



FIOCRUZ

Concurso Público Fiocruz 2023

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva e Discursiva

**TE66 - Enfermagem - Centro cirúrgico e
central de material de esterilização**



Prova Objetiva

01. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos. O princípio do SUS que considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades é a:

- (A) Universalização.
- (B) Equidade.
- (C) Integralidade.
- (D) Descentralização.
- (E) Regionalização.

02. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda alguns princípios estabelecidos pela Lei nº 8.080/1990, EXCETO:

- (A) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.
- (B) Centralização político-administrativa, com direção única do Ministério da Saúde.
- (C) Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- (D) Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.
- (E) Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.

03. De acordo com o Capítulo III - Da Direção/ Artigo 9º - A direção do sistema Único de Saúde é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida no âmbito da União pelo(a/s):

- (A) Ministério da saúde.
- (B) Secretaria de Saúde Estadual ou Órgão equivalente.
- (C) Secretaria de Saúde Municipal ou Órgão equivalente.
- (D) Consórcios de Saúde.
- (E) Conselho Nacional de Saúde.

04. Segundo o Capítulo III - Das Comissões Permanentes/ Artigo 14º - Deverão ser criadas Comissões Permanentes de Integração, cuja finalidade é:

- (A) integrar as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto-Atendimento.
- (B) administrar os hospitais de Nível terciário.
- (C) integrar a Rede Pública à Rede Privada.
- (D) propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, assim como à pesquisa e à cooperação técnica entre instituições.
- (E) propor estratégias de integração no campo da Assistência em Saúde, Educação e Pesquisa entre Unidades: MEC, Hospitais Filantrópicos e Privados, com o intuito de desenvolvimento técnico-científico global.

05. Na Lei nº 8.080/1990; Capítulo IV/ Seção III, Art. 16. À direção nacional do SUS compete (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023) coordenar os seguintes sistemas, EXCETO:

- (A) Redes integradas de assistência de alta complexidade.
- (B) Rede de laboratórios de saúde pública.
- (C) Vigilância Epidemiológica.
- (D) Vigilância Sanitária.
- (E) Unidades Básicas de Saúde.

06. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado em 13 de julho de 1990, é o principal instrumento normativo do Brasil sobre os direitos da criança e do adolescente. O ECA incorporou os avanços preconizados na Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas e trouxe o caminho para concretizar o Artigo 227 da Constituição Federal, que determinou direitos e garantias fundamentais a crianças e adolescentes. Na Lei nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990 / Título I das disposições gerais, Art. 4º: É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar as seguintes prioridades, EXCETO:

- (A) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias.
- (B) prioridade no atendimento em relação aos idosos.
- (C) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública.
- (D) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas.
- (E) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

07. Com base no estatuto da Criança e Adolescente, são formas de violência:

- (A) física, psicológica, sexual e institucional.
- (B) parental, psicológica, sexual e institucional.
- (C) física, patrimonial, sexual e institucional.
- (D) física, psicológica, educacional e institucional.
- (E) física, psicológica, sexual e ambiental.

08. O profissional de enfermagem desempenha um papel crucial no combate ao capacitismo, não apenas reconhecendo e evitando atitudes capacitistas, mas também compartilhando esse conhecimento com outros profissionais de saúde e população em geral. Dentre as seguintes opções, NÃO é considerada uma atitude capacitista a:

- (A) utilização de termos pejorativos.
- (B) utilização de expressões como “pessoas com deficiência”.
- (C) emissão de olhares de julgamento.
- (D) invasão de privacidade.
- (E) ausência de representatividade de pessoas com deficiência em diversos espaços.

09. Sabe-se que o Brasil faz parte da Convenção internacional geral e integral para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência, com isso deverá prestar significativa contribuição através de leis e portarias ministeriais, com vista a corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência promovendo sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades. No Artigo 20 do Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Presidência da República 2007), refere que os Estados Partes tomarão medidas efetivas para assegurar às pessoas com deficiência sua mobilidade pessoal com a máxima independência possível, EXCETO:

- (A) facilitar a mobilidade pessoal das pessoas com deficiência, na forma e quando elas quiserem, e a custo acessível.
- (B) facilitar às pessoas com deficiência o acesso a tecnologias assistivas, dispositivos e ajudas técnicas de qualidade, e formas de assistência humana ou animal e de mediadores, inclusive tornando-os disponíveis a custo acessível.
- (C) incentivar a criação de ambientes somente para portadores de deficiência.
- (D) propiciar às pessoas com deficiência e ao pessoal especializado capacitação em técnicas de mobilidade.
- (E) incentivar entidades que produzem ajudas técnicas de mobilidade, dispositivos e tecnologias assistivas a levarem em conta todos os aspectos relativos à mobilidade de pessoas com deficiência.

10. A perspectiva do adoecimento crônico não aparece como uma prerrogativa dos ciclos de vida a que pertencem os adultos. A transição epidemiológica, fruto de inúmeros fatores que resultam de alterações em indicadores sociais e de saúde, contribui para o surgimento de uma “nova pediatria”. Essa “nova pediatria” é formada pelo contingente de crianças e adolescentes com doenças crônicas e dependentes de tecnologia, aquelas que vivem com quadros neurológicos decorrentes de eventos perinatais e o segmento que nasceu com síndromes genéticas variadas e doenças raras. A relação com este segmento provoca a necessidade de ressignificação do cuidado de enfermagem, onde a cura não é possível; e traz aos profissionais uma necessidade de resiliência no momento da morte. Com base nesse, as ferramentas que poderiam ser trabalhadas com os profissionais de enfermagem com o intuito de ressignificar a perda e luto no ambiente pediátrico são:

- (A) aplicação de Protocolos sobre cuidados paliativos em crianças cronicamente complexas - servem de subsídio para o cuidado, com o intuito de minimizar dilemas éticos, repensar a obstinação terapêutica e evitar a distanásia.
- (B) minimização da comunicação entre a equipe de enfermagem e a criança crônica complexa, para que não se estabeleça vínculo no cuidado prestado.
- (C) declaração de que toda a situação do cuidado ao paciente crônico é fruto de um “*karma*”, logo, é uma prestação de “contas”.
- (D) somente a partir dos 08 ou 09 anos de idade é que o paciente começa a ter a percepção da morte como os adultos, logo não precisamos ter nenhuma abordagem de finitude para o ambiente pediátrico.
- (E) não é importante que o profissional de enfermagem tenha algum conhecimento sobre a compreensão da morte pela criança e pelo adolescente, visto que não deverá haver diálogo pertinente com as crenças, as idealizações e com o que consideram como verdade sobre morte e pós-morte.

11. As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio devem ser organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais, permitindo ações que, articuladas, impactem positivamente nos indicadores mundiais. Dentre as opções, NÃO é considerada uma diretriz de prevenção de suicídio:

- (A) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos.
- (B) Organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas.
- (C) Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e garantindo a democratização das informações.
- (D) Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que não pode ser prevenido.
- (E) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

12. A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade. Atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico. Considerando o Código de Ética do Profissional de Enfermagem é correto afirmar que:

- (A) proibição: negar-se a ser filmado ou fotografado durante o desempenho exclusivo de suas atividades profissionais.
- (B) direito: executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal, apenas quando prescritas e acompanhadas por um profissional médico.
- (C) dever: executar prescrição médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescriptor, mesmo em situação de não urgentes ou emergenciais, desde que dentro do horário estabelecido.
- (D) proibição: manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.
- (E) dever: apor nos documentos durante o exercício profissional, nome completo e/ou nome social, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica.

13. No Centro Cirúrgico, um técnico de enfermagem verifica a indicação da instalação de uma sonda vesical de demora em um bebê, sem que haja urgência ou emergência. prontamente, e sem contactar o enfermeiro responsável, ele realiza o procedimento. Diante desse cenário, o conceito ético que melhor descreve a ação do técnico de enfermagem é:

- (A) imprudência, pois agiu de maneira precipitada, sem comunicar ao enfermeiro, apesar de estar habilitado para a realização do procedimento.
- (B) negligência, pois omitiu pedido de ajuda a outro técnico de enfermagem para a realização do procedimento.
- (C) zelo, pois demonstrou cuidado ao realizar sua tarefa.
- (D) eficiência, pois agiu de maneira eficaz e colaborou com o trabalho de equipe.
- (E) imperícia, pois não possuía a habilidade técnica e qualificação necessária para a realização do procedimento em questão.

14. Os primeiros Centros Cirúrgicos (CC) surgiram na Antiguidade, com a finalidade de facilitar o trabalho da equipe médica. Somente na era moderna houve a centralização das salas de cirurgia e de áreas comuns do CC, como lavabos, vestiários e laboratórios.

Com o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas e a crescente demanda de materiais, houve a necessidade de centralizar as atividades de preparo, esterilização, armazenamento e distribuição em um único local; surgindo assim, a Unidade de Centro de Material ou o Centro de Material e Esterilização (CME).

Consideramos que a Unidade de Centro Cirúrgico é composta pelo CC propriamente dito, pela Recuperação Anestésica (RA) e pelo CME. A tendência atual é desvincular o CME do ambiente físico do CC, pois ele processa materiais para todas as unidades da instituição. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) define o CC como um “conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação anestésica”, e pode ser considerado uma organização complexa, em virtude de suas características e da assistência especializada. Com base nessas premissas podemos afirmar como (V) verdadeiras ou (F) falsas:

- I. O Centro Cirúrgico é caracterizado como um sistema sociotécnico-estruturado, administrativo e psicossocial, que está localizado dentro de uma estrutura hospitalar, sendo considerado uma das unidades mais complexas do hospital, seja pela sua especificidade, seja pela presença constante de estresse e a possibilidade de riscos à saúde inerentes a essa modalidade terapêutica.
- II. Para que a estrutura do Centro Cirúrgico funcione adequadamente e atinja as metas a que se propõe, não é necessário a integração com as unidades que atuam como serviços de apoio ou de suporte; sendo assim deverá haver fisicamente na UCC serviços exclusivos como: banco de sangue, laboratório, serviço de anatomia patológica, radiologia, farmácia, suprimentos/almoxarifado, transporte, fornecedores, e engenharia/manutenção; além de serviços terceirizados, como esterilização por métodos específicos, limpeza e lavanderia, entre outros.
- III. O Centro Cirúrgico ambulatorial é a unidade responsável por proporcionar condições materiais e humanas para a realização de procedimentos anestésico-cirúrgicos em pacientes externos, ou seja, aqueles que, na maioria das vezes, vieram diretamente de casa e que, portanto, não estão internados na instituição hospitalar.
- IV. A Sala de Recuperação Pós Anestésica é o local onde o paciente submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico deve permanecer, sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem, até que haja recuperação da consciência, estabilidade dos sinais vitais, prevenção das intercorrências do período pós-anestésico e/ou pronto-atendimento.
- V. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde, a Sala de Recuperação Pós Anestésica deve estar localizada longe das Salas Operatórias, permitindo que o cuidado seja eficiente, sem interferência da equipe cirúrgica para qualidade e segurança do processo pós-operatório imediato.

VI. O centro de material e esterilização (CME), no contexto da assistência ao paciente, se enquadra como uma unidade funcional destinada ao processamento de produtos para a saúde. Esse processamento engloba um conjunto de ações, como a pré-limpeza, seguindo para etapas relacionadas à recepção, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras.

As afirmativas I, II, III, IV, V e VI são:

- (A) V, V, F, F, V, V.
- (B) V, F, V, V, V, V.
- (C) F, F, V, V, F, V.
- (D) V, V, V, V, F, V.
- (E) V, F, V, V, F, V.

15. Com o avanço tecnológico e a evolução do edifício hospitalar, especificamente na CME - a partir das últimas décadas do século XX - surgiu a necessidade de um aprimoramento das técnicas e dos processos de limpeza, preparo, esterilização e armazenamento de materiais e roupas. Como consequência, a CME torna-se centralizada, com a supervisão de um enfermeiro e passa a ser definida como uma unidade de apoio técnico a todas as unidades assistenciais, responsável pelo processamento dos materiais, como instrumental e roupas cirúrgicas e a esterilização dos mesmos. De acordo com a RDC nº. 50 (ANVISA, 2004), as condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção de serviços de saúde dependem de pré-requisitos de diferentes ambientes existentes na CME e suas atividades.

- I. Área de lavagem e descontaminação: Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido; desinfetar e separar os materiais; verificar o estado de conservação do material; proceder a limpeza do material e encaminhar o material para a área de preparo.
- II. Área de preparo de materiais: Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza; preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados e encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.
- III. Área de esterilização: Executar o processo de esterilização das autoclaves, conforme instruções do fabricante: observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves; fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados e manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.
- IV. Área de armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizados: Estocar o material esterilizado; proceder à distribuição do material às unidades e registrar saída do material.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e III estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas II e IV estão corretas.
- (D) apenas I, III e IV estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

16. A expressão tempos de cirurgia caracteriza a sequência de procedimentos utilizada na manipulação dos tecidos e vísceras durante o ato operatório, sendo identificada por quatro tempos básicos, são eles respectivamente:

- (A) diérese, hemostasia, exérese e síntese.
- (B) secção, hemostasia, serração e síntese.
- (C) punção, dilatação, exérese e síntese.
- (D) diérese, pinçamento, hemostasia e síntese.
- (E) obturação, exérese, hemostasia e síntese.

17. O sistema de eletro cirurgia monopolar é um equipamento composto de gerador, eletrodo ativo e eletrodo dispersivo (eletrodo de retorno). Nesse modelo, a corrente elétrica retorna para o gerador em vez de ser devolvida ao fio terra, após ter atravessado o corpo do paciente. Caso a placa se desconecte durante o procedimento, um sistema de segurança faz com que o gerador deixe de enviar a corrente, evitando queimaduras na pele do paciente. Portanto, é de crucial importância o papel do enfermeiro na prevenção de eventos adversos na utilização da placa neutra ou eletrodo dispersivo. A esse respeito, é correto afirmar que:

- (A) a placa neutra deve ser colocada no paciente em local limpo, com pele seca, sem pêlos, sobre grande massa muscular, proeminências ósseas, tatuagens e tecido cicatricial.
- (B) a placa neutra é de tamanho único, logo não importa o peso corporal do paciente (neonatal/ pediátrico/adulto).
- (C) No local da placa neutra e ao redor dela, deve-se evitar afluxo de sangue e outros líquidos, de modo a evitar fuga e divisão de corrente. Deve-se estar atento à perfusão da pele no local, que promoverá a condutividade elétrica na área e a dissipação do calor no contato do eletrodo com a superfície da pele.
- (D) a placa neutra descartável não vem com gel condutor, logo deverá ser colocado gel para umedecer a pele do paciente antes de fixá-la. Não se deve cortar eletrodos de retorno descartáveis.
- (E) antes de iniciar o procedimento, avaliar a segurança do paciente quanto à prevenção de efeitos adversos não sendo necessário qualquer preocupação com contato de superfície com metal, adornos metálicos, cola, dentre outros; pois a placa neutra tem a capacidade de prevenir queimaduras e choques.

18. De acordo com a duração do ato cirúrgico, as cirurgias são classificadas em porte I, porte II, porte III e porte IV. Geralmente, quanto maior a duração do procedimento, maior é o porte da cirurgia e maior o risco de o paciente apresentar complicações no período pós-operatório. O tempo de duração das cirurgias com base no porte cirúrgico, podemos afirmar:

- I. Cirurgias de porte I têm até 2 horas de duração.
- II. Cirurgias de porte II duram, em média, de 2 a 4 horas.
- III. Cirurgias de porte III têm duração de 4 a 6 horas.
- IV. Cirurgias de porte IV são aquelas cuja duração ultrapassa 6 horas.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e III estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas II e IV estão corretas.
- (D) apenas III e IV estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

19. Terminologia cirúrgica é o conjunto de termos que expressam o segmento corpóreo afetado e a intervenção realizada para tratar a afecção. A utilização de uma terminologia apropriada fornece definição de termos cirúrgicos, descreve os tipos de cirurgias e facilita o preparo de instrumentais e equipamentos para cada tipo de procedimento cirúrgico.

- I. Prefixo Colo - Relativo ao cólon.
- II. Prefixo Colpo - Relativo à cartilagem.
- III. Prefixo Entero - Relativo ao intestino delgado
- IV. Prefixo Espleno - Relativo à vesícula
- V. Sufixo Bradi - Lento
- VI. Sufixo Cele - Relativo tumor; hérnia

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e III estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas II e IV estão corretas.
- (D) apenas I, III e IV estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

20. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) nasceu em setembro de 1991, com a missão de “colaborar com o desenvolvimento técnico-científico e divulgar as melhores práticas para atuação da enfermagem perioperatória, além de propor recomendações referentes às áreas de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização”. As publicações trimestrais da Revista da SOBECC e a publicação das Práticas Recomendadas, periodicamente revisadas, atualizadas e reeditadas, são meios que ajudam a atingir essa missão.

Apesar das recomendações da AORN e da SOBECC em relação à adoção de um modelo de assistência para nortear as ações dos enfermeiros no Centro Cirúrgico (CC), a grande maioria dos CC dos hospitais brasileiros ainda não adota um modelo formal.

Em 2009, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) publicou a Resolução n. 358, que determina a utilização do Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) em todas as instituições de saúde (públicas e privadas), em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Essa resolução estimula a implantação do Processo de Enfermagem (PE) pelos enfermeiros que atuam no Centro Cirúrgico nos três períodos de experiência cirúrgica (período pré-operatório imediato; período transoperatório; e período pós-operatório imediato), desenvolvendo as seguintes etapas:

- (A) Anamnese, risco cirúrgico, preparo para cirurgia, checklist de cirurgia segura e transferência segura do paciente.
- (B) Visita pré-operatória, acolhimento na entrada do centro cirúrgico, verificação da temperatura corporal, controle de hemorragias e monitoramento na sala de recuperação pós-anestésica.
- (C) Visita pré-operatória de enfermagem, planejamento de assistência perioperatória, Implementação da assistência, Avaliação da assistência – visita pós-operatória de enfermagem, Reformulação da assistência a ser planejada, de acordo com os resultados obtidos, procurando resolver situações indesejáveis e prevenir ocorrência de eventos adversos.
- (D) Risco cirúrgico, planejamento de hemoderivados, preparo da sala de operação, pausa cirúrgica e alta planejada.
- (E) Visita pré-operatória de enfermagem, checklist de cirurgia segura, Avaliação da assistência – visita pós-operatória de enfermagem, Reformulação da assistência a ser planejada, de acordo com os eventos adversos ocorridos, procurando resolver situações indesejáveis e prevenir novas ocorrências.

21. O papel do enfermeiro na sala de Recuperação pós-anestésica (SRPA) é imprescindível, sendo fundamental na garantia de um cuidado seguro no momento pós-operatório, sendo assim possui como atribuições: A admissão do paciente; monitoramento hemodinâmico; checagem de curativos, drenos e cateteres; instalação de medicamentos e drippings, de acordo com a gravidade do paciente; avaliação contínua e transferência para a unidade de internação ou residência de acordo com o tipo de intervenção cirúrgica. É de suma importância que o enfermeiro aplique o índice de Aldrete e Kroulik. Esse índice baseia-se na avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular.

No caso pacientes ambulatoriais como a alta se dará para a residência, aplica-se o índice de Aldrete e Kroulik ampliado, que consiste na:

- (A) avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular, adicionada dos parâmetros do curativo, dor, deambulação, alimentação e diurese, cuja pontuação varia de 0 a 2. Após a avaliação de cada item, somam-se os escores, obtendo-se um escore total, que subsidiará o julgamento de alta ou não do paciente ambulatorial da SRPA. Assim, a máxima pontuação neste índice é 20, e considera-se que o paciente está apto a receber alta quando atingir pontuação igual ou superior a 18.
- (B) avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular, adicionada dos parâmetros de sangramento, dor, deambulação, alimentação e diurese, cuja pontuação varia de 0 a 2. Após a avaliação de cada item, somam-se os escores, obtendo-se um escore total, que subsidiará o julgamento de alta ou não do paciente ambulatorial da SRPA. Assim, a máxima pontuação neste índice é 20, e considera-se que o paciente está apto a receber alta quando atingir pontuação igual ou superior a 18.
- (C) avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular, adicionada dos parâmetros do curativo, dor, deambulação, alimentação e diurese, cuja pontuação varia de 0 a 2. Após a avaliação de cada item, somam-se os escores, obtendo-se um escore total, que subsidiará o julgamento de alta ou não do paciente ambulatorial da SRPA. Assim, a máxima pontuação neste índice é 20, e considera-se que o paciente está apto a receber alta quando atingir pontuação igual ou superior a 14.
- (D) avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e neurológico, adicionada dos parâmetros do hemorragia, dor, deambulação, vômitos e diurese, cuja pontuação varia de 0 a 2. Após a avaliação de cada item, somam-se os escores, obtendo-se um escore total, que subsidiará o julgamento de alta ou não do paciente ambulatorial da SRPA. Assim, a máxima pontuação neste índice é 20, e considera-se que o paciente está apto a receber alta quando atingir pontuação igual ou superior a 18.

(E) avaliação dos sistemas cardiovascular, respiratório, nervoso central e muscular, adicionada dos parâmetros do curativo, dor, deambulação, alimentação e diurese, cuja pontuação varia de 0 a 2. Após a avaliação de cada item, somam-se os escores, obtendo-se um escore total, que subsidiará o julgamento de alta ou não do paciente ambulatorial da SRPA. Assim, a máxima pontuação neste índice é 14, e considera-se que o paciente está apto a receber alta quando atingir pontuação igual ou superior a 12.

22. Atualmente as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) estão intimamente relacionadas ao tema segurança do paciente, exercendo forte pressão sobre as organizações de assistência à saúde. São consideradas eventos adversos que geram várias consequências deletérias, como elevação dos custos da assistência, aumento do tempo de internação, aumento da morbidade e da mortalidade.

Diversas instituições públicas e privadas, internacionais e nacionais, somam esforços publicando orientações para a prevenção e o controle das infecções, norteadas por ações básicas a serem adotadas pelos profissionais da saúde. No ambiente do centro cirúrgico os profissionais de saúde se deparam com a necessidade de utilizar as precauções padrão, assim como as precauções com base em transmissão. São equipamentos de proteção individual utilizados na proteção padrão:

- (A) Avental descartável, pro-pé, touca descartável e máscaras descartáveis.
- (B) Touca descartável, avental descartável e protetor ocular.
- (C) Touca descartável, luvas descartáveis, sem adornos e pro-pé.
- (D) luvas descartáveis, aventais descartáveis, máscaras descartáveis e protetores oculares.
- (E) luvas estéreis, aventais descartáveis, máscaras N95 e protetores oculares.

23. Os produtos para a saúde usados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, incluindo os utilizados no Centro Cirúrgico, podem ser classificados segundo seu potencial de transmissão de infecções. Em 1960, Spaulding propôs uma classificação dividida em três categorias de artigos: críticos, semicríticos e não críticos. Esta classificação tem sido utilizada pelo CDC e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 6 Precauções para controle e prevenção da infecção no Centro Cirúrgico e limpeza do ambiente 107 n.15, publicada pela ANVISA em 2012, substituiu a terminologia “artigos” por “produtos para a saúde”, ficando a classificação de risco para transmissão de infecção dividindo os produtos para saúde em:

- I. Críticos: são aqueles utilizados em procedimentos invasivos que penetram a pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais, e sistema vascular, em contato direto com os tecidos humanos não colonizados.
- II. Semicríticos: são os que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas.
- III. Não críticos: são aqueles que entram em contato com a pele íntegra ou não entram em contato direto com o paciente.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que são exemplos de produtos para saúde:

- (A) semicríticos: cânulas endotraqueais, equipamentos respiratórios, entre outros.
- (B) críticos: agulhas, cateteres intravenosos, espéculos vaginais, materiais de implante, entre outros.
- (C) não críticos: termômetros, agulhas, esfigmomanômetro, transdutor de oxímetro de pulso, garrote pneumático, roupas de cama de pacientes, entre outros.
- (D) semicríticos: cânulas endotraqueais, equipamentos respiratórios, instrumentais cirúrgicos, entre outros.
- (E) críticos: transdutor de oximetria, cateteres intravenosos, espéculos vaginais, materiais de implante, entre outros.

24. É de fundamental importância os profissionais de enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico terem conhecimentos sobre os fatores de risco que contribuem para desencadear a Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) e aplicar medidas preventivas que possam reduzir as taxas de infecção. Entretanto, inúmeras variáveis interferem no desencadeamento da infecção, como o próprio paciente, o pessoal, o ambiente, os materiais e os equipamentos. Cada variável deve ser considerada de acordo com sua ordem de importância, dependendo das próprias condições do paciente e dos procedimentos realizados; contudo, é difícil apontar a causa que desencadeou.

Estudos demonstraram que a aplicação das melhores práticas pode prevenir a ISC, como:

- (A) utilização de EPI pela equipe; escolha do agente antimicrobiano apropriado; momento da administração e duração da profilaxia antimicrobiana; e boas práticas perioperatórias, como manter o controle da glicemia e evitar tricotomia do sítio operatório.
- (B) otimização da administração de profilaxia antimicrobiana pré-operatória; escolha do agente antimicrobiano apropriado; momento da administração e duração da profilaxia antimicrobiana; e boas práticas perioperatórias, como manter o controle da glicemia e realizar a tricotomia do sítio operatório.
- (C) degermação cirúrgica de toda a equipe; uso de EPI; escolha do agente antimicrobiano apropriado; momento da administração e duração da profilaxia antimicrobiana; e boas práticas perioperatórias, como manter o controle da glicemia e evitar tricotomia do sítio operatório.
- (D) otimização da administração de profilaxia antimicrobiana pré-operatória; escolha do agente antimicrobiano apropriado; momento da administração e duração da profilaxia antimicrobiana; e boas práticas perioperatórias, como manter o controle da glicemia e evitar tricotomia do sítio operatório.
- (E) otimização da administração de profilaxia antimicrobiana pós-operatória; escolha do agente antimicrobiano apropriado e duração da profilaxia antimicrobiana; e boas práticas perioperatórias, como manter o controle da glicemia e realizar a tricotomia do sítio operatório.

25. A assistência cirúrgica é complexa e envolve dezenas de etapas que devem ser otimizadas individualmente para os pacientes. Para minimizar a perda desnecessária de vidas e complicações sérias, as equipes operatórias têm dez objetivos básicos e essenciais em qualquer caso cirúrgico, apoiados pelas orientações para a cirurgia segura da OMS, são elas:

- I. A equipe operará o paciente certo e o local cirúrgico certo.
- II. A equipe usará métodos conhecidos para impedir danos na administração de anestésicos, enquanto protege o paciente da dor.
- III. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para perda de via aérea ou de função respiratória que ameacem a vida.
- IV. A equipe reconhecerá e estará efetivamente preparada para o risco de grandes perdas sanguíneas.
- V. A equipe evitará a indução de reação adversa a drogas ou reação alérgica sabidamente de risco ao paciente.
- VI. A equipe usará de maneira sistemática, métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção no sítio cirúrgico.
- VII. A equipe impedirá a retenção inadvertida de instrumentais ou compressas nas feridas cirúrgicas.
- VIII. A equipe manterá seguros e identificará precisamente todos os espécimes cirúrgicos.
- IX. A equipe se comunicará efetivamente e trocará informações críticas para a condução segura da operação.
- X. Os hospitais e os sistemas de saúde pública estabelecerão vigilância de rotina sobre a capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e III estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas II e IV estão corretas.
- (D) apenas I, III e V estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

26. Em 2003, a Comissão Conjunta formulou e obrigou o uso de um protocolo universal para prevenção dos erros relacionados ao local errado, ao paciente errado e ao procedimento errado, o qual foi adotado por muitas organizações profissionais, incluindo o Colégio Americano de Cirurgiões. O protocolo universal é um processo de três etapas no qual cada uma é complementar à prática de confirmar o paciente, local e procedimentos corretos.

Das etapas a serem aplicadas NÃO é adequado:

- (A) a verificação do paciente, local e procedimento corretos devem ser realizados pelo cirurgião no momento que o paciente é submetido a cirurgia, com o intuito de evitar eventos adversos.
- (B) o local ou locais a serem operados, a demarcação da lateralidade e o procedimento são confirmados checando os registros e as radiografias do paciente.
- (C) as etapas de verificação e demarcação devem ser realizadas preferencialmente com o paciente em alerta e participante. Falhas no engajamento do paciente (ou do profissional) são uma das causas de cirurgia em sítio errado. A distribuição de folhetos informativos que orientem aos pacientes sobre a importância do seu protagonismo em todos os momentos do processo cirúrgico impacta positivamente no impedimento de cirurgias em local errado
- (D) a demarcação deve ser realizada no sítio operatório ou próximo a ele (sítios não-operatórios não devem ser demarcados), devem estar claramente visíveis, sem ambiguidades e feita com um marcador permanente para que a marcação não seja removida durante a preparação do sítio (os serviços de saúde podem escolher métodos diferentes de marcação, mas o protocolo deve ser consistente a fim de impedir qualquer ambiguidade).
- (E) a “pausa cirúrgica” é uma breve pausa antes da incisão para confirmar o paciente, o procedimento e o local da operação. É também uma oportunidade para assegurar que o paciente esteja corretamente posicionado e que quaisquer implantes necessários ou equipamento especial estejam disponíveis.

27. A esterilização é o processo pelo qual um item é purificado de todos os microrganismos e esporos. O uso de materiais estéreis para cirurgia é considerado uma prática padronizada internacionalmente. Os microrganismos têm diferentes níveis de resistência aos métodos de esterilização dependendo do tipo, capacidade de formação de esporos, sensibilidade ao calor, a produtos químicos e desinfetantes e da composição e espessura da parede celular bacteriana ou envelope viral. Portanto, obter a esterilização, particularmente em instrumentais cirúrgicos reutilizáveis, requer uma sequência de limpeza e remoção mecânica dos contaminantes grosseiros, inspeção e montagem, empacotamento, esterilização, armazenamento, transporte e entrega na sala operatória e certificação do processo de esterilização.

Sobre esse assunto, avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmativas a seguir:

- I. Limpeza é o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica potencializa a ação dos agentes desinfetantes e esterilizantes.
- II. Descontaminação é o processo de redução dos microrganismos de artigos e superfícies, tornando-os seguros para o manuseio.
- III. Desinfecção é o processo físico ou químico de destruição de todos os microrganismos, inclusive os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90°C) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados de desinfetantes.
- IV. Esterilização é o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão. A esterilização é realizada pelo calor, óxido de etileno, radiação e outros.

As afirmativas I, II, III e IV são respectivamente:

- (A) V, V, F, F.
- (B) F, V, V, V.
- (C) F, V, F, V.
- (D) V, V, F, V.
- (E) V, F, V, F.

28. Independentemente do método de limpeza utilizado seja manual ou automatizado, todos utilizam detergente como agente de limpeza. Trata-se de produto destinado a limpeza de artigos e superfícies por meio da diminuição da tensão superficial, composto por grupo de substâncias sintéticas, orgânicas, líquidas ou pós solúveis em água que contém agentes umectantes e emulsificantes que suspendem a sujidade e evitam a formação de compostos insolúveis ou espuma no instrumento ou na superfície (BRASIL, 2012). Os detergentes usados no processamento de produtos para saúde têm que ser regularizados junto à ANVISA, e são classificados de acordo com o pH; sendo classificados como:

- I. Detergentes alcalinos: são recomendados para limpeza automatizada, pois demandam maior temperatura para atingir níveis ótimos de ação (entre 60 e 70 °C). Auxiliam na remoção de manchas dos instrumentos, renovando seu brilho natural, característica que permite dispensar o uso de produtos restauradores.
- II. Detergentes neutros sem adição de enzimas: são próprios para limpeza de produtos para saúde, tem pH entre 6,5 e 7,5, podem ser utilizados para limpeza de materiais (não críticos e superfícies) com pouca quantidade de matéria orgânica (almotolias, pias, bancadas, autoclave, equipamentos, etc.). Também é recomendado para instrumentos oftalmológicos
- III. Detergentes neutros enzimáticos são amplamente recomendados para limpeza de artigos porque possuem enzimas catalisadoras que facilitam a quebra de proteínas, lipídeos e carboidratos dependendo de sua formulação, favorecendo a remoção de matéria orgânica e diminuição da carga microbiana. Deve-se utilizar vários tipos de agentes limpante para cada processamento. A mistura de produtos potencializa a eficiência da limpeza e diminui o risco ocupacional.
- IV. Detergente ácidos: são próprios para limpeza com PH abaixo de 6,0. Recomendados para limpeza de espéculos e instrumentais ginecológicos.
- V. Detergente enzimático: promovem a remoção da matéria orgânica em curto período de tempo através da ação de enzimas que decompõem o sangue e fluídos corporais aderidos aos artigos, facilitando sua remoção; facilitam a limpeza de locais de difícil acesso ou lúmen estreito. Todas as superfícies do material necessitam estar em contato com a solução de detergente (interna e externa), por isso é fundamental a abertura de pinças, desmontagem dos artigos complexos e preenchimento de lúmens para melhor remoção dos resíduos. Seu uso não substitui a fricção dos artigos durante o processo de limpeza.

Com base nas afirmações anteriores, podemos dizer que:

- (A) Somente a I e III estão corretas.
- (B) Somente a II e III estão corretas.
- (C) Somente a III e IV estão corretas.
- (D) Somente a I e II estão corretas.
- (E) Todas estão corretas.

29. Segundo o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) _ Rutala WA, Weber DJ, HICPAC,2008, há graus de vulnerabilidade dos grupos microbianos aos agentes químicos germicidas, a esse respeito é CORRETO afirmar:

- (A) esterilização em autoclave ou óxido de etileno para eliminação de *B. altrophaeus*, e *C.difficile*.
- (B) utilização de aldeídos, ácido peracético e peróxido de hidrogênio para eliminação de *M.tuberculosis* e *cryptosporidium*.
- (C) utilização de álcool à 70° e organoclorado para eliminação de *M.avium* e *Aspergillus*.
- (D) utilização de hipossulfito de sódio (0.5- 1,0 %) para eliminação de *Poliovirus* e *M.terrae*.
- (E) utilização de hipoclorito de sódio (0.02%) para eliminação de *S. Aureus* e *Coxsackie*.

30. A oximetria de pulso é um método contínuo e não invasivo para determinar a saturação do oxigênio (SaO₂) e orientar a oxigenoterapia. Muito utilizado no Centro Cirúrgico para o monitoramento do paciente. A aplicação correta do sensor é essencial para medições exatas da SaO₂. A esse respeito, é CORRETO afirmar que:

- (A) o sensor deve ser colocado exclusivamente nos dedos do pé ou da mão.
- (B) a cor e a espessura da pele afetam as leituras.
- (C) o esmalte de unhas de coloração escura ou unhas sintéticas não opacas não interferem na absorção de luz e na capacidade do oxímetro de processar a luz refletida.
- (D) a luz da fototerapia não interfere nas leituras.
- (E) é importante realizar o rodízio do local de aferição, pelo menos, a cada 3 a 4 horas, para impedir a necrose por pressão e má perfusão.

31. O posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico corresponde a uma das atividades do enfermeiro perioperatório, com características de gestão e assistência, e acontece no período transoperatório, mais especificamente no período intraoperatório. A importância da atuação do enfermeiro nesse período contempla o conhecimento, a habilidade, a responsabilidade e a competência em posicionar o paciente, considerando a cirurgia, as condições do paciente e a escolha da melhor posição cirúrgica.

O foco da assistência de enfermagem nesse procedimento deverá estar voltado à segurança, ao conforto e à prevenção de eventos adversos aos pacientes. Ao posicionar o paciente, as equipes cirúrgica e de enfermagem devem considerar: o local do procedimento cirúrgico, acesso facilitado para o cirurgião, acesso e necessidades do anestesiológico, privacidade do paciente, efeitos fisiológicos durante o posicionamento do paciente antes e depois de anestesiado e conhecimento das estruturas anatômicas do paciente.

Dos exemplos de posicionamento apresentados, NÃO é adequado em relação ao procedimento cirúrgico:

- (A) Decúbito Dorsal ou Posição Supina é a posição mais comum, no qual o dorso do paciente e a coluna vertebral repousam na superfície do colchão da mesa de operação. Utilizada em cirurgias abdominais em geral.
- (B) Posição de Trendelenburg é uma variação do decúbito dorsal, em que a parte superior do dorso é abaixada e os pés são elevados. Todavia, a função principal dessa posição é oferecer melhor visualização dos órgãos pélvicos durante a abertura ou cirurgia laparoscópica no abdome inferior ou na pelve.
- (C) Posição de litotomia é a variação mais extrema do decúbito dorsal. Com o paciente em decúbito dorsal, os membros inferiores são elevados e abduzidos para expor a região perineal, em procedimentos que envolvam os órgãos pélvicos e genitais.
- (D) Posição de Fowler é utilizada a posição sentada, no qual o dorso da mesa é elevado e o suporte para os pés deve ser colocado ou mantido. Utilizada em cesarianas, cirurgia de bexiga, dentre outras.
- (E) Posição Lateral é utilizada na abordagem operatória nas regiões superiores da cavidade torácica. O braço lateral à parte torácica que será operada é flexionado levemente na altura do cotovelo e levantado sobre a cabeça do paciente, para elevar a escápula e oferecer acesso adequado às costelas subjacentes, além de ampliar o espaço intercostal.

32. A cirurgia, assim como a internação hospitalar, é uma experiência que traz muita ansiedade às crianças e aos seus acompanhantes, provoca mudança na rotina de toda a família e gera diversos sentimentos, como estresse, ao afastá-la do convívio familiar e social com o qual está acostumada. No centro cirúrgico (CC), essa situação geralmente é potencializada, uma vez que se trata de um ambiente fechado e diferente, onde o acesso é restrito.

Neste sentido, estratégias são utilizadas pelo enfermeiro perioperatório para proporcionar um ambiente acolhedor e menos indutor de ansiedade para a família e a criança, EXCETO:

- (A) a presença do familiar somente durante a indução pré-anestésica com o intuito de diminuir a ansiedade da criança e melhorar a relação enfermeiro-paciente.
- (B) a utilização de medicamentos pré-anestésicos para diminuir a ansiedade das crianças a partir de 4 anos.
- (C) oferecer brinquedos na sala de pré- indução, para distração da criança e familiar enquanto aguardam o encaminhamento para a sala operatória.
- (D) Uso de distratores como tablets ou bonecos terapêuticos.
- (E) a presença do familiar durante a indução pré-anestésica e anestésica, assim como no despertar, diminui a ansiedade da criança, diminui a necessidade de restrição física e melhora a relação enfermeiro-paciente.

33. A Hemotransusão é considerada uma terapia de alta complexidade e, dependendo do porte cirúrgico, é imprescindível para o equilíbrio de perdas sanguíneas no intra-operatório. De modo geral, compete ao Enfermeiro cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Observe as afirmativas a seguir, em relação aos cuidados de enfermagem durante o período pré-procedimento, intra-procedimento e pós-procedimento transfusional.

- I. No período pré-procedimento, confirmar obrigatoriamente a identificação do receptor, do rótulo da bolsa, dos dados da etiqueta de liberação, validade do produto, realização de inspeção visual da bolsa (cor e integridade) e temperatura, através de dupla checagem para segurança do receptor.
- II. A transfusão deve ser monitorada durante todo o seu transcurso e o tempo máximo de infusão não deve ultrapassar 6 (seis) horas.
- III. A transfusão deve ser acompanhada pelo profissional que a instalou durante os 10 (dez) primeiros minutos à beira do leito.
- IV. Em caso de febre baixa durante a hemotransfusão, manter a infusão lenta, administrar antitérmico e comunicar ao médico.
- V. Nos casos de intercorrência com interrupção da infusão, descartar a bolsa de sangue e relatar o ocorrido.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e III estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas II e IV estão corretas.
- (D) apenas I, III e V estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

34. Uma medida simples dos resultados de pacientes cirúrgicos que pode dar aos enfermeiros gestores do Centro Cirúrgico, uma resposta imediata sobre a condição do paciente após a cirurgia é a "Classificação Cirúrgica de Apgar". Semelhante à classificação obstétrica de Apgar para avaliar a condição de um recém-nascido, a Classificação Cirúrgica de Apgar fornece um "retrato" prontamente disponível de como uma operação ocorreu pela avaliação da condição de um paciente após a cirurgia, cuja a pontuação vai de 0 (péssimo prognóstico = alto grau de complicação) a 10 (cirurgia sem intercorrências).

Esse sistema é baseado em três parâmetros, que são:

- (A) perda sanguínea, temperatura e oxigenação.
- (B) perda sanguínea transoperatória estimada, frequência cardíaca e pressão arterial média.
- (C) capnografia, oxigenação e temperatura.
- (D) perda sanguínea pós-operatória, a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica.
- (E) ventilação, capnografia e oxigenação.

35. De acordo com o artigo 21 da Resolução RDC 15/2012, que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências: limpeza, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição de produtos para saúde devem ser realizados pelo Centro de Material e Esterilização dos serviços de saúde e suas unidades satélites ou por empresa processadora terceirizada desde que esteja regularizada junto aos órgãos sanitários.

Com base nesses pressupostos é correto afirmar que:

- (A) a terceirização do processamento dos produtos para saúde do serviço de saúde deve ser formalizada mediante contrato de prestação de serviço.
- (B) o Serviço de Saúde não é responsável pela segurança do processamento dos produtos para saúde, realizado por empresa processadora por ele contratada.
- (C) a empresa processadora terceirizada é exclusivamente responsável por eventuais danos ao paciente, no que se refere às atividades relacionadas ao processamento dos produtos para saúde executados por ela.
- (D) a empresa processadora deve realizar as seguintes fases do processamento: preparo e acondicionamento, esterilização, armazenamento e devolução para o serviço de saúde; cabendo ao serviço de saúde a realização prévia de inspeção e limpeza dos materiais.
- (E) os produtos para saúde recebidos pela empresa processadora e que não forem aceitos para o processamento devem ser listados com a indicação do motivo da não aceitação e descartados.

36. A equipe do CC é composta, em geral, pelo médico cirurgião, anestesista e pela equipe de enfermagem. Essa última, tem em seu quadro o enfermeiro coordenador, o instrumentador, os técnicos e os circulantes. Salienta-se que o enfermeiro coordenador tem a função de gerenciar as condutas administrativas e assistenciais, executar o controle de recursos humanos e materiais, inspecionar e avaliar o desempenho da equipe sob sua responsabilidade. O enfermeiro deve compreender como suas competências:

- I. Orientação da equipe de enfermagem e seu papel de liderança no meio de trabalho.
- II. Capacitar a equipe, gerenciar os materiais, coordenar a metodologia de execução do cuidado, realizar procedimentos mais substanciais e avaliar o resultado nas ações de enfermagem.
- III. Analisar o perfil dos profissionais a serem admitidos, participar da seleção e integração desses funcionários, exigir e fazer o controle de faltas, atrasos e licenças, traçar as escalas, atribuir as demandas a serem executadas pela equipe e frequentar as reuniões de integração das equipes multidisciplinares.
- IV. Desenvolver o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) com o intuito de propiciar a assistência de enfermagem integral. Seu objetivo é garantir uma assistência com excelência no planejamento e atenção em todos os períodos operatórios proporcionando um atendimento seguro e eficaz ao paciente, tanto no processo de trabalho da enfermagem, como na integração nas diversas atividades afins.

Sobre as afirmativas acima, pode-se dizer que:

- (A) apenas I e III estão corretas.
- (B) apenas II e III estão corretas.
- (C) apenas II e IV estão corretas.
- (D) apenas I, III e V estão corretas.
- (E) todas estão corretas.

37. O ato cirúrgico de sucesso depende de um conjunto de processos e habilidades; dentre eles, instrumentos cirúrgicos adequados em uma disposição que traga facilidade e agilidade ao procedimento são parte importante do ato cirúrgico. Dessa forma, entende-se que a montagem de uma mesa de instrumentação organizada, com bom instrumental e diante de um assistente com domínio dos processos da técnica cirúrgica podem fazer uma grande diferença na fluidez do ato operatório.

Com base nos pressupostos, NÃO é adequado:

- (A) iniciar pela assepsia das mãos e paramentação.
- (B) organizar a mesa principal e mesa auxiliar (mesa de Mayo) forrando-as com campos estéreis impermeáveis.
- (C) dominar o nome e a função de cada instrumento cirúrgico disponível na caixa cirúrgica. Esse ponto é essencial para facilitar o diálogo do cirurgião com a sua equipe, tornando o processo de instrumentalização mais dinâmico e fluido.
- (D) na hora de organizar as seções da mesa cirúrgica, o ideal é que o material fique bem localizado, evitando a perda de tempo durante o procedimento cirúrgico. Para isso deve-se dispor o instrumental na sequência dos tempos cirúrgicos: Especiais, Diérese, Prensão, Hemostasia, Separação e Síntese.
- (E) a ordem de colocação dos instrumentos é a seguinte: Colocam-se mais perto da mesa operatória os instrumentos que serão usados com maior frequência no decorrer da cirurgia. A montagem da mesa cirúrgica é subdividida em 12 setores para facilitar o manejo e organizar a ordem da disposição de cada instrumental cirúrgico.

38. São exemplos de instrumentais utilizados no tempo cirúrgico denominado prensão:

- (A) bisturi, tesoura Mayo e tesoura Metzembraum.
- (B) pinça Halsted, pinça Kelly e pinça Rochester.
- (C) pinça Allis, pinça Babcock, pinça Collin e pinça Duval
- (D) porta-agulha Mayo e pinça Moynihan.
- (E) afastador farabeuf e gosset.

39. Nos últimos anos, a cirurgia laparoscópica avançou rapidamente de diagnóstico, para procedimentos mais diferenciados, como cirurgia ablativa benigna ou oncológica e cirurgia reconstrutiva. Todo o instrumental foi alvo de aperfeiçoamento e inovações ao longo da laparoscopia, de forma a permitir a realização de procedimentos cada vez mais complexos. Como materiais laparoscópicos básicos temos: Instrumentais laparoscópicos, equipamentos de imagem e equipamentos de insuflação.

Sobre esse assunto, avalie se são verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmativas a seguir:

- I. O trocar é um veículo que permite a extensão entre a mão do cirurgião e a cavidade peritoneal ou retroperitoneal. Consiste em um sistema fundamental que permite a entrada e saída de elementos de trabalho (não impede a saída de gás). O seu diâmetro pode ser muito variável, tendo calibres mais utilizados entre 3 e os 10/12 mm.
- II. As pinças laparoscópicas podem ser de preensão ou de dissecação. Podem ainda ser classificadas como traumáticas (denteadas) ou atraumáticas. Dentro do material disponível temos uma enorme combinação de pontas e punhos com cremalheira. As pinças de preensão podem ser fenestradas ou fechadas, variando ainda a sua força e tamanho dos dentes. As pinças de dissecação (dissectores) podem ser curvas ou retas.
- III. Para suturas laparoscópicas podemos recorrer à utilização de material semelhante ao utilizado na cirurgia aberta, ou recorrer a instrumentos especialmente desenvolvidos para a cirurgia laparoscópica.
- IV. Para garantir a hemostase com o controle vascular e linfático, podem ser utilizados aplicadores de clips e agrafos, semelhantes aos utilizados em cirurgia aberta.
- V. O equipamento de insuflação tem como função principal permitir um estabelecimento e manutenção correta de um pneumoperitônio, de forma a manter uma distensão abdominal contínua. Utiliza-se somente o CO², com fluxos operando em média a 15-16 L/m.
- VI. O laparoscópio consiste num tubo rígido, em aço inoxidável, cujo sistema de lentes se baseia no sistema original de lentes de Hopkin's. O diâmetro mais utilizado é o de 10 mm, mas na pediatria utiliza-se diâmetros inferiores, entre 5, 2 e 1mm. As ópticas podem ter visão axial (0°) ou lateral (25, 30 a 45°), permitindo visualização das superfícies paralelas ao eixo do laparoscópio e ampliação do campo, mais adaptada à realização de sutura intra abdominal. O seu comprimento pode variar entre 18 e 42 cm. A última geração de laparoscópios inclui um chip ao nível da sua porção proximal, perto do sistema de lente. A imagem é capturada imediatamente pelo chip e transmitida ao longo do eixo do telescópio até à câmara de vídeo.

As afirmativas I, II, III, IV, V e VI são respectivamente:

- (A) V, V, V, F, F, V
- (B) F, V, V, V, V, V.
- (C) F, V, F, V, F, V.
- (D) F, V, V, V, F, V.
- (E) V, F, V, V, F, V.

40. As inovações tecnológicas no campo cirúrgico trazem a implementação de Cirurgias minimamente invasivas e robótica, assim como a utilização de técnicas endoscópicas para tratamento e exame diagnóstico frente a várias patologias, Para isso utiliza-se equipamentos canulados que na prática conferem um enorme desafio no campo de reprocessamento e controle de infecção, visto que devido a anatomia do equipamento, qualidade dos produtos dispensados no mercado, assim como os marcadores de controle, não são suficientes para a garantia do reuso dos instrumentais, principalmente quando estamos falando da limpeza de gordura nos canulados. Há registros de surtos infecciosos causados por microrganismos que sobreviveram ao processo de esterilização, relacionados à falha na limpeza dos instrumentais cirúrgicos, reforçando a premente necessidade de investigar se os resíduos de gordura no lúmen das cânulas são passíveis de remoção, garantindo assim, a eficácia da esterilização e a segurança.

Várias são as estratégias utilizadas no Processamento desses produtos, EXCETO:

- (A) flush inicial com água por meio de seringa de 10mL com detergente no lúmen das cânulas.
- (B) imersão em solução de detergente enzimático com lipase.
- (C) limpeza automatizada em lavadora ultrassônica com retrofluxo intermitente com conectores para canulados.
- (D) limpeza manual após a limpeza automatizada.
- (E) flush automatizado à alta pressão e alta temperatura por meio do sistema de vapor fluente.

Prova Discursiva

QUESTÃO

Em atenção à Resolução nº 55.18, da 55ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em maio de 2002, que recomendou à própria Organização Mundial da Saúde (OMS) e aos Estados Membros uma maior atenção ao problema da segurança do paciente, a OMS lançou, em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Essa Aliança tem o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para uma melhor segurança na assistência à saúde e apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de políticas públicas e na indução de boas práticas assistenciais.

Um elemento central do trabalho da Aliança é a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente. Dois desafios foram criados e são elementos estratégicos na atenção à saúde: o primeiro tem o foco nas infecções relacionadas com a assistência à saúde e o segundo dirige a atenção para os fundamentos e práticas da segurança cirúrgica, que são, inquestionavelmente, componentes essenciais da assistência à saúde. No entanto, persiste a necessidade de se investir na busca de melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, que resultem progressivamente em mais vidas salvas e mais incapacidades preveníveis.

Com base nesse pressuposto discorra, com no mínimo 50 linhas e no máximo 150 linhas sobre o processo de cirurgia segura, considerando:

- a) O problema: complicações dos cuidados cirúrgicos tornaram-se um importante causa de morte e invalidez no mundo; aspectos políticos, demográficos e epidemiológicos.
- b) O desafio: Há pelo menos quatro desafios subjacentes para melhorar a segurança cirúrgica.
- c) As soluções: No cenário complexo da atividade cirúrgica, é claro que não há somente uma possibilidade de solução. Esforços são empregados no processo assistencial cirúrgico que visam contribuir como barreira para a ocorrência de eventos adversos no centro cirúrgico. A segurança requer uma execução confiável de múltiplas etapas necessárias à assistência, executadas pela equipe de profissionais de saúde, que em conjunto desenvolvem um processo de trabalho para o benefício do paciente.
- d) O papel do enfermeiro no processo de trabalho no Centro Cirúrgico e seu impacto na segurança do paciente.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

INSTRUÇÕES

1. Por motivo de segurança, a Fiocruz solicita que o candidato transcreva em letra cursiva, em espaço próprio no Cartão de Respostas da Prova Objetiva, a frase abaixo apresentada:

“As melhores coisas da vida não podem ser vistas nem tocadas, mas sim sentidas pelo coração.” (Dalai Lama)

2. Para cada uma das questões da prova objetiva são apresentadas 5 (cinco) alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), e só uma responde da melhor forma possível ao quesito proposto. Você só deve assinalar UMA RESPOSTA. A marcação de nenhuma ou de mais de uma alternativa anula a questão, MESMO QUE UMA DAS RESPOSTAS SEJA A CORRETA.

3. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do Cartão de Respostas e a Prova Discursiva. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo.

4. Verifique se a prova é para o **PERFIL** para o qual concorre.

5. Somente após autorizado o início da prova, verifique se este Caderno de Questões está completo e em ordem. Folhear o Caderno de Questões antes do início da prova implica na eliminação do candidato.

6. Verifique, no **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**, se seu nome, número de inscrição, identidade e data de nascimento estão corretos. Caso contrário, comunique ao fiscal de sala.

7. O **Caderno de Questões** poderá ser utilizado para anotações, mas somente as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas da Prova Objetiva** e no **Caderno de Respostas da Prova Discursiva** serão objeto de correção.

8. Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**:

. não haverá substituição por erro do candidato;

. não deixar de assinar no campo próprio;

. não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas;

. a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;

. outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**;

9. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.

10. Você só poderá retirar-se da sala após 60 minutos do início da prova.

11. Quaisquer anotações só serão permitidas se feitas no caderno de questões.

12. Você poderá anotar suas respostas da prova objetiva em área específica do Caderno de Questões, destacá-la e levar consigo.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue ao fiscal todo o seu material de prova.

14. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal de sala, obrigatoriamente, o **Cartão de Respostas da Prova Objetiva**, o **Caderno de Respostas da Prova Discursiva** e o **Caderno de Questões**.

15. Prova Discursiva:

- A questão discursiva deverá ter um limite mínimo de 50 linhas e máximo de 150 linhas.

- Transcreva sua resposta para a parte pautada do **Caderno de Respostas da Prova Discursiva**. Não assine, rubrique ou coloque qualquer marca que o identifique, sob pena de ser anulado. Assim, a detecção de qualquer marca identificadora no espaço destinado à transcrição do texto definitivo acarretará nota ZERO na respectiva prova discursiva.

- O tempo total de duração das provas será de 4 (quatro) horas, incluindo o tempo para o preenchimento da Resposta Definitiva da Questão Discursiva. Nenhum rascunho SERÁ LEVADO EM CONTA.

Boa Prova!



Ao término da prova, anote aqui suas respostas e destaque na linha pontilhada.

01	<input type="checkbox"/>	09	<input type="checkbox"/>	17	<input type="checkbox"/>	25	<input type="checkbox"/>	33	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	34	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>	27	<input type="checkbox"/>	35	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	20	<input type="checkbox"/>	28	<input type="checkbox"/>	36	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	29	<input type="checkbox"/>	37	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	22	<input type="checkbox"/>	30	<input type="checkbox"/>	38	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	23	<input type="checkbox"/>	31	<input type="checkbox"/>	39	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	24	<input type="checkbox"/>	32	<input type="checkbox"/>	40	<input type="checkbox"/>