

SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS

1. A Constituição de 1988 determinou grandes mudanças nos conceitos e definições sobre Seguridade Social e Saúde. São conceitos e definições constantes na Constituição de 1988, EXCETO:

- A saúde é um direito de todos e dever do Estado.
- As ações de saúde devem ser executadas exclusivamente pelo poder público.
- A garantia do direito à saúde é obtida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.
- O acesso à saúde deve ser universal e igualitário.
- A rede de ações e serviços públicos de saúde deve ser regionalizada e hierarquizada.

2. De acordo com o artigo 198 da Constituição de 1988, as diretrizes do Sistema Único de Saúde são:

- Universalidade, integralidade, equidade.
- Financiamento único, prevenção e promoção da saúde, hierarquização.
- Participação popular, universalidade, hierarquização.
- Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.
- Regionalização, resolutividade, controle social.

3. Com base na Lei Orgânica da saúde (Lei 8080/90), é CORRETO afirmar:

- A saúde é um dever do Estado, isentando de responsabilidades as pessoas, a família, as empresas e a sociedade.
- A organização social e econômica do País interfere nos níveis de saúde da população.
- A formação de recursos humanos não é competência ao Sistema Único de Saúde.
- A direção do Sistema Único de Saúde é única e exercida exclusivamente pelo Ministério da Saúde.
- Os serviços de saúde devem se organizar de forma centralizada e suas ações devem ser direcionadas às populações de baixa renda.

4. De acordo com o Decreto 7.508/2011, a Região de Saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e

serviços de saúde. São requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde a execução das seguintes ações e serviços de saúde, EXCETO:

- Atenção primária.
- Urgência e emergência.
- Atenção psicossocial.
- Saúde do Trabalhador.
- Vigilância em saúde.

5. Com relação à assistência farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é INCORRETO afirmar:

- O acesso à assistência farmacêutica pressupõe que o usuário esteja sendo assistido por ações e serviços de saúde do SUS e que o medicamento tenha sido prescrito por profissional de saúde no exercício regular de suas funções no SUS.
- Os medicamentos dispensados pela assistência farmacêutica devem ter registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.
- A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional, que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso de medicamentos.
- Os Estados e Municípios não podem dispensar medicamentos que não estejam nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

CONHECIMENTO ESPECÍFICO

6. Mulher de 70 anos, HAS, admitida com IAMCSSST com dor iniciada há 4 horas. Realizada tratamento com AAS 100mg, Clopidogrel 300mg, enoxeparina em dose plena e terapia de reperfusão com estreptoquinase. Admitida na unidade cardiointensiva com PA: 112x73mmHg; FC: 123 bpm; Peso: 50Kg; Crepitações bibasais, RCR 3T (B4). Evoluindo com quadro de choque cardiogênico após 5 horas do término da trombólise. Na UTI manteve-se com uso de vasopressores e balão intra-aórtico. O balão intra-aórtico é um dispositivo invasivo, instalado através de procedimento realizado pelo médico, mas que necessita de cuidados de enfermagem, cujo objetivo é dar suporte circulatório mecânico ao coração. Não consiste em complicação relacionada a esse procedimento:

- a) plaquetopenia.
- b) Hematoma retroperitoneal.
- c) Embolia gasosa.
- d) Isquemia de membros inferiores.
- e) Infecção

7. A complexidade peculiar dada pelo cenário de terapia intensiva exige uma equipe treinada e empenhada em manter a excelência do cuidado. Com relação à Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências, marque a alternativa que apresenta os recursos humanos na área da saúde necessários para o funcionamento da UTI.

- a) Médico diarista: 01 (um) para cada cinco leitos, com título de especialista de medicina intensiva para atuação em UTI adulto; médicos plantonistas: no mínimo dois para cada oito leitos ou fração, em cada turno; enfermeiros assistenciais: no mínimo dois para cada doze leitos ou fração, em cada turno; fisioterapeutas; no mínimo 01 (um) para cada doze leitos, ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno; técnico de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada três leitos em cada turno.
- b) Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada oito leitos ou fração, em cada turno; enfermeiros assistenciais: no mínimo dois para cada doze leitos ou fração, em cada turno; fisioterapeutas; no mínimo 01 (um) para cada doze leitos, ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno; técnico de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada três leitos em cada turno.
- c) Médico diarista: 01 (um) para cada dez leitos, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista de medicina intensiva para atuação em UTI adulto; médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada dez leitos ou fração, em cada turno; enfermeiros assistenciais: no mínimo um para cada oito leitos ou fração, em cada turno; fisioterapeutas; no mínimo 01 (um) para cada dez leitos, ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno; técnico de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada dois leitos em cada turno.

- d) Médico diarista: 01 (um) para cada oito leitos, com título de especialista de medicina intensiva para atuação em UTI adulto; enfermeiros assistenciais: no mínimo um para cada seis leitos ou fração, em cada turno; fisioterapeutas; no mínimo 01 (um) para cada oito leitos, ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno; técnico de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada dois leitos em cada turno.
- e) Médico diarista: 01 (um) para cada doze leitos, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista de medicina intensiva para atuação em UTI adulto; médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada oito leitos ou fração, em cada turno; enfermeiros assistenciais: no mínimo um para cada oito leitos ou fração, em cada turno; técnico de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada dois leitos em cada turno.

8. Paciente de 55 anos, admitido na UTI com quadro de choque séptico, recebeu prontamente medidas iniciais de ressuscitação volêmica com 2.000 ml de solução salina e antibiótico de amplo espectro. Uma das metas a serem alcançadas no manejo hemodinâmico do paciente séptico é:

- a) Diurese > 0,5 ml/kg/h
- b) PVC = 4 a 8 cmH²O
- c) PAM > 120 mmHg
- d) Relação PaO²/FiO²>300
- e) Leucócitos <4000

9. Após a admissão de JBS, sexo masculino, 50 anos na UTI por IAM, o paciente apresentou um episódio de taquicardia ventricular (TV) que rapidamente deteriorou-se para fibrilação ventricular (FV), sendo iniciado manobras de RCP conforme a American Heart Association, que recomenda a adoção de diretrizes (Advanced Cardiovascular Life Support - ACLS) para a condução dos esforços de reanimação. A utilização da capnografia (ETCO₂) como um guia da qualidade da RCP e da recuperação da circulação espontânea, é uma das recomendações. O monitor apresentou um valor de ETCO₂ de 39 mm/Hg após 30 minutos da RCP. Este valor indica que:

- a) A resposta a RCP foi satisfatória, devendo-se iniciar cuidados pós reanimação.

- b) As manobras de reanimação foram realizadas inadequadamente, devendo-se melhorar as compressões cardíacas.
- c) Não houve recuperação da circulação espontânea, e o mesmo encontra-se em óbito.
- d) As manobras de reanimação estão sendo adequadamente realizadas, mas deve-se reposicionar o tubo orotraqueal para obtenção de valores superiores a 90.
- e) As manobras de reanimação estão sendo adequadamente realizadas, deve-se manter a qualidade das compressões cardíacas.

- c) Bolsa pressórica, transdutor de pressão e monitor cardíaco
- d) Manguito, capnógrafo e oxímetro
- e) Bolsa pressórica, transdutor de pressão e monitor cardíaco

10. Entre as principais complicações das afecções neurológicas está o aumento acentuado da Pressão Intracraniana (> 40 mm/Hg) refratária às medidas clínicas, e conseqüentemente, a herniação cerebral. Em achados tomográficos a herniação é representada pelo desvio da linha média dos hemisférios cerebrais. Alguns dos sinais que indicam complicação do aumento acentuado da Pressão Intracraniana são:

- a) Diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, anasarca e diabetes mellitus.
- b) Aumento do fluxo sanguíneo cerebral, depleção das reservas de dopamina e rapidez ao falar.
- c) Degeneração da via dopaminérgica nigroestriada, retenção gástrica e urinária.
- d) Herniação do tronco cerebral, diabetes mellitus e síndrome da secreção inadequada do hormônio antidiurético.
- e) Edema cerebral, com diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, tríade de cushing.

11. Paciente ABR de 58 anos, internado na UTI há 5 dias por choque séptico pós Laparotomia exploradora. A avaliação hemodinâmica e laboratorial demonstra: PA 79x45 mm/Hg, PVC 6 mm/Hg, Saturação Venosa Central 55%, Lactato 5 mmol/L, Hemoglobina 10 g/dl, Excesso de Base 6 (negativo). O paciente recebe em infusão contínua: Noradrenalina e Dobutamina. Ao analisar estes dados, solicita-se a equipe de enfermagem preparo de material para instalação de PAI. Dentre as alternativas abaixo qual lista somente equipamentos necessários para instalação de monitorização invasiva:

- a) Bolsa pressórica, capnógrafo e monitor cardíaco
- b) Manguito, transdutor de pressão e oxímetro

12. CSA, sexo masculino, tabagista, hipertenso e diabético, 31 anos, apresentou pneumonia por *Klebsiella* ESLBA durante suporte ventilatório mecânico. A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) é uma forma grave de infecção em pacientes submetidos a suporte ventilatório invasivo por tempo superior a 48 horas. A enfermagem deve estar envolvida na implementação das medidas com o intuito de reduzir a ocorrência de PAVM, senso recomendado, exceto:

- a) Manter o decúbito dos pacientes com a cabeceira elevada entre 30 e 45º graus.
- b) A troca de circuitos do ventilador deve ser feita apenas quando sujos ou danificados.
- c) Aspirar a secreção subglóticas quando paciente for permanecer por mais de 72h em ventilação mecânica
- d) Higiene oral com clorexidina a 2%
- e) Uso de PEEP acima de 10 cmH²O e volume corrente de 8 ml/kg do peso predito

13. Considerando que a paciente MRS, 34 anos, sexo feminino foi admitida intubada em POI de laparotomia exploradora por trauma abdominal após acidente de moto, evoluindo com diagnósticos sindrômicos de hipoxemia refratária, rabdomiólise e hipertensão intracraniana descompensada, PA 90x40 mmHg, FC 130 bpm FR 36irpm, sendo solicitado TC de crânio e angio-TC de tórax para confirmação diagnósticas. O transporte seguro de pacientes entre unidades de tratamento envolve as fases preparatória, de transferência e pós-transporte. Ponderando a relação risco-benefício do transporte a ser feito para a realização dos exames, pode-se afirmar:

- a) É preferível adiar os exames, pois o transporte de um paciente instável hemodinamicamente deve ser precedido de adequada instalação de aminas vasoativas.
- b) É dispensável que o técnico de enfermagem comunique ao Enfermeiro toda e qualquer intercorrência ou complicação ocorrida durante o

transporte, assim como proceder com o registro no prontuário.

- c) Na etapa de planejamento o enfermeiro deve: avaliar o estado geral da paciente, antecipar possíveis instabilidades e complicações no estado geral, prover equipamentos necessários à assistência e prever necessidade de vigilância e intervenção terapêutica durante o transporte.
- d) Na etapa de transporte a equipe de enfermagem monitora o nível de consciência, ssvv, mantém conexão de tubos, sondas e cateteres, para garantir a integridade física e mental do paciente.
- e) Na definição dos profissionais que assistirão o paciente durante o transporte, considerando o nível de complexidade da assistência requerida, na assistência a pacientes graves em risco iminente de vida, é suficiente a presença de 1 enfermeiro.

14. Cerca de 60% das insuficiências renais agudas (IRA) são de etiologia pré-renal, quase todas reversíveis se tratadas a tempo. Em pacientes com lesão renal aguda, o Volume de Líquidos Excessivo pode ser um diagnóstico de enfermagem. São características definidoras desse diagnóstico:

- a) Alteração no padrão respiratório, estado mental alterado, oligúria e desidratação.
- b) Alteração no padrão respiratório, alteração na pressão sanguínea, oligúria e edema.
- c) Alteração no padrão respiratório, alteração na pressão sanguínea, poliúria e edema.
- d) Alteração no padrão respiratório, alteração na pressão sanguínea, frequência respiratória normal, oligúria e edema.
- e) Alteração no padrão respiratório, estado mental alterado, oligúria e edema.

15. A terapia nutricional enteral (TNE) tem sido reconhecida pela composição dos nutrientes, procurando preservar a mucosa intestinal e também favorecer a manutenção da homeostase e imunidades. Na nutrição enteral, utiliza-se trato gastrointestinal, através de sondas, até o estômago, intestino ou por estomas. São cuidados necessários na administração da dieta enteral por sonda nasogástrica, EXCETO:

- a) Checar o posicionamento da sonda enteral ou sonda de gastrostomia.

- b) Administrar a nutrição enteral em temperatura ambiente, controlando a vazão de acordo com a prescrição médica
- c) Realizar troca dos materiais acessórios, como equipos a cada novo frasco, ou vencimento da dieta, conforme protocolo institucional
- d) Manutenção da cabeceira do leito elevada no mínimo 45º graus durante a infusão e até 40 minutos após a infusão intermitente
- e) Verificar se a sonda nasogástrica está pérvia.

16. O acrônimo TIME (Tissue-tecido, Infection-infecção, Moisture- Umidade e E- Bordas) é um guia que serve para orientar os enfermeiros quanto ao preparo do leito das feridas. Considerando o TIME, assinale **V** para verdadeiro e **F** para falso nas afirmativas abaixo:

I. Para a remoção de tecido desvitalizado pode-se realizar debridamento cirúrgico, mecânico, químico ou autolítico.

II. Uma ferida com tecido totalmente granulado certamente não está infectada.

III. Quando há presença de esfacelos a melhor indicação de cobertura são os hidrogéis independente do exsudado da lesão.

IV. Quando a ferida está com as bordas maceradas pode-se inferir que é necessário mudar o tipo de cobertura e/ou reduzir o intervalo de troca dos curativos.

V. As coberturas com prata não devem ser utilizadas em feridas cavitárias

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

17. Sobre a assistência de enfermagem às pessoas com estomia classifique o cuidado em certo **C** ou errado **E**:

I. Para os estomas urinários continentes deve-se orientar cateterismo intermitente limpo, enquanto para os estomas urinários incontinentes o uso de bolsas coletoras com válvula anti-refluxo é o mais indicado.

II. São complicações das estomias de eliminação: dermatite periestomal, hérnia, retração, prolapso e descolamento muco-cutâneo.

III. Os cuidados com pacientes traqueostomizados envolvem: higiene, umidificação e aquecimento do ar inspirado, alimentação e reabilitação vocal.

IV. A gastrostomia é mais vantajosa que a jejunostomia, pois permite administrar maior volume de dieta, e em *bolus* além de ser uma técnica cirúrgica mais simples.

V. Em pós-operatório imediato as bolsas coletoras para estomias devem ser sempre transparentes e drenáveis.

- a) E C C C E
- b) C E C C C
- c) C C E C C
- d) C C C E C
- e) C C C C C

18. Personagens importantes contribuíram para a melhoria da qualidade em saúde, dentre eles podemos citar Ignaz Semmelweiss, pioneiro nos estudos de controle da infecção hospitalar e Florence Nightingale que publicou em 1959 “pode parecer talvez um estranho princípio enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente”. No entanto, o tema segurança do paciente ganhou relevância após a divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) “To err is Human”, em novembro de 1999, que concluiu que de 44mil a 98 mil pessoas morrem a cada ano em decorrência de erros evitáveis. No Brasil, a preocupação com segurança do paciente ganhou força em 2007, com parcerias da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre os desafios globais para a segurança do paciente, é CORRETO afirmar:

- a) A identificação do paciente, por meio de pulseiras com um identificador, deve ser checada antes de qualquer cuidado que inclua: administração de medicamentos; administração de hemocomponentes e hemoderivados; coleta de material para exame; entrega de dieta e realização de procedimentos invasivos.
- b) Os eventos adversos com medicamento (EAM) são muitas vezes motivos de internação em UTI, e a administração de medicamento continua sendo a

única etapa responsável pela ocorrência de erros de medicação, podendo ser evitada pelo processo de dupla checagem e aplicação dos nove certos.

- c) Existem vários fatores de risco associados às quedas de pacientes, entre eles destacam-se idade, diversidade de patologias, mobilidade física prejudicada, presença de doença aguda, equilíbrio prejudicado, estado mental diminuído; na UTI, estes fatores são agravados pelo uso de medicamentos, alterações cognitivas (delirium) e procedimentos médicos que aumentam a vulnerabilidade para ocorrência de quedas.
- d) Os registros em prontuários são a única forma de comunicação possível que os profissionais de enfermagem podem utilizar, onde fica registrado todo histórico do paciente, desde história patológica pregressa até resultados esperados, as evoluções e prescrições de enfermagem, sendo todo registro precedido de data e hora.
- e) Medicamentos de alta vigilância (MAVs) são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Os erros que ocorrem com esses medicamentos são os mais frequentes, e suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte.

19. A função do sistema digestivo é absorver nutrientes e água para a circulação e eliminar produtos residuais ingeridos em nossa alimentação. Quando exposto ao trauma cirúrgico, responde com liberação de mediadores inflamatórios e hormônios que geram hipercatabolismo, processo no qual há consumo de reservas protéicas, déficit de resposta imunológica e retardo na cicatrização. Sobre as principais intervenções de enfermagem e suas justificativas no pós-operatório de cirurgia de grande porte com foco na avaliação do sistema digestivo, é INCORRETO afirmar:

- a) Deve-se iniciar a dieta o mais precocemente possível, pois a nutrição precoce atua como coadjuvante no tratamento de pacientes submetidos a cirurgias de grande porte e fornece substrato energético suficiente para a situação do alto catabolismo em decorrência do trauma cirúrgico.

- b) O enfermeiro precisa atentar-se para queixas e sinais de náuseas e vômitos, que podem estar relacionadas ao uso de anestésicos no transoperatório e ao aumento de secreções gástricas pelas células parietais (HCl).
- c) Caso o paciente necessite de sonda enteral, deve-se observar e registrar o volume do conteúdo gástrico drenado, e comunicar a toda equipe assistencial quando o conteúdo drenado estiver em grande quantidade, ou apresentar aspecto hemático, ou ainda, aspecto e odor de fezes, a fim de que sejam tomadas as condutas necessárias rapidamente.
- d) Instalar dispositivo para mensuração da pressão intra-abdominal (PIA), quando indicado, para detectar precocemente a síndrome compartimental intra-abdominal, que ocorre quando os valores da PIA encontram-se entre 12 e 18 mmHg.
- e) Observar se os drenos estão pérvios, bem como o aspecto e volume do conteúdo drenado, para detectar possíveis obstruções, bem como estar atento às alterações de volume e aspecto que possam sinalizar complicações.

20. A avaliação neurológica merece destaque no ambiente de terapia intensiva, e tem como objetivos identificar alterações no sistema nervoso, determinar os efeitos das disfunções do sistema nervoso sobre as atividades da vida diária, determinar as intervenções de enfermagem, comparar resultados de piora ou melhora neurológica e detectar situações de risco de vida, principalmente da morte encefálica. Sobre avaliação neurológica no paciente com alteração da consciência, é CORRETO afirmar:

- a) O paciente com *delirium* caracteriza-se por sintomas de início agudo e de caráter flutuante, não podendo apresentar intervalos de consciência.
- b) O coma é um estado em que o indivíduo não demonstra conhecimento de si próprio e do meio ambiente, com ausência de despertar; aos estímulos externos, pode abrir os olhos e apresenta apenas respostas de reatividade.
- c) O estado vegetativo ocorre duas a três semanas após a instalação do coma, o paciente começa a abrir os olhos e a readquirir o ciclo vigília-sono,

mas sem movimentos voluntários e sem percepção do ambiente.

- d) A postura de descerebração caracteriza-se por uma resposta com adução, flexão do cotovelo, flexão do punho e dos dedos do membro superior e hiperextensão, flexão plantar e rotação interna do membro inferior.
- e) Nos pacientes em uso de sedação contínua, deve-se utilizar escala de Glasgow para avaliação do grau de sedação, para tentativa de ajuste de dose da medicação, evitando sedação excessiva ou insuficiente.

21. No paciente grave, a necessidade de higiene e conforto não é eliminada, independentemente do comprometimento dos diversos órgãos e sistemas. Portanto, o banho no leito é um procedimento com alto requerimento de profissionais de enfermagem capacitados, planejamento adequado da equipe e reconhecimento por parte dela de que é necessário rigoroso acompanhamento durante a realização do cuidado, pelo risco real ou potencial de instabilidade do paciente. Sobre o banho no leito é INCORRETO afirmar:

- a) A temperatura da água, do ambiente e do paciente deve ser monitorizada, pois a simples exposição do corpo desnudo já possibilita a redução da temperatura corporal. Orienta-se que todo processo seja feito em no máximo 20 minutos, pois o frio pode ser prejudicial ao quadro clínico.
- b) Deve-se considerar o risco de quedas inerente ao procedimento, pois as condições psicomotoras do paciente mudam de acordo com fatores como agitação por hipóxia, incidência de dor e confusão mental, sedação e analgesia inapropriados, alteração da perfusão cerebral e instabilidade hemodinâmica.
- c) O enfermeiro deve atentar-se para a avaliação das condições respiratórias, envolvendo inspeção torácica e ausculta pulmonar, associadas ao exame de raios X do tórax do paciente.
- d) A instituição da higiene corporal com toalhas pré-umedecidas em solução emoliente de pH ácido, próximo ao da pele, e de hidratante enriquecido com vitamina E, elimina a necessidade da técnica do banho tradicional por parte da equipe de enfermagem, o que torna o procedimento mais rápido e prático.

- e) O profissional precisa atentar-se ao risco de retirada não planejada ou desposicionamento de dispositivos invasivos. Cabe ressaltar que o tubo orotraqueal e o cateter vascular central têm maior incidência de retirada não planejada durante o banho no leito.

22. Paciente de 56 anos, sexo feminino, acordada, fásica, bom estado geral, está internada na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público federal após procedimento de revascularização do miocárdio. No 2º DIH evolui com queda dos níveis de hematócrito e hemoglobina, sendo dessa forma indicado pela equipe assistencial a transfusão de 01 concentrado de Hemácias. Antes do início do processo de hemotransfusão a equipe de enfermagem realizou a checagem dos sinais e após verificar todo o protocolo hospitalar para instalação do concentrado de hemácias, o mesmo foi instalado. Após 30 min de infusão do hemocomponente, a paciente apresenta bom estado geral, consciente, referindo calafrios, ao verificar a temperatura corporal a profissional de enfermagem não percebeu aumento na mesma, mas houve um aumento da pressão arterial comparado aos valores pré-infusionais, assim como taquicardia. Qual conduta mais adequada o enfermeiro da unidade deveria adotar:

- a) Interromper a hemotransfusão e providenciar um novo concentrado de hemácias junto ao serviço de agência transfusional.
- b) Como não há repercussões hemodinâmicas importantes, o enfermeiro deve prosseguir com a transfusão e reavaliar a paciente a cada 10 minutos.
- c) Interromper imediatamente a transfusão, comunicar ao médico do plantão e ao serviço de agência transfusional, para que este último possa proceder com as investigações de reação transfusional.
- d) Prosseguir a hemotransfusão até seu término, verificando os sinais vitais a cada 30 minutos.
- e) Interromper a transfusão momentaneamente, puncionar um novo acesso venoso periférico, visto que se trata de uma reação transfusional relacionada à contaminação bacteriana do acesso periférico e prosseguir a hemotransfusão pelo novo acesso.

23. F.E.V.B, 63 anos, sexo masculino, trabalhador rural, relata ter trabalhado alguns anos com perfuração de poços artesianos, é etilista social, tabagista passivo, portador de hipertensão arterial há cerca de 20 anos, nega procedimentos cirúrgicos prévios ou outras internações em ambiente hospitalar. Procurou uma unidade de saúde secundária, devido dispnéia, cansaço, e edema em membros inferiores. O mesmo foi diagnosticado após um Ecocardiograma com Insuficiência de Valva aórtica e encaminhado a um hospital de referência. Uma semana após a entrada no hospital de referência, foi submetido a um procedimento de troca valvar aórtica pela equipe de cardiologia. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências, levando cerca de 3 horas para sua conclusão e agora o paciente está sedado e será encaminhado a Unidade de Terapia intensiva. São cuidados e ações prestadas ao paciente em POI de cirurgia cardíaca, EXCETO:

- a) Planejar cuidados que visem à manutenção adequada da ventilação mecânica, oxigenação e estabilidade hemodinâmica.
- b) O paciente deverá ser posicionado em decúbito lateral esquerdo, visando drenar de forma mais eficaz o sangue retido na cavidade torácica por meio do dreno de mediastino.
- c) Avaliar presença de drenos torácicos e de mediastino, prescrever cuidados de enfermagem com esses dispositivos, como por exemplo, mensuração do débito e troca do selo d'água.
- d) Proporcionar medidas de alívio da dor, após o despertar do paciente, especialmente nos casos em que há agitação motora, já que a dor é um sintoma comum em cirurgias de grande porte.
- e) Manter cabeceira elevada entre 30 e 45º, para favorecer a drenagem do sangue retido na cavidade torácica pelo dreno de mediastino.

24. Paciente masculino, 37 anos, em terapia para linfoma não Hodgkin, admitido na UTI com tosse seca, febre, dispnéia e insuficiência respiratória aguda hipoxêmica, em suporte de oxigenoterapia por máscara de Venturi a 50%, saturando 92%. No segundo dia de internação, evoluiu com piora da mecânica respiratória e das trocas gasosas, com queda da SaO₂, sendo optado por intubação orotraqueal (IOT) e instituição de ventilação mecânica invasiva (VMI) com estratégia protetora. Após condução clínica, no 6º dia de

internação, apresentou melhora das trocas gasosas e da mecânica respiratória, sendo extubado após realização de teste de ventilação espontânea. Sobre assistência ventilatória no paciente crítico, assinale o que NÃO é objetivo da ventilação mecânica invasiva:

- a) Aumentar o volume pulmonar, abrindo a via aérea e as unidades alveolares.
- b) Corrigir acidose respiratória.
- c) Permitir sedação e bloqueio neuromuscular.
- d) Reverter ou prevenir o aparecimento de atelectasias.
- e) Aumentar a pressão intra-abdominal.

25. Segundo Padilha, Vattimo, Silva e Kimura (2013), os níveis de ácidos e bases no organismo são fundamentais para a manutenção do pH (concentração do íon de hidrogênio no plasma), em limites compatíveis com processos vitais. Os sistemas pulmonar e renal são os responsáveis pela eliminação do Hidrogênio (H⁺) produzidos durante o metabolismo celular. O desequilíbrio de ácidos e bases no organismo são frequentemente encontrados em pacientes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva, em sua maioria em pacientes sob uso de prótese ventilatória. Essa alteração no equilíbrio ácido-base do organismo ocasiona distúrbios hidroeletrolíticos, distúrbios renais e pulmonares. Um importante parâmetro para a avaliação do equilíbrio ácido-básico de um indivíduo internado na UTI é a Gasometria arterial, exame essencial para estudo dos gases e do equilíbrio eletrolítico do organismo. Dentre as alternativas abaixo assinale aquela em que os valores de gasometria encontram-se dentro dos parâmetros de normalidade.

- a) pH: 7.38 PO₂: 96% PCO₂: 38 HCO₃: 25
- b) pH: 6.89 PO₂: 73% PCO₂: 45 HCO₃: 12
- c) pH: 7.00 PO₂: 90% PCO₂: 30 HCO₃: 6
- d) pH: 7.50 PO₂: 92% PCO₂: 45 HCO₃: 30
- e) pH: 6.00 PO₂: 96% PCO₂: 22 HCO₃: 22