

CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE EMPREGOS DO QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO FeSAÚDE – Edital 01/2020

RESPOSTAS AOS RECURSOS – NÍVEL SUPERIOR

- Disciplina Língua Portuguesa
 Sistema Único de Saúde (SUS)
 Conhecimento Específico

Emprego: Enfermeiro (Programa Médico de Família - PMF)

| N° da Questão | Opção de Resposta por extenso | Parecer da Banca | Deferido ou Indeferido | Questão anulada ou Opção de Resposta correta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|---|------------------------|--|--------|-----------|--------|--|---------|--------|--|---------|--------|--------------------------------------|-----------|--------|---|-----------|--------|--|--------|--------|---|----------------------------|--------|---------------------------|-----------|--------|--------------------------------------|-----------|--------|--|-------------------|---------|
| 11 | A teoria de M. Levine em 1973 Introdução a Clínica de Enfermagem | <p>TABELA 1-1 Teorias de Enfermagem dos Anos 70</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Teórico</th> <th>(Ano)</th> <th>Título</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>M. Rogers</td> <td>(1970)</td> <td><i>An introduction to the theoretical basis of nursing</i></td> </tr> <tr> <td>I. King</td> <td>(1971)</td> <td><i>Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior</i></td> </tr> <tr> <td>D. Orem</td> <td>(1971)</td> <td><i>Nursing: Concepts of practice</i></td> </tr> <tr> <td>M. Levine</td> <td>(1973)</td> <td><i>Introduction to clinical nursing</i></td> </tr> <tr> <td>B. Neuman</td> <td>(1974)</td> <td><i>The Betty Neuman Health-Care Systems Model: A total person approach to patient problems</i></td> </tr> <tr> <td>C. Roy</td> <td>(1976)</td> <td><i>Introduction to nursing: An adaptation model</i></td> </tr> <tr> <td>J. Paterson e L. T. Zderad</td> <td>(1976)</td> <td><i>Humanistic nursing</i></td> </tr> <tr> <td>M. Newman</td> <td>(1979)</td> <td><i>Theory development in nursing</i></td> </tr> <tr> <td>J. Watson</td> <td>(1979)</td> <td><i>Nursing: The philosophy and science of caring</i></td> </tr> </tbody> </table> <p>Teorias de Enfermagem, pág.11</p> | Teórico | (Ano) | Título | M. Rogers | (1970) | <i>An introduction to the theoretical basis of nursing</i> | I. King | (1971) | <i>Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior</i> | D. Orem | (1971) | <i>Nursing: Concepts of practice</i> | M. Levine | (1973) | <i>Introduction to clinical nursing</i> | B. Neuman | (1974) | <i>The Betty Neuman Health-Care Systems Model: A total person approach to patient problems</i> | C. Roy | (1976) | <i>Introduction to nursing: An adaptation model</i> | J. Paterson e L. T. Zderad | (1976) | <i>Humanistic nursing</i> | M. Newman | (1979) | <i>Theory development in nursing</i> | J. Watson | (1979) | <i>Nursing: The philosophy and science of caring</i> | Indeferido | opção B |
| Teórico | (Ano) | Título | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M. Rogers | (1970) | <i>An introduction to the theoretical basis of nursing</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. King | (1971) | <i>Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D. Orem | (1971) | <i>Nursing: Concepts of practice</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M. Levine | (1973) | <i>Introduction to clinical nursing</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B. Neuman | (1974) | <i>The Betty Neuman Health-Care Systems Model: A total person approach to patient problems</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C. Roy | (1976) | <i>Introduction to nursing: An adaptation model</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| J. Paterson e L. T. Zderad | (1976) | <i>Humanistic nursing</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M. Newman | (1979) | <i>Theory development in nursing</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| J. Watson | (1979) | <i>Nursing: The philosophy and science of caring</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Durante a análise da investigação, pois é possível fazer o agrupamento do conjunto dos dados, suas relações e combinações levando a uma conclusão sobre a situação apresentada pelo paciente. | <p>É durante a subfase de análise da investigação que a enfermeira usa o seu conhecimento sobre as várias teorias e conceitos para agrupar os dados coletados. Esse agrupamento é a reunião das partes dos dados que combinam e mostram-se relacionados. Os diagnósticos de enfermagem derivam de conjuntos de dados que mostram relações, fazem sentido e levam a uma conclusão lógica. O agrupamento de dados na Tabela 2-2 indica que o cliente talvez tenha um problema potencial de saúde relacionado com o diabetes. A identificação desse problema potencial é baseada na idade, no histórico familiar de diabetes e na obesidade.</p> <p>Durante a subfase de análise da investigação. Livro de Teoria de Enfermagem. Pág, 24</p> | Indeferido | opção A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|----|---|---|-------------------|---------|
| 13 | Na teoria Johnson, nunca ter escrito sobre o uso de diagnósticos de enfermagem em seu modelo. Desta forma é difícil saber/aplicar completamente o seu processo nesta etapa do processo. | O diagnóstico tende a ser mais geral para um subsistema do que específico para um problema. Grubbs (1980) propôs quatro categorias de diagnóstico de enfermagem derivadas do modelo de sistema comportamental de Johnson, sendo eles: Insuficiência, discrepância, incompatibilidade e domínio. Como Johnson nunca escreveu sobre seu uso de diagnóstico de enfermagem como um modelo, é difícil saber se essas classificações diagnósticas pertencem a ela ou são de são de extensão de Grubbs sobre o seu trabalho. Livro de Teoria de Enfermagem. Pág, 109 | Indeferido | opção E |
| 14 | Enfoque sobre o ambiente do paciente. Quanto o ambiente está contribuindo para a incapacidade da Sr. Conceição? Quais os fatores que inibem o desenvolvimento da paciente? | <p style="text-align: center;">Relaciona-se com o ambiente ou com o que está faltando nele como condição para recuperar a saúde, isto é, lotação ou ambiente restrito que inibe o movimento dirigido à independência e à saúde.</p> <p style="text-align: center;">Livro de Teoria de Enfermagem. Pág, 339</p> | Indeferido | opção B |
| 15 | Pela enfermeira (o) que traçou o plano de cuidados; pela enfermeira (o) que atua na mesma equipe; por técnicos de enfermagem; por familiares e pelo próprio paciente. | <p style="text-align: center;">A fase de implementação inicia quando a enfermeira considera várias ações alternativas e escolhe as mais adequadas para atingir as metas e os objetivos planejados. Assim como as metas e os objetivos têm prioridades no plano, as ações também podem ter prioridades. As ações de enfermagem podem ser realizadas pela enfermeira que desenvolveu o plano de cuidados, por outras enfermeiras ou por auxiliares. Também podem ser realizadas pelo cliente ou pela família. Para desempenhar uma ação de enfermagem, a enfermeira consulta o plano de cuidados quanto às informações específicas. Muitas ações de enfermagem pertencem à categoria ampla de aconselhamento, ensinamento, fornecimento de atendimento físico, realização de terapia médica delegada, coor-</p> <p style="text-align: center;">Livro de Teoria de Enfermagem. Pág, 29</p> | Indeferido | opção D |

| | | | | |
|----|--|---|-------------------|----------------|
| 17 | Embolia arterial; Isquemia arterial grave; Estase venosa | Cerca de 75% de todas as úlceras de perna resultam de insuficiência venosa crônica, (estase venosa). Lesões devido à artéria (embolia ou esquemia) a insuficiência representa aproximadamente 20%; os 5% restantes são causados por queimaduras, anemia falciforme e outros fatores Brunner e Stuard –Pág. 862 | Indeferido | opção A |
| 18 | Química; radioativa ou viral | Muitos carcinógenos (agentes indutores de câncer, capazes de promover alterações celulares) são desintoxicados pela ação de enzimas protetoras e excretados de forma inócua. Quando esse mecanismo de proteção falha, os carcinógenos podem entrar no núcleo celular e alterar o DNA. A célula afetada pode morrer ou autorreparar o dano sofrido. Contudo, se a morte celular ou o reparo não ocorrerem antes da divisão da célula, esta irá se replicar e originar células-filhas que apresentarão a mesma alteração genética. A natureza do carcinógeno pode ser química, radioativa ou viral. Além disso, algumas anomalias genéticas aumentam a suscetibilidade dos indivíduos a certos cânceres. Os carcinógenos têm em comum a característica de produzirem efeitos usualmente irreversíveis e aditivos no estágio da iniciação. Tratado de Enfermagem , Pág. 263 | Indeferido | opção B |
| 20 | Via intramuscular profunda | Os medicamentos que contêm em sua base e o veículo incluem as fenotiazinas (p. ex., clorpromazina, proclorperazina), os anti-histamínicos (p. ex., prometazina), os anticolinérgicos (p. ex., escopolamina) e as butirofenonas (p. ex., droperidol). Como muitos desses medicamentos têm ações anticolinérgicas, eles são contraindicados para o paciente com glaucoma, hiperplasia prostática, obstrução pilórica ou do colo da bexiga ou obstrução biliar. Eles compartilham muitos efeitos colaterais, que incluem boca seca, hipotensão, efeitos sedativos, erupções e constipação. Consulte a bula e/ou referência de farmacologia antes de administrar estas drogas aos pacientes com polifarmácia. ALERTA MEDICAMENTOSO – Injeção de Prometazina <ul style="list-style-type: none"> • Não deve ser administrada por via arterial ou subcutânea devido ao risco de lesão tecidual grave, incluindo gangrena. • Quando administrada na forma intravenosa, há o risco de extravasamento, que pode provocar danos graves no tecido circundante. • A administração via intramuscular profunda é a preferida. Tratado de Enfermagem , Pág. 963 | Indeferido | opção E |
| 21 | Imprudência | Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato. Parágrafo único. Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente “ Negligência: Na negligência, alguém deixa de tomar uma atitude ou apresentar conduta que era esperada para a situação. Age com descuido, indiferença ou desatenção, não tomando as devidas precauções. | Deferido | ANULADA |

| | | | | |
|----|-------------------------|---|-------------------|---------|
| | | <p>Imprudência:</p> <p>A imprudência, por sua vez, pressupõe uma ação precipitada e sem cautela. A pessoa não deixa de fazer algo, não é uma conduta omissiva como a negligência. Na imprudência, ela age, mas toma uma atitude diversa da esperada.</p> | | |
| 23 | Confrontador e Amigável | <p>Quanto aos estilos de negociação, Martinelli e Almeida (1998) enfatizam que estão intimamente relacionados com a ética presente na negociação. Ética, entendida de modo abrangente como um código de princípios e valores morais que governam o comportamento de uma pessoa ou um grupo, estabelece os limites do que é certo ou errado em uma conduta a ser adotada. As questões éticas e legais têm sido, algumas vezes, fatores causadores de conflitos, uma vez que são avaliadas como legais e éticas segundo os padrões de cada pessoa ou grupo. Assim, a ética no processo de negociação dependerá de valores pessoais e profissionais, dentre outros aspectos importantes, que deveriam ser discutidos de modo mais aprofundado pelos participantes do processo. Em última instância, a influência desses valores indicará fortemente a adoção preferencial de um estilo ou outro de negociação. Alguns estilos são pontuados como principais, embora tenham nos interstícios uma diversidade de nuances: Estilo restritivo/duro: baseado em estratégias de coerção, medo e ameaça. Combina o impulso para o controle e para o desrespeito com o outro, considerando que o oponente só chega a um acordo se for forçado. Estilo ardiloso: como o próprio termo define, trata-se de um estilo em que a astúcia é privilegiada, predominando o impulso para a desconsideração. Busca a estratégia da abstenção, do adiamento e do atraso na negociação para manter o outro a distância. Concentra-se nos procedimentos e regras e considera como objetivo predominante do oponente sobreviver à negociação. Estilo amigável: prioriza objetivos mínimos, flexibilidade e cordialidade. Impulso para a deferência e para a confiança. O principal intuito é manter o relacionamento com o negociador, independentemente de alguma conquista importante ser alcançada ou não nessa etapa •</p> <p>Estilo confrontador: impulso voltado para o controle e para a confiança entre os negociadores, que, supostamente, buscam a equidade. Cuida-se da necessidade de contestar as questões em pauta enquanto trabalha</p> | Indeferido | opção C |

| | | mutuamente com o outro para chegar a um acordo sólido. O objetivo principal do oponente é o melhor acordo global nas circunstâncias, que se apoia no mérito e no compromisso mútuo a ser aprovado. Livro da Paulina Kurcgant Pág. 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---|-------------------|--------------|-------------------|-----------|---------|----------|---------------|--------------------------|--------------|------------|---------------|------------------|--------------|-------------|--------------|----------------|---------|-------------|----|----------------|--------|-------------------|---------|
| 24 | O dimensionamento de pessoal de enfermagem e a supervisão | “(…) gerenciamento em enfermagem é o referente à administração de recursos humanos, pois os vários instrumentos do processo de trabalho de administrar (dimensionamento, recrutamento, seleção e distribuição de pessoal, educação continuada, supervisão e avaliação de desempenho) englobam uma dimensão ética. Livro da Paulina Kurcgant Pág. 19 | Indeferido | opção B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | Penicilina, ampicilina e ceftriaxone | A antibioticoterapia deve ser instituída o mais precocemente possível, de preferência, logo após a punção lombar e a coleta de sangue para hemocultura. O uso de antibiótico deve ser associado a outros tipos de tratamento de suporte, como reposição de líquidos e cuidadosa assistência. O Quadro 2 apresenta a recomendação de antibioticoterapia para casos de doença meningocócica em crianças e adultos. Quadro 2 – Recomendação de antibioticoterapia para casos de doença meningocócica <p style="text-align: center;">Quadro 2 – Recomendação de antibioticoterapia para casos de doença meningocócica</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Grupo etário</th> <th>Antibióticos</th> <th>Dose (endovenosa)</th> <th>Intervalo</th> <th>Duração</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Crianças</td> <td>Penicilina ou</td> <td>200.000-400.000UI/kg/dia</td> <td>4 em 4 horas</td> <td rowspan="3">5 a 7 dias</td> </tr> <tr> <td>Ampicilina ou</td> <td>200-300mg/kg/dia</td> <td>6 em 6 horas</td> </tr> <tr> <td>Ceftriaxone</td> <td>100mg/kg/dia</td> <td>12 em 12 horas</td> </tr> <tr> <td>Adultos</td> <td>Ceftriaxone</td> <td>2g</td> <td>12 em 12 horas</td> <td>7 dias</td> </tr> </tbody> </table> Guia de vigilância – Ministério da Saúde, pág. 39 | Grupo etário | Antibióticos | Dose (endovenosa) | Intervalo | Duração | Crianças | Penicilina ou | 200.000-400.000UI/kg/dia | 4 em 4 horas | 5 a 7 dias | Ampicilina ou | 200-300mg/kg/dia | 6 em 6 horas | Ceftriaxone | 100mg/kg/dia | 12 em 12 horas | Adultos | Ceftriaxone | 2g | 12 em 12 horas | 7 dias | Indeferido | opção D |
| Grupo etário | Antibióticos | Dose (endovenosa) | Intervalo | Duração | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Crianças | Penicilina ou | 200.000-400.000UI/kg/dia | 4 em 4 horas | 5 a 7 dias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ampicilina ou | 200-300mg/kg/dia | 6 em 6 horas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ceftriaxone | 100mg/kg/dia | 12 em 12 horas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adultos | Ceftriaxone | 2g | 12 em 12 horas | 7 dias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | Dispneia | Dispneia: sensação subjetiva de falta de ar associada a desconforto, geralmente causada por discrepância entre o comando motor e a resposta mecânica do sistema respiratório. Nettina, Sandra M. Prática de enfermagem - pág. 313 | Indeferido | opção D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | Taquipneia, saturação de O2 menor que 80% e | Avaliação e intervenções de enfermagem | Indeferido | opção B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|----|--|---|-------------------|---------|
| | alteração do nível de consciência | <p>Avalie a necessidade de administrar oxigênio observando a presença de sinais e sintomas de hipoxia:</p> <p>Taquipneia. SaO₂ < 88%. Taquicardia ou arritmias (contrações ventriculares prematuras). Alteração do nível de consciência (os sinais e sintomas de redução da oxigenação cerebral são irritabilidade, confusão mental, letargia e coma, (se não for revertida). Cianose é um sinal tardio (PaO₂ # 45 mmHg). Respirações trabalhosas indicam angústia respiratória grave. Estresse miocárdico – aumentos da frequência cardíaca e do volume ejetado (débito cardíaco) são os mecanismos principais de compensação da hipoxemia ou da hipoxia; as pupilas ficam dilatadas quando há hipoxia.</p> <p>Nettina, Sandra M. Prática de enfermagem - pág. 375</p> | | |
| 33 | PA sistólica maior ou igual a 160 mmHg ou diastólica maior ou igual a 100 mmHg | <p>Pré-eclâmpsia: PA alta com proteinúria (sem sinal de infecção urinária [ITU]); as duas alterações devem estar presentes para firmar o diagnóstico. Branda: PA sistólica ≥ 140 mmHg <i>ou</i> PA diastólica ≥ 90 mmHg em mais de duas ocasiões; proteinúria gestacional > 300 mg em uma amostra aleatória, ou > 1+ no teste de fita; excreção urinária ≥ 0,3 g de proteína na urina de 24 h (as amostras de urina de 24 h são recomendáveis para confirmar o diagnóstico). Grave: este diagnóstico deve ser considerado quando há pré-eclâmpsia evidente e, no mínimo, uma das seguintes anormalidades: PA sistólica ≥ 160 mmHg; PA diastólica ≥ 110 mmHg; proteinúria de 5 g ou mais na urina de 24 h, ou 3+ em duas ou mais amostras aleatórias de urina; oligúria < 500 mL/24 h, distúrbios cerebrais ou visuais, edema pulmonar ou cianose, dor no epigástrio ou quadrante superior direito, disfunção hepática, trombocitopenia (contagem de plaquetas < 100.000/mm³), ou restrição ao crescimento fetal.</p> <p>Nettina, Sandra M. Prática de enfermagem - Pág. 2102</p> | Indeferido | opção E |
| 35 | Morfina para redução da dor, oxigenoterapia, uso de nitratos para terapia vasodilatadora e acetilsalicílico para | <p>Terapia farmacológica</p> <p>A terapia farmacológica para o IAM é padrão (Tabela 13.1). Utilize o acrônimo MONA para as intervenções farmacológicas imediatas. M (morfina): administrada por via intravenosa (IV), em lugar da via intramuscular (IM), para prevenir a elevação espúria dos biomarcadores seriados. Usada para alívio da dor torácica. A liberação de catecolaminas</p> | Indeferido | opção D |

| | | | | |
|----|---|--|-------------------|---------|
| | interromper a agregação plaquetária | <p>endógenas durante a dor impõe um aumento da carga de trabalho sobre o coração, causando, assim, um aumento na demanda de oxigênio. Os efeitos analgésicos da morfina diminuem a dor, aliviam a ansiedade e melhoram o débito cardíaco ao reduzir a pré-carga e a pós-carga.</p> <p>O (oxigênio): administrado por cânula nasal ou máscara facial. Aumenta a oxigenação do músculo cardíaco isquêmico.</p> <p>N (nitratos): administrados por via sublingual, na forma de <i>spray</i>, ou por via intravenosa. A terapia vasodilatadora reduz a pré-carga ao diminuir o retorno de sangue ao coração e a demanda de oxigênio.</p> <p>A (ácido acetilsalicílico): recomenda-se uma dose imediata por via oral (mastigada) para interromper a agregação plaquetária.</p> <p>Nettina, Sandra M. Prática de enfermagem - pág. 591-592</p> | | |
| 37 | Superficial (primeiro grau), parcial (segundo grau) e profunda (terceiro grau). | <p>Gravidade da queimadura</p> <p>A gravidade das queimaduras é determinada com base nos seguintes fatores:</p> <p>Profundidade: primeiro, segundo (espessura parcial) e terceiro grau (espessura total).</p> <p>Extensão: porcentagem da SCT.</p> <p>Idade: crianças muito pequenas e adultos idosos têm prognóstico mais desfavorável; o prognóstico dos adultos piora depois da idade de 45 anos.</p> <p>Área corporal queimada: queimaduras da face, das mãos, dos pés e do períneo e as queimaduras circunferenciais requerem cuidados especiais. História clínica e lesões e doenças coexistentes.</p> <p>Lesão por inalação.</p> <p>Nettina, Sandra M. Prática de enfermagem - Pág. 1855</p> | Indeferido | opção A |
| 38 | 2 a 4 mL de ringer x peso em kg x % de SCT queimada | <p>A American Burn Association recomenda reposição de líquidos para clientes com queimaduras de espessura parcial ou total em mais de 15% da SCT.</p> <p>A administração imediata de líquidos intravenosos (IV) está indicada para clientes com queimaduras elétricas, clientes idosos, ou indivíduos com doença cardíaca ou pulmonar. Esses clientes necessitam de monitoramento meticuloso e podem requerer alterações dos volumes de líquidos administrados.</p> <p>Instale dois cateteres IV em veias periféricas calibrosas para repor líquidos e controlar a dor, de preferência em áreas com pele normal.</p> | Indeferido | opção C |

Quando não for possível obter acesso IV periférico, podem ser usados cateteres intraósseos ou venosos profundos (centrais).

O objetivo é administrar líquidos suficientes para assegurar a perfusão dos órgãos vitais sem hidratar excessivamente o cliente ou arriscar-se a causar complicações e sobrecarga circulatória subsequentes.

Em geral, inicialmente se utiliza uma solução cristaloide (lactato de Ringer). No segundo dia, utiliza-se uma solução colóide (albumina a 5%, proteínas plasmáticas ou Hetastarch®).

Uma das diversas fórmulas pode ser usada para determinar o volume de líquidos a ser administrado nas primeiras 48 h.

Qualquer fórmula que seja utilizada serve apenas como guia geral. Alguns clientes necessitam de mais ou menos líquido, dependendo de sua resposta.

A fórmula consensual (antes conhecida como fórmula de Parkland) é utilizada mais comumente.

Fórmula consensual:

Primeiras 24 h: $2 \text{ a } 4 \text{ mL de lactato de Ringer} \times \text{peso em kg} \times \% \text{ da SCT queimada}$.

A metade do volume calculado deve ser administrada nas primeiras 8 h (calculadas a partir do momento em que houve o acidente). Quando o início da infusão de líquidos demora, o mesmo volume pode ser administrado no tempo restante. Não se esqueça de deduzir quaisquer líquidos administrados no atendimento pré-hospitalar.

A metade restante do volume de líquidos é administrada ao longo das 16 h seguintes. Exemplo:

Peso do cliente: 70 kg; % da SCT queimada: 80% $4 \text{ mL} \times 70 \text{ kg} \times 80\% \text{ da SCT} = 22.400 \text{ mL de lactato de Ringer}$.

Primeiras 8 h: 11.200 mL, ou 1.400 mL/h.

16 h seguintes: 11.200 mL, ou 700 mL/h.

Próximas 24 h: $0,5 \text{ mL de colóide} \times \text{peso em kg} \times \text{SCT} + 2.000 \text{ mL de soro glicosado a 5\% (SG 5\%)}$ infundidos simultaneamente no período de 24 h. Exemplo:

$0,5 \text{ mL} \times 70 \text{ kg} \times 80\% = 2.800 \text{ mL} + 2.000 \text{ mL de SG 5\%}$, resultando em 117 mL de colóide/h e 84 mL de SG a 5% por hora.

Nettina, Sandra M. Prática de enfermagem - Pág. 1859

| | | | | |
|----|---|--|-------------------|---------|
| 40 | Formas inaparentes, dengue clássica, febre hemorrágica ou síndrome do choque da dengue | Doença infecciosa febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, a depender de sua forma de apresentação: formas inaparentes, dengue clássico (DC), febre hemorrágica da dengue (FHD) ou síndrome do choque da dengue (SCD), podendo evoluir para o óbito. Considera-se a dengue um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, especialmente nos países tropicais, cujas condições sócio-ambientais favorecem o desenvolvimento e a proliferação de seu principal vetor o <i>Aedes aegypti</i> Cadernos de Atenção Básica – n. 21 Pág. 21 | Indeferido | opção D |
| 42 | A participação social, implicação do usuário, ampliando, assim, a capacidade de problematização da equipe de saúde | A Educação Permanente em Saúde (EPS), incorpora o exercício de colocar em análise e problematizar o processo de trabalho em saúde. Nesta direção a participação social amplia esta capacidade. A EPS foi instituída por meio da Portaria GM/ MS no 198/2004, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS no 1.996/2007. | Indeferido | opção E |
| 43 | Atendimento à demanda espontânea – prioritário, em que há a necessidade de intervenção breve com medidas de conforto, até uma nova avaliação | CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPOTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência. Cadernos da Atenção Básica pág. 19 | Indeferido | opção C |
| 44 | Avaliar a necessidade de cuidados imediatos; Prestar ou facilitar os primeiros cuidados; Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas; Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado | No primeiro contato e na primeira avaliação, os pacientes devem ser informados a respeito do processo de trabalho da equipe e do fluxo do cuidado do usuário na demanda espontânea. O profissional deve esclarecer a possibilidade de diferentes tempos de espera e de manejo de cada caso, considerando o processo de avaliação de risco e vulnerabilidades. Faz parte do processo de trabalho da equipe “na primeira escuta do usuário”: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de cuidados imediatos. • Prestar ou facilitar os primeiros cuidados. • Identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas. • Classificar o risco para definir as prioridades de cuidado. • Organizar a disposição dos pacientes no serviço, de modo a acomodar os que necessitam de observação, ou administração de medicação, ou que estejam esperando remoção para outro | Indeferido | opção D |

| | | | | |
|----|--|--|-------------------|---------|
| | | <p>serviço, ou que sejam suspeitos de portar doenças infectocontagiosas de transmissão aérea (meningite, por exemplo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar o usuário para o cuidado de acordo com sua classificação. <p>Cadernos da Atenção Básica pág. 20</p> | | |
| 46 | Prescrição de medicamentos em programas de saúde pública | Entre as atividades de enfermagem privativa do Enfermeiro(a) na área de Atenção Básica a situação mais polêmica está relacionada a prescrição de medicamentos. Há uma divergência entre o que preconiza alguns programas do Ministério da Saúde, que indica a prescrição de medicamentos, a PNAB que indica a reprodução de receitas, o COFEN e ainda alguns municípios que elaboram protocolos com o fim de padronizar a prescrição de medicamentos básicos pelo enfermeiro. Neste sentido, o procedimento que agrega mais opiniões divergentes é a prescrição de medicamento por parte do enfermeiro. | Indeferido | opção C |
| 47 | Integralidade | <p>A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.</p> <p>PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017</p> | Indeferido | opção E |
| 48 | Na estratégia de saúde da família | <p>Considerando a consolidação da Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e que a experiência acumulada em todos os entes federados demonstra a necessidade de adequação de suas normas; - pág. 17</p> <p>A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais pág. 25</p> <p>A Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Pág. 11</p> <p>Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica</p> <p>PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017</p> | Indeferido | opção A |
| 49 | Acolher, escutar e oferecer respostas resolutivas | O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade | Indeferido | opção B |

| | | | | |
|----|--|--|-------------------|---------|
| | | <p>são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção</p> <p>Pág. 20 PANB 2017</p> | | |
| 50 | <p>Articular teoria e prática, buscando o atendimento integral, com vistas à melhor resolução dos problemas de saúde dos usuários.</p> | <p>A consulta de enfermagem está ligada ao processo educativo e deve motivar a pessoa em relação aos cuidados necessários para a manutenção de sua saúde. Na prática, representa importante instrumento de estímulo à adesão às ações na Atenção Básica e tem sido fundamental. Articulando teoria e prática.</p> <p>Cadernos de atenção básica 37</p> | Indeferido | opção D |