa preservativo em suas relações sexuais e que tem o sexo oral como prática sexual habitual. Ao exame físico da cavidade oral, foram encontradas inúmeras cáries dentárias e aftas na região sublingual. A enfermeira, durante a consulta de enfermagem, identificou fatores que contribuem para o aumento da vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS, tais como o desconhecimento da transmissão das DST e do sexo seguro, além de exposição a fatores de agravos para sua saúde. Considerando a situação apresentada, avalie, entre as condutas descritas nos itens a seguir, as que devem ser adotadas pela enfermeira durante a consulta de enfermagem a esse adolescente.

- I. Prover materiais educativos sobre DST/AIDS; prescrever medicamentos sintomáticos para dor; acompanhar a evolução dos problemas detectados, e solicitar comparecimento do responsável para conclusão do atendimento.
- II. Orientar o adolescente a evitar o consumo de alimentos ácidos, para não piorar as aftas; reforçar a necessidade de higienização oral, visando à prevenção de cárie, e encaminhá-lo para tratamento odontológico.
- III. Encorajar a discussão sobre sexualidade e incentivar a participação do adolescente e dos parceiros em atividades educativas desenvolvidas na comunidade e na Unidade Básica de Saúde.
- IV. Orientar sobre as DST/HIV/AIDS e hepatites virais, com enfoque nas formas de transmissão, sinais e sintomas, comportamentos e atitudes de risco e formas de prevenção, com ênfase no sexo seguro.

É correto apenas o que se afirma em

- A. I e II.
- B. I e III.
- C. III e IV.
- D. I, II e IV.
- E. II, III e IV.

* **Gabarito: E**

* **Autoras: Heloisa M. Reckziegel Bello, Andrea G. Bandeira, Elisângela Ourique dos Santos, Kelly Cristina Fraga da Silva, Beatriz Regina Lara dos Santos.**

COMENTÁRIO

A alternativa I está incorreta, pois constituem direitos fundamentais do adolescente: a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado. Na assistência à saúde, de acordo com o art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei no 8.069, de 13/7/1990¹, não existe a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento de adolescentes no serviço de saúde. Dessa forma, o adolescente tem o direito de ter privacidade durante uma consulta, com atendimento em espaço reservado e apropriado, assim como de ter assegurada a confidencialidade. A confidencialidade implica na garantia de que as questões discutidas durante uma consulta ou uma entrevista não serão informadas aos pais ou responsáveis do adolescente, sem a sua autorização e com consentimento informado. Esses direitos fundamentam-se no princípio da autonomia. Caso a equipe de saúde entenda que o usuário não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve “primeiramente realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias e, em seguida, abordar o adolescente de forma clara a necessidade de que um responsável o assista e o auxilie no acompanhamento”² (p41, 42).

A alternativa II está correta, conforme o ECA, o Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infanto-juvenil, assim como campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos¹. As ações de saúde bucal devem estar integradas às demais ações de saúde da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar³. Está correta a orientação para evitar o consumo de alimentos ácidos para não piorar as aftas, assim como a necessidade de higienização oral, utilizando escova de dentes, pasta dentífrica com flúor e fio dental, e de orientação sobre dieta não cariogênica, visando à prevenção de cárie e problemas na gengiva. Também é correto estabelecer e implementar o plano de tratamento odontológico, recomendando a visita periódica ao dentista a cada seis meses ou sempre que necessário. Em relação à saúde bucal, também é importante orientar os jovens e adolescentes que a escova dental deve estar em boas condições, devendo ser substituída em média a cada três meses, assim como não deve ser compartilhada com outras pessoas⁴.

A alternativa III está correta, porque na adolescência a sexualidade tem uma dimensão especial, ocorrendo a capacidade reprodutiva no ser humano, ao mesmo tempo em que são estabelecidas profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais. Nesta fase do ciclo vital humano, é essencial que os adolescentes e jovens conheçam o funcionamento do seu corpo e compreendam seus sentimentos, a fim de que façam escolhas saudáveis para sua vida. Os adolescentes são pessoas com o direito de acesso aos serviços de saúde e às informações relativas à educação sexual e reprodutiva. Tal acesso deve proporcionar aos jovens e adolescentes a obtenção de recursos para lidarem de forma positiva, saudável e responsável com sua sexualidade, por meio da adoção de comportamentos de prevenção e de cuidado pessoal⁵. O incentivo do adolescente e de seus pares para participarem de grupos nas Unidades Básicas de Saúde pode contribuir como estímulo positivo para a conversa e troca de informações sobre medidas preventivas de doenças infecciosas advindas da prática de sexo oral, formas de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, assim como do compartilhamento de dúvidas e ansiedades. Durante as atividades grupais, material educativo impresso deve ser oferecido como reforço das orientações, assim como deve ser divulgada informação sobre a distribuição de preservativos⁴. É importante que as ações educativas se desenvolvam em diferentes espaços, nas escolas, nas associações comunitárias, nos serviços de saúde, no domicílio, entre outros, buscando o envolvimento dos pais, familiares e parceiros⁵.

A alternativa IV está correta, pois bactérias, parasitas, vírus ou outros agentes infecciosos transmitidos pelo contato sexual causam Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)⁵. A primeira relação sexual e as seguintes estão acontecendo cada vez mais cedo e, nem sempre, com a utilização de preservativos para a prevenção das DST⁶. A ampliação do acesso da população em geral e, especificamente, de jovens e adolescentes à informação qualificada e aos recursos de prevenção constituem as principais estratégias para o enfrentamento e controle desses agravos. As ações em

saúde ofertadas à população de jovens e adolescentes “deve ser marcada pelo estabelecimento de diálogo aberto, estimulando a expressão de situações relacionadas às DST/HIV/AIDS, práticas sexuais e uso de drogas, que impliquem vulnerabilidade para a infecção”⁷.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do jovem. - Brasília: Ministério da Saúde. 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A Saúde de Adolescentes e Jovens: Uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde. Brasília: 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral a saúde de adolescentes e jovens na promoção e recuperação da saúde. /MS, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: MS, 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/ AIDS, hepatites e outras DST / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

QUESTÃO 15

Um caminhoneiro de 35 anos de idade realizou, em outubro de 2013, os exames admissionais para trabalhar em uma empresa de transporte. Entregou a carteira de vacinação ao enfermeiro do trabalho, que analisou as seguintes informações vacinais:

- * Vacina dupla adulto - tomou dose reforço no dia 30/08/12.
- * Vacina febre amarela - não recebeu nenhuma dose.
- * Vacina hepatite B - tomou uma dose no dia 02/01/13 e outra dose em 01/03/13.
- * Vacina sarampo, caxumba e rubéola (SCR) - documentação de vacinação prévia.
- * Vacina contra gripe - não recebeu nenhuma dose.
- * Vacina contra pneumonia - não recebeu nenhuma dose.
- * Considerando as informações apresentadas, que vacinas esse caminhoneiro deverá tomar, para completar o esquema de vacinação?

- A. Gripe e pneumonia.
- B. Febre amarela e hepatite B.
- C. SCR, febre amarela e gripe.
- D. Dupla adulto, SCR e pneumonia.
- E. Dupla adulto, febre amarela e hepatite B.

* **Gabarito: B**

* **Autor (a) (es): Andrea Gonçalves Bandeira, Andréia da Silva Gustavo e Ariane Goulart Rodrigues**

COMENTÁRIO

Conforme o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação¹ do Ministério da Saúde, as vacinas ofertadas na rotina dos serviços de saúde são definidas nos calendários de vacinação. Nesses calendários constam: os tipos de vacina; o número de doses do esquema básico e dos reforços; a idade para administração de cada dose; e o intervalo entre uma dose e outra, no caso de imunobiológico cuja proteção exija mais de uma dose.

O programa Nacional de Imunizações (PNI) define os calendários de vacinação para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas, com orientações específicas.

A questão apresenta a situação de um adulto com 35 anos sem raça definida, portanto o calendário a ser discutido é o de adulto que compreende a faixa etária de 20 a 59 anos, conforme o Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação¹.

A seguir lista-se todas as vacinas apresentadas na situação vacinal do trabalhador e faz-se considerações acerca de cada uma:

- * Vacina dupla adulto - tomou dose reforço no dia 30/08/12.
- * Vacina febre amarela - não recebeu nenhuma dose.
- * Vacina hepatite B - tomou uma dose no dia 02/01/13 e outra dose em 01/03/13.
- * Vacina sarampo, caxumba e rubéola (SCR) - documentação de vacinação prévia.
- * Vacina contra gripe - não recebeu nenhuma dose.
- * Vacina contra pneumonia - não recebeu nenhuma dose.

A vacina dupla adulto (dT – tipo adulto) é uma associação de toxóides diftéricos e tetânicos para prevenção do tétano e difteria. No adulto a recomendação de calendário completo para a vacina dT é ter 3 doses mais reforço. No adulto com calendário completo a indicação é de reforço a cada 10 anos. Tendo em vista, que esse trabalhador recebeu um reforço em 30/08/12, o próximo reforço deve estar agendado para 30/08/2022 ou em 5 anos se ferimento (30/08/2017). A orientação em casos de ferimentos graves, comunicantes de casos de difteria ou gestação, é de antecipar a dose quando a última foi administrada há mais de 5 anos. Portanto, o caminhoneiro não necessita completar o esquema de vacinação da dupla adulto.

A vacina Febre Amarela (Atenuada) (FA) é composta de vírus vivos atenuados da febre amarela derivados da linhagem 17 DD. É indicada para prevenir a febre amarela em residentes ou viajantes que se deslocam para as *áreas com recomendação de vacinação* (ACRV) e países com risco para a doença, a partir dos 9 meses de idade, conforme Calendário Nacional de Vacinação. Para os viajantes com deslocamento para as ACRV, a vacina deve ser administrada com antecedência mínima de 10 dias da data da viagem. Esta vacina pode prever a possibilidade de exigência do Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP), documento que comprova a vacinação contra a febre amarela e/ou outras doenças, pois está inserida no conjunto das vacinas recomendadas segundo o Regulamento Sanitário Internacional (RSI/2005). A recomendação de calendário completo para a vacina FA é de uma dose em não vacinados e reforço a cada 10 anos. Portanto, o caminhoneiro necessita realizar a primeira dose e a partir dessa a cada 10 anos um reforço.

A Vacina Hepatite B (recombinante) contém o antígeno recombinante de superfície (HBsAg) e previne a infecção pelo vírus da hepatite B. O esquema de administração corresponde, de maneira geral, a três doses, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira dose (0, 1 e 6). Para os que tiverem esquema incompleto (1 ou 2 doses), completar até a terceira dose (não reiniciar o esquema). Até 2015, essa vacina estava indicada para: recém-nascidos; gestantes; população de 1 a 49 anos de idade; indivíduos integrantes dos grupos vulneráveis, independentemente da faixa etária ou da comprovação da condição de vulnerabilidade: dentre esses se encontra caminhoneiros. A Nota Informativa Nº 149, de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS² informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016, traz a ampliação da oferta da vacina da Hepatite B, independentemente, da idade e ou condições de vulnerabilidade. Portanto, o caminhoneiro necessita realizar a terceira dose da Hepatite B (02/07/2013).

A Vacina sarampo, caxumba e rubéola (SCR – Tríplice Viral) é composta por vírus vivos (atenuados) e protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola. É indicada para vacinação de usuários a partir de 12 meses de idade. Para indivíduos de 20 a 49 anos de idade administrar uma dose conforme a situação vacinal encontrada. Considere vacinada a pessoa que comprovar uma dose de vacina com componente de sarampo, caxumba e rubéola ou sarampo e rubéola. Portanto, o caminhoneiro não necessita nova vacinação, pois tem comprovação prévia.

A Vacina *Influenza* (fracionada, inativada - Vacina contra gripe) tem diferentes cepas do vírus *Myxovirus influenzae* inativados, fragmentados e purificados, cultivados em ovos embrionados de galinha, contendo, ainda, traços de neomicina ou polimixina, gentamicina e o timerosal como conservantes. A composição e a concentração de antígenos de hemaglutinina (HA) são definidas a cada ano em função dos dados epidemiológicos, que apontam o tipo e a cepa do vírus *influenza* que está circulando de forma predominante nos hemisférios Norte e Sul. É disponibilizada anualmente nas campanhas

de vacinação. No Informe Técnico “Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza de 2013”³ a indicação era para crianças de 6 (seis) meses a menores de 2 (dois) anos de idade, gestantes, puérperas, pessoas com 60 anos de idade e mais, trabalhadores de saúde, população privada de liberdade, indivíduos com comorbidades (de acordo com o informe técnico anual da campanha), povos indígenas. Portanto, o caminhoneiro não necessita realizar a vacina, pois não se encaixa nos grupos prioritários para a vacinação.

A Vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica) (Pn23) é indicada contra pneumonia para a proteção contra infecções invasivas pelo pneumococo na população indígena e em usuários de 60 anos e mais não vacinados que vivem acamados e/ou em instituições fechadas (como casas geriátricas, hospitais, unidades de acolhimento/asilos e casas de repouso. Quanto às particularidades, esta vacina está disponibilizada no CRIE para indicações previstas no Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais e contra-indicada para crianças menores de 2 (dois) anos de idade. Administrar 1 (uma) dose durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza a população já descrita acima e administrar 1 (uma) dose adicional 5 (cinco) anos após a dose inicial, uma única vez. Portanto, o caminhoneiro não necessita realizar a vacina, pois não se encaixa nos grupos prioritários para a vacinação.

Com base nas informações apresentadas da situação vacinal do caminhoneiro e nas recomendações vacinais, para cada uma das vacinas, conforme o Ministério da Saúde identifica-se que esse trabalhador deverá tomar as vacinas da Febre Amarela e Hepatite B, para completar o esquema de vacinação. Portanto, **a resposta correta é a alternativa B.**

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 13/07/2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa Nº 149, de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.cvpvacinas.com.br/pdf/nota_informativa_149.pdf. Acesso em: 13/07/2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional De Imunizações. Estratégia Nacional de Vacinação contra a Influenza 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://sbim.org.br/images/files/informe-tecnico-campanha-influenza_marco-2013.pdf. Acesso em: 13/07/2016.

QUESTÃO 16

A Síndrome de Burnout é a doença ocupacional a que estão mais expostos os profissionais das áreas de saúde, educação e serviços assistenciais. Nela, ocorre adoecimento físico e psíquico, que compromete os resultados do trabalho. Esse acometimento repercute nas organizações, pois gera elevado índice de absenteísmo, aumento de conflitos interpessoais e *turnover*. Nesse contexto, avalie as afirmações a seguir.

- I. A Síndrome de Burnout, ou síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio psíquico decorrente de um estado de tensão emocional e estresse crônico provocados por condições de trabalho físicas, emocionais e psicológicas desgastantes.
- II. A Síndrome de Burnout caracteriza-se por euforia, despersonalização, revivescência episódica de evento estressor e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho.
- III. Há vários estressores ocupacionais vivenciados pelos profissionais da área de saúde que afetam diretamente o seu bem-estar, e, se persistentes, podem levar à Síndrome de Burnout.
- IV. Os estressores ocupacionais para enfermeiros estão relacionados à atuação profissional, ambiente de trabalho, administração de pessoal, relacionamento interpessoal, assistência prestada e vida pessoal.

É correto apenas o que se afirma em:

- A. II.
- B. III e IV.
- C. I, II e III.
- D. I, II e IV.
- E. I, III e IV.

* **Gabarito: E**

* **Autoras: Andrea Gonçalves Bandeira, Jéssica de Borba S. Vitt, Maria Cristina Lore Schilling.**

COMENTÁRIO

O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem na organização e nas ações de saúde voltadas para esse segmento da população¹.

O risco de desenvolver a Síndrome de Burnout é maior para aqueles que sofrem ameaça de mudanças na jornada de trabalho e declínio na situação econômica. Ou seja, todos os fatores de insegurança social e econômica aumentam o risco de desenvolvimento desta patologia¹.

Os profissionais da área da saúde são suscetíveis à Síndrome de Burnout, a qual é caracterizada pela manifestação da cronificação do stress ocupacional. A enfermagem é uma profissão que aglutina os principais fatores para sua ocorrência, seja na dimensão organizacional, devido à estrutura administrativa das instituições hospitalares; na pessoal, pelas características do profissional; e/ou na dimensão do trabalho, no que se refere à organização do cuidado, à fragmentação de atividades e ao trabalho em turnos². Esses profissionais acumulam inúmeras responsabilidades e tarefas com diferentes níveis de complexidade que exigem respostas físicas e psicológicas, muitas vezes além do suportado. Sendo assim, esses fatores justificam a alta incidência de patologias relacionadas ao estresse laboral neste grupo de profissionais³.

A prevenção da Síndrome de Burnout requer mudanças na cultura da organização do trabalho, estabelecimento de restrições à exploração do desempenho individual e à intensidade de trabalho, diminuição da competitividade, e ações coletivas que incluam o bem-estar do trabalhador. Necessita, ainda, uma ação integrada, articulada entre os setores assistenciais e os de vigilância¹.

Assim, quanto às afirmativas apresentadas na **Questão 16**, considera-se que:

A afirmativa I está correta, pois a Síndrome de Burnout ou do esgotamento profissional com o trabalho, pode estar vinculada a fatores que influenciam o estado de saúde, como ritmo de trabalho penoso e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas à prática profissional. A *sensação de estar acabado ou síndrome do esgotamento profissional* é um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho, resultante da vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros¹.

A afirmativa II está incorreta, pois a Síndrome de Burnout é caracterizada por três elementos centrais: exaustão emocional (sentimentos de desgaste emocional e esvaziamento afetivo); despersonalização (reação negativa, insensibilidade ou afastamento excessivo do público que deveria receber os serviços ou cuidados); e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (sentimento de diminuição de competência e de insucesso no trabalho). Caracteriza-se por atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, aos clientes, à organização e ao trabalho, implicando prejuízos práticos¹. Portanto, as descrições de euforia e revivência episódica de evento estressor descritas na afirmativa não condizem com as manifestações desse agravo.

A afirmativa III está correta, pois no ambiente laboral os estressores, denominados ocupacionais, estão presentes continuamente e requerem respostas adaptativas por parte dos trabalhadores. Quando o stress relacionado ao trabalho, ultrapassa os níveis adaptativos e torna-se crônico, surge a Síndrome de Burnout, que pode desencadear sentimentos de ansiedade, medo, tensão e/ou ameaças durante o desempenho do trabalho². Essa Síndrome afeta principalmente profissionais da área de serviços ou cuidadores que atuam diretamente com os usuários, como é o caso dos profissionais da área da saúde¹. É uma experiência subjetiva que acarreta prejuízos práticos e emocionais para o trabalhador e para a organização. Os fatores estão mais relacionados ao trabalho em si do que a aspectos pessoais do profissional. Destacam-se como fatores predisponentes o exercício de papel conflitante, a perda de controle e/ou da autonomia e a ausência de suporte social¹.

A afirmativa IV está correta, pois no que se refere aos enfermeiros, os estressores ocupacionais, em várias áreas de atuação, estão relacionados às diferentes atividades que estes desempenham²⁽⁸⁾. Os fatores associados à atuação profissional incluem falta de autonomia, falta de controle sobre o trabalho, conflito de papel, ambiguidade de papéis, insatisfação no trabalho, rotina e monotonia, falta de oportunidade de crescimento na carreira e baixos salários. Os aspectos relacionados ao ambiente de trabalho são: reestruturação organizacional, falta de suporte organizacional, *powerless* (impotência), sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos materiais e humanos, ausência de capacitação para uso de novas tecnologias, pressão em relação ao tempo para realização das atividades, exposição a riscos ocupacionais e a doenças infecciosas. Os fatores vinculados à gestão de pessoal incluem realização de escalas de trabalho, absenteísmo dos colaboradores, falta de envolvimento da equipe, *turnover* de enfermeiros e técnicos de enfermagem, número reduzido de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Os fatores associados ao relacionamento interpessoal envolvem conflito

com pacientes, familiares, colegas e superiores, conflito com equipe médica e de enfermagem e violência no local de trabalho. Considera-se também, os fatores relacionados à assistência prestada, tais como lidar com a dor, sofrimento e morte, lidar com pacientes gravemente enfermos ou fora de possibilidades terapêuticas, lidar com os sentimentos dos pacientes e familiares, a fragmentação do cuidado, o escasso tempo de permanência com o paciente.

E, ainda existem os aspectos relacionados à vida pessoal, como trabalho em turnos, rodízio de horários e de unidades de trabalho e privação do sono^{2, 3, 4, 5,6}.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114); 191-193. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf
2. Grazziano ES, Ferraz Bianchi ER. Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. Rev Enfermería Global. 2010 fev; 18:1-20. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision1.pdf (p.8) Acesso em 18 de maio de 2016.
3. Silva JLL, Dias AC, Teixeira LR. Discussão sobre as causas da Síndrome de *Burnout* e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. Aquichán. 2012 mai/ago; 12(2): 144-159. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200006 Acesso em 12 de junho de 2016.
4. Benevides-Pereira, AMT. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. Rev Eletrônica InterAçãoPsy. 2003 ago; 1(1): 4-11. Disponível em: http://www.saudeetrabalho.com.br/download_2/burnout-benevides.pdf Acesso em 12 de maio de 2016.
5. Meira LC, Carvalho EKM, Carvalho JRM. Síndrome de Burnout: suscetibilidade em enfermeiros. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2015; 06(02): 1289-1320. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1049>. Acesso em 18 de maio de 2016.
6. Santos LFB, David HMSL. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. Revista de enfermagem UERJ. 2011 jan/mar; 19(1): 52-57. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a09.pdf>. Acesso em 18 de maio de 2016.

QUESTÃO 17

Os pacientes com queimaduras de grande extensão, ou grandes queimados, podem desenvolver complicações sistêmicas severas, entre elas a insuficiência renal aguda (IRA) do tipo pré-renal, com a consequente redução do fluxo plasmático renal e do ritmo de filtração glomerular devido à hipovolemia. Nesse caso, é importante que o enfermeiro conheça essa patologia, no que diz respeito aos parâmetros clínicos e laboratoriais, a fim de intervir precocemente na melhoria do prognóstico, que apresenta mortalidade ao redor de 50%. Considerando as informações apresentadas, entre os parâmetros clínicos e laboratoriais que devem ser monitorados nesses pacientes, incluem-se

- I. controle rigoroso de diurese e nível do clearance de creatinina.
- II. controle hidroeletrolítico e dosagem de ureia plasmática.
- III. controle de drogas vasoativas e enzimas hepáticas.
- IV. controle da volemia e avaliação de osmolalidade e sedimento urinário.
- V. parâmetros hemodinâmicos e dosagens de eletrólitos.

É correto apenas o que se afirma em

- A. I e III.
- B. IV e V.
- C. II, III e V.
- D. I, II, III e IV.
- E. I, II, IV e V.

* **Gabarito: E**

* **Autor (a) (es): Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo, Amanda Nascimento e Janaína Lima Mesquita**

COMENTÁRIO

As Diretrizes do *Kidney Disease Improvement Global Outcomes* (KDIGO) define Lesão Renal Aguda (LRA) / Insuficiência Renal Aguda (IRA) como: um aumento da creatinina sérica $\geq 0,3$ mg/dl em 48 horas; ou um aumento da creatinina sérica $\geq 1,5$ vezes o valor basal, conhecido ou presumido, como tendo ocorrido nos últimos 7 dias; ou um volume urinário $< 0,5$ ml/kg/h por 6 horas¹. Tendo um impacto muito grande na morbimortalidade dos pacientes afetados². A LRA pode ser dividida em 3 tipos, renal quando há alteração da estrutura funcional do rim, pré renal quando há diminuição do aporte de sangue ao rim e pós renal, em geral consequência de alguma obstrução no trato urinário. A prevalência pode variar em 20% das baixas hospitalares a até 50% dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva¹.

A IRA pré-renal é a etiologia mais comum e representa resposta fisiológica à hipoperfusão renal leve a moderada, não há defeito estrutural nos rins. A dilatação auto-reguladora das arteríolas aferentes

é máxima quando a pressão arterial sistêmica média é de 80mmHg, portanto, quando esta se encontra abaixo desses níveis pode precipitar queda na taxa de filtração glomerular, graus menores de queda da pressão arterial sistêmica média, podendo acometer indivíduos idosos ou pessoas com algumas comorbidades. Outro fator que pode levar a esta situação é o uso de fármacos como: antiinflamatórios não esteróides (AINEs) e inibidores da enzima conversora de antiotensina (IECA). O diagnóstico é de suma importância, pois há reversibilidade do caso em um a dois dias, mas se persistir pode levar à necrose tubular aguda. Na tentativa de conservação hidrossalina, a angiotensina II aumenta a reabsorção de água e sódio pelo néfron proximal, a aldosterona aumenta a reabsorção de água e sódio no néfron distal e a vassopressina aumenta a reabsorção de água no néfron distal, tudo isso levando a oligúria, urina concentrada, com mínima quantidade de sódio³.

Sendo que a IRA pré renal, ocorre em torno de 1,5% dos casos de pacientes que sofreram queimaduras severas⁴.

Frente ao exposto a resposta correta é a letra E que afirma que as assertivas I, II, IV e V são corretas.

A assertiva I justifica-se como correta, pois é necessário manter controle rigoroso de diurese, visto que na fase pré-renal ocorre uma diminuição aguda no débito urinário, portanto, controlar a diurese é uma forma precoce para reconhecer quando o paciente está iniciando a LRA. Manter controle de rigoroso do nível de creatinina sérica, já que este é o indicador mais sensível de função renal que se eleva com o dano glomerular, sendo utilizada para monitoramento e avaliação da progressão da doença^{5, 6}.

A assertiva II está correta, pois é necessário manter controle hidroeletrólítico, já que a hipovolemia tem potencial para exacerbar todas as formas de LRA, a excreção urinária de sódio pode aumentar devido o dano aos túbulos por não conseguir conservá-lo, nível sérico de potássio aumentado, pois os rins não conseguem excretá-lo devido ao comprometimento na LRA. A dosagem de uréia plasmática deve ser controlada, já que pode estar aumentada devido ao comprometimento da perfusão renal e diminuição da excreção^{1, 5, 6}.

A assertiva III é incorreta, pois não há relação entre controlar nível de enzimas hepáticas com LRA pré-renal, visto que, essas enzimas servem como marcadores de função hepática e não renal. Já o controle de drogas vasoativas, principalmente as que possuem excreção renal, devem ser monitoradas quanto à dosagem, a duração do uso e os níveis sanguíneos para evitar efeitos tóxicos dos fármacos, que por sua vez podem acarretar piora no quadro de LRA⁵.

A assertiva IV está correta, pois as medidas do volume de urina fazem parte da avaliação do equilíbrio hídrico e da função renal, portanto, é de extrema importância manter o controle da volemia, visto que na LRA pré-renal o débito urinário está diminuído⁷. A avaliação de osmolalidade da urina é usada para monitorar a evolução da doença renal, monitorar a terapia hidroeletrólítica; estabelecer diagnóstico diferencial de hipernatremia e hiponatremia e, principalmente, quando há restrição hídrica, pois serve como marcador para a diminuição da função renal. A avaliação do sedimento urinário pode apresentar-se acelular, com poucos cilindros hialinos⁸.

A assertiva V justifica-se correta, pois é necessário monitorar parâmetros hemodinâmicos já que na LRA pré-renal, o nível de uréia aumenta em velocidade dependente da perfusão renal, podendo provocar sinais como: náuseas, vômitos, letargia, cefaléia, miofasciculações e convulsões. Alterações no ECG com ondas T altas, ausência de onda P, ampliação do complexo QRS, bradiarritmias e até mesmo parada cardíaca, podem aparecer devido à hiperpotassemia, causada pela LRA pré-renal. A dosagem de eletrólitos deve ser monitorada, principalmente nível de sódio, potássio, ureia, creatinina, cálcio, fósforo e produtos residuais do nitrogênio, visto que seus valores estarão alterados devido ao comprometimento causado pela LRA pré-renal. A creatinina, considerada um teste específico, entretanto tardio, pouco sensível e impreciso, pois seu aumento só ocorre quando já houve uma perda de 50% a função renal^{5, 7, 9}.

REFERÊNCIAS

1. Li PK, Burdmann EA, Mehta RL. World Kidney Day 2013: acute kidney injury-global health alert. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*. 2013;61(3):359-63.
2. Kellum JA, Lameire N. Diagnosis, evaluation, and management of acute kidney injury: a KDIGO summary (Part 1). *Critical care (London, England)*. 2013;17(1):204.
3. Nunes TF, Brunetta DM, Leal CM, Pisi PC, Roriz-Filho JS. Insuficiência renal aguda. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*. 2010;43(3).
4. Montes SF, Barbosa MH, Sousa Neto ALd. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. *Rev esc enferm USP*. 2011;45(2):369-73.
5. Pellico LH. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
6. Lewis SL, Heitkemper MM, Dirksen SR, Bucher L. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Avaliação e Assistência dos Problemas Clínicos*: Elsevier Brasil; 2013.
7. Santos EdS, Marinho CMdS. Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013(9):181-9.
8. Fischbach FT, Dunning MB. *Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos*: Guanabara Koogan; 2005.
9. Magro MCdaS, Vattimo MFF. Avaliação da função renal: creatinina e outros biomarcadores. *Rev. bras. ter. intensiva [Internet]*. 2007 June [cited 2016 Aug 08]; 19(2): 182-185. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000200007&lng=en.

QUESTÃO 18

Um paciente de 64 anos de idade foi internado no setor de clínica cirúrgica de um hospital, em pós-operatório imediato de cirurgia de ressecção transuretral de próstata (RTUP), decorrente de diagnóstico médico de hiperplasia prostática benigna. No histórico pré-operatório, estavam registradas como principais queixas do paciente a frequência aumentada da micção, com diminuição do volume e da força do jato urinário e a sensação de que a bexiga não tinha sido totalmente esvaziada, acompanhada por infecções recorrentes do trato urinário. O paciente encontra-se com irrigação vesical de três vias, com aspecto de sangramento vivo. Considerando o quadro apresentado, avalie as afirmações a seguir.

- I. A RTUP é o procedimento cirúrgico mais utilizado nas cirurgias prostáticas, sendo realizada por meio de endoscopia, em que um instrumento cirúrgico e óptico é introduzido diretamente através da uretra na próstata, que é visualizada diretamente e removida por partes com uma alça de corte elétrica.
- II. No pré-operatório, os cuidados de enfermagem a serem prestados ao paciente consistem, basicamente, no controle da ansiedade, no alívio do desconforto, na orientação acerca do procedimento e nos cuidados pós-operatórios, além dos preparos físicos comuns realizados na maior parte das cirurgias gerais.
- III. As principais complicações possíveis de ocorrer que devem ser avaliadas regularmente pelo enfermeiro, nesse processo são: hemorragia, infecção, trombose venosa profunda, obstrução do cateter vesical e complicações em sua retirada, além de disfunção sexual.
- IV. Em relação ao sistema de drenagem vesical, o paciente apresenta sangramento vivo relacionado à lesão cirúrgica que se encontra irrigada, cabendo ao enfermeiro controlar o balanço hídrico entre a quantidade infundida e a drenada da bexiga, bem como avaliar a redução do sangramento.
- V. Nos casos de obstrução da sonda, a principal causa geralmente é a formação de coágulo de sangue, que deve ser retirado com infusão de anticoagulantes diretamente no sistema de infusão, para permitir que fique pérvio, devendo-se também usar furosemida, para aumentar o volume urinário.

É correto apenas o que se afirmar em:

- A. I e II.
- B. I, III e V.
- C. II, IV e V.
- D. III, IV e V.
- E. I, II, III e IV

- * **Gabarito: E**
- * **Autor (a) (es): Ana Elizabeth P.L. Figueiredo, Anna Christina Siqueira Carra Graziela Pianegonda, Ellen Magedanz, Pamela Rocha**

COMENTÁRIO

A RTUP constitui o procedimento mais comum utilizado nos casos de diagnóstico médico de hiperplasia prostática benigna, podendo ser efetuada através de endoscopia. Neste caso, o instrumento cirúrgico e óptico é introduzido diretamente através da uretra na próstata, a qual pode ser então visualizada diretamente. A glândula é removida em pequenas porções com uma alça de corte elétrica. A remoção do tecido prostático é realizada por meio do instrumento introduzido através de uretra, o qual é usado para próstata de tamanho variável. Tal procedimento é ideal para pacientes com grande risco cirúrgico, tendo como vantagens: incisão não abdominal; períodos de hospitalização e recuperação mais curtos; menor taxa de morbidade; menos dor; e possibilidade de ser usada como abordagem paliativa em casos com história de radioterapia. O método apresenta como desvantagens: a execução do procedimento por um cirurgião altamente habilitado; a possibilidade do desenvolvimento de obstrução recorrente, traumatismo uretral e estenose; e a ocorrência de sangramento tardio¹.

A alternativa correta é a letra E, pois:

A afirmação I é correta, pois a RTUP é um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns² nas cirurgias prostáticas. É um procedimento realizado por endoscopia, sendo o instrumento cirúrgico introduzido pela uretra até a próstata, a qual pode ser observada diretamente³.

A afirmação II é correta, pois as intervenções pré-operatórias de enfermagem são: redução da ansiedade; alívio do desconforto; orientações acerca do procedimento e dos cuidados pós-operatórios, além do preparo do paciente para cirurgia geral⁴.

A afirmação III é correta, pois as principais complicações que podem ocorrer no pós-operatório são: hemorragia, infecção na ferida operatória, trombose, obstrução do cateter e disfunção sexual. As principais intervenções a serem avaliadas pelo enfermeiro referem-se aos cuidados com ferida cirúrgica para evitar infecção, controle da dor e promoção da deambulação precoce, para prevenir a ocorrência de trombose^{2,4}.

A afirmação IV está correta, porque o débito urinário e a quantidade de líquido usada para irrigação precisam ser monitorados com atenção, a fim de determinar se o líquido de irrigação está sendo retido e para garantir o débito urinário adequado. O registro do volume infundido e eliminado, inclusive da quantidade de líquido usada na irrigação, precisa ser precisamente realizado⁴.

A afirmativa V está incorreta, porque, geralmente, a principal causa de obstrução de sonda está associada à formação de coágulo sanguíneo⁴, porém, normalmente, a desobstrução ocorre com a irrigação de 50ml a 60ml de líquido de irrigação por vez⁴. Outro erro da afirmativa é uso de furosemida para auxiliar na desobstrução da sonda. O medicamento é um diurético e, no momento, estando a sonda obstruída a utilização do medicamento fará acumular urina na bexiga do paciente, que não conseguirá eliminá-la de forma eficiente causando desconforto e não tendo efeito algum sobre o processo de desobstrução.

REFERÊNCIAS

1. Smeltzer CS, Bare GB, Hinkle LJ, Cheever KH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 12º ed. Guanabara Koogan; 2011.
2. Nettina MS. Manual de Prática de Enfermagem. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
3. Pellico HL. Enfermagem Médico-Cirúrgico. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
4. Camera MI, Bucher L, Lewis LS, Heitkemper MM, Dirksen RS. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8º ed. Elsevier; 2013.

QUESTÃO 19

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e (ou) estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, participa do processo de decisão da terapêutica a ser utilizada e deve considerar os fatores de risco a que os indivíduos estão expostos, tais como: idade, tabagismo, dislipidemias, diabetes e história familiar. A decisão terapêutica para HAS pode ser observada no quadro abaixo.

Decisão Terapêutica para a HAS

Sem risco adicional	Tratamento não medicamentoso isolado (mudança do estilo de vida).
Risco adicional baixo	Tratamento não medicamentoso isolado por até 6 meses. Se não atingir a meta, associar tratamento medicamentoso.
Risco adicional médio, alto e muito alto	Tratamento não medicamentoso + medicamentoso

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, vol.17, p. 11-17, 2010.

Nesse contexto e considerando os dados apresentados, avalie as afirmações que se seguem.

- I. O tratamento medicamentoso da HAS depende da presença de fatores de risco.
- II. A instituição precoce do tratamento medicamentoso visa à proteção dos órgãos-alvo, que nunca deverão sofrer alterações.
- III. O tratamento medicamentoso visa à reversão total das lesões causadas pela elevação da pressão arterial.
- IV. Os pacientes com alto risco adicional para doença cardiovascular devem ser tratados pela associação de medicamentos e orientados para mudança do estilo de vida.

É correto apenas o que se afirma em:

- A. I e III.
- B. I e IV.
- C. II e III.
- D. I, II e IV.
- E. II, III e IV

- * Gabarito: B
- * Autor(a)(es): Pamela Rocha, Graziela Pianegonda, Ellen Magedanz, Ana Elizabeth P.L. Figueiredo.

COMENTÁRIO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais¹.

Alternativa correta é a alternativa B, pois:

A afirmação I é verdadeira, porque a decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA¹.

A afirmativa II não é verdadeira, a afirmação que a instituição precoce do tratamento medicamentoso visa à proteção dos órgãos-alvo está correta¹, porém o tratamento precoce não impede que os órgãos-alvo sofram alterações, apenas reduz o impacto causado pela elevação da PA e pela presença de fatores de risco associados e na progressão do processo aterosclerótico¹.

A afirmação III é falsa, pois o tratamento medicamento não visa reversão total das lesões causadas pela elevação da pressão arterial, mas sim tem como objetivo primordial a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular¹. Ou seja, o tratamento não tem como objetivo reverter as lesões em órgão-alvo, mas sim o objetivo de proteger os órgãos de possíveis lesões.

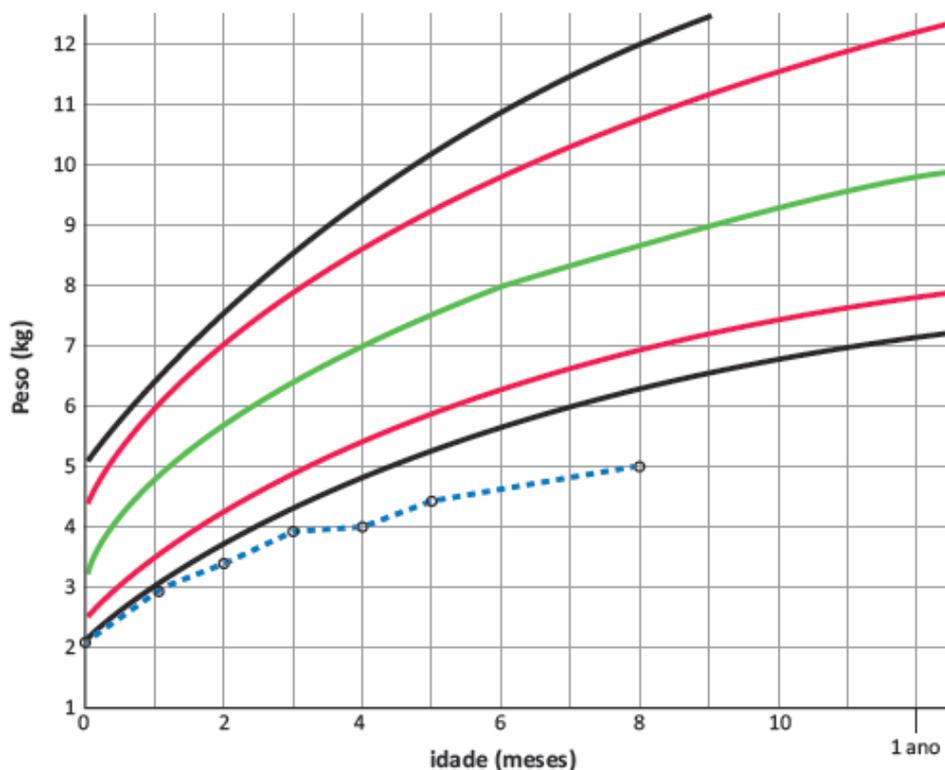
A afirmação IV é verdadeira, pois segundo a VI Diretriz de Hipertensão Brasileira em pacientes com riscos médios, altos ou muito altos, independentemente da PA, a abordagem deve ser combinada (não-medicamentosa e medicamentosa) para se atingir a meta preconizada o mais precocemente.

REFERÊNCIA

1. Cardiologia SBd. Departamento de Hipertensão Arterial. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Rev bras hipertens. 2010;17(1):1-64.

QUESTÃO 20

Uma enfermeira atua na estratégia saúde da família de um município e, entre suas responsabilidades, está o acompanhamento das crianças menores de 2 anos de idade. Uma das crianças de sua área não comparece à Unidade Básica de Saúde da Família há 4 meses. É o primeiro filho de uma adolescente de 13 anos de idade, que escondeu a gravidez por muito tempo, iniciando o pré-natal aos 7 meses de gestação. A criança tem 8 meses de idade, nasceu com 36 semanas, pesando 2200 g, apgar 7/8, ficou no berçário de médio risco para oxigenoterapia por 2 dias. Durante a avaliação do desenvolvimento, observou-se que a criança ainda não se senta, nem mesmo com apoio, não rola quando colocada de bruços e não leva objetos à boca. Ao exame físico, a enfermeira não detectou alterações significativas. Ao analisar o gráfico de peso da criança, obteve o traçado a seguir.



Tendo por base os achados apresentados, avalie as afirmações a seguir.

- I. O gráfico revela que a criança nasceu com baixo peso, porém, devido à curva ascendente, pode-se classificar seu peso atual como normal para a idade.
- II. A criança pode ser classificada na faixa de provável atraso de desenvolvimento, pois não apresenta três marcos de desenvolvimento esperados para a faixa etária anterior à sua.
- III. A criança deve ser encaminhada ao serviço de referência ou serviço de maior complexidade.

É correto o que se afirma em:

- A. I, apenas.
- B. II, apenas.
- C. I e II, apenas.
- D. II e III, apenas.
- E. I, II e III.

* **Gabarito: D**

* **Autores: Aloma Luz da Silva e Kelly Dayane Stochero Velozo**

COMENTÁRIO

A utilização das curvas de crescimento é uma importante ferramenta para acompanhar o crescimento da criança e permite identificar potenciais riscos que podem interferir neste processo que é dinâmico e contínuo. O acompanhamento do crescimento, expresso pelo aumento do tamanho corporal, constitui um dos indicadores de saúde da criança. Tal acompanhamento permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade, por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade, e com maior risco de comprometimento da saúde atual e da qualidade de vida futura da criança¹.

O processo de crescimento é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais) que atuam acelerando ou restringindo tal processo¹. Na questão acima, temos vários fatores que podem estar interferindo no processo de crescimento dessa criança, como ser o primeiro filho de uma mãe adolescente, o início tardio do acompanhamento pré-natal, a criança ter nascido prematura, com baixo peso e ter necessitado de intervenção nos primeiros dias de vida. Toda criança com história de baixo peso ao nascer deve ser considerada como criança de risco nutricional e deve ser acompanhada com maior assiduidade pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida¹.

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do índice de massa corporal (IMC) da criança na Caderneta de Saúde da Criança^{1, 2, 3}. A Caderneta de Saúde da Criança utiliza como parâmetros para avaliação do crescimento de crianças (menores de 10 anos) os seguintes gráficos: perímetro cefálico (de zero a 2 anos), peso para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), comprimento/estatura para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos), IMC para a idade (de zero a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos)¹. É importante conhecer e saber analisar essas curvas que estão disponíveis nos materiais referenciados^{1, 2, 3}. Vale lembrar que, o acompanhamento do crescimento de crianças pré-termo exige a utilização de curvas específicas ou que se corrija a idade cronológica (descontar o número de semanas que faltaram para atingir a idade gestacional de 40 semanas) até que completem 2 anos de idade para a utilização das curvas-padrão^{1, 2, 3}.

Na presente questão, temos um gráfico do peso/idade no qual a linha verde corresponde ao escore Z 0 e as outras linhas indicam a distância da mediana, sendo as linhas vermelhas o escore Z+2 e Z-2 e as pretas o escore Z+3 e Z-3. Qualquer ponto ou desvio que esteja fora da área compreendida entre as duas linhas vermelhas indica um problema de crescimento². Um escore $Z > +2$ é considerado peso elevado para a idade, escore $Z \geq -2$ e $< +2$ é peso adequado para a idade; escore $Z \geq -3$ e < -2 é peso baixo para a idade e escore $Z < -3$ é considerado peso muito baixo para a idade¹. Frente ao exposto, **a alternativa I está incorreta**, pois a criança desde o nascimento permaneceu com o peso muito baixo para a idade (Escore $Z < -3$).

O Ministério da Saúde também apresenta as condutas recomendadas para algumas situações de desvio no crescimento, sendo que para as crianças com magreza acentuada ou peso muito baixo para a idade é importante investigar as possíveis causas, com atenção especial para a alimentação, intercorrências infecciosas e cuidados com a criança. Além disso, é importante realizar orientações

e tratar se houver intercorrências clínicas, e encaminhar a criança para o Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) e/ou para o serviço social, e orientar o retorno da criança para nova consulta no intervalo máximo de 15 dias¹. Diante disso, **a alternativa III está correta**, pois a criança por apresentar o histórico de permanecer com o peso muito baixo para a idade deve ser encaminhada ao serviço de referência ou serviço de maior complexidade para acompanhamento.

O conceito de desenvolvimento é amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais¹. A maior parte dos traços de desenvolvimento da criança é de origem multifatorial e representa a interação entre a herança genética e os fatores ambientais¹. Vigiar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando, portanto, mais sujeito aos agravos, e é também nesta época que a criança melhor responde aos estímulos que recebe do meio ambiente^{2,3}.

A vigilância do desenvolvimento é um processo contínuo de acompanhamento das atividades relacionadas à promoção do potencial de desenvolvimento da criança e à detecção de problemas. Profissionais de saúde, pais, e outras pessoas próximas à criança devem estar envolvidas nesse acompanhamento^{2,3}.

Na caderneta de saúde da criança há o instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças, com o qual podem ser identificados os marcos do desenvolvimento e as habilidades esperadas para a idade, além das orientações para cada caso^{2,3}. **A alternativa II está correta**, pois se espera que uma criança com oito meses já seja capaz de levar objetos a boca, rolar quando colocada de bruços e que consiga sentar sem a necessidade de apoio, por isso essa criança em questão pode ser classificada na faixa de provável atraso de desenvolvimento e a conduta deveria ser a referência para avaliação neuropsicomotora².

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. [Capturado 2016 Jan 22]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da criança: menino. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 96 p. [Capturado 2016 Jan 22]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da criança: menina. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 96 p. [Capturado 2016 Jan 22]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf

QUESTÃO 21

Um paciente de 35 anos de idade foi admitido no pronto-socorro (PS) de um hospital de pequeno porte em um município próximo a uma estrada federal. O paciente foi vítima de um acidente de trânsito envolvendo seu carro e dois caminhões, mas foi resgatado com vida. Segundo exame médico e análise de exames diagnósticos por imagem, não houve fratura ou acometimento de órgãos internos. Na coleta de dados feita pelo enfermeiro, verificou-se que o paciente estava consciente, mas com grande número de feridas sangrantes com sinais de presença de poeira, pedaços de vidro e terra, e sinais vitais fora dos parâmetros normais. Com base na situação apresentada e considerando que, para a adequada execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (Portaria nº 2.616/1998), os hospitais públicos e privados devem constituir o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o enfermeiro do PS deve, mediante a Resolução COFEN nº 358/2009, implementar como intervenção no caso:

- I. a realização imediata de higienização do paciente e o uso de curativos.
- II. a implantação de atividades para minimizar os fatores de risco de infecção devido a prejuízo na integridade da pele e procedimentos invasivos realizados.
- III. o monitoramento de sinais flogísticos nas feridas.
- IV. o monitoramento de temperatura, pois, se for identificada infecção nas primeiras 48 horas, o fato deverá ser notificado ao SCIH como infecção comunitária.

É correto o que se afirma em

- A. I, apenas.
- B. I e II, apenas.
- C. III e IV, apenas.
- D. II, III e IV, apenas.
- E. I, II, III e IV.

* **Gabarito: E**

* **Autor(a)(es): Fernanda Salazar Meira, Marcio dos Santos Neres, Aloma Luz Da Silva e Deyse Kelly Paiva Almeida**

COMENTÁRIO

Considerando a Resolução do Cofen-358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a Implementação do Processo de Enfermagem (PE) em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências, tais como o PE. O PE é um método que orienta o enfermeiro quanto ao cuidado profissional e sua documentação mesmo nos Serviços de Urgência e Emergência. Neste sentido, ele oferece suporte ao enfermeiro no que diz respeito a um raciocínio diagnóstico acurado, visando suprir as necessidades de cuidado e melhorar os resultados do paciente¹.

A afirmativa I está correta, porque uma infecção é a invasão de um hospedeiro suscetível por patógenos ou microorganismos que podem resultar em doenças. A realização da higienização do paciente, principalmente, no local dos ferimentos e o uso de curativos podem reduzir a porta de entrada e evitar infecções².

A afirmativa II está correta, porque o enfermeiro ao implementar as atividades relacionadas ao cuidado no trauma deve considerar a Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998, que resolve as ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais e que compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares (CIH)³. Além disso, deve considerar a Resolução do Cofen-358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do PE, fundamentalmente, nas etapas de planejamento de enfermagem no que tange à determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de diagnóstico de enfermagem. E, também na implementação, ou seja, a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem¹.

A afirmativa III está correta, porque ao compreender a cadeia de infecção deve-se estabelecer a monitoração dos sinais e sintomas de infecção para que sejam tomadas as medidas apropriadas para evitar a sua propagação, visto que as infecções seguem um curso progressivo (estágios da infecção): período de incubação; estágio prodômico; estágio de enfermidade e convalescença².

A afirmativa IV está correta, porque considerando a Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998, a infecção hospitalar quando se desconhece o período de incubação do microorganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação e/ou do atendimento, convencionou-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão³.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Resolução COFEN nº 358/2009: Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília (DF), 2009.
2. Potter, P.; Perry, A. G. Fundamentos de enfermagem. 8º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
3. Brasil. Portaria nº 2.616/1998: programa de Controle de Infecção Hospitalar. Brasília (DF), 1998.

QUESTÃO 22 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL _____

DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL

Uma paciente de 19 anos de idade, primípara, história de 1 abortamento, IG (idade gestacional) de 38 semanas, acompanhada de seu marido, foi admitida no centro de parto normal pela enfermeira obstetra de plantão. A parturiente referiu contrações uterinas de intensidades variáveis e perda de líquido de cor clara. Na admissão, a enfermeira iniciou a anamnese com a avaliação do cartão pré-natal, prosseguindo com o exame físico-obstétrico, que revelou: apresentação cefálica com dorso à esquerda, dinâmica uterina 3/45"/10', BCF (batimentos cardíofetais) de 148 bpm; ao toque vaginal: dilatação cervical de 6 cm, no plano zero de De Lee e bolsa íntegra. De posse dos achados clínicos, a enfermeira pôde concluir que a parturiente se encontrava em fase ativa do trabalho de parto de baixo risco e orientou o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, de acordo com o período clínico do parto.

Nessa situação, avalie as seguintes intervenções relativas à situação descrita acima.

- I. Realizar a amniotomia e registrar no partograma o acompanhamento do trabalho de parto.
- II. Deambular livremente com a ajuda do acompanhante, em espaço reservado, para ativar o trabalho de parto e auxiliar a descida e rotação do feto.
- III. Massagear a região cervical e lombar para ativar o córtex primitivo, liberando ocitocina e endorfina e relaxando a musculatura tensionada.
- IV. Oferecer a bola suíça para que a parturiente possa realizar movimentos de contração perineal embaixo do chuveiro, para aumentar as contrações uterinas.

São corretas apenas as intervenções apresentadas em

- A. I e III.
- B. I e IV.
- C. II e III.
- D. I, II e IV.
- E. II, III e IV.

QUESTÃO 23

Um paciente de 5 anos de idade foi encontrado pela enfermeira não responsivo e sem apresentar respiração em uma unidade de pediatria de um hospital geral. A enfermeira tentou, durante 10 segundos, detectar o pulso carotídeo, sem sucesso. Por ter sido treinada segundo as diretrizes de 2010 da *American Heart Association*, identificou que esse paciente estava em parada cardiorrespiratória e, assim, iniciou os procedimentos de assistência a seguir.

1. Solicitou chamada do médico.
2. Observou obstrução de vias aéreas.
3. Iniciou compressão torácica.
4. Iniciou ventilação.

Assinale a opção que apresenta a ordem correta os procedimentos realizados.

- A. 1 - 2 - 4 - 3.
- B. 1 - 3 - 2 - 4.
- C. 1 - 3 - 4 - 2.
- D. 2 - 4 - 3 - 1.
- E. 4 - 3 - 1 - 2.

* **Gabarito: B**

* **Autores: Rosangela Carvalho Dutra, Kelly Dayane Stochero Velozo, Márcio Neres dos Santos**

COMENTÁRIO

Para fins da sequência de Suporte Básico de Vida (SBV) descrita no algoritmo de SBV pediátrico da *American Heart Association*, o termo bebê significa bebês até 1 ano de idade (12 meses), excluindo os recém-nascidos na sala de parto, e acima dessa idade utiliza-se o termo criança⁽¹⁾. É importante enfatizar que a sequência e as habilidades de SBV pediátrico são similares à sequência de SBV adulto, com algumas alterações na relação compressão-ventilação para reanimação cardiopulmonar (RCP) com 2 socorristas; profundidade da compressão; técnica da compressão e quando acionar o sistema de resposta de emergência/urgência¹.

Acredita-se que muitas crianças desenvolvem parada respiratória e bradicardia antes de evoluir para parada cardiorrespiratória (PCR). Se essas crianças receberem a reanimação respiratória imediatamente, antes da evolução para uma PCR, elas terão uma alta taxa de sobrevivência^{1,2,3}.

Considerando as Diretrizes de 2010 da *American Heart Association*¹, se o bebê ou a criança não estiver respondendo e não estiver respirando ou apenas com *gasping*, os profissionais de saúde poderão aguardar até 10 segundos na tentativa de sentir o pulso (braquial, em bebês, e carotídeo ou femoral, em crianças). Se, em 10 segundos, não sentir o pulso ou não tiver certeza, o profissional deve solicitar auxílio (acionar o serviço de emergência/urgência)^{1,2,3}. Em seguida iniciar as compressões torácicas.

Em uma situação de PCR, um mnemônio pode ser utilizado para descrever os passos do atendimento em SBV: o “C-A-B”, no qual o “C” refere-se à circulação e início rápido das compressões torácicas, o “A” refere-se à desobstrução e abertura das vias aéreas superiores, e o “B” refere-se às respirações e ventilações de resgate. O início da RCP com compressões torácicas, em vez de ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C) retarda menos a primeira compressão^{1,2}. Como a maioria das PCRs pediátricas é asfíxica, e não PCR primária súbita, tanto a intuição quanto os dados clínicos respaldam a necessidade de ventilações e compressões para a RCP pediátrica. No entanto, PCRs pediátricas são muito menos comuns do que PCRs (primárias) súbitas em adultos, e muitos socorristas nada fazem quando ficam inseguros ou confusos¹. A maioria das vítimas de PCR pediátrica não recebe nenhuma manobra de RCP dos presentes, de modo que qualquer estratégia que aumente a probabilidade de ação pelas pessoas presentes pode salvar vidas¹. Por isso, a abordagem C-A-B para vítimas de todas as idades foi adotada com a esperança de aumentar a chance de que pessoas presentes executem a RCP^{1,2,3}.

Teoricamente, a nova sequência C-A-B deve retardar as ventilações de resgate em apenas 18 segundos (o tempo necessário para aplicar 30 compressões) ou menos (com 2 socorristas)¹. Para obter compressões torácicas eficazes, os socorristas devem comprimir, no mínimo, um terço do diâmetro ântero-posterior do tórax. Isto corresponde, aproximadamente, a 1½ polegada (cerca de 4 cm) na maioria dos bebês e cerca de 2 polegadas (5 cm) na maioria das crianças^{1,2,3}.

Após 30 compressões, observar vias aéreas, inclinar a cabeça, elevando o queixo (profissionais de saúde que suspeitem de trauma: fazer a anteriorização da mandíbula), e iniciar 2 ventilações de resgate a cada 30 compressões (Um socorrista) ou 2 ventilações a cada 15 compressões torácicas (2 socorristas profissionais de saúde)^{1,2}. Assim que houver uma via aérea avançada colocada, as compressões torácicas poderão ser contínuas (a uma frequência mínima de 100/minuto) e não mais alternadas com ventilações. As ventilações de resgate, então, poderão ser aplicadas à frequência de cerca de uma ventilação a cada 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto). Deve-se evitar ventilação excessiva^{1,2,3}.

É importante ressaltar que recentemente, em 2015, a *American Heart Association* divulgou as novas diretrizes de RCP sendo que em pediatria destaca-se a confirmação da sequência C-A-B como a sequência preferida para RCP pediátrica⁴. Também, nessa nova diretriz é ressaltado a importância na qualidade das compressões torácicas, sendo aconselhável que os socorristas forneçam compressões torácicas que comprimam, pelo menos, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax de pacientes pediátricos, isso equivale a cerca de 1,5 polegada (4 cm) em bebês até 2 polegadas (5 cm) em criança; além da modificação da velocidade recomendada para as compressões torácicas de 100 a 120/min⁴. Além disso, reitera-se a necessidade de compressões e ventilação no SBV pediátrico, com um socorrista a relação é 30:2 (compressões para ventilações) e com dois socorristas a relação é 15:2 (compressões para ventilações)⁴.

Tendo em vista o exposto, a resposta correta para essa questão é a alternativa B, primeiramente deve-se solicitar a chamada do médico, após iniciar as compressões torácicas e na sequência observar se há obstrução de vias aéreas e iniciar a ventilação.

REFERÊNCIAS

- American Heart Association. Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2005; 112:IV-1-IV-5 [Capturado 2016 Jan 22]. Disponível em: http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/112/24_suppl/IV-1.
- American Heart Association. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [capturado em 2016 Jan 22]. Disponível em: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf
- Gonzalez M.M., Timerman S., Gianotto-Oliveira R., Polastri T.F., Canesin M.F., Lage S.G., et al. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2013; 101(2Supl.3): 1-221. [Capturado 2016 Jan 22]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Emergencia.pdf

9. American Heart Association. Destaques da American Heart Association 2015: Atualização das Diretrizes de RCP e ACE. [capturado 2016 Jan 22]. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

QUESTÃO 24

Um paciente de 7 anos de idade, 1,18 m de altura e 30 kg, chegou à Unidade Básica de Saúde acompanhado de sua mãe. Ele apresentava tosse, coriza e dispneia. Após ser atendido pelo médico, recebeu o diagnóstico de rinite alérgica. Foi prescrita hidrocortisona de 25 mg, via intramuscular (IM) a cada 24 horas, por 3 dias. Havia disponível, na unidade, um frasco-ampola de hidrocortisona de pó liofilizada de 100 mg para aplicação por via IM e ampolas de 2 mL de água bidestilada para reconstituição.

Nessa situação, para administrar o volume correto de hidrocortisona no paciente, deve-se reconstituir o conteúdo do frasco-ampola em:

- A. 1 mL de água destilada e aplicar 0,5 mL por via IM.
- B. 2 mL de água destilada e aplicar 0,5 mL por via IM.
- C. 1 mL de água destilada e aplicar 1 mL por via IM.
- D. 2 mL de água destilada e aplicar 1 mL por via IM.
- E. 2 mL de água destilada e aplicar 2 mL por via IM.

* **Gabarito: B**

* **Autores: Janaina Lima Mesquita, Juliana Trindade Mainart e Kelly Dayane Stochero Velozo**

COMENTÁRIO

A enfermagem é responsável por administrar com segurança os medicamentos prescritos pelo médico e para isso é importante conhecer a dose segura dos medicamentos administrados em crianças, bem como a ação esperada, os possíveis efeitos colaterais e os sinais de toxicidade¹. A determinação da dose infantil correta envolve fórmulas que se baseiam na idade, peso e na área de superfície corporal¹. Os fatores relacionados com o crescimento e a maturação alteram significativamente a capacidade de metabolizar e eliminar os medicamentos, por isso que quanto menor for a criança, devido a imaturidade, maior a vulnerabilidade aos efeitos nocivos dos medicamentos¹.

A administração segura de medicamentos requer a utilização da regra dos certos. Para evitar erros, devem-se seguir os seis certos na administração de medicamentos de modo consistente toda vez que for administrar uma medicação². Os seis certos² são:

- * **o medicamento certo;**
- * **a dose certa;**
- * **o paciente certo;**
- * **a via de administração certa;**
- * **a hora certa;**
- * **o registro certo.**

Antes da administração de qualquer medicamento, a criança precisa ser identificada usando dois identificadores, por exemplo, nome, número do prontuário, data de nascimento. Muitas vezes é

necessário o auxílio dos pais ou dos responsáveis legais para verificar a identidade da criança, assim como para a administração do fármaco¹. Há várias formas para a administração de medicamentos em pediatria: oral, intramuscular, subcutânea, intradérmica, intravenosa, nasogástrica, orogástrica, por gastrostomia, retal, oftálmica, otológica, nasal e aerossolterapia¹.

A administração intramuscular (IM) requer algumas considerações. O volume de medicamento e a quantidade de tecido disponível para injeção exigem a seleção de seringa e agulha para poder se obter a administração precisa¹. O comprimento da agulha tem que ser o suficiente para penetrar os tecidos subcutâneos e depositar o medicamento no músculo e o calibre da agulha deve ser o menor possível¹. A determinação do local para a administração depende da quantidade e das características da medicação a ser injetada, das condições gerais da massa muscular e da frequência da administração¹. Geralmente, 1 ml é o volume máximo que deve ser administrado em um único local para crianças pequenas ou lactentes maiores, os músculos dos lactentes menores não toleram mais que 0,5 ml¹. Quando a criança se aproxima do tamanho de um adulto, os valores aproximados dos adultos podem ser usados, porém quanto maior a quantidade de líquidos, maior tem que ser o músculo para a administração¹. Os locais mais utilizados para administração intramuscular em crianças são o vasto lateral, o ventroglúteo e o deltoide¹.

Para se administrar medicamento, de maneira segura, é essencial que o profissional possua conhecimentos básicos de matemática, para calcular as doses de medicamentos, preparar soluções e realizar várias outras atividades². Existem várias maneiras que podem ser usadas para calcular a dose do medicamento, entre elas os métodos de razão e proporção, o de fórmula e o de análise dimensional². Calcular doses de medicamento para crianças exige cautela, pois mesmo pequenos erros ou discrepâncias nas quantidades de medicamentos podem afetar negativamente a saúde da criança².

Para essa questão foi prescrita hidrocortisona de 25 mg, via intramuscular (IM) e havia disponível um frasco-ampola de hidrocortisona de pó liofilizada de 100 mg e ampolas de 2 mL de água bidestilada para reconstituição. Com esses dados é possível fazer a reconstituição do medicamento colocando os 2 ml de água bidestilada dentro do frasco e após para encontrarmos o volume necessário de medicamento a ser administrado, podemos utilizar uma regra de três:

$$100 \text{ mg} \text{ ————— } 2 \text{ ml}$$

$$25 \text{ mg} \text{ ————— } X$$

$$X = \frac{2 \times 25}{100} = 0,5 \text{ ml de medicamento a ser administrado}$$

$$100$$

Com base nesse cálculo pode-se concluir que a alternativa correta é a letra B a qual afirma que se deve reconstituir o conteúdo do frasco-ampola em 2 ml de água destilada e aplicar 0,5 mL por via IM.

REFERÊNCIAS

1. Hockemberry MJ, Wilson D. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
2. Potter P; Perry AG; Stockert PA; Hall AM. Fundamentos de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

QUESTÃO 25 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL _____

O risco de quedas de pessoas idosas em ambiente hospitalar está associado a fatores de risco vinculados tanto ao indivíduo quanto ao ambiente físico. Um enfermeiro do setor de internação, ao admitir um paciente do sexo masculino, de 85 anos, internado para tratamento de diabetes mellitus, em uso de agentes antidiabéticos, diuréticos, antipsicóticos e antidepressivos tricíclicos, relatou diminuição da acuidade visual, incontinência urinária e inatividade física. Ao exame físico, observou desequilíbrio postural, manchas arroxeadas nos braços e na região do tórax, além de condições higiênicas precárias. Como o perfil do paciente se enquadrava em idosos com risco de queda, o enfermeiro utilizou o protocolo de avaliação de risco padronizado pela instituição.

DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL

Nessa situação, os fatores de risco apresentados pelo paciente são caracterizados apenas como

- A. intrínsecos e comportamentais.
- B. intrínsecos e extrínsecos.
- C. comportamentais.
- D. extrínsecos.
- E. intrínsecos.

QUESTÃO 26

O quarto estágio do parto inicia-se após a dequitação da placenta e estende-se pelas primeiras horas pós-parto. Nesse período é importante o cuidado de enfermagem na observação e controle das hemorragias, muito comuns no pós-parto imediato. Nesse contexto, para evitar a hemorragia e suas complicações, o enfermeiro deve

- A. incentivar a deambulação e realizar enfaixamento abdominal.
- B. recomendar suplementação alimentar com sulfato ferroso nas principais refeições e repouso no leito.
- C. avaliar a presença do globo de segurança de Pinard e a manutenção da contração uterina.
- D. auxiliar a dequitação com manobras que promovam o seu rápido descolamento.
- E. manter a parturiente com hidratação venosa durante todo o trabalho de parto.

* **Gabarito: C**

* **Autores: Marisa Reginatto Vieira**

COMENTÁRIO

Didaticamente o trabalho de parto é dividido em quatro períodos clínicos assim denominados: trabalho de parto ou de dilatação; expulsivo; dequitação da placenta ou placentário; recuperação ou Greenberg. Cada um desses períodos apresenta características próprias que o identificam.

No quarto período, denominado de recuperação ou Greenberg, ocorre:

- * a miotamponagem, ou seja, ligadura dos vasos intramiométrais, principalmente do sítio placentar, pela musculatura uterina;
- * trombotamponagem, na qual ocorre a formação de trombos nos grandes vasos útero-placentários que constituirão o hematoma intrauterino, hematoma esse que exerce uma compressão na parte interna do útero durante seu relaxamento;
- * indiferença miouterina, que ocorre durante a primeira hora de recuperação, quando as contrações uterinas são muito intensas, mas ainda não ocorreu a formação do globo de segurança de Pinard, motivo pelo qual aumenta o risco de hemorragias no pós parto;
- * contração uterina fixa, que ocorre após a primeira hora do parto, quando se percebe a formação daquilo que Pinard chamou de globo de segurança¹.

Neste período, a puérpera deve ser avaliada de forma global e rigorosa pela equipe de enfermagem, incluindo sinais vitais, estado emocional, condição das mamas e, principalmente, no que diz respeito à avaliação uterina- palpação abdominal- para verificar a contratilidade do útero. Desta forma quaisquer desvios do mecanismo fisiológico serão atendidos prontamente².

A **alternativa A está incorreta**, pois a deambulação está associada entre outros fatores e de forma importante, à prevenção de risco a doença tromboembólica e não à prevenção de hemorragias. Quanto ao enfaixamento abdominal no pós-parto, não existem evidências científicas que comprove sua indicação.

A **alternativa B está incorreta**, pois quanto à suplementação alimentar com sulfato ferroso, sua necessidade será reavaliada na consulta puerperal e também faz parte de avaliação/prescrição no Pré-Natal. O repouso no leito somente será prescrito se a puérpera tiver algum impedimento para deambular, caso contrário, a deambulação precoce deve ser incentivada, favorecendo sua recuperação.

A **assertiva C está correta**, pois o enfermeiro na avaliação da puérpera deve considerar a presença do globo de segurança de Pinard e a manutenção da contração uterina, conforme o já explicado anteriormente.

A **alternativa D está incorreta**, pois a dequitação deverá acontecer prioritariamente de forma espontânea, sem utilização de manobras para o descolamento rápido, pois esta poderão expor a puérpera à risco de sangramento aumentado, inclusive levando ao choque hipovolêmico. Normalmente, o tempo decorrido entre o parto até a dequitação placentária é de 10 minutos. Já a retenção placentária ocorre quando a duração do secundamento excede 30 minutos, o que se observa em 3% das vezes. O descolamento artificial, forçado da placenta leva a sérias complicações³.

A **assertiva E está incorreta** no que se refere à hidratação venosa no trabalho de parto, pois a prescrição vai depender da sua necessidade conforme avaliação pela equipe que atende a parturiente, considerando as condições desta e ou rotina assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira DL. Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.
2. Barros SMO. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.
3. Montenegro CAB, Rezende, J. Obsterícia Fundamental. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

QUESTÃO 27 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL _____

Um enfermeiro da triagem de um pronto-socorro (PS) de um hospital geral de médio porte atendeu uma paciente de 60 anos de idade, cuja cirurgia de aneurisma de aorta abdominal estava agendada para a semana seguinte. A paciente relatou conhecimento de seu caso e informou ter procurado o PS devido à leve sensação de mal-estar e dor moderada na região occipital. No exame físico, o enfermeiro detectou pressão arterial de 180 mmHg x 130 mmHg e pulso de 90 bpm.

DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL

O PS em que esse enfermeiro trabalha utiliza, na triagem, a classificação de riscos de Manchester, a qual identifica a urgência do caso clínico por cores, a saber: azul (casos não urgentes e que poderiam ser atendidos em ambulatórios ou consultórios); verde (casos não urgentes que podem aguardar o atendimento); amarelo (casos urgentes que devem ser atendidos assim que possível); e vermelho (casos urgentes que devem ser atendidos imediatamente).

Diante desses dados, conclui-se que o enfermeiro deve

- A. solicitar que a paciente aguarde na recepção e classificar o risco com o código verde.
- B. encaminhar a paciente para o atendimento e classificar o risco com o código amarelo.
- C. solicitar que a paciente aguarde na recepção e classificar o risco com o código vermelho.
- D. encaminhar a paciente para o atendimento e classificar o risco com o código vermelho.
- E. orientar a paciente sobre sua condição de saúde e classificar o risco com o código azul.

QUESTÃO 28

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Portaria nº 3.088/2011, busca instituir, no âmbito do SUS, a rede de atenção psicossocial a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Nesse contexto, constitui objetivo da rede de atenção psicossocial

- I. promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção.
- II. garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.
- III. monitorar e avaliar a qualidade dos serviços destinados ao cuidado a pessoas com sofrimento ou transtorno mental, por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.
- IV. ampliar o número de leitos nos hospitais psiquiátricos e desenvolver ações e cuidados específicos em psiquiatria, priorizando o atendimento em saúde mental.

É correto apenas o que se afirma em

- A. II.
- B. I e IV.
- C. I, II e III.
- D. I, III e IV.
- E. II, III e IV.

* **Gabarito: C**

* **Autores: Andrea Gonçalves Bandeira e Nubia Mutti.**

COMENTÁRIO

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporânea da eclosão do “movimento sanitário” nos anos 70, sendo reflexo de contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar e dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica consiste em um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, incidindo em territórios diversos. É compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais¹.

Ela apresenta três momentos importantes:

- * **1º momento: crítica ao modelo hospitalocêntrico (1978 – 1991);**
- * **2º momento: implantação da rede de atenção psicossocial (1992 – 2000);**

- * **3º momento: a Reforma Psiquiátrica depois da Lei Federal 10.216/01 – que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde em saúde mental (2001 -...)**

Neste contexto a Política Nacional de Saúde Mental tem como principais diretrizes: a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, com enfoque na desinstitucionalização; e a expansão e consolidação da rede de Atenção Psicossocial^{1, 2}.

A portaria nº 3.088/ 2011³, do Ministério da Saúde, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No artigo terceiro, coloca que são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I. promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II. prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III. reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV. promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V. promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI. desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII. produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII. regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX. monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

As assertivas corretas (I, II e III), estão contempladas nos incisos II, III e IX da portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

A assertiva IV está incorreta, pois conforme consta na mesma portaria, artigo décimo primeiro, segundo parágrafo: “O hospital psiquiátrico pode ser acionado para o cuidado das pessoas com transtorno mental nas regiões de saúde enquanto o processo de implantação e expansão da Rede de Atenção Psicossocial ainda não se apresenta suficiente, devendo estas regiões de saúde priorizar a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos³.”

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental (CAB nº 24)**– Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.
3. BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União 2011*; dez 23. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

QUESTÃO 29

O trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) está previsto na Lei nº 10.507/2002, que cria a profissão de ACS, e no Decreto nº 3.189/1999, que fixa diretrizes para seu exercício. Nesse contexto, é correto afirmar que

- A. a promoção da saúde e a prevenção de agravos constituem-se nos eixos complementares e integradores do processo formativo dos ACS.
- B. a mobilização social e a interação entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações fazem parte da formação do ACS.
- C. o território de atuação fundamental do ACS é referido como a área da equipe de saúde.
- D. O ACS deve acompanhar, em sua micro área, o máximo de 150 pessoas.
- E. O ACS deve residir na área em que atuar, ter concluído pelo menos quatro anos de ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de ACS.

* **Gabarito: B**

* **Autoras: Andrea G. Bandeira, Heloisa M.Reckziegel Bello, Elisângela Ourique dos Santos e Kelly Cristina Fraga da Silva.**

COMENTÁRIO

A alternativa A está incorreta, pois o agente comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do enfermeiro ou outros profissionais de nível superior da equipe de Equipe de Saúde da Família^{1,2,3}. Logo, as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos são aspectos essenciais a serem abordados nos processos formativos dos ACS, pois constituem a base do seu trabalho no território⁴.

A alternativa B está correta, visto que no decreto N° 3189, de 4 de outubro de 1999, no artigo segundo, item IV e VI cita que entre as atividades na área de atuação do agente comunitário de saúde estão: estimular a participação da comunidade nas políticas públicas e fortalecer o vínculo entre saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida⁵. A Política Nacional de Atenção Básica reforça tal aspecto, destacando que o ACS tem como atribuição específica desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade². O documento referência para formação técnica dos ACS corrobora neste sentido, pois elenca seis áreas de domínios que contém competências básicas a serem desenvolvidas nos ACS durante o processo formativo⁴, estando entre elas as destacadas na afirmativa:

Integração da equipe com a população local – Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde, considerando as características e finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

Planejamento e avaliação – Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da Unidade Básica de Saúde;

Promoção da saúde – Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde;

A alternativa C está incorreta, visto que um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF é a territorialização, na qual as equipes de saúde são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, ou seja, há uma demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços e o reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas⁶. Recomenda-se que cada equipe acompanhe entre 600 e 1000 famílias, não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas. O território de atuação do agente comunitário é definido como micro área e baseia-se na discricção geográfica das famílias, com população de até 750 pessoas².

A alternativa D está incorreta, pois é determinado que um ACS seja responsável por no máximo 150 famílias ou 750 pessoas^{1,2,3}, e não, como mencionado na questão, por apenas 150 pessoas.

A alternativa E está incorreta, visto que o Agente Comunitário de Saúde foi proposto como profissional sui generis, tendo entre suas características ser proveniente de sua comunidade, residir na própria área de trabalho há pelo menos dois anos e ser conhecedor da realidade local; concluir com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de ACS; e ter concluído o ensino fundamental^{2,3}.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: 2002. Disponível em: http://dtr2002.saude.gov.br/caadab/arquivos%5Cguia_psf1.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2002 Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 64 p.
5. Brasil. Câmara dos deputados. Decreto nº 3.189, de 4 de outubro de 1999: Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3189-4-outubro-1999-369118-publicacaooriginal-1-pe.html>
6. Pereira MP; Barcellos C. O território. Hygeia, Rev Bras Geografia Méd Saúde 2006; 2(2): 47-55.

QUESTÃO 30 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL _____

Um paciente de 67 anos de idade, portador de diabetes mellitus tipo II há 7 anos, é insulínodpendente. Há duas semanas, apresentou uma lesão superficial na região do calcâneo do pé direito, com média quantidade de secreção serossanguinolenta, sem odores. Não soube referir o que ocorreu, pois não sentiu nada, apenas um leve incômodo para andar, quando detectou presença de uma lesão. Passou por consulta médica e de enfermagem para avaliação da ferida, com prescrição da realização de curativos e orientação para prevenção de futuras lesões.

DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL

Durante a consulta de enfermagem, a ferida foi caracterizada como uma úlcera superficial pequena, localizada na região do calcâneo do pé direito, com média quantidade de secreção serossanguinolenta e sem odores. O enfermeiro observou presença dos pulsos poplíteo e tibial posteriores, com perfusão periférica reduzida após digitopressão na polpa plantar. Não havia presença de calos na região, porém o paciente apresentava bolhas no calcâneo do pé esquerdo, com pele ressecada e unhas quebradiças em ambos os membros, com diminuição de sensibilidade nos metatarsos e nas polpas plantares.

Com base nos dados coletados durante a consulta de enfermagem, conclui-se que o paciente

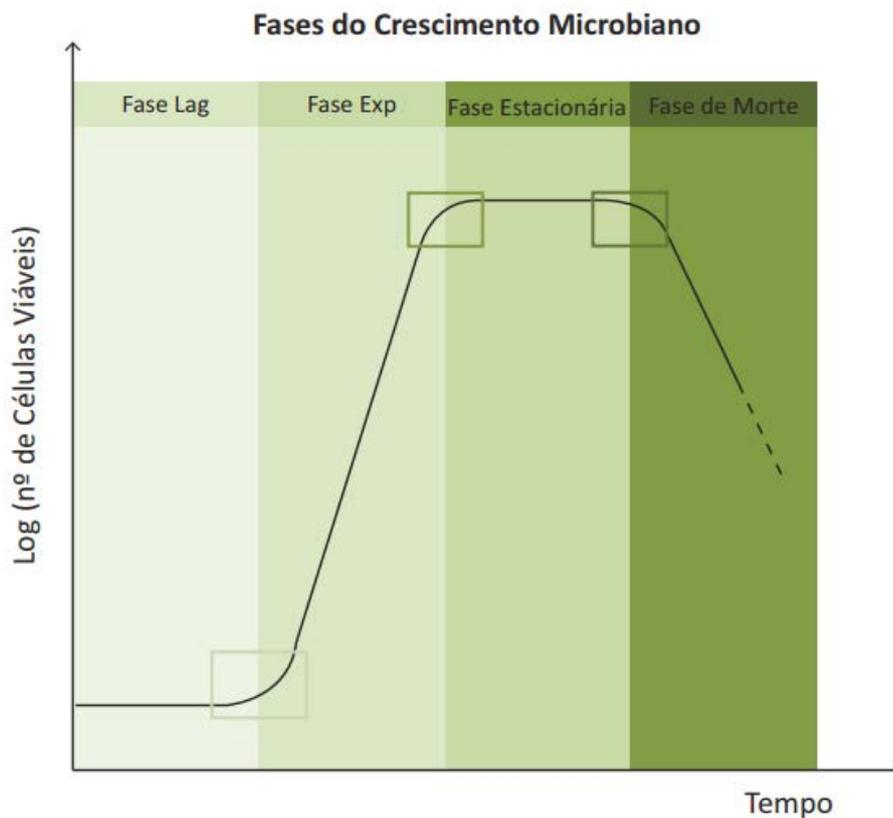
- A. apresentava sintomas de neuropatia diabética; a úlcera era de grau 1; a cobertura primária deveria ser feita com uso de alginato, ocluindo a ferida com gaze, seguida de enfaixamento no pé direito.
- B. apresentava sintomas de neuropatia diabética; a úlcera era de grau 1; a cobertura primária deveria ser feita com ácidos graxos essenciais (AGE), ocluindo a ferida com gaze, seguida de enfaixamento no pé direito.
- C. apresentava sintomas de neuropatia diabética; a úlcera era de grau 2; a cobertura primária deveria ser feita com ácidos graxos essenciais (AGE), ocluindo a ferida com gaze, seguida de enfaixamento no pé direito.
- D. não apresentava sintomas de neuropatia diabética; a úlcera era de grau 1; a cobertura primária deveria ser feita com carvão ativado, ocluindo a ferida com gaze, seguida de enfaixamento no pé direito.

- E.** não apresentava sintomas de neuropatia diabética; a úlcera era de grau 2; a cobertura primária deveria ser feita com uso de alginato, ocluindo a ferida com gaze, seguida de enfaixamento no pé direito.

DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL

QUESTÃO 31 – ANULADA

Em relação à validação dos processos de esterilização, os métodos disponíveis para uso em unidades de Centro de Material e Esterilização (CME) requerem do enfermeiro conhecimento das fases do crescimento microbiano em sistemas fechados uma vez que diversos testes utilizados levam em consideração a morte microbiana para acusarem efetividade. O gráfico a seguir apresenta as fases do crescimento microbiano em ambientes fechados.



ANULADA

Um estudo realizado em hospitais de cidades do interior de Goiás, em 2006, descreveu o uso de indicadores químicos e biológicos, de forma a retratar a disponibilidade e frequência de uso desses métodos nos serviços daquele estado, conforme mostrado na tabela a seguir.

Indicadores químicos e biológicos utilizados por hospitais de cidades do interior de Goiás para avaliação do processo de esterilização por vapor saturado sob pressão.

Variáveis	N	%
Indicadores químicos		
Classe I - fita termocrômica	43	100,0
Classe II - teste de Bowie-Dick* (n=8)		
Sim	3	37,5
Não	5	62,5
Indicadores biológicos		
Sim	7	16,3
Não	36	83,7
Frequência		
Mensal	4	57,1
Semanal	1	14,3
4 a 6 meses	1	14,3
Mensal e quando faz cirurgia infectada	1	14,3

*Oito hospitais possuíam autoclave pré-vácuo. Nota: (n=43)

TIPPLE AFV, et al. O monitoramento de processos físicos de esterilização em hospitais do interior do estado de Goiás. *Revista da Escola de Enfermagem. USP, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011.*

ANULADA

Considerando a figura e a tabela acima apresentados, assinale a opção correta.

- A.** Detecta-se, no estudo, que o indicador químico de classe I esteve presente em todos os hospitais monitorados na pesquisa, o que garante segurança na esterilização dos materiais, por apontar efetividade na fase lag do crescimento microbiano.
- B.** O teste Bowie-Dick, um indicador químico de classe II, foi utilizado em apenas oito hospitais, mas de forma satisfatória, pois conseguiu aferir a fase de morte microbiana no interior dos pacotes de densidade submetidos à esterilização por vapor saturado sob pressão.
- C.** Em relação à frequência dos testes de esterilização, a maior parte dos hospitais apresentou realização mensal, frequência ideal para aferição do processo para esterilização por vapor saturado sob pressão.

- D. O indicador biológico, usado em apenas sete dos 43 hospitais estudados, consiste em uma preparação padronizada de esporos bacterianos projetados para produzir suspensões com 10⁵ ou 10⁶ esporos por unidade de papel filtro e afere a fase de morte microbiana com precisão.
- E. Apenas um hospital apresentou a frequência correta de uso dos indicadores químicos e biológicos mensalmente e nos casos de cirurgias infectadas.

ANULADA

QUESTÃO 32

Considere um projeto de pesquisa envolvendo crianças de 5 a 10 anos de idade, internadas em uma clínica de pediatria cujo objetivo seja identificar o sentimento de medo diante do procedimento de punção venosa.

Com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, avalie as afirmações a seguir quanto os procedimentos a serem adotados pelo pesquisador:

- I. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser assinado pela criança e ratificado por seu representante legal.
- II. O TCLE deve ser elaborado em duas vias: uma ficará com o sujeito da pesquisa ou com seu representante legal, e a outra será arquivada pelo pesquisador.
- III. Uma vez assinado o TCLE, a entrevista não poderá mais ser suspensa.
- IV. O pesquisador deve garantir o sigilo da privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
- V. Uma vez que o projeto for encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, as entrevistas podem ser iniciadas, mediante a assinatura do TCLE pelo representante legal da criança.

É correto afirmar apenas o que se afirma em:

- A. II e IV.
- B. III e V.
- C. I, II e IV.
- D. I, II, III e V.
- E. I, III, IV e V.

* **GABARITO: A**

* **AUTORAS: Jéssica de Borba S. Vitt, Beatriz Sebben Ojeda**

COMENTÁRIO

Inicialmente, é importante considerar a legislação vigente, Lei nº 8.069/1990, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente que trata sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. A referida Lei considera criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescente a pessoa com até 18 anos incompletos¹. Portanto, em qualquer procedimento ou proposta de pesquisa que envolva essa população há a necessidade de garantir mecanismos de proteção integral às crianças e aos adolescentes envolvendo os seus responsáveis legais na autorização e no acompanhamento dos procedimentos de pesquisa adotados. Com base na legislação citada e na

Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos, serão discutidas, a seguir, as alternativas apresentadas nesta questão²:

Na afirmação I, O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deverá ser assinado pela criança e ratificado por seu representante legal está incorreta. Com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser assinado apenas pelo representante legal da criança. Entretanto, durante o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, através do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), a criança deverá ser informada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos potenciais riscos e o incomodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Após, os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais².

Afirmação II, correta, pois o TCLE deve ser elaborado em duas vias: uma ficará com o sujeito da pesquisa ou com seu representante legal, e a outra será arquivada pelo pesquisador. Com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, item IV, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), devendo as páginas de assinaturas estarem na mesma folha do texto. Em ambas as vias deverão constar o endereço e contato telefônico ou outro, dos responsáveis pela pesquisa e do CEP local e da CONEP, quando pertinente².

Afirmação III está incorreta: Uma vez assinado o TCLE, a entrevista não poderá mais ser suspensa. Com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, item IV, é garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma².

Afirmação IV está correta: O pesquisador deve garantir o sigilo da privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Com base na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, item XI, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. O mesmo deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa².

Afirmação V está incorreta: Uma vez que o projeto for encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, as entrevistas podem ser iniciadas, mediante a assinatura do TCLE pelo representante legal da criança. Com base na norma operacional 001/2013, emitida pelo Conselho Nacional de Saúde, somente após análise e parecer positivo do CEP, as entrevistas podem ser iniciadas. O projeto de pesquisa é o documento fundamental para que o Sistema CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) - CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) possa proceder a análise ética da proposta, em prazo estipulado em norma operacional. O Protocolo de Pesquisa é o conjunto de documentos, que pode ser variável a depender do tema, incluindo o projeto, e que apresenta a proposta de uma pesquisa a ser analisada pelo Sistema CEP-CONEP. O protocolo, para ser submetido à revisão ética, deverá ter seu pesquisador responsável cadastrado na Plataforma Brasil no endereço eletrônico: <http://www.saude.gov.br/plataformabrasil> e seguir as orientações para o cadastramento. Somente serão apreciados protocolos de pesquisa lançados na Plataforma e que apresentarem toda a documentação solicitada, em Português, acompanhado dos originais em língua estrangeira, quando houver³.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências <http://legislacao>.

- planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei_8.069-1990?OpenDocument. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
2. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
3. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Norma Operacional nº 001/2013. Brasília, 2013. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf

QUESTÃO 33 – DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL _____

Apesar dos esforços, a tuberculose (TB) permanece como um problema de saúde pública preocupante no Brasil. A TB é a terceira maior responsável pelos óbitos por doenças infecciosas e a primeira entre as doenças que afetam pacientes com AIDS no país. Em 2010, cinco anos antes do previsto, o Brasil atingiu a meta do Plano Global para o Combate à Tuberculose 2011-2015.

Considerando o texto acima, avalie as afirmações a seguir.

DESCONSIDERADA PELO BISSERIAL

- I. Apesar da queda da incidência da TB na população, tem havido concentração em determinados grupos populacionais e regiões do país; contudo, por se tratar de uma doença da população em geral, inexistem ações específicas para grupos específicos.
- II. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) definiu como populações prioritárias as que estão em situação de rua, as que estão privadas de liberdade, a população indígena e as pessoas que vivem com HIV/AIDS.
- III. O principal indicador utilizado para avaliar as ações de controle da TB, nas esferas nacional, estadual e municipal, é o número de novos casos.
- IV. Sabendo-se que, desde 2001, houve acréscimo significativo dos casos diagnosticados de TB multidroga resistente (MDR), infere-se que esse fato pode estar associado ao aumento da realização do exame de cultura.
- V. No PNCT, que está alinhado às diretrizes internacionais, a mobilização social é considerada importante componente por contribuir para o controle da TB no Brasil. É correto apenas o que se afirma em A I e III. B I, II e V. C I, III e IV. D II, IV e V. E II, III, IV e V.

QUESTÃO 34

Ao assumir a Secretaria de Saúde de um município de pequeno porte, uma enfermeira buscou suporte na Portaria no 1.580/GM, de 19/07/2012, e na Resolução CIT no 4, de 19/07/2012, para organizar a área de planejamento em saúde. No conjunto de diretrizes, metas e indicadores para o planejamento em saúde, verifica-se que

- A. o fortalecimento da rede de saúde mental deve ocorrer com enfrentamento exclusivo da dependência de *crack* e cocaína.
- B. a promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação da Rede Cegonha devem ocorrer com ênfase nas áreas de populações de menor vulnerabilidade.
- C. a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas pretende estimular o envelhecimento ativo e o fortalecimento das ações de promoção e prevenção.
- D. a diretriz prioritária de planejamento em saúde trata da garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com igualdade, independentemente do tempo de espera de atendimento e das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção especializada.
- E. o aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e a implantação das centrais de regulação atuam de forma independente, articulando exclusivamente UPAs e SAMU.

* **Gabarito: C**

* **Autoras: Beatriz Regina Lara dos Santos, Andrea Bandeira, Heloisa M. Reckziegel Bello e Maria Cristina Schilling.**

COMENTÁRIO

A Resolução Nº 4, de 19 de julho de 2012, dispõe sobre “a pactuação tripartite acerca das responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde”, objetivando a “transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Tal Resolução considera a decisão adotada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 13 de julho de 2012, pautada a partir da necessidade de se estabelecer “diretrizes de transição entre os procedimentos previstos na Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas respectivas diretrizes operacionais”¹. Enquanto a Portaria Nº 1580, de 19 de julho de 2012, versa sobre “a não exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006”, tendo como finalidade viabilizar “o repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios”². Assim, as referências citadas na presente questão

remetem à Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, assim como às portarias que posteriormente subsidiam a operacionalização os compromissos firmados pela primeira.

Desta forma, considera-se **correta apenas a alternativa C**, em decorrência da Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006- Consolidação do SUS com seus componentes: Pacto Pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida está constituído por um “conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos” das três esferas federativas. Entre as prioridades do Pacto pela Vida estão: **Saúde do Idoso**, buscando implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a qual visa à atenção integral; **Câncer de colo de útero e de mama**, contribuindo para a redução da mortalidade por estas causas; **mortalidade infantil e materna**, reduzindo a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias; **doenças emergentes e endemias**, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza, visando o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde a tais agravos; **Promoção da Saúde**, elaborando e implantando a Política Nacional de Promoção da Saúde, visando à adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira; e **Atenção Básica à Saúde**, com o objetivo de consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Primária à Saúde e centro ordenador das redes de atenção do SUS. O Pacto pela Vida considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais. Entre as diretrizes para atenção à saúde do idoso destaca: a promoção do envelhecimento saudável; a atenção integral; e o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção. E como ações estratégicas para alcance das diretrizes propõem o acolhimento para enfrentamento das dificuldades de acesso; e a implantação da Caderneta de saúde da Pessoa Idosa, constituindo um instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde e possibilita um melhor acompanhamento profissional³.

A alternativa A está incorreta, pois a saúde mental não constitui uma ação prioritária do Pacto pela Vida³. É incorreta também, porque segundo a Portaria n.º 3088, de 23 de dezembro de 2011, a rede de Atenção Psicossocial destina-se a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e não apenas com dependência de crack e cocaína⁴.

A alternativa B está incorreta, pois apesar da redução da mortalidade infantil e materna constituir uma ação prioritária do Pacto pela Vida³, segundo a Portaria N.º 1459, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha, a promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação da Rede Cegonha não devem ocorrer apenas nas áreas de populações de menor vulnerabilidade. A Rede Cegonha “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”. Tal rede deve “ser implementada, gradativamente, em todo o território nacional respeitando-se critérios epidemiológicos, tais como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional”⁵.

A alternativa D está incorreta, pois apesar de ser adequado afirmar que a diretriz prioritária de planejamento em saúde trata da garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com igualdade, não é correto afirmar que a melhoria do acesso ocorra mediante o aprimoramento da política de atenção especializada. Visto que, a Atenção Básica à Saúde constitui uma das prioridades do Pacto pela Vida, tendo como finalidade a consolidação e qualificação da Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica e como centro orientador das redes de atenção à saúde do SUS³.

A alternativa E está incorreta, pois não é adequado afirmar que no aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e a implantação das centrais de regulação atuam de forma independente, articulando exclusivamente UPAs e SAMU. Segundo a Portaria N.º 1600, de 7 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, esta tem como finalidade a articulação

e a integração de todos os equipamentos de saúde, assim como tem por objetivo “ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna”. A Rede de Atenção às Urgências é constituída pela articulação e integração de diversos componentes com conectividade entre diversos pontos de atenção, a saber: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica em saúde; serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e suas centrais de regulação médica das urgências; sala de estabilização; força nacional de saúde do SUS; unidades de pronto atendimento (UPA 24 horas) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitalar; e atenção domiciliar⁶.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução N°4, de 19 de julho de 2012. Brasília: Gabinete do Ministro, 2012.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 1580, de 19 de julho de 2012. Brasília: Gabinete do Ministro, 2012.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Gabinete do Ministro, 2006.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Gabinete do Ministro, 2011.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 1459, de 24 de junho de 2011. Brasília: Gabinete do Ministro, 2011.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria N° 1600, de 04 de julho de 2011. Brasília: Gabinete do Ministro, 2011.

QUESTÃO 35

Grande quantidade de lixo está acumulada nos fundos de um hospital. Sacos plásticos de cor branca leitosa, padronizados, com o símbolo de risco biológico foram fotografados. Procurado pela reportagem, o gestor de resíduos de saúde da instituição confirmou que o lixo estava acumulado na parte dos fundos do hospital, mas disse que não era material contaminado, porque o descarte seguia normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). “Há alguns dias, parte do material coletado pela empresa voltou do aterro sanitário por ordem da Superintendência Municipal de Limpeza Urbana, que entendeu que havia a mistura de lixo comum com o hospitalar”, informou o responsável. Disponível em: Acesso em: 30 jun. 2013 (adaptado). Acesso em: 30 jun. 2013 (adaptado).

A situação descrita na reportagem demonstra irregularidades no manejo dos resíduos gerados no serviço de saúde (RSS). Por se tratar de resíduos com potencial de causar danos à saúde e ao meio ambiente, qual é a recomendação básica, regulamentada pelos órgãos competentes, para o manejo desses resíduos?

- A. O gerador dos resíduos é responsável pela segregação e acondicionamento dos RSS gerados por ele, até a destinação final.
- B. As autoridades municipais são legalmente responsáveis pelo gerenciamento dos RSS, desde que estes estejam devidamente acondicionados.
- C. A ANVISA é o órgão responsável pela elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) dos serviços geradores de RSS.
- D. Os RSS são descartados nos aterros sanitários juntamente com o lixo comum, porém devidamente acondicionados e rotulados, para que sejam preservados a saúde pública e o meio ambiente.
- E. Os resíduos biológicos devem ser acondicionados em recipiente metálico, com tampa vedável, rotulados com o símbolo de risco biológico, para que a saúde pública e o meio ambiente sejam preservados.

* **Gabarito: A**

* **Autor(a)(es): Marcio dos Santos Neres, Fernanda Salazar Meira, Kelly Dayane Stochero Velozo e Ariane Goulart Rodrigues**

COMENTÁRIO

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) compreendem os resíduos gerados “nos serviços de saúde resultantes de atividades médicos-assistenciais e de pesquisa na área de saúde, voltadas à população humana e animal, compostos por materiais biológicos, químicos e perfurocortantes, contaminados por agentes patogênicos, representando risco potencial à saúde e ao meio ambiente conforme definido em regulamento ou em normas estabelecidas pelos órgãos do Sistema Nacional

do Meio Ambiente (SISNAMA) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVAS)”, artigo 13 da Política Nacional de Resíduos Sólidos, Lei Federal nº 12305/2010¹.

De acordo com a Resolução 358/2005² do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), os RSS por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo tratamento prévio à sua disposição final. Sendo assim, os serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS por eles gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde é regulamentado pela Resolução RDC 306/2004³ e Resolução CONAMA 358/2005². Todos os estabelecimentos de saúde, geradores de resíduos de serviços de saúde, devem elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS. Tal plano deve atender a critérios técnicos, legislação sanitária e ambiental, normas locais dos serviços de limpeza urbana, contemplando todas as etapas do manejo de RSS desde a segregação até disposição final. Dessa forma, as autoridades municipais são responsáveis pela fiscalização do cumprimento da legislação vigente pelos prestadores de serviços à saúde. Já, a ANVISA dispõe das regulamentações referente ao gerenciamento dos RSS.

É importante enfatizar que os RSS devem ser classificados de acordo com os riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública para que tenha o gerenciamento adequado, de acordo com a Resolução CONAMA 358/2005⁽²⁾. Assim, mesmo rotulados e acondicionados corretamente, nem todos os RSS são passíveis de serem dispostos em aterros sanitários. Alguns RSS, por sua classificação de risco, obrigatoriamente necessitam de tratamento prévio à disposição final de acordo com a RDC, ANVISA 306/2004³ e Resolução CONAMA 358/2005².

A Resolução RDC 306/2004³ recomenda que os RSS (Grupo A) sejam acondicionados em embalagens conforme segue: Grupo A1, Grupo A2 e Grupo A4 devem ser embalados em saco branco leitoso, devendo ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas; Grupo A3 e Grupo A5 devem ser acondicionados em saco vermelho, devendo ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

O gerenciamento correto dos resíduos gerados em estabelecimentos prestadores de serviços de saúde é importante para garantir a qualidade da saúde coletiva e a preservação do meio ambiente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei Federal 12305 de 02 de agosto de 2010: política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília (DF); 2010.
2. Brasil. Resolução CONAMA 358 de 29 de abril de 2005: tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde. Brasília (DF); 2005.
3. Brasil. Resolução RDC 306 de 07 de dezembro de 2004: regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília (DF); 2004.