



# PROCESSO SELETIVO

## RESIDÊNCIAS UESPI



### PROVA ESCRITA OBJETIVA – TIPO 12

#### RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA

#### ENFERMEIRO

DATA: 14/01/2024 – HORÁRIO: 8h30 às 12h30 (horário do Piauí)

#### LEIA AS INSTRUÇÕES:

01. Você deve receber do fiscal o material abaixo:
  - a) Este caderno (**TIPO 12**) com 60 questões objetivas sem falha ou repetição.
  - b) Um CARTÃO-RESPOSTA destinado às respostas objetivas da prova. *Verifique se o tipo de caderno (TIPO 12) é o mesmo que consta no seu Cartão-Resposta.*

**OBS: Para realizar sua prova, use apenas o material mencionado acima e, em hipótese alguma, papéis para rascunhos.**
02. Verifique se este material está completo e se seus dados pessoais conferem com aqueles constantes do CARTÃO-RESPOSTA.
03. Após a conferência, você deverá assinar seu nome completo, no espaço próprio do CARTÃO-RESPOSTA utilizando caneta esferográfica com tinta de cor azul ou preta.
04. Escreva o seu nome nos espaços indicados na capa deste CADERNO DE QUESTÕES, observando as condições para tal (assinatura e letra de forma), bem como o preenchimento do campo reservado à informação de seu número de inscrição.
05. No CARTÃO-RESPOSTA, a marcação das letras correspondentes às respostas de sua opção, deve ser feita com o preenchimento de todo o espaço do campo reservado para tal fim.
06. Tenha muito cuidado com o CARTÃO-RESPOSTA, para não dobrar, amassar ou manchar, pois este é personalizado e em hipótese alguma poderá ser substituído.
07. Para cada uma das questões são apresentadas cinco alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E); assinale apenas uma alternativa para cada questão, pois somente uma responde adequadamente ao quesito proposto. A marcação em mais de uma alternativa anula a questão, **mesmo que uma das respostas esteja correta**; também serão nulas as marcações rasuradas.
08. As questões são identificadas pelo número que fica à esquerda de seu enunciado.
09. Os fiscais não estão autorizados a emitir opinião nem a prestar esclarecimentos sobre o conteúdo das provas. Cabe única e exclusivamente ao candidato interpretar e decidir a este respeito.
10. Reserve os 30(trinta) minutos finais para marcar seu CARTÃO-RESPOSTA. Os rascunhos e as marcações assinaladas no CADERNO DE QUESTÕES não serão levados em conta.
11. Quando terminar sua Prova, antes de sair da sala, assine a LISTA DE FREQUÊNCIA, entregue ao Fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA, que deverão conter sua assinatura.
12. O tempo de duração para esta prova é de **4h (quatro horas)**.
13. Por motivos de segurança, você somente poderá ausentar-se da sala de prova depois de **3h** do início desta.
14. O rascunho ao lado não tem validade definitiva como marcação do Cartão-Resposta, destina-se apenas à conferência do gabarito por parte do candidato.

#### Nº DE INSCRIÇÃO

--	--	--	--	--	--

Assinatura

Nome do Candidato (letra de forma)

#### RASCUNHO

01		31	
02		32	
03		33	
04		34	
05		35	
06		36	
07		37	
08		38	
09		39	
10		40	
11		41	
12		42	
13		43	
14		44	
15		45	
16		46	
17		47	
18		48	
19		49	
20		50	
21		51	
22		52	
23		53	
24		54	
25		55	
26		56	
27		57	
28		58	
29		59	
30		60	

PROCESSO SELETIVO - RESIDÊNCIAS UESPI - RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À TERAPIA INTENSIVA - ENFERMEIRO  
NÚCLEO DE CONCURSOS E PROMOÇÃO DE EVENTOS - NUCEPE  
FOLHA DE ANOTAÇÃO DO GABARITO - ATENÇÃO: Esta parte somente deverá ser destacada pelo fiscal da sala, após o término da prova.

PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIAS UESPI



<b>N<sup>o</sup> DE INSCRIÇÃO</b>					



## QUESTÕES GERAIS

**01.** Durante a Guerra da Criméia, em meados de 1850, Florence Nightingale, no seu processo empírico do cuidar, começou a separar os doentes mais graves. Esse acontecimento foi primordial para o surgimento das primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que aconteceu nos primórdios do século XX, chegando ao Brasil por volta da década de 1970, sendo implementadas, primeiramente, no hospital Sírio Libanês, em São Paulo, com apenas 10 leitos. Apresentam-se como unidades hospitalares cujo objetivo é atender pacientes em condições críticas, que necessitam de assistência médica e de enfermagem de maneira contínua e especializada (CASTRO *et al.*, 2021). Atualmente, no Brasil, o funcionamento dessas unidades é regido pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Tomando por base essa Resolução, analise as afirmativas a seguir.

- I - A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, assinadas e aprovadas pelas lideranças da unidade, revisadas a cada cinco anos e disponibilizadas para todos os profissionais da UTI.
- II - Deve ser formalmente designado um responsável técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos, sendo permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTIs.
- III - A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, no prontuário do paciente, ao menos uma vez ao dia, atendendo às regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e às normas institucionais.
- IV - Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência. Em caso de transporte intra-hospitalar, os dados do prontuário devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino. No transporte inter-hospitalar, o paciente deverá ser acompanhado de um relatório de transferência.
- V - Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos. Os registros desses dados devem estar disponíveis mensalmente, em local de fácil acesso.

Marque a alternativa **CORRETA**:

- a) Apenas as alternativas I, II e IV estão corretas.
- b) Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
- c) Apenas as alternativas II, IV e V estão corretas.
- d) Todas as alternativas estão corretas.
- e) Todas as alternativas estão incorretas.



**Texto para as questões 02 e 03.**

Um dos grandes problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é o “pronto atendimento” aos usuários do sistema. As suas portas de urgência e emergência ainda apresentam dificuldades evidentes, em maior grau, provocadas pela imensa demanda de condições clínicas de urgência e emergência. Assim, o Ministério da Saúde, nos últimos anos, vem realizando esforços permanentes e progressivos no sentido de fortalecer a sua Rede de Urgência e Emergência (RUE). A busca da resolutividade nesses cenários assistenciais trata-se de uma das grandes prioridades do sistema (UNA-SUS/UFMA). Nesse sentido, o Ministério da Saúde lançou, em 07 de julho de 2011, a Portaria Nº 1600, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.

**02.** À luz das diretrizes dispostas na Portaria citada, é **INCORRETO** afirmar o seguinte:

- a) Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.
- b) Garantia de implantação de modelo de atenção de caráter uniprofissional, conduzido por um trabalho categorizado, a partir da atuação de cada profissão isoladamente, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado.
- c) Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção.
- d) Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção.
- e) Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos.

**03.** No que diz respeito aos componentes da Rede de Atenção às Urgências e seus objetivos, é **CORRETO** afirmar o seguinte:

- a) O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a restrição do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.
- b) O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.
- c) O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência ao longo de 7 dias, vinculada a um equipamento de saúde articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.
- d) As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros crônicos de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e terceirizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
- e) As afirmativas das letras “b” e “c” estão corretas.



- 04.** Quando se olha para a legislação voltada para a qualidade do cuidado em saúde e segurança do paciente no Brasil, ganham destaque aquelas que trazem especificamente em seus textos esses aspectos, a saber: a Portaria do Ministério da Saúde Nº 529, de 01 de abril de 2013, e a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em que pese a relevância desses documentos legais para a garantia de um cuidado seguro e de qualidade nas organizações de saúde, é válido ressaltar o papel igualmente importante da RDC/ANVISA Nº 63, de 25 de novembro de 2011, que traz os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços de saúde. Sobre esta Resolução, é **INCORRETO** afirmar o seguinte:
- a) O serviço de saúde deve possuir regimento interno ou documento equivalente atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas, administrativas e assistenciais, além de responsabilidades e competências.
  - b) O serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam o funcionamento de comissões, comitês e programas estabelecidos em legislações e normatizações vigentes.
  - c) O serviço de saúde deve possuir mecanismos que garantam a continuidade da atenção ao paciente quando houver necessidade de remoção ou para realização de exames que não existam no próprio serviço.
  - d) Em relação aos dados que compõem o prontuário, pertencem ao paciente, mas não lhes é permitido o acesso a essas informações, ficando disponíveis somente aos seus representantes legais e à autoridade sanitária, quando necessário.
  - e) O serviço de saúde deve promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente, em conformidade com as atividades desenvolvidas.
- 05.** A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, vinculada à Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, tem por objetivo estimular a construção de um processo coletivo voltado para o cuidado. Inserida na Política do SUS, é também divulgada como HumanizaSUS, que, numa linguagem simples, se aproxima da população usuária do SUS de forma bastante inclusiva, sendo que gestores e trabalhadores procuram entender as carências e necessidades desses usuários, formando elos e construindo assim novos processos de trabalhos que se adequem melhor aos usuários (BRASIL, 2006). Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. De acordo com a PNH, essa inclusão significa, **EXCETO**:
- a) Estímulo à produção de novos modos de cuidar.
  - b) Gestão dos conflitos gerados pelas diferenças.
  - c) Trabalhadores como agentes ativos da mudança.
  - d) Participação da família no processo de cuidado.
  - e) Repetição dos processos de trabalho.

**Texto para as questões 06 e 07.**

Estima-se que, anualmente, 2,6 milhões de óbitos sejam decorrentes de eventos adversos (EA) relacionados à atenção à saúde em hospitais no mundo. Uma das principais causas de morte e incapacidade de pacientes é referente a EA, que são os incidentes e saúde que causam danos aos pacientes. Tendo em vista que grande parte dos EA são evitáveis, faz-se necessária a implementação de estratégias e políticas públicas destinadas a reduzir danos aos pacientes. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instaurou, por meio da Portaria MS/Gabinete do Ministro (GM) nº 529, de 1º de abril de 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem como objetivo geral



qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional – públicos ou privados, e como objetivos específicos promover e implantar iniciativas voltadas à segurança do paciente, com a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde. (ANDRADE *et al.*, 2020).

06. Com relação aos conceitos adotados pela referida Portaria, correlacione as duas colunas a seguir e assinale a alternativa que traz a sequência **CORRETA**:

**Coluna 1**

- (1) Segurança do paciente
- (2) Dano
- (3) Incidente
- (4) Evento adverso
- (5) Gestão de risco

**Coluna 2**

- ( ) Incidente que resulta em dano ao paciente.
- ( ) Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo.
- ( ) Aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos.
- ( ) Redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- ( ) Evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

- a) 4, 2, 5, 1, 3
- b) 4, 2, 1, 3, 5
- c) 2, 4, 5, 1, 3
- d) 2, 4, 1, 3, 5
- e) 4, 2, 3, 1, 5

07. No tocante às estratégias de implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, considere (V) para as assertivas verdadeiras e (F) para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- ( ) Inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente.
- ( ) Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente.
- ( ) Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, priorizando-se os processos de responsabilização individual.
- ( ) Articulação com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema “segurança do paciente” nos currículos dos cursos de formação em saúde, exceto no nível de pós-graduação.
- ( ) Implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade.

- a) V, F, V, F, V
- b) F, V, F, F, F
- c) V, V, F, F, V
- d) V, V, V, V, V
- e) F, F, F, F, F



08. Desde 2004, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) inseriu em seu escopo de atuação as ações previstas na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial da Saúde (OMS), da qual o Brasil faz parte. A partir de então, a ANVISA vem intensificando suas atividades nos serviços de saúde, em parceria com o MS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) e demais entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Nessa perspectiva, pode-se destacar a publicação, em 2013, da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, a qual instituiu ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e estabelece a obrigatoriedade de implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nesses serviços. Para tanto, o desenvolvimento das ações e das estratégias previstas no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) cabe ao NSP, que deve desenvolver papel fundamental em todo o processo de implantação do Plano de Segurança do Paciente (CAVALCANTE *et al.*, 2019). O referido Plano deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde, para, **EXCETO**:

- a) Identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática.
- b) Trabalhar, de forma independente, os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde.
- c) Segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral.
- d) Manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando esse procedimento for realizado.
- e) Comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde.

09. Segundo a RDC nº 36/2013, o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é “a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente”, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde. No que concerne aos princípios e diretrizes do NSP, considere (V) para as assertivas verdadeiras e (F) para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- ( ) A disseminação casual da cultura de segurança.
- ( ) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.
- ( ) A elaboração do Plano de Segurança do Paciente.
- ( ) O alcance da perfeição nos processos de cuidado.
- ( ) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco.

- a) V, V, V, V, V
- b) V, F, V, F, V
- c) F, F, F, F, F
- d) F, V, F, V, F
- e) F, V, V, F, V

**Texto para as questões 10 e 11.**

A identificação correta do paciente é uma ação que assegura a assistência e minimiza a ocorrência de erros e danos. Trata-se, portanto, da primeira atividade que advoga a favor da segurança do paciente. Falhas no processo de identificação do paciente ocorrem desde o momento da admissão até a alta do serviço de saúde e decorrem de fatores relacionados ao paciente (nível de consciência, por exemplo), ao processo de trabalho (mudanças de setor, leitos e de profissionais), dentre outras situações. Estudos revelam que erros na identificação do paciente desencadeiam consequências potencialmente fatais e que, aproximadamente, 9% deles provocam danos temporários ou permanentes. Somado a isso, destaca-se que essa problemática abarca múltiplas conjunturas, desde o momento da internação até os cuidados da equipe multiprofissional (ALVES *et al.*, 2018).



10. Consciente dessa realidade, o Ministério da Saúde direciona intervenções a serem realizadas nos estabelecimentos de saúde para uma adequada identificação do paciente durante a prestação do cuidado. Sobre essas intervenções é **CORRETO** afirmar o seguinte:
- a) Para assegurar que todos os pacientes sejam corretamente identificados, é necessário usar pelo menos dois identificadores.
  - b) Os identificadores escolhidos pelo serviço de saúde devem estar dispostos em uma pulseira vermelha colocada na cama do paciente.
  - c) Para envolver pacientes e familiares no processo de identificação correta, explicar a esses atores os propósitos dos dois identificadores.
  - d) A confirmação da identificação do paciente será realizada de forma obrigatória apenas antes da prestação do primeiro cuidado ao paciente.
  - e) As afirmativas das letras “a” e “c” estão corretas.
11. Levando em consideração a coleta de sangue para realização de um exame laboratorial de um paciente consciente com nível de escolaridade ensino médio completo, ou seja, apto a interagir com o profissional de saúde, em uma instituição de saúde que tem como identificadores nome completo e data de nascimento, analise os passos abaixo descritos e numere-os na ordem correta que devem acontecer para garantir a identificação segura desse paciente. Em seguida, assinale a alternativa que traz a sequência **CORRETA**.
- ( ) Profissional do laboratório solicita ao paciente que confira as informações constantes no frasco de coleta.
  - ( ) Profissional do laboratório confere as informações repassadas pelo paciente com a pulseira de identificação e a solicitação médica do exame.
  - ( ) Médico solicita o exame, preenchendo o impresso com o nome completo do paciente e sua data de nascimento.
  - ( ) Profissional do laboratório pergunta ao paciente seu nome e data de nascimento.
  - ( ) Profissional do laboratório identifica o frasco de coleta com nome completo do paciente e sua data de nascimento.
- a) 5, 3, 2, 4, 1
  - b) 3, 5, 1, 2, 4
  - c) 5, 3, 1, 2, 4
  - d) 5, 1, 2, 3, 4
  - e) 3, 5, 2, 4, 1
12. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em países de alta renda, 1 (um) em cada 10 (dez) pacientes seja prejudicado durante o atendimento hospitalar. O dano pode ser causado por uma série de eventos adversos, sendo quase 50% deles evitáveis. Diante desse contexto, é imperativa a melhoria da segurança do paciente em serviços de saúde. Entende-se por segurança do paciente a redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. Um desses eventos adversos é a lesão por pressão, de modo que uma das ações que devem estar previstas no Plano de Segurança do Paciente é a prevenção dessas lesões em serviços de saúde. Ressalta-se que as lesões por pressão são danos localizados na pele e/ou tecidos moles subjacentes, resultantes de pressão ou pressão combinada com o cisalhamento. Geralmente ocorrem sobre uma proeminência óssea, mas também podem estar relacionadas ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato (BRASIL, 2023). Face ao exposto, são práticas de segurança para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde, **EXCETO** a seguinte:





- a) Realização de avaliação de risco por meio de escalas validadas, específicas para a população em risco.
  - b) Seleção de cobertura mais apropriada para prevenção da lesão por pressão.
  - c) Reposicionamento de todos os pacientes com ou sob risco de lesões por pressão em horário igual para todo e qualquer paciente.
  - d) Elevação dos calcanhares de indivíduos em risco de desenvolvimento de lesões por pressão no calcanhar.
  - e) Triagem nutricional por profissional capacitado e, quando aplicável, avaliação nutricional mais abrangente.
- 13.** A prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde é um desafio enorme, de modo que requer a participação de todos os atores envolvidos direta ou indiretamente na assistência ao paciente, com atribuições bem específicas para garantir essa prevenção, destacando-se, de maneira muito especial, a Gestão da Organização de Saúde e o Núcleo de Segurança do Paciente. Com base nesse entendimento, correlacione as duas colunas a seguir e assinale a alternativa que traz a sequência **CORRETA**:

**Coluna I**

- (1) Gestão do Serviço de Saúde
- (2) Núcleo de Segurança do Paciente

**Coluna II**

- ( ) Manter o sistema de vigilância, monitoramento, prevenção e mitigação das lesões por pressão.
- ( ) Utilizar métodos para análise de risco e determinação de medidas corretivas e preventivas para a redução dos riscos de lesão por pressão.
- ( ) Fortalecer a política institucional de segurança do paciente, provendo meios técnicos, financeiros, administrativos e recursos humanos.
- ( ) Seguir as orientações da Anvisa para vigilância, monitoramento e investigação dos incidentes relacionados à assistência.
- ( ) Apoiar a implementação de um plano de melhoria da qualidade para reduzir a incidência de lesão por pressão.

- a) 2, 2, 1, 2, 1
- b) 2, 1, 2, 1, 1
- c) 1, 1, 1, 2, 2
- d) 1, 2, 2, 1, 2
- e) 2, 2, 2, 1, 1

- 14.** A implementação de qualquer prática segura pede avaliação de desempenho, por meio da utilização de indicadores de qualidade, para averiguar se os processos de trabalho estão acontecendo conforme o planejado nos documentos institucionais, se os resultados alcançados respondem por aqueles almejados e se a melhoria contínua está sendo priorizada nos serviços de saúde. No que diz respeito aos indicadores de lesão por pressão e de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, é obrigatória a mensuração pelas organizações de saúde das seguintes métricas, **EXCETO**.
- a) Percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco para lesão por pressão na admissão e diariamente.
  - b) Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para lesão por pressão.
  - c) Incidência de lesão por pressão.
  - d) Percentual (%) de pacientes sinalizados para risco de lesão por pressão.
  - e) Prevalência de lesão por pressão.



15. A queda é considerada um evento que faz com que o indivíduo termine involuntariamente no chão ou em outro nível baixo, com ou sem lesões. Esse evento pode ser decorrente de fatores intrínsecos, como alterações fisiológicas ou patológicas, fatores psicológicos e efeitos colaterais de medicamentos; ou extrínsecos, relacionados ao comportamento e atividades dos indivíduos no meio em que habitam. No ambiente hospitalar, os pacientes estão em processo de restabelecimento da saúde e são considerados mais vulneráveis. Consequentemente, as quedas aumentam o período de internação e o custo do tratamento, além de acarretar desconfortos físicos e psicológicos ao paciente (ALVES *et al.*, 2017). Consciente dessa realidade, o Ministério da Saúde direciona intervenções a serem realizadas nos estabelecimentos de saúde, para prevenção desses eventos. Sobre essas intervenções é **CORRETO** afirmar:

- a) A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente, com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição, não sendo obrigatória a reavaliação em outro momento.
  - b) Todos os profissionais do serviço de saúde devem avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco, não havendo a necessidade de definir os profissionais responsáveis por essa avaliação.
  - c) No caso da ocorrência de queda, esta não deve ser notificada, uma vez que o evento já ocorreu, devendo a equipe se limitar a avaliar e atender o paciente imediatamente para mitigação/atenuação dos possíveis danos.
  - d) A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, não sendo necessário explicar como prevenir sua ocorrência, uma vez que isso é atribuição dos profissionais de saúde.
  - e) É necessário colocar sinalização visual para identificação de risco de queda, a fim de alertar toda a equipe de cuidado, e anotar no prontuário do paciente todos os procedimentos realizados.
16. O sucesso na gestão da segurança do paciente passa por um reconhecimento do risco relacionado à moderna assistência à saúde, que utiliza processos complexos e tecnologias potentes, cuja segurança muitas vezes depende do desempenho humano. Os objetivos da organização precisam ser consistentes com a meta de melhoria da segurança, que passa por uma comunicação aberta e não punitiva sobre os eventos adversos e falhas de segurança. Nesse intento, é preciso promover uma cultura de segurança em todos os âmbitos de serviços de saúde – um componente estrutural básico das organizações que reflete uma consciência coletiva relacionada a valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança. Além disso, significa olhar os incidentes de segurança não simplesmente como problemas, evitando culpabilizar aqueles profissionais que cometem erros não intencionais, mas tratar o assunto como uma oportunidade de melhorar a assistência à saúde (BRASIL, 2017). Face ao exposto, as práticas seguras para melhorar a qualidade do cuidado, por meio de criar e manter uma cultura de segurança são, **EXCETO**.
- a) Definir estruturas e sistemas de liderança.
  - b) Avaliar a cultura, informar sobre os resultados e intervir.
  - c) Promover o trabalho em equipe.
  - d) Identificar e mitigar os riscos e perigos.
  - e) Abordar individualmente os erros, com foco na pessoa que falhou.



17. Ainda no que confere à cultura de segurança nos serviços de saúde, é válido mencionar que se trata de um aspecto importante para o estabelecimento das estratégias e ações de segurança do paciente previstas no Plano de Segurança do Paciente, a serem planejadas, conduzidas e avaliadas pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N°. 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a cultura de segurança é definida como conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2016). Frente ao que foi relatado e olhando para a atuação do NSP, considere V para as assertivas verdadeiras e F para as assertivas falsas e, na sequência, assinale a alternativa **CORRETA**.

- ( ) Analise o incidente relacionado à assistência à saúde, enfatizando por que ocorreu, e não somente quem estava envolvido.
- ( ) Utilize ferramentas que possam determinar as razões que estão por trás das ações individuais frente à ocorrência de um incidente.
- ( ) Verifique se a segurança do paciente está refletida nas estratégias, nas estruturas e nos sistemas organizacionais da instituição.
- ( ) Verifique se as recomendações feitas após a ocorrência de um incidente estão sendo implementadas e avaliadas e se algo ainda precisa ser feito para a prevenção de incidentes.
- ( ) Divulgue aos profissionais e gestores os resultados obtidos da vigilância e monitoramento dos indicadores de segurança do paciente.

- a) V, F, V, F, V
- b) V, V, V, V, V
- c) F, F, F, F, F
- d) F, V, F, V, F
- e) V, V, V, F, F

18. A notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) é uma das atribuições do Núcleo de Segurança do Paciente. Todos os incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo os eventos adversos ocorridos em serviços de saúde, devem ser notificados ao SNVS, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N°. 36, de 25 de julho de 2013, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). De acordo com o Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, as análises detalhadas dos *never events* e dos óbitos, pelo SNVS, devem ser prioritárias no momento atual (BRASIL, 2016). Sobre esse processo de notificação de incidentes é correto afirmar, **EXCETO**.

- a) As notificações ao SNVS podem ser realizadas utilizando-se o módulo de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde do Notivisa 2.0 (módulo Assistência à Saúde).
- b) O módulo de notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde do Notivisa apresenta as possibilidades de notificação pelos NSP e por cidadãos (pacientes, familiares, acompanhantes e cuidadores), com linguagem adaptada para os diferentes públicos.
- c) A notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde, incluindo EA, pelo NSP é voluntária, de acordo com a RDC n°. 36/20137, e a identificação do serviço de saúde é confidencial, obedecidos os dispositivos legais.
- d) Os serviços de saúde devem desenvolver ações para sistematizar a busca de informações que alimentarão o sistema de informação.
- e) Em todos os formulários disponibilizados para notificação, não é necessária a identificação do paciente que sofreu o evento adverso.



19. Os resultados cirúrgicos melhoraram de forma significativa, e os procedimentos cirúrgicos altamente complexos se tornaram rotineiros. Por outro lado, o avanço tecnológico tornou o ambiente cirúrgico mais inseguro. Nesse âmbito, aproximadamente 234 milhões de operações são feitas anualmente no mundo, sendo que cerca de sete milhões de pacientes apresentam complicações sérias, e um milhão morrem durante ou logo após a operação. Mesmo os procedimentos mais simples envolvem dezenas de etapas críticas, com inúmeras oportunidades para falhas e grande potencial de erros que resultam em danos aos pacientes. Sendo assim, algumas medidas devem ser implementadas para reduzir o risco de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico, destacando-se a identificação correta do paciente e do local a ser operado; a esterilização eficiente do material usado; a administração segura da anestesia e a execução do ato cirúrgico com técnica rigorosa (SILVA *et al.*, 2020). Consciente dessa realidade, o Ministério da Saúde direciona intervenções a serem realizadas nos estabelecimentos de saúde para garantia de cirurgias seguras. Sobre essas intervenções é **INCORRETO** afirmar o seguinte:
- Confirmar a identificação do paciente, do sítio cirúrgico, do procedimento e do consentimento informado.
  - A identificação do sítio cirúrgico deverá ser realizada por qualquer profissional da unidade de origem do paciente, antes do encaminhamento do paciente para o local de realização do procedimento.
  - Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesiológista e equipe de enfermagem) do nome do paciente, do procedimento cirúrgico a ser realizado, do sítio cirúrgico e, quando necessário, do posicionamento do paciente.
  - O anestesiológista deverá revisar em voz alta o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar.
  - O instrumentador ou o técnico que disponibiliza o equipamento para a cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização e sua confirmação por meio do indicador de esterilização, demonstrando que a esterilização tenha sido bem sucedida.
20. O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, instituído pelo Ministério da Saúde, deve ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas (BRASIL, 2013). O referido protocolo traz intervenções para garantir a segurança na prescrição, dispensação e administração dos medicamentos. Com base nessa orientação, correlacione as duas colunas a seguir e assinale a alternativa que traz a sequência **CORRETA**:

**Coluna I**

- Prescrição de medicamento
- Dispensação de medicamento
- Administração de medicamento

**Coluna II**

- O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.
- Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral.
- Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo e utilizar, no mínimo, dois identificadores para confirmar o paciente correto.
- É indispensável a definição da velocidade de infusão, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento.



- ( ) É necessário analisar os medicamentos prescritos, evitando seguimento em possíveis erros.
- ( ) É preciso conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua, em caso de medicamentos de infusão contínua.
- a) ( ) 1, 2, 3, 1, 2, 3
- b) ( ) 1, 3, 2, 2, 1, 3
- c) ( ) 1, 3, 2, 1, 3, 2
- d) ( ) 3, 2, 1, 2, 3, 1
- e) ( ) 3, 2, 1, 1, 2, 3

## ESPECÍFICA

- 21.** A enfermagem está consolidada enquanto profissão, e a Unidade de Terapia Intensiva surgiu de um processo logístico cuja história evolui com o desenvolvimento científico e tecnológico alcançado, direcionando que o tratamento da maioria dos pacientes internados seja bem-sucedido. Nessa perspectiva, faz-se necessária uma equipe de saúde altamente especializada. Diante da necessidade de uma assistência segura, percebe-se que o enfermeiro atuante nessa ambiência deve apresentar uma formação sólida, qualificada e diferenciada, agregando experiência pessoal e profissional. Com sustentáculo nessa contextualização, analise as alternativas e marque a **INCORRETA**.
- a) A complexidade do trabalho no setor transforma a educação em prática necessária. Hodiernamente, o processo de desenvolvimento dos enfermeiros intensivistas deve ter característica de continuidade, tomando como bases as situações contextualizadas no ambiente, sendo interdita a interdisciplinaridade.
- b) Na terapia intensiva todos são considerados formadores e educadores, oriunda daí a responsabilidade da educação em serviço. Nesse axioma, o enfermeiro deve desenvolver a capacidade de atuação resolutiva e reflexiva.
- c) Para as atuações, protocolos podem ser desenvolvidos, assim como a identificação de situações que se constituem no imprevisível em que os desafios da atuação são evidenciados, devendo a educação ser uma prática constante.
- d) A competência profissional pode ser compreendida como a mobilização e articulação de valores, conhecimentos, habilidades e atitudes, portanto, além do conteúdo epistemológico, o profissional deverá saber fazer e saber ser.
- e) Nesse cenário, a agregação ao desenvolvimento das competências cognitiva, técnica, integrativa, contextual, relacional, afetivo-moral e de hábitos mentais devem ser conteúdos dialogados na terapia intensiva.
- 22.** No ano de 2003, o governo federal lançou a política Nacional de Humanização (PNH) no Brasil, intencionando práticas que consolidassem os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde e produzissem transformações nos modos de gestão e do cuidado, ao promoverem a transição do paradigma biomédico para um modelo de atenção à saúde integral com sustentáculo na humanização do cuidado. Avalie criteriosamente as alternativas a seguir e assinale a que **não corresponde à veracidade dos fatos**:
- a) O Humaniza SUS propunha a inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado, destacando ser possível a sua implementação pela rede e promovendo a produção de novos modos de cuidar e de organizar o trabalho.



- b) Com a intencionalidade respaldada pelas políticas públicas e pelos profissionais de saúde, o Humaniza SUS busca estruturar, delimitar e implementar ações que priorizam o atendimento das necessidades em detrimento da resolução de demandas.
- c) Provido de repercussões humanas, o cuidado na UTI e toda a harmonização do espaço, da estrutura organizacional e funcional necessária para a consolidação do processo de humanização não se efetivam por si sós, pois são dependentes de vários aspectos.
- d) O ambiente tecnológico da UTI seduz, per se, o profissional, muitas vezes fazendo-o olhar apenas para a patologia na sua relação com a tecnologia, atento a cada alteração, desconsiderando o principal foco de sua assistência: o cuidado integral ao paciente.
- e) Aprimorar o processo de humanização exige agregar aos cuidados centrados no paciente e nos familiares a avaliação das necessidades e das dificuldades da equipe profissional que atua na UTI. Portanto, além de mudanças disruptivas de cada sujeito trabalhador, importam alterações no cotidiano do trabalho e nas relações interpessoais.
- 23.** A UTI caracteriza-se por oferecer um nível elevado de assistência ao paciente crítico, com a assistência de equipe especializada e tecnologia avançada, que favorecem a monitoração contínua e a decisão acerca das terapias adotadas. Conforme a perspectiva de como gerenciar eventos adversos, que é constituinte da gerência de riscos, analise as alternativas a seguir e marque a **INCORRETA**.
- a) Gestão de risco é a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos e condutas, análise, avaliação, comunicação, controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana e a integridade profissional, sendo também acrescido a essa gestão o meio ambiente e a imagem institucional.
- b) Hodiernamente, as atividades relacionadas à gestão de risco são representadas por uma postura proativa diante das ameaças identificadas, pois permite o desenvolvimento de estratégias e o planejamento das atividades em resposta aos erros.
- c) A gestão de riscos compreende as ações estabelecidas pela RDC da Anvisa de número 36/2013, que estabelece, como responsabilidade do Núcleo de Segurança do Paciente, a identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e a comunicação de riscos.
- d) Incidentes em saúde podem ser classificados em circunstâncias notificáveis; quase erro (um incidente que alcançou o paciente); incidentes sem danos (que atingiu o paciente e não resultou em lesão) e incidente com dano (que resulta em evento adverso, com lesão desnecessária ao paciente).
- e) A tecnovigilância corresponde a um sistema de vigilância de eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde na fase de pós-comercialização, com vistas à recomendação de medidas que garantam a proteção e a promoção da saúde da população.
- 24.** O transplante é definido como a remoção de órgãos e tecidos de um doador seguida pelo implante em um receptor, o que torna essencial a importância do conhecimento acerca do binômio doação-transplante pela equipe de profissionais de saúde atuantes em áreas críticas, possibilitando a compreensão das etapas que compõem esse processo e a assistência de enfermagem ao paciente transplantado. Com sustentáculo nessa abordagem, avalie com criticidade as alternativas seguintes e identifique a **INCORRETA**:
- a) O manejo do paciente transplantado na fase pós operatória deve ser conduzido por meio de um plano assistencial focado na identificação precoce de alterações fisiológicas, pois a identificação das alterações clínicas e hemodinâmicas dissociada da imediata intervenção constitui fator determinante para o prognóstico do paciente transplantado.



- b) O sucesso do transplante está diretamente associado à manutenção de potenciais doadores e de seus órgãos, selecionando-se aqueles com melhor estabilidade hemodinâmica, uso de baixas doses de fármacos vasoativos, com a volemia compensada e ausência de disfunções orgânicas e sepse.
- c) O objetivo do tratamento imunossupressor é minimizar a possibilidade de rejeição aguda e /ou crônica do enxerto, além de outros efeitos adversos como os processos infecciosos, levando-se em consideração as duas fases dessa terapia imunossupressora: a fase de indução e a fase de manutenção.
- d) A monitoração terapêutica dos imunossupressores é profícua no pós-enxerto orgânico, haja vista que o avanço nas pesquisas direcionadas à imunossupressão possibilitam o uso consciente e ajustado à individualidade de cada paciente, direcionando ao uso de doses menores.
- e) As complicações pós transplantes podem ser resultantes da rejeição, que é mediada por células ou anticorpos, podendo ser aguda ou crônica. Podem acontecer alterações e complicações psicológicas, neurológicas, cardiovasculares, pulmonares, hepáticas, renais, pancreáticas, neoplasias e linfomas.
- 25.** O microambiente e o microbioma bucal podem ser alterados após 24 horas de intubação orotraqueal na ambiência do intensivismo. O efeito cumulativo de doenças bucais tem como agravante a placa dentária, que está diretamente relacionada às más condições de saúde bucal, sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil. Nesse axioma, o microbioma periodontal é complexo e desempenha função fundamental no estabelecimento da saúde dental, bem como no desenvolvimento de doenças periodontais que são prevalentes e podem afetar até 90% da população mundial. Some as alternativas corretas e assinale a pontuação resultante.
- I. É imprescindível ressaltar que a placa dentária é um exemplo de biofilme que pode ser formado em menos de 6 horas, nas superfícies dos dentes do indivíduo. Cada milímetro cúbico de biofilme dental pode conter aproximadamente 100 milhões de microorganismos, dentre eles, bactérias, vírus e fungos. ( 1 )
- II. No tocante à pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV), houve redução na sua incidência precoce quando a higiene bucal foi realizada com clorexidina a 2%. O seu uso na prevenção da PAV é dependente da dose e frequência, sendo a sua atividade antibacteriana dose-dependente. ( 2 )
- III. A clorexidina também foi testada no período pré-intubação, contudo a sua aplicação não proporcionou benefícios adicionais na prevenção do desenvolvimento da PAV precoce. ( 3 )
- IV. Nas primeiras 24 horas pós-intubação, o paciente deverá receber assistência para adequação do meio bucal pelo cirurgião dentista, com destaque para a remoção de focos infecciosos de dentes com riscos de avulsão ou de bordas cortantes, e de fatores de retenção de biofilme bucal, como cálculos dentários e aparelhos ortodônticos. ( 4 )

A soma das alternativas **VERDADEIRAS** resulta em:

- a) 8
- b) 7
- c) 10
- d) 9
- e) 5
- 26.** É cômico que, a partir da década de 1980, houve um incremento na tecnologia de equipamentos de ultrassom, cuja utilização na emergência e na Unidade de Terapia Intensiva ganhou espaço procedimental. Nessa perspectiva, assinale a alternativa **CORRETA**:
- a) O ultrassom é uma técnica de geração de imagens que resulta da interação entre a emissão de ondas sonoras de baixa frequência e a recepção de seus ecos.



- b) O ultrassom pode ser usado em diversas áreas da saúde para a avaliação de diferentes estruturas com características e densidades inespecíficas, sendo essencial a escolha do transdutor conforme o tipo de exame que se pretende realizar.
- c) A capacidade de o tecido, órgão ou líquido refletirem o som denomina-se ecogenecidade. Líquidos têm a capacidade de refletir sons ou gerar ecos e produzem imagens anecoicas.
- d) Quando se avalia um vaso arterial ou venoso, ou mesmo quando se realiza a avaliação da bexiga de um paciente, a imagem será anecoica, ou toda escura, pois nenhum eco retorna ao transdutor.
- e) As vantagens da utilização do ultrassom para guiar as punções venosas estão relacionadas com as complicações mecânicas no momento da inserção de cateteres, redução do número de complicações, escolha do vaso mais adequado para o tipo de cateter, número de tentativas, progressão do cateter dentro do vaso, mas não a preferência do paciente.
- 27.** A dor tem a finalidade fisiológica de proteção corporal e ocorre à medida que os tecidos são lesados, provocando uma reação individual em cada ser humano, no intuito de remover o estímulo que provoca o estado algíco. O fenômeno sensitivo-doloroso inicia-se por meio da transformação dos estímulos ambientais em potenciais de ação que partem das fibras nervosas periféricas e são transmitidas para o sistema nervoso central. Assinale **verdadeiro (V)** ou **falso (F)** nas alternativas e, a seguir, identifique a alternativa **CORRETA**:
- ( ) O padrão ouro de medida da algia é o autorrelato do paciente, que deve ser obtido com a maior frequência possível, porém, em situações críticas, nem sempre é possível realizá-lo, sendo necessária a utilização de ferramentas de mensuração da dor.
- ( ) O enfermeiro possui alta resolutividade e autonomia no manejo da dor. Na maior parte dos casos, é o profissional que a identifica, avalia e notifica à equipe, posteriormente, implementando ações específicas para cada caso e avaliando a sua eficácia.
- ( ) Nas situações em que o paciente consegue localizar a dor, pode-se utilizar o diagrama corpóreo, no qual as áreas dolorosas são marcadas pelo profissional que supervisiona, contribuindo para a identificação da etiologia e das condutas mais assertivas.
- ( ) A escala analógica visual consiste em duas linhas, vertical e horizontal, que representam a qualidade contínua da intensidade da dor, identificando nenhuma dor considerada ou dor máxima, sendo o paciente que marca o ponto correspondente ao seu nível doloroso.
- ( ) A escala da observação da dor do cuidado crítico (CPOT) é composta por quatro domínios comportamentais: expressão facial, movimentos corporais, tensão muscular e conformidade com o ventilador mecânico.
- a) V, V, F, V, V  
b) V, V, F, F, V  
c) F, V, V, F, F  
d) V, F, F, F, V  
e) F, V, F, F, V
- 28.** Desequilíbrio hidroeletrólítico cuja elevação aguda pode ocasionar a precipitação de fosfato de cálcio no coração, rins e pulmões, podendo ocasionar distúrbios de condução cardíaca, com a observância de sinais de hipocalcemia. O tratamento se faz principalmente através da identificação e da remoção (ou controle) do fator causal, havendo urgência apenas nos casos de bloqueio átrio-ventricular (BAV). Trata-se de
- a) hipercalcemia.  
b) hiperfosfatemia.  
c) hipermagnesemia.  
d) hiperpotassemia.  
e) hipomagnesemia.





29. Delirium é um distúrbio da consciência e cognição associado à desatenção que se desenvolve de forma aguda, tendo como característica marcante o curso flutuante. Sobre isso, identifique as alternativas **VERDADEIRAS (V)** ou **FALSAS (F)** e, a seguir, assinale a **CORRETA**.

- ( ) As alterações do quadro de delirium não podem ser explicadas por transtorno neurocognitivo preexistente ou demência em evolução.
- ( ) Considera-se o delirium como uma manifestação heterogênea com três subtipos: hiperativo, hipoativo e misto. O espectro hiperativo manifesta-se por aumento da atividade psicomotora acompanhada por agitação, mas sem alterações de humor.
- ( ) O uso de benzodiazepínicos e hemotransfusão são os únicos dois fatores modificáveis que apresentam uma forte evidência de associação com delirium, detectáveis por meio de ferramentas de rastreamento.
- ( ) Dor, desidratação, hipoglicemia, hiponatremia ou hipernatremia, uso em excesso de opióides e sangramento têm sido identificados como fatores pré-operatórios condicionantes para o quadro de delirium.
- ( ) Para o tratamento da disfunção, sugere-se a o uso da dexmedetomidina em adultos ventilados mecanicamente, tendo em vista que a agitação desses pacientes impede o desmame ventilatório e a extubação. Associado, o uso de antipsicótico deve ser efetuado como rotina no tratamento.

- a) F, F, V, V, F
- b) V, F, V, F, V
- c) V, F, V, V, F
- d) F, V, V, V, F
- e) V, V, F, V, V

30. Para o enfermeiro atuante na Unidade de Terapia Intensiva, é essencial o conhecimento das diferentes formas de monitorização de um paciente, bem como a habilidade técnica e o conhecimento científico para a atuação frente aos dados desse procedimento, que auxiliará na avaliação do estado hemodinâmico do paciente e indicará uma série de condutas a serem tomadas com o objetivo de restabelecer o quadro adequado de saúde. Avalie, as alternativas a seguir e assinale a **INCORRETA**.

- a) Mais importante que a própria monitorização é a interpretação de dados, havendo a necessidade de discernir entre o fisiológico e o anormal. Com apenas um dado de monitorização, pode-se obter uma gama de possibilidades diagnósticas, e cada uma indicará uma conduta diferenciada.
- b) Diferentes são as formas de monitorização invasiva para o paciente crítico, como a monitorização eletrocardiográfica, da pressão arterial, da respiração, da oximetria de pulso e da temperatura.
- c) Qualquer variação da transmissão do impulso pelo coração pode causar potenciais elétricos anormais e alterar os formatos de ondas no eletrocardiograma. Dessa forma, quase todas as anormalidades podem ser detectadas pela análise da forma de onda.
- d) A monitorização da pressão não invasiva (PNI) deve ser realizada em todos os pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Para essa mensuração, é utilizado um manguito de pressão com esfigmomanômetro, o qual pode estar conectado diretamente ao monitor.
- e) A oximetria de pulso permite a estimativa da saturação de oxigênio de hemoglobina arterial, e a forma de onda que está disponível na maioria dos oxímetros auxilia os enfermeiros a distinguir artefatos de uma onda plestimográfica confiável.



- 31.** A passagem de cateter de Swan-Ganz é um procedimento invasivo, demandando cuidados habituais durante sua introdução. Assim, o enfermeiro intensivista precisa conhecer as atribuições e cuidados durante a passagem do cateter de artéria pulmonar. Nessa assistência, todos os cuidados a seguir devem ser considerados, **EXCETO**:
- a) Proporcionar e garantir a colocação do campo estéril e das barreiras de proteção, assim como checar as conexões dos transdutores de pressão da artéria pulmonar e de pressão de átrio direito.
  - b) Preencher o CAP com soro fisiológico 0,9%, no intuito de garantir a permeabilidade do cateter e a ausência de ar, assim como certificar-se de que o balonete de ar foi insuflado e testado após a inserção do CAP, a fim de ratificar a integridade do mesmo.
  - c) Avaliar as curvas de pressão durante a passagem do CAP e detectar a presença de arritmias.
  - d) Realizar a verificação das curvas das pressões do CAP, fazer a calibração do sistema, coletar a mostras de sangue e realizar a primeira mensuração.
  - e) Realizar exame radiológico para a verificação do posicionamento do CAP.
- 32.** A pressão venosa central (PVC) representa, indiretamente, a pressão do átrio direito (PAD). Quantifica-se a pressão gerada pelo volume de sangue durante o retorno venoso com o objetivo de se estimarem a pré-carga cardíaca e o status volêmico do paciente grave. Analise as alternativas seguintes e assinale a **INCORRETA**.
- a) A monitoração da PVC está indicada a todo paciente que necessite de controle e avaliação do seu estado volêmico, como nas situações clínicas de choque, insuficiência renal aguda, sepse ou choque séptico, e desconforto respiratório.
  - b) Torna-se importante ressaltar que disfunções cardíacas, ventilação mecânica e utilização de fármacos vasoativos podem interferir em seus valores, pois podem ocorrer variações na complacência ou na capacitância venosa.
  - c) Algumas contra-indicações podem ser evidenciadas, como as síndromes obstrutivas da veia cava superior, trombose venosa profunda dos membros superiores, infecções e queimaduras nos locais de acesso venoso.
  - d) A mensuração da PVC deve ser criteriosa, com paciente em posição supina, devendo a posição do transdutor de pressão estar correta com relação ao zero hidrostático. Como a PVC pode sofrer variações da pressão intratorácica durante o ciclo respiratório, preconiza-se a sua verificação/afecção no início da expiração e da diástole.
  - e) Ao realizar a mensuração da PVC, procurar relacionar a onda A do traçado pressórico com o final da onda P do eletrocardiograma. Proceder à mensuração no final da expiração tanto em pacientes sob ventilação mecânica como em pacientes em respiração espontânea, verificando a morfologia da curva e sua relação com o ciclo respiratório.
- 33.** A patologia de Alzheimer é um estado crônico que resulta em perda do funcionamento neurológico por declínio cognitivo progressivo e demência. Inicia-se com esquecimento generalizado que progride até o quadro de afasia e dependência de terceiros para o autocuidado. Com relação a esse quadro patológico foram identificados estágios. Marque se **verdadeiras (V)** ou **falsas (F)** as afirmativas seguintes:
- ( ) O estágio inicial é caracterizado pela fase de esquecimento e incerteza; os sintomas são abruptos e atribuídos de forma inequívoca ao envelhecimento natural.
  - ( ) O estágio posterior, que ocorre na fase confusional, é o estágio médio, que é a fase de demência propriamente dita.
  - ( ) Estágio final é considerado a fase terminal da doença, mas, em virtude da lentidão da patologia, o declínio do paciente é progressivo, sendo as fases facilmente identificadas, embora a doença possa ser muito individualizada.



- ( ) O delirium é definido como um distúrbio da consciência e da cognição que se desenvolve em um curto período de tempo. Não raramente é confundido com demência, sendo classificado, de acordo com o comportamento psicomotor, em hipoativo, hiperativo e misto.
- ( ) O delirium está associado a múltiplas complicações do quadro clínico, como a extubação acidental, a perda de cateteres venosos centrais e ao maior período de internação na UTI.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) F, F, V, V, V
- b) V, F, V, V, F
- c) F, V, F, V, V
- d) V, V, F, V, F
- e) F, F, V, F, V

**34.** As modificações mais comuns de eletrólitos causam alterações frequentes no eletrocardiograma. O desequilíbrio eletrolítico afeta as fases de despolarização e repolarização do ciclo cardíaco, ao alterar o potencial através da membrana da célula cardíaca. Analise as alternativas e assinale a que **NÃO** corresponde à VERACIDADE dos fatos científicos.

- a) Na hipercalemia, a mais precoce manifestação eletrocardiográfica é uma grande onda em T, em tenda e apiculada, verificando-se também uma redução do complexo QRS com achado laboratorial evidenciando potássio acima de 5,5 m Eq/l.
- b) Na hipopotassemia, observa-se a tríade clássica: depressão do segmento ST com diminuição da amplitude da onda T e aumento da onda U vistas nas derivações precordiais laterais, podendo estar associados a quadro de hipomagnesemia.
- c) A hipercalcemia severa acima de 16 mg/dl pode incluir prolongamento do PR, aumento difuso da amplitude do complexo QRS, ondas T bifásicas, aumento de onda U e até o aparecimento de ondas Osborne (característica de hipotermia).
- d) Na hipocalcemia severa, evidencia-se a inversão, achatamento e diminuição da voltagem das ondas T. As alterações são exacerbadas pela presença de hipomagnesemia. Pode ocorrer o sinal de trousseau, uma precipitação de espasmo carpal pela redução do suprimento sanguíneo para as mãos.
- e) A hipotermia é a diminuição da temperatura corporal abaixo de 35°. Pode ser leve, moderada e profunda. Ocorre a presença da onda J de Osborne e elevação do ponto J. A bradicardia sinusal ou juncional podem estar presentes.

**35.** O manejo de pacientes neurocríticos tem como objetivos principais a identificação, prevenção e tratamento de insultos encefálicos potencialmente prejudiciais. Entre as estratégias utilizadas para a assistência a esses pacientes, destaca-se o uso da monitorização neurológica multimodal, definida como um conjunto de informações obtidas a partir de diversas tecnologias para avaliação da integridade do sistema nervoso central. Some as alternativas corretas e assinale a pontuação evidenciada.

- I. A monitoração da pressão intracraniana (PIC) tem análise de formato e tendência de onda que permite a avaliação, interpretação e intervenção ativa no tratamento de situações de emergências neurológicas. A monitorização da PIC pode ser obtida apenas por meio da monitorização invasiva. (2).
- II. A aferição do diâmetro da bainha do nervo óptico por procedimento ultrassonográfico permite a mensuração indireta da PIC, e as imagens podem ser obtidas à beira do leito, em pacientes com instabilidade hemodinâmica. (3)
- III. A avaliação pupilar (pupílometria) permite ao enfermeiro avaliar o II nervo craniano (nervo oculomotor) e o III nervo (óptico), pois a diminuição ou ausência da resposta dos nervos cranianos podem indicar hipertensão intracraniana. (4)



IV. Para a monitorização invasiva da PIC, faz-se necessária a inserção de cateter intracraniano por orifício de trepanação ou craniotomia, pelo neurocirurgião. A porção distal do cateter pode ser posicionada em diferentes locais do espaço intracraniano, dependendo das condições clínicas e neurológicas do paciente, bem como da integridade do sistema ventricular. ( 5 )

A soma das afirmativas **CORRETAS** totaliza

- a) 7
  - b) 5
  - c) 12
  - d) 6
  - e) 8
- 36.** Fármaco utilizado na Unidade de Terapia Intensiva na recuperação emergencial da pressão sanguínea em estados hipotensivos agudos refratários à reposição volêmica. Na ausência de cateter venoso central, as infusões devem ser realizadas em veia de grande porte. Sua infusão, mesmo que emergencial, não pode ser administrada em membros inferiores, haja vista a presença da arteriosclerose e endarterite diabética. Trata-se de
- a) sulfato de atropina.
  - b) cloridrato de dopamina.
  - c) hemitartrato de norepinefrina.
  - d) gluconato de cálcio.
  - e) hidrocloreto de norepinefrina.
- 37.** Este hormônio com efeito antidiurético e vasopressor possui ação hemostática e efeitos na termorregulação. Como fármaco é indicado em casos de choque séptico, diabetes insipidus e hemorragia gastrointestinal. Não é fotossensível, podendo ser diluído em soro glicosado 5%, soro fisiológico 0,9% e em ringer lactate. Trata-se de
- a) dobutamina.
  - b) vasopressina.
  - c) nitroprussiato de sódio.
  - d) fenitoína.
  - e) fisostigmina.
- 38.** Faz-se necessário um amplo conhecimento pelo enfermeiro acerca da farmacocinética e da farmacodinâmica na UTI. Diante desse sustentáculo epistemológico diferenciado, avalie as alternativas a seguir que estão **corretas, com EXCEÇÃO** de
- a) O cloridrato de dopamina é indicado em caso de hipotensão e choque, e seus efeitos são dose-dependente. Tem vários usos clínicos devido a sua ação inotrópica, cronotrópica e vasopressora, demandando atenção em situações de hipovolemia, hipóxia, hipercapnia e acidose que necessitam de correção antes que esse fármaco seja administrado.
  - b) A amiodarona é um antiarrítmico indicado para distúrbios graves do ritmo cardíaco, como taquicardia ventricular sintomática e alterações do ritmo associadas à síndrome de Wolff-Parkinson-White.
  - c) Em caso de extravasamento de norepinefrina para região pericaterter, deve-se interromper a infusão, garantindo antes um novo acesso; aspirar a medicação residual do acesso extravasado e administrar o antídoto para a isquemia por extravasamento, que é o medicamento naloxone.



- d) A dobutamina é um derivado da dopamina com mais propriedades inotrópicas do que efeitos cronotrópicos e arritmogênicos. Pode ser administrada somente por infusão intravenosa, devendo-se considerar importante a monitoração do potássio sérico durante o seu uso.
- e) O nitroprussiato de sódio deve ser conservado em temperatura ambiente, protegido da luz e no cartucho. Somente pode ser diluído em soro glicosado e, em caso de intoxicação por cianeto, deve-se interromper a infusão e administrar a solução de hidroxocobalamina, pois esta reage com cianeto livre, resultando em vitamina B12, que é rapidamente eliminada.
- 39.** Distúrbio eletrolítico com grande potencial de mortalidade, apresenta-se associada a hiperosmolaridade plasmática e normalmente é causada por um déficit de água (aporte baixo ou perdas anormais), podendo cursar com hipovolemia, normovolemia ou hipervolemia. Trata-se de
- hipernatremia.
  - hipercalemia.
  - hipermagnesemia.
  - hipercalcemia.
  - hipocalemia.
- 40.** O choque cardiogênico é um estado de perfusão tissular inadequada por deterioração da função sanguínea. É a maior causa de morte nos pacientes internados por infarto agudo do miocárdio, com incidência entre 5 e 10%, e mortalidade variando entre 50 e 80%. Com base nessas informações, analise as alternativas seguintes e identifique a **INCORRETA**.
- A depressão do débito cardíaco associa-se a má perfusão periférica, hipóxia tissular e acidose láctica. A hipotensão arterial mantida diminui ainda mais a perfusão coronariana, intensificando o déficit perfusional e a disfunção miocárdica.
  - Secundariamente ocorrerá estimulação simpática compensatória, com aumento da frequência cardíaca, da contratilidade miocárdica e da retenção de fluidos em nível renal aumentando a pré-carga, pós-carga e consumo de oxigênio pelo miocárdio.
  - A disfunção miocárdica terá, invariavelmente, um componente sistólico, de hipocontratilidade, e um diastólico, de decréscimo da complacência ventricular.
  - A conduta inicial inclui a reposição volêmica, obtenção de acesso venoso central, e pressão arterial invasiva, sonda vesical e oximetria de pulso. Não são incomuns a necessidade de intubação e ventilação mecânica.
  - O suporte farmacológico de escolha é o cloridrato de dobutamina, se a pressão sistólica estiver superior a 60 mmHg, administrado para diminuir a contratilidade cardíaca. Nos casos de hipotensão mais acentuada, poderá ser necessária a utilização de dopamina ou de norepinefrina.
- 41.** Arritmia que raramente ocorre na ausência de patologia cardíaca, estando associada à patologia valvar mitral ou tricúspide, doença pulmonar obstrutiva crônica, embolia pulmonar, tireotoxicose, obesidade, apnéia obstrutiva do sono e pericardite. Apresenta ondas F geralmente negativas. Pode ocorrer após cirurgia cardíaca, desencadeada por circuito de reentrada intra-atrial. As manifestações clínicas incluem palpitações, vertigens, hipotensão, diaforese. É uma arritmia revertida com a cardioversão elétrica, porém, devido ao risco de embolização sistêmica, a anticoagulação oral é indicada. Trata-se da seguinte arritmia:
- fibrilação atrial.
  - taquicardia ventricular polimórfica.
  - torsade de pointes.
  - flutter atrial.
  - taquicardia atrial multifocal.



42. Fármaco que antagoniza a ação do neurotransmissor parassimpático acetilcolina nos receptores muscarínicos. É um sulfato e bloqueia o efeito do nervo vago tanto no nó sinoatrial como no nó atrioventricular, aumentando a frequência e facilitando a condução elétrica. Utilizado em bradicardias sintomáticas. Foi retirado do fluxograma de manuseio da assistolia e da atividade elétrica sem pulso. Trata-se de
- atropina.
  - amiodarona
  - flumazenil.
  - vasopressina.
  - bicarbonato de sódio.
43. A monitorização da pressão intra-abdominal é um procedimento de indicação médica, mas sua realização é de competência do enfermeiro. Os efeitos adversos da hipertensão intra-abdominal são conhecidos há anos, mas recentemente tem se dado uma importância clínica mais significativa à PIA elevada. **Todas as afirmativas a seguir estão corretas, com EXCEÇÃO** da
- A hipertensão intra-abdominal pode ser definida como uma elevação acima de 12 mmHg adquirida por três mensurações realizadas com intervalos de 4 a 6 horas.
  - Pressões entre 15 e 20 mmHg podem ser comprometedoras e causar aumento do débito urinário, oligúria, hipoxemia e aumento do débito cardíaco.
  - A PIA elevada é detectada principalmente em pacientes em choque, nos quais ocorre isquemia na mucosa intestinal, com liberação de toxinas bacterianas, mediadores inflamatórios, radicais livres e oxigênio, causando edema da parede intestinal.
  - A PPA (pressão de perfusão abdominal) avalia não somente a gravidade da PIA, mas a adequação relativa do fluxo sanguíneo abdominal. A PPA é igual à PAM (pressão arterial média) menos a pressão intra-abdominal (PIA).
  - As complicações da PIA são hipertensão intra-abdominal e síndrome do compartimento abdominal e estão diretamente relacionadas com as alterações na cavidade abdominal. Deve-se atencionar para abdome distendido e tenso, aumento da pressão inspiratória, hipercapnia e oligúria.
44. Choque é um estado de falência circulatória aguda que resulta em uma transferência inadequada de oxigênio aos tecidos. Esse processo dependerá do débito cardíaco e do teor de oxigênio sanguíneo, o qual é determinado pela concentração de hemoglobina e pela saturação de oxigênio arterial. Com relação à temática de choques e o seu conhecimento anátomo-fisiológico e patológico, avalie se **verdadeiras (V)** ou **falsas (F)** as seguintes afirmativas e em seguida marque a alternativa **CORRETA**.
- Quando a transferência de oxigênio é inadequada para atender às demandas teciduais do organismo, as células utilizam o metabolismo anaeróbico para a produção de energia, gerando o ácido lático.
  - Os fatores determinantes do choque são o débito cardíaco, frequência cardíaca, pré-carga, contratilidade e pós-carga, sendo o débito cardíaco o volume de sangue ejetado pelo coração, por minuto.
  - Entende-se por pré-carga a resistência à ejeção de sangue pelo ventrículo, determinada pela resistência vascular sistêmica, e por pós-carga, o volume de sangue presente no ventrículo ao final da diástole, dependendo do estiramento das fibras cardíacas.
  - O choque é uma síndrome caracterizada por estágios que correspondem às alterações fisiológicas e manifestações do organismo frente à hipoperfusão tecidual. Pode-se dividir o quadro em três estágios: choque compensado, choque descompensado e síndrome de disfunção de múltiplos órgãos.



( ) A síndrome de disfunção de múltiplos órgãos pode ser avaliada por escores que pontuam alterações fisiológicas, laboratoriais e a necessidade de suporte terapêutico, sendo um deles o escore SOFA, que é caracterizado como escore de avaliação da falência sequencial de órgãos.

- a) V, V, V, V, V
- b) F, V, F, V, V
- c) V, F, F, V, F
- d) F, V, V, V, F
- e) V, V, F, V, V

45. De acordo com a classificação dos estados de choque quanto ao padrão hemodinâmico e as intervenções de enfermagem, é essencial o reconhecimento das diferenças em sua patogênese e fisiologia, para estabelecimento de medidas terapêuticas e a assistência criteriosa na ambiência da Unidade de Terapia Intensiva. Sobre essa abordagem, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) O choque hipovolêmico pode ser classificado em subtipos conforme a sua etiologia: choque hemorrágico traumático, choque hemorrágico não traumático, choque hipovolêmico com sequestro de líquidos e choque hipovolêmico com restrição de líquidos.
- b) O choque cardiogênico inclui medidas de suporte geral, monitorização hemodinâmica invasiva, não invasiva, metabólica, farmacológica; reperfusão coronária e tratamento cirúrgico, a depender da causa do choque. A principal causa desse choque é a síndrome coronariana aguda.
- c) O choque distributivo pode se apresentar como choque endócrino devido ao hipotireoidismo e hipocortisolismo, anafilático, neurogênico e choque séptico, sendo este último a principal causa de internação na UTI e de alta mortalidade.
- d) O choque obstrutivo é uma condição causada pela obstrução dos grandes vasos ou do próprio coração. Seus sintomas são inespecíficos, e a condição é caracterizada pela resposta autônoma compensatória na forma de taquicardia, taquipnéia, oligúria e alteração de consciência.
- e) As causas do choque obstrutivo podem culminar em parada cardiorrespiratória, devendo ser lembradas como causas reversíveis o tamponamento pericárdico e o pneumotórax hipertensivo, exceto o tromboembolismo.

46. Em virtude da complexidade dos aspectos fisiopatológicos e da variedade das disfunções orgânicas relacionadas à sepse e ao choque séptico, o paciente pode ainda necessitar de suportes como, **EXCETO**

- a) suporte inotrópico, com a utilização da dobutamina em pacientes com débito cardíaco baixo, hipoperfusão tecidual persistente e estado volêmico adequado.
- b) suporte com corticosteroides, com a administração de baixas doses de hidrocortisona em pacientes com choque séptico que desenvolvem insuficiência adrenal.
- c) suporte de transfusão sanguínea, quando a taxa de hemoglobina está menor que 5 g/dl, na presença de circunstâncias como isquemia miocárdica ou hipoxemia grave.
- d) suporte de sedação e analgesia em pacientes submetidos a ventilação mecânica, sendo que a interrupção diária e a administração de sedação intermitente também são benéficas por promoverem a redução dos dias da ventilação artificial.
- e) suporte de controle glicêmico, pois os níveis de glicemia devem permanecer inferiores a 180 mg/dl, e tanto a terapia renal constitutiva contínua quanto a intermitente têm apresentado resultados benéficos no controle da injúria renal aguda.



47. A hipertensão intracraniana é uma síndrome associada a diversas patologias neurológicas e neurocirúrgicas, sendo considerada uma emergência neurológica que necessita de tratamento clínico e/ou cirúrgico imediato. Avalie se **verdadeiras (V)** ou **falsas (F)** as afirmativas seguintes:

- ( ) O dióxido de carbono modifica o diâmetro do vaso sanguíneo e o fluxo sanguíneo encefálico. Quando a  $Paco_2$  aumenta, o FSC (fluxo sanguíneo cerebral) diminui, pelo mecanismo da vasodilatação. Quando a  $Paco_2$  diminui, o FSC (fluxo sanguíneo cerebral) aumenta, pelo mecanismo da vasoconstricção.
- ( ) Qualquer atividade que propicie o aumento da pressão arterial, como tosse, aspiração e agitação em pacientes que estejam com a autorregulação comprometida, pode causar um aumento no FSC e, conseqüentemente, aumento da pressão intracraniana (PIC).
- ( ) A PPC é definida como a pressão de perfusão cerebral, que é a diferença entre a PAM (pressão arterial média) e a PIC (pressão intracraniana), com valores normais em adultos de 60 a 70 mmHg.
- ( ) A causa mais comum do aumento da PIC é o edema encefálico. O edema citotóxico se caracteriza pelo acúmulo de água e proteínas plasmáticas no espaço extracelular da substância branca, decorrendo da perda da integridade da barreira hematoencefálica.
- ( ) O edema vasogênico caracteriza-se pelo acúmulo de água no compartimento intracelular por falha na bomba de sódio e potássio da membrana celular, sendo mais importante na substância cinzenta.

Marque a alternativa **CORRETA**.

- a) F, V, V, F, F
- b) V, V, V, F, F
- c) F, V, F, F, V
- d) V, F, V, V, F
- e) V, F, V, V, V

48. A ventilação mecânica constitui um dos pilares terapêuticos mais importantes para a maioria dos pacientes graves, com insuficiência respiratória como causa primária da internação ou ainda decorrente de complicações no pós-operatório; insuficiência cardíaca; embolia pulmonar e sepse, dentre outros. Assim sendo, a decisão de iniciar a VM parte de uma avaliação com base em parâmetros clínicos que podem ser identificados pelo profissional enfermeiro. Além da avaliação da dinâmica respiratória, são considerados indicações para ventilação mecânica invasiva, com **EXCEÇÃO** de

- a)  $PaCo_2 < 50$  mmHg com  $Fio_2 > 0,60$  %.
- b)  $PaCo_2 > 50$  mmHg com  $pH < 7,25$ .
- c) frequência respiratória  $> 45$  rpm.
- d) capacidade vital duas vezes menor que o volume corrente.
- e) uso de musculatura acessória.

49. A disfunção renal é uma síndrome clínica caracterizada por declínio da função renal, com acúmulo de metabólitos e alteração de eletrólitos, podendo ser subdividida em injúria renal aguda (IRA) e insuficiência renal crônica (IRC), de acordo com o tempo de desenvolvimento da patologia. Com base nesse axioma, considerando a importância de reconhecimento dos biomarcadores pelos enfermeiros intensivistas, assinale a afirmativa **INCORRETA**.

- a) A perda da função renal na IRA é mais facilmente detectada pela medição da creatinina sérica usada para estimar a taxa de filtração glomerular.
- b) A creatinina sérica tem baixa sensibilidade para o diagnóstico precoce da IRA, e, como marcador de filtragem glomerular, não consegue diferenciar de diversas causas da IRA.





- c) A creatinina pode não ser confiável quando o paciente já tem IRC e sofre algum insulto agudo, pois, nesses casos, ocorre aumento da creatinina, mesmo com a queda importante da filtração.
- d) O NGAL é uma proteína considerada um dos marcadores mais precoces na IRA isquêmica, mas não na IRA nefrotóxica.
- e) O NHE3 é o principal transportador de sódio do túbulo proximal.

**50.** A trombose venosa profunda (TVP) é decorrente da formação de um trombo na rede venosa que gera uma reação inflamatória e causa obstrução venosa parcial ou total, tendo como uma das principais complicações a embolia pulmonar. Analise as alternativas a seguir e marque a **INCORRETA**:

- a) Os fatores de risco para o desenvolvimento da TVP estão associados com imobilização, obesidade, traumas, gravidez, puerpério, diabetes, sepse, porém não se considera como fator de risco o uso de anovulatórios orais.
- b) Embora possa lesar vasos de quaisquer segmentos, a TVP acomete principalmente os membros inferiores, podendo haver casos clinicamente assintomáticos.
- c) Podem acontecer os sintomas clássicos como aumento da temperatura local, edema, dor e rigidez da musculatura da panturrilha.
- d) A prevenção baseia-se na profilaxia medicamentosa, por meio de anticoagulantes, e na profilaxia mecânica, com o uso intermitente de meias de compressão gradual e instrumentos de compressão pneumática.
- e) Inseridos na assistência de enfermagem voltada para a prevenção da trombose, está a monitorização da sensibilidade dos membros, observando-se sinais de hiperemia e hipertermia na região da panturrilha e atentando-se para os cuidados na administração de heparina subcutânea.

Com a crescente incidência de complicações relacionadas ao aumento da pressão intra-abdominal (PIA) em pacientes críticos, recomenda-se a sua mensuração com a finalidade de reduzir um estado de hipoperfusão aguda grave, já que a perfusão orgânica dentro de compartimentos ou cavidades pode ser comprometida quando a pressão abdominal excede a pressão nos capilares.

Com base na afirmação acima, responda às questões **51** e **52**.

**51.** Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O surgimento da hipertensão intra-abdominal (HIA) durante a internação na unidade de terapia intensiva (UTI) é um fator de risco independente para mortalidade, porém alguns estudos demonstram que a PIA elevada esteve associada ao desenvolvimento da disfunção de múltiplos órgãos e, conseqüentemente, à alta letalidade.
- b) O surgimento da hipertensão intra-abdominal (HIA) durante a internação na unidade de terapia intensiva (UTI) não é um fator de risco independente para mortalidade, porém alguns estudos demonstram que a PIA elevada esteve associada ao desenvolvimento da disfunção de múltiplos órgãos.
- c) Hipertensão intra-abdominal é definida como um aumento agudo da PIA, que pode promover complicações que não provocam o acometimento do sistema orgânico, resultando em falência de múltiplos órgãos e óbito.
- d) Dada a diminuição da incidência de HIA nos pacientes criticamente enfermos, torna-se mais clara a necessidade da verificação da PIA em pacientes críticos e cirúrgicos em UTI, em decorrência de complicações relacionadas à sua elevação.
- e) A síndrome policompartimental, termo recentemente empregado, resulta da instauração da HIA e de sua repercussão em diversos sistemas orgânicos que, independentemente da causa, causam diminuição do retorno venoso e conseqüente diminuição da resistência vascular periférica, a qual, por sua vez, provocará diminuição da resistência sobre o diafragma, que, por conseqüente, eleva a pressão intratorácica (PIT), diminuindo o débito cardíaco e a pressão de perfusão cerebral (PPC), culminando, inevitavelmente, na elevação da pressão intracraniana (PIC).



**52.** Assinale a alternativa que contém alguns fatores clínicos que podem evidenciar uma HIA:

- a) Cianose de extremidades e abdômen escafoide.
- b) Abdome distendido e tenso; aumento da pressão inspiratória.
- c) Oligúria e diminuição da pressão inspiratória.
- d) Hipercania refratária à administração de oxigênio e cianose de extremidades.
- e) Hipóxia refratária e aumento da pressão inspiratória.

**53.** A Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS, do inglês *Richmond Agitation-Sedation Scale*) é uma das ferramentas de avaliação de sedação mais válida e confiável utilizadas em pacientes adultos de UTI. A escala de RASS foi desenvolvida e validada para avaliar ansiedade e agitação de pacientes em cuidados intensivos. Nesse sentido, os protocolos de analgesia e sedação são escolhidos em consenso pela equipe multidisciplinar das unidades e normatizam o uso de analgésicos e sedativos, de tal forma que o enfermeiro, em sua avaliação clínica da dor e da agitação/ansiedade do paciente, faz uso dessa escala.

Conforme o texto, assinale o nível da escala de RASS que mantém os pacientes em seu nível ótimo, sem dor e com sedação consciente:

- a) RASS ( 0 a -2).
- b) RASS ( 0 a +1).
- c) RASS ( +1 a -1).
- d) RASS ( -2 a -3).
- e) RASS ( -4 a -5).

**54.** Embora todos os tipos de choque possam desembocar no mesmo estágio final de falha de múltiplos órgãos, como resultado do desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio, reconhecer as diferenças em sua patogênese e fisiopatologia torna-se fundamental não somente para fins de ensino, mas, principalmente, para guiar medidas terapêuticas e cuidados de enfermagem.

Assinale a alternativa que apresenta o choque caracterizado pela perfusão inadequada de órgãos, geralmente causada pela perda aguda de volume do líquido extracelular, ou seja, intravascular, com diminuição das pressões e volumes de enchimento diastólico:

- a) Choque cardiogênico.
- b) Choque neurogênico.
- c) Choque hipovolêmico.
- d) Choque obstrutivo.
- e) Choque distributivo.

**55.** Nas UTIs há diferentes disposições de leitos: alguns têm visualização direta do posto de enfermagem; outros estão mais afastados e, em algumas unidades, encontram-se quartos fechados, com seus espaços físicos separados por paredes e delimitados por portas. O leito a ser ocupado pelo paciente é uma decisão da equipe ou, na maioria das vezes, do próprio enfermeiro. Para isso, os critérios levados em consideração relacionam-se a

- a) a gravidade do paciente; idade; alteração do nível de consciência.
- b) aos valores glicêmicos; comorbidades; alteração do nível de consciência.
- c) adequação do espaço de acordo com os equipamentos de que o paciente esteja fazendo uso; não rastreamento microbiológico.
- d) necessidade de maior vigilância, sem levar em consideração a idade.
- e) necessidade de acompanhamento por familiar ou cuidador; facilidade em solicitar atendimento da equipe, por distúrbios da fala.



56. Cerca de 24 a 80% dos pacientes internados na UTI apresentam níveis de ansiedade moderados a graves. A ansiedade do paciente crítico é de origem multifatorial, embora sua principal causa seja a dor. Além de tratar a dor para o controle da ansiedade, é importante cuidar da higiene ambiental (evitar luz intensa, respeitar períodos de vigília-sono, evitar os ruídos contínuos e elevados, falar pausadamente). Quando essas medidas não são suficientes para reduzir a ansiedade, torna-se necessário recorrer a medicamentos sedativos que garantam o conforto e a segurança do paciente.

Assinale a alternativa **CORRETA** em relação às consequências da administração de analgésicos e sedativos de forma contínua e às flutuações no nível de sedação.

- a) síndrome de Burnot.
- b) síndrome de privação e delirium.
- c) analgesia e sedação.
- d) coma induzido.
- e) períodos de vigília e sono.

57. A síndrome pós-cuidados intensivos (do inglês PICS) é um conjunto de deficiências funcionais significativas que englobam as disfunções físicas, cognitivas e psiquiátricas novas ou agravadas que promovem elevado déficit na prática das atividades de vida diária (AVD), com comprometimento decorrente da doença crítica e de sua persistência além da hospitalização. Essa "nova doença" é causada por complicações relacionadas à estadia do doente na UTI e tem o potencial de reduzir sua qualidade de vida e, muitas vezes, também a de seus familiares (PICS-F). A PICS pode acometer três quartos dos pacientes egressos das UTI e, por sua magnitude e grau de desajustes provocados, é reconhecidamente um problema de saúde pública. O que provoca a PICS ainda é incerto, mas, dos vários estudos de follow up realizados com pacientes egressos da UTI, inferiu-se que alguns dos fatores intervenientes fazem parte do cotidiano da assistência na terapia intensiva.

Qual dos seguintes fatores de riscos **NÃO** está associado à síndrome pós-cuidados intensivos (PICS)?

- a) Disfunções físicas, cognitivas e psiquiátricas.
- b) Comprometimento das atividades de vida diária (AVD).
- c) Causa exclusivamente relacionada à persistência da doença crítica.
- d) Potencial para afetar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares (PICS-F).
- e) Deficiências nutricionais.

58. A perda da função renal na IRA é mais facilmente detectada pela medição da creatinina (Cr) sérica, usada para estimar a taxa de TFG. Embora a Cr sérica seja amplamente utilizada no diagnóstico da presença de IRA, é um biomarcador pouco adequado, pois reflete a mudança na função renal. Consequentemente, tem baixa sensibilidade para o diagnóstico precoce da IRA e, como marcador de filtração glomerular, não consegue diferenciar as diversas causas da IRA. Variações consideráveis na filtração não alteram (ou alteram muito pouco) a creatinina, e o transplante renal, no doador, não traz alteração da Cr, apesar de ter perdido 50% da massa renal. Um estudo recente em modelo experimental com sepse mostrou que, apesar de haver queda importante da filtração glomerular, houve diminuição dos níveis séricos de creatinina. A Cr sérica pode não ser confiável também quando o paciente já tem IRC e sofre algum insulto agudo, pois, nesses casos, ocorre pequena elevação da Cr, mesmo com a queda importante da filtração. Por isso, assim como no infarto do miocárdio, existem marcadores precoces para a identificação da lesão renal. No momento, existem inúmeras pesquisas tentando identificar marcadores precoces de IRA, sendo que a busca hoje é por um marcador que não sofra tanta interferência de massa muscular, da disfunção orgânica, da sepse, entre outras patologias.



Em relação aos biomarcadores na insuficiência renal aguda (IRA), considere as seguintes afirmativas e assinale a opção **CORRETA**:

- I. A creatinina sérica, embora amplamente utilizada, é um biomarcador pouco adequado para o diagnóstico precoce da IRA, devido à sua baixa sensibilidade e incapacidade de diferenciar diversas causas da doença.
- II. Em casos de insulto agudo em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC), a creatinina sérica pode apresentar pequena elevação, mesmo diante de uma queda significativa na filtração, assemelhando-se ao comportamento observado no infarto do miocárdio.
- III. O biomarcador NGAL (neutrophil gelatinase-associated lipocalin) é considerado um dos marcadores mais precoces na IRA isquêmica e nefrotóxica, sendo uma proteína normalmente expressa em baixos níveis nos rins, pulmões, estômago e cólon.
- IV. IL-18, uma citocina pró-inflamatória, é induzida e clivada no túbulo proximal durante a insuficiência renal aguda, sendo um marcador útil para identificar a lesão renal.
- V. Enzimas tubulares urinárias, como a alanina aminopeptidase (AAP) e a fosfatase alcalina (ALP), são liberadas das células epiteliais tubulares proximais, antes do aumento detectável na creatinina sérica.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Apenas as afirmativas I e III são verdadeiras.
  - b) Apenas as afirmativas II e IV são verdadeiras.
  - c) Apenas as afirmativas III e V são verdadeiras.
  - d) Todas as afirmativas são verdadeiras.
  - e) Todas as afirmativas são falsas.
- 59.** A elaboração de um protocolo de cuidados direcionados para pacientes sob controle intensivo da glicemia pode contribuir para a dinâmica da assistência, tendo em vista as informações acerca do controle glicêmico, valores de glicemia; orientações quanto aos intervalos de aferições da glicemia, periodicidade de troca das soluções; entre outras peculiaridades, segundo a rotina de cada instituição. Nesse ínterim, é extremamente importante o planejamento de enfermagem pelo enfermeiro intensivista, **EXCETO**
- a) aferir a temperatura corporal regularmente.
  - b) avaliar sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia.
  - c) garantir um rodízio adequado de punção das falanges.
  - d) realizar o preparo da solução de insulina sem considerar a estabilidade.
  - e) manter atenção ao início da infusão endovenosa contínua de insulina e ao controle rigoroso das glicemias subsequentes, em especial naqueles pacientes em terapia renal substitutiva em curso (hemodiálise).



**60.** A utilização da ultrassonografia na área da saúde é algo relativamente recente na história. A curiosidade de poder desvendar o corpo humano de outras maneiras levou a grandes feitos, como a descoberta dos raios X. Nas Primeira e Segunda Guerras Mundiais, a utilização de ondas sonoras culminou na criação do sonar (do inglês, Sound Navigation and Ranging), utilizado para aprimorar a navegação de submarinos e navios. A partir disso, empresas metalúrgicas criaram equipamentos utilizando ondas sonoras para qualificar sua linha de produção, o que desencadeou o seu uso na saúde. Ao longo do século XX houve um incremento na tecnologia dos equipamentos de ultrassom, e a sua utilização na emergência ganhou espaço na área da saúde. Assim, a utilização do ultrassom à beira do leito migrou para a unidade de terapia intensiva (UTI). Nesse contexto, surge o conceito POCUS (do inglês, Point of Care Ultrasound), com base na aplicação sistemática do ultrassom à beira do leito como uma ferramenta complementar ao exame físico convencional, propiciando avaliação da anatomia e detecção de anormalidades, que contribuirão com a acurácia diagnóstica. Na enfermagem, a ultrassonografia surge acompanhada dos cateteres centrais de inserção periférica (CCIP), que, em meados dos anos 1990, primeiramente chegam ao Brasil nas UTI neonatais (UTIN) e somente depois migram para outras populações de pacientes. O ultrassom pode ser usado em diversas áreas da saúde para avaliar diferentes estruturas com diferentes características e densidades, sendo de extrema importância a escolha do tipo de transdutor conforme o tipo de exame que se pretende realizar. Os transdutores têm diferentes formas e emitem as ondas sonoras em diferentes frequências.

Assinale os tipos de transdutores de ultrassom mais adequados para o enfermeiro avaliar a bexiga.

- a) Transdutores lineares.
- b) Transdutores convexos.
- c) Transdutores setoriais.
- d) Transdutores com ecogeneidade.
- e) Transdutores anecoicos.