

**EDITAL Nº 53/2018-PROGRAD**

**CHAVE DE RESPOSTAS**

**Área 15 - Enfermagem na Atenção à Saúde nos Diversos Ciclos de Vida com Ênfase na Atenção Primária**

**RESPOSTAS:**

1. Letra C
2. Letra A
3. Letra C
4. Letra B
5. Letra E
6. Letra D
7. Letra D
8. ( F )  
( V )  
( F )  
( V )  
( V )  
( F )  
( V )
9. Letra D
10. Letra E
11. Letra D
12. ( V )  
( V )  
( V )  
( F )  
( F )  
( F )  
( F )

13. ( V )

( V )

( V )

( V )

( V )

( F )

14. O candidato deverá conceituar dois princípios do SUS que diferenciam o Sistema Único de Saúde (SUS) do modelo de assistência médica previdenciária anterior ao SUS, dissertando sobre os dois modelos. Por exemplo, a universalidade e a integralidade, contidos no Art. 7º da Lei 8.080/90.

A universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é conceituada como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo qual todos têm o mesmo direito de obter as ações e os serviços de que necessitam, independentemente da complexidade, custo e natureza dos serviços envolvidos. Esse princípio implica a substituição do modelo contributivo de seguro social que vigorou por um longo período no Brasil e condicionava o acesso dos contribuintes da previdência social aos serviços públicos e privados credenciados ao sistema previdenciário. O SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, partindo de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. Já o modelo previdenciário anterior, que surgiu na década de 1920 sob a influência da medicina liberal, tinha a finalidade de prestar assistência médico-hospitalar a trabalhadores no formato seguro-saúde/previdência. Sua organização foi delineada pela lógica da assistência e da previdência social, restringindo-se, a princípio, a algumas corporações de trabalhadores e, posteriormente, unificando-se no Instituto Nacional de Assistência e Previdência Social (INPS), ampliando-se progressivamente ao conjunto de trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho. Com o princípio da universalidade no SUS, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado de trabalho não devem implicar acesso diferenciado a determinados tipos e ações dos serviços de saúde.

O princípio da integralidade da assistência é entendido, nos termos da lei, como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio do SUS se difere do modelo previdenciário anterior, que também é conhecido por seu aspecto hospitalocêntrico, uma vez que, a partir da década de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos, e a atenção à saúde foi-se tornando sinônimo de assistência hospitalar. O modelo previdenciário, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença e baseado nas ações médicas curativas, visava manter a mão de obra e garantir assistência médica a seus dependentes. Em geral, a prestação da assistência médica estava separada das ações de saúde coletivas, exercidas por um órgão público diferente, dificultando a garantia da atenção integral. Todavia, com o princípio da integralidade no SUS, as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não devem estar dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar voltadas para o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Assim, a organização da atenção à saúde implica na produção de

serviços, ações e práticas de saúde que possam garantir a toda a população o atendimento mais abrangente de suas necessidades. No âmbito mais geral da política de saúde, a integralidade também remete à articulação necessária entre as políticas de cunho econômico e social no sentido de atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença e garantir as condições satisfatórias de saúde da população.

**15. a)** O TDO consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, ou seja, de segunda a sexta-feira, na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento, administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e sob monitoramento do enfermeiro. Nos finais de semana e feriados os medicamentos são autoadministrados.

b) A atuação do enfermeiro no TDO deve contemplar duas dimensões do processo de trabalho: a gerencial, que se relaciona ao planejamento, à organização e à avaliação de serviço, e a assistencial, ligada à organização e à realização das ações do cuidado, diretamente envolvidas no tratamento. Estas duas dimensões podem ser organizadas por meio da elaboração e da implantação de protocolos de enfermagem adaptados às unidades de saúde nos níveis estaduais, municipais e locais.

*(Fonte: Manual do Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: protocolo de enfermagem do Ministério da Saúde (2011).*

**16.** As propostas defendidas a partir da Conferência de Ottawa ampliam a responsabilidade do setor saúde, atribuindo-lhe outros campos de ação orientados para a promoção da saúde:

- 1) Defesa de políticas públicas saudáveis;
- 2) A articulação para criar ambientes de apoio à promoção da saúde-cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros;
- 3) O fortalecimento da ação comunitária;
- 4) O apoio ao desenvolvimento de habilidades e atitudes
- 5) Reorientação da gestão dos serviços de saúde.

*(Fonte: ROCHA, A.A. Saúde pública: bases conceituais-2ª ed.-São Paulo: Editora Atheneu, 2013).*

**17.** Em todas as visitas domiciliares, é fundamental que o profissional de saúde saiba identificar sinais de perigo à saúde da criança. As crianças menores de 2 meses podem adoecer e morrer em um curto espaço de tempo por infecções bacterianas graves. São sinais que indicam a necessidade de encaminhamento da criança ao serviço de referência com urgência (AMARAL, 2004)

a) Para as crianças menores de 2 meses:

- Recusa alimentar (a criança não consegue beber ou mamar);
- Vômitos importantes (ela vomita tudo o que ingere);
- Convulsões ou apneia (a criança fica em torno de 20 segundos sem respirar);
- Frequência cardíaca abaixo de 100bpm;
- Letargia ou inconsciência;
- Respiração rápida (acima de 60bpm);
- Atividade reduzida (a criança movimenta-se menos do que o habitual);
- Febre (37,5°C ou mais); Hipotermia (menos do que 35,5°C);

- Tiragem subcostal;
- Batimentos de asas do nariz;
- Cianose generalizada ou palidez importante;
- Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida;
- Gemidos;
- Fontanela (moleira) abaulada;
- Secreção purulenta do ouvido;
- Umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite);
- Pústulas na pele (muitas e extensas);
- Irritabilidade ou dor à manipulação.

b) Para as crianças maiores de 2 meses:

É importante observar se a criança não consegue beber ou mamar no peito, se vomita tudo o que ingere, se apresenta convulsões ou se está letárgica ou inconsciente (AMARAL, 2004). As crianças são frequentemente acometidas por doenças respiratórias e gastrointestinais. Sendo assim, o profissional de saúde deve conseguir identificar sinais de maior gravidade dessas doenças. Para a criança com tosse ou dificuldade para respirar, é importante verificar se a frequência respiratória está intensificada, se a criança apresenta sibilos (chiado) ou estridor e se apresenta tiragem subcostal (a parede torácica inferior se retrai quando a criança inspira). Para a criança com diarreia, é importante identificar sinais de gravidade de desidratação, tais como: letargia, inconsciência, inquietude, irritação, olhos fundos, sinal da prega presente (a prega cutânea retorna lentamente ao estado natural) ou se a criança não consegue mamar ou beber líquidos.

*(Fonte: pags 36 e 37 do Caderno de AB n ° 33)*

#### **18. Eixos estratégicos da PNAISC:**

- 1- Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido
- 2- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável
- 3- Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral
- 4- Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas
- 5- Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz
- 6- Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade
- 7- Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015b, art. 6º)

Ações por eixos estratégicos:

Art 7º São ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido:

I - a prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis;

II - a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiras tradicionais;

III - a atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, com a utilização do "Método Canguru";

IV - a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa);

V - a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade;

VI - o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica; e

VII - as triagens neonatais universais.

Art. 8º São ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável:

I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);

II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);

III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA);

IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;

V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e

VI - a mobilização social em aleitamento materno.

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo;

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde;

III - o Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

IV - o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância.

Art. 10. São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas:

I - a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI);

II - a construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e

III - o fomento da atenção e internação domiciliar.

Art. 11. São ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz:

I - o fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual;

II - a implementação da "Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência";

III - a articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e

IV - o apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

Art. 12. São ações estratégicas do eixo de atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade:

I - a articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas;

II - o apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e

III - o apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

Art. 13. Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

- 19.** A consulta de enfermagem para o acompanhamento da pessoa com diagnóstico de DM pode ser realizada por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e possui seis etapas interrelacionadas entre si, objetivando a educação em saúde para o autocuidado. A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos.

Apresenta-se a seguir um resumo dos passos da consulta de enfermagem para pessoas com DM:

- Histórico

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, potencial para o autocuidado).

- Antecedentes familiares e pessoais (história familiar de diabetes, hipertensão, doença renal, cardíaca e diabetes gestacional).

- Queixas atuais, história sobre o diagnóstico de DM e os cuidados implementados, tratamento prévio.

- Percepção da pessoa diante da doença, tratamento e autocuidado.

- Medicamentos utilizados para DM e outros problemas de saúde e presença de efeitos colaterais.

- Hábitos de vida: alimentação, sono e repouso, atividade física, funções fisiológicas.

- Identificação de fatores de risco (tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo).

- Exame físico

- Altura, peso, circunferência abdominal e IMC.
- Pressão arterial com a pessoa sentada e deitada.
- Alterações de visão.
- Exame da cavidade oral (gengivite, problemas odontológicos e candidíase).
- Frequência cardíaca e respiratória e ausculta cardiopulmonar.
- Avaliação da pele quanto a sua integridade, turgor, coloração e manchas.
- Membros inferiores: unhas, dor, edema, pulsos pediosos e lesões; articulações (capacidade de flexão, extensão, limitações de mobilidade, edemas); pés (bolhas, sensibilidade, ferimentos, calosidades e corte das unhas)
- Durante a avaliação ginecológica, quando pertinente, deve-se estar atento à presença de candida albicans.

- Diagnóstico das necessidades de cuidado: É a interpretação e suas conclusões quanto às necessidades, aos problemas e às preocupações da pessoa para direcionar o plano assistencial. Nesse ponto, é importante reconhecer precocemente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa com DM; identificar a sintomatologia de cada complicação, intervir precocemente, principalmente atuar na prevenção evitando que esses problemas aconteçam. É fundamental, para seguir o processo de planejamento e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), estar atento para as seguintes situações:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
- Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
- Medos: da perda da independência; hipoglicemia, ganho de peso, da insulina;
- Insulina: realiza a autoaplicação? Por que não autoaplica? Apresenta complicações e reações nos locais de aplicação? Como realiza a conservação e o transporte?
- Automonitorização: Consegue realizar a verificação da glicemia capilar?

- Planejamento da assistência: São estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com a pessoa com DM. Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar sobre: Sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações; Motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis; Percepção de presença de complicações; A doença e o processo de envelhecimento; Uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais, controle da glicemia, estilo de vida, complicações da doença; Uso da insulina e o modo correto
- Solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial local.
- Quando pertinente, encaminhar ao médico e, se necessário, aos outros profissionais.

- Implementação da assistência: Deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado, a cada consulta. As pessoas com DM com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte até que consigam ampliar as condições de se cuidar. O apoio ao autocuidado poderá ser da equipe de Saúde ou de outros recursos, familiares ou comunitários, articulados para esse fim.

-Avaliação do processo de cuidado: Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento.

(Fonte: *pgs 35-38 do Caderno de AB n ° 36*)

**20.** A estratificação tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Essa estimativa se baseia na presença de múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, tabagismo, níveis de HDLc e LDLc. A partir da estratificação de risco, selecionam-se indivíduos com maior probabilidade de complicações, os quais se beneficiarão de intervenções mais intensas.

- Baixo Risco – O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável.

- Risco Intermediário – O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em Saúde.

- Alto Risco – O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em Saúde coletivas.

*(Fonte: pags 39,40 do Caderno de AB n º 37)*