

**Leia estas instruções:**

- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado para isso.
- 2 Este Caderno contém **cinquenta** questões de múltipla escolha assim distribuídas: **01 a 20** > Saúde Coletiva; **21 a 50** > Conhecimentos Específicos.  
Quando o Fiscal autorizar, verifique se o Caderno está completo e sem imperfeições gráficas que impeçam a leitura. Detectado algum problema, comunique-o, imediatamente, ao Fiscal.
- 3 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 4 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não adianta pedir esclarecimentos aos Fiscais.
- 5 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 6 Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 7 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta.
- 8 Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
- 9 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
- 10 Ao retirar-se definitivamente da sala de provas, o candidato deverá entregar ao Fiscal a Folha de Resposta independentemente do tempo transcorrido do início da prova.  
Retirando-se **antes de decorrerem três horas do início da prova**, devolva também este Caderno.
- 11 Você só poderá levar este Caderno **após decorridas três horas** do início da prova.

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_



- 01.** O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, constantemente, ameaças decorrentes das políticas neoliberais: tentativas de incorporação da lógica mercantil nas instituições públicas, fortalecimento dos discursos tecnocráticos, desqualificação da politicidade inerente ao campo sanitário e ênfase às propostas de diluição das responsabilidades do Estado.
- A Emenda Constitucional 95 (EC-95) constitucionaliza o subfinanciamento do SUS até 2036 e representa, até o presente, a mais radical das intervenções voltadas para um “SUS reduzido”. Sendo assim, o princípio do SUS ameaçado com essa medida é a
- A)** Universalidade, uma vez que as medidas de desindexar, desobrigar e desvincular o orçamento comprometem a expansão de serviços públicos.
  - B)** Integralidade, em razão do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento e nos arranjos da gestão.
  - C)** Equidade, pois há aumento da participação de seguros, planos privados e parcerias público-privadas na gestão e na atenção à saúde.
  - D)** Descentralização, comprometida pela modalidade de asseguramento, definição de cesta limitada de serviços e regulação pelo mercado.
- 02.** A Epidemiologia fornece importantes contribuições para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde. Na etapa de identificação dos problemas socialmente relevantes, a epidemiologia
- A)** fornece informações técnicas para embasar as decisões políticas, somando-se a outros tipos de informação a serem consideradas no processo de tomada de decisão.
  - B)** auxilia os formuladores na compreensão da complexidade do problema e de seu contexto, na definição de objetivos e metas, e na seleção das intervenções.
  - C)** contribui no acompanhamento por meio de tecnologias, como a vigilância epidemiológica, elaboração de evidências científicas e o monitoramento das ações.
  - D)** demonstra o alcance de certas metas e objetivos, avalia a plausibilidade e estima a probabilidade estatística de que o programa ou política realmente tenha efeito.
- 03.** Analise o caso a seguir.

Sra. Julieta, 52 anos de idade, divorciada, mãe de três filhos, reside na zona norte de Caicó e trabalha na bonelaria do bairro há 10 anos. Sua função envolve realizar as costuras de acabamento dos bonés. Ela trabalha sentada, de 8 a 10 horas por dia, com uma pausa de uma hora, na qual vai para casa preparar o almoço dela e de seus filhos. Julieta recebe um salário-mínimo e uma gratificação por alcançar metas, resultando em uma remuneração final de, aproximadamente, R\$1.800,00. Apesar de se considerar saudável, ela relata apenas ter “vista cansada”, dores lombares no final do dia e dificuldade para dormir.

Ao analisar as condições de vida, saúde e trabalho da Sra. Julieta, utilizando o Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS, conclui-se que estão na base desse modelo

- A)** as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos dos indivíduos.
- B)** os comportamentos e estilos de vida individuais, no limiar entre os fatores individuais e os fatores sociais.
- C)** as redes comunitárias e de apoio, que conformam redes de solidariedade e o nível de coesão social.
- D)** as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais.

04. A responsabilidade social – como é geralmente traduzido o conceito de *social accountability*, apesar de também se utilizar o termo missão social – refere-se à responsabilidade institucional de orientar o ensino, a pesquisa e as atividades em serviço para atender às necessidades em saúde, com foco prioritariamente em áreas de difícil acesso. É um conceito que parte da percepção de que a busca por saúde também é a busca por justiça social, entendendo que as atividades de ensino, pesquisa e extensão devem estar, obrigatoriamente, orientadas para abordar as preocupações prioritárias de saúde da comunidade, da região ou da nação em que estão inseridas. Portanto, a responsabilidade social, ou *social accountability*,
- A) promove a educação baseada em resultados, cria uma governança responsiva e responsável e equilibra princípios globais com o contexto local.
  - B) caracteriza-se pela *responsibility* e se expressa no compromisso com o bem-estar social e a educação de bons profissionais de saúde.
  - C) adota a *responsiveness* e busca responder a prioridades em saúde locais, por meio do desenvolvimento de competências específicas e profissionalismo.
  - D) expressa independência em relação a governos, organizações de saúde e sociedade, buscando um impacto positivo na saúde das pessoas.
05. As competências colaborativas dizem respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que fortalecem as relações interprofissionais para o efetivo trabalho em equipe. Esse conjunto de competências estimula o desenvolvimento dos pilares da colaboração como fundamento para a oferta de serviços de saúde mais integrais, seguros e resolutivos. A competência colaborativa que aborda as mudanças necessárias para melhorar os resultados da equipe denomina-se
- A) funcionamento da equipe.
  - B) liderança colaborativa.
  - C) comunicação interprofissional.
  - D) resolução de conflitos interprofissionais.
06. A multiplicidade e complexidade das necessidades sociais requerem intervenções intersetoriais que passam a ser priorizadas como alternativa para propiciar mudanças na cultura organizacional. Isso viabiliza a ampliação do escopo de ações e reorganização dos sistemas locais de saúde, a convergência de interesses entre os profissionais e a construção de alianças na implementação de ações, com o objetivo de responder de maneira mais eficaz e eficiente às demandas da população. A intersetorialidade tem se fortalecido como estratégia de gestão em saúde, especialmente em sistemas descentralizados, que favorecem a articulação com outros setores, considerando princípios como território, regionalização e integralidade da atenção. Para o reposicionamento dos processos de trabalho, visando à composição de práticas aliadas à integralidade no cuidado, a intersetorialidade refere-se à
- A) interação entre diferentes setores da sociedade, de modo a alcançar o enriquecimento mútuo, sem a sobreposição de um setor a outro, para atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde.
  - B) associação de diferentes setores ou instituições, que se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas dos setores e pelo grau de interação para atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde.
  - C) articulação capaz de incorporar os resultados de várias especialidades de diferentes setores, instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber.
  - D) cooperação em que cada profissional, formado em uma base epistemológica específica e com atribuições bem delimitadas, intervém sob uma demanda em saúde com os demais integrantes da equipe.

**07.** Considere o caso a seguir.

A senhora Margarida, 71 anos, viúva, reside com sua neta de 15 anos no bairro Ferreirinha, no município de Currais Novos. A situação da Sra. Margarida chamou a atenção da agente comunitária de saúde da microárea devido à dificuldade de controle da dislipidemia, apesar de sua participação em diversas intervenções realizadas por diferentes profissionais da equipe.

Durante a reunião semanal da equipe, os profissionais compreenderam que não bastava considerar apenas o diagnóstico; era fundamental realizar uma visita para conhecer a realidade da Sra. Margarida e identificar maneiras de ela colaborar na gestão de sua saúde e seu cuidado. Eles argumentaram que resultados mais positivos poderiam ser alcançados se a Sra. Margarida tivesse a oportunidade e o apoio para participar ativamente e tomar decisões sobre seu cuidado e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde.

Os profissionais da equipe entenderam que o modelo prescritivo e normativo, sem a participação do usuário, não seria capaz de melhorar o quadro da usuária. Eles defenderam que, se ela tiver mais conhecimento, aptidões e confiança para gerenciar seu próprio cuidado de saúde, seria mais fácil adotar comportamentos que aprimorassem seus resultados de saúde. Finalmente, uma profissional da equipe acrescentou que a participação da usuária não só melhora o desempenho e a motivação da equipe mas também reduz a frustração que eles sentiam por não conseguirem ver resultados com as medidas adotadas anteriormente.

Nesse caso, a equipe adotou o cuidado personalizado, coordenado e capacitante que teve como orientação a

- A) Atenção Centrada na Pessoa.
- B) Interdisciplinaridade em Saúde.
- C) Integração Ensino-serviço-comunidade.
- D) Educação Popular em Saúde.

**08.** As preocupações com a formação em saúde estiveram presentes no cenário político durante a concepção do Sistema Único de Saúde, incluído na Constituição Federal de 1988, a qual atribuiu à saúde a responsabilidade de organizar a formação dos profissionais da área. O tema compôs as proposições do movimento da Reforma Sanitária, sendo discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, indicando a necessidade de modificar as graduações e ressaltando a importância da integração entre ensino, serviço e comunidade.

Muitas ações, programas e políticas foram implementadas para assegurar a integração entre ensino, serviço e comunidade como premissa para a reorientação da formação em saúde. Apesar dos avanços em várias experiências no país, umas delas ficou conhecida por se limitar à assistência em saúde, com baixa participação de docentes, fragmentação das ações, sem significativas transformações nos currículos e pouca ou nenhuma participação ou envolvimento da comunidade. Essas características referem-se ao

- A) Programa de Integração Docente Assistencial (IDA).
- B) Programa Uma Nova Iniciativa (Projetos UNI).
- C) Programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS).
- D) Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE).

- 09.** A natureza socio-histórica dos movimentos da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) sinaliza a busca pela construção de uma rede saúde-escola, que demanda esforços para mudança do modelo hegemônico baseado na reprodução da educação tradicional verticalizada e hierarquizada, com protagonismo centralizado em relações de poder e na perspectiva uniprofissional da formação e do trabalho. Esse modelo sustenta uma lógica de fragmentação do trabalho e do conhecimento, com importantes implicações no enfrentamento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde. Ambos os movimentos educacionais valorizam a emancipação dos sujeitos, a autonomia e a construção coletiva, incluindo os usuários nas mudanças das práticas educacionais e nos processos de trabalho em saúde. Uma das interfaces entre a EPS e a EIP é
- A)** o reconhecimento de que sistema de saúde e educação são interdependentes e, com isso, impactam não apenas as práticas mas também as teorias.
  - B)** a orientação pela vertente histórico-estrutural e dialética, pelo movimento institucionalista, pela sociologia das profissões e pela sociologia organizacional.
  - C)** a abordagem do quadrilátero envolvendo formadores, gestores, trabalhadores e controle social bem como a orientação em teorias advindas dos campos da educação de adultos.
  - D)** a análise das interações e das barreiras entre pessoas e grupos para o desenvolvimento da aprendizagem compartilhada e competências colaborativas.
- 10.** A convocação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, em 2018, proporcionou a revisão e a formulação de proposições direcionadas para o fortalecimento da Vigilância em Saúde, a expansão do escopo de suas ações e a busca de alternativas adequadas e inovadoras. Isso garante que a nova modalidade de financiamento do SUS possa, de fato, reforçar os avanços conquistados pelo SUS no campo da Saúde Coletiva. Ao longo da trajetória da Vigilância em Saúde, seus objetos de estudo e sua intervenção têm se expandido, fortalecendo a integração entre as diversas áreas da vigilância e aumentando sua capacidade de predição e intervenção. Apesar dos inúmeros avanços da Vigilância em Saúde, não foi alcançado o patamar desejado da
- A)** Vigilância em Saúde Emancipatória.
  - B)** Vigilância das Doenças.
  - C)** Vigilância dos Riscos à Saúde.
  - D)** Vigilância dos Agravos à Saúde.
- 11.** Para o Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, tendo sob sua responsabilidade a coordenação do cuidado e a ordenação das ações e dos serviços disponibilizados na rede. Para cumprir tais funções, é importante que a atenção básica desenvolva diretrizes de funcionamento. Sendo assim, avalie as diretrizes listadas a seguir.

I	Integralidade
II	Territorialização
III	Resolutividade
IV	Regionalização

As diretrizes que fazem parte do escopo da Atenção Básica estão nos itens

- A)** II e III.
- B)** I e III.
- C)** II e IV.
- D)** I e IV.

- 12.** As Redes de Atenção à Saúde devem se estruturar de tal forma a romper com a fragmentação da atenção à saúde e da gestão, com o objetivo de assegurar aos usuários e às usuárias um conjunto de ações e serviços necessários com efetividade e eficiência. Nesse sentido, as redes de Atenção à Saúde são
- A)** arranjos organizativos postos em um espaço geográfico definido, os quais, articulados com diferentes densidades tecnológicas, buscam garantir a integralidade do cuidado.
  - B)** espaços geográficos de cooperação entre entes, com instância deliberativa, os quais têm como finalidade não só a integração e a organização como também o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
  - C)** espaços geográficos delineados com distribuição de recursos humanos e de serviços de saúde, considerando a capacidade instalada existente, os investimentos e os resultados aferidos por meio de avaliação qualitativa e quantitativa.
  - D)** conjuntos de ações e serviços de saúde articulados de forma hierárquica, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.
- 13.** A gestão da saúde de base populacional é organizada a partir do conhecimento das necessidades de saúde de uma população definida, que deve ser conhecida em número de indivíduos e, sobretudo, em condições de vida e de adoecimento. De acordo com essa lógica, a gestão de base populacional deve se organizar a partir do princípio de
- A)** identificação de subpopulações.
  - B)** parâmetro de oferta genérico baseado em valores médios populacionais.
  - C)** definição de população com base nas definições e/ou projeções do IBGE.
  - D)** enfoque não epidemiológico na definição de ações e serviços.
- 14.** No SUS, os critérios e parâmetros assistenciais têm sido utilizados para o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema, como alternativa para as áreas que não têm estudo epidemiológico para definição dos parâmetros de sua população. Em relação a esses parâmetros assistenciais,
- A)** é estimada uma média para a população brasileira de hipertensos e diabéticos.
  - B)** são previstos nas normativas legais do SUS e podem ser aplicados na íntegra a qualquer território.
  - C)** é definido um quantitativo de procedimentos com base na capacidade instalada de serviços, sem levar em consideração as necessidades da população.
  - D)** são falhos na projeção de gestantes de alto risco.
- 15.** Em 2019, o Ministério da Saúde lançou um novo modelo de financiamento da Atenção Básica por meio da Portaria nº 2979, o Previne Brasil. Esse modelo extinguiu os pisos fixo e a variável da atenção básica (PAB) bem como mudou a lógica de financiamento por equipe de ESF para critério de cadastro populacional. Segundo os componentes do Previne Brasil,
- A)** os incentivos para ações estratégicas abrangem programas, estratégias e ações, incluindo equipes de saúde bucal.
  - B)** o pagamento por desempenho prevê o repasse financeiro para o alcance de oito indicadores no primeiro ano.
  - C)** o critério populacional paga por pessoa cadastrada na ESF, tendo como limite de alcance a população do IBGE de 2010.
  - D)** a captação ponderada altera o valor de acordo com a presença de vulnerabilidade socioeconômica e critérios demográficos, desde que vinculados exclusivamente a uma equipe de ESF.

16. A longitudinalidade do cuidado envolve três dimensões: informação, longitudinalidade e interpessoalidade. A continuidade interpessoal e longitudinal são os aspectos mais diretamente relacionados ao vínculo entre profissional e usuário(a), que é o elemento primordial para garantir o cuidado integral (Rabelo et al., 2020). Para o alcance do cuidado longitudinal,
- A) é importante que a atenção básica ordene a necessidade de complementação de suas ações por meio da orientação dos serviços de média complexidade.
  - B) é fundamental estabelecer o vínculo entre o serviço e o(a) usuário(a), e não entre o profissional e o(a) usuário(a).
  - C) deve se referenciar um usuário para um ambulatório de média complexidade, e a atenção primária conclui seu papel de coordenação da rede.
  - D) deve focar em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, em detrimento da atenção à saúde.
17. Para a atenção básica, o processo de territorialização deve ser realizado e revisado constantemente, refletindo as reais necessidades de saúde e os modos de vida dos indivíduos de uma dada área geográfica, favorecendo o planejamento e a execução das ações da equipe de ESF. As ferramentas adequadas para o apoio à territorialização são:
- A) diagnóstico comunitário; definição e classificação de risco comunitário; divisão de áreas por risco; e cartografia.
  - B) diagnóstico epidemiológico; protocolo de Mews; e cartografia.
  - C) diagnóstico comunitário; diagnóstico clínico; planejamento estratégico; e cartografia.
  - D) diagnóstico epidemiológico; definição de subpopulações; e cartografia.
18. A portaria nº 2436/2017 do Ministério da Saúde, que renovou a política nacional de atenção básica, define em seu escopo uma série de princípios e diretrizes para orientar os municípios brasileiros na execução dessa política, que é estruturante para o SUS. Com base nessa legislação, analise as afirmativas a seguir.

I	Regionalização e hierarquização, territorialização e definição de população adscrita são diretrizes.
II	Universalidade, equidade e hierarquização são princípios.
III	Universalidade e equidade são princípios que equilibram a oferta da atenção.
IV	Coordenação do cuidado e ordenação da rede não são diretrizes, são princípios basais à organização da atenção básica.

Das afirmativas, estão corretas

- A) I e III.
  - B) I e II.
  - C) II e IV.
  - D) III e IV.
19. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária para a atenção básica, organizando a atenção à saúde próxima da população, conhecendo suas necessidades de saúde e aumentando a qualidade e a efetividade das ações. Para que isso se concretize, é fundamental que a ESF tenha atributos que direcionam a atuação das equipes e dos profissionais. Quanto aos atributos essenciais da atenção básica,



- A)** a longitudinalidade permite que se mantenha o vínculo com o(a) usuário(a), mesmo tendo-o(a) encaminhado para um outro nível de complexidade de atenção.
  - B)** a integralidade do cuidado deve manter seu foco nas ações clínicas de abordagem do indivíduo e das famílias.
  - C)** o(a) usuário(a) deve realizar o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde, obrigatoriamente, por meio da atenção básica.
  - D)** a equipe de atenção básica deve integrar suas ações e encaminhar todos os(as) usuários(as) com demandas específicas para outros níveis de atenção como parte da coordenação do cuidado.
- 20.** A atenção básica deve prestar a atenção à saúde da população por meio de equipes multiprofissionais, as quais, em trabalho articulado e integrado, conseguem oferecer promoção, prevenção e assistência aos indivíduos de forma adequada às suas necessidades, considerando a complexidade desse nível de atenção. Sendo assim, as equipes multiprofissionais devem
- A)** atuar de forma integrada, permitindo a efetivação e qualificação da diretriz da longitudinalidade do cuidado.
  - B)** basear seus atendimentos clínicos individuais de acordo com as necessidades dos(as) usuários(as), sendo este o foco de sua atuação na atenção básica.
  - C)** concretizar, pelo interesse do profissional, a corresponsabilização clínica do(a) usuário(a), sendo fundamental para alcançar melhorias no quadro clínico.
  - D)** realizar atendimentos individuais e coletivos, com exceção dos atendimentos compartilhados.

21. Conforme disposto na nota técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 04/2022, que trata das práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde, cerca de 90% dos pacientes internados recebem soluções e medicamentos por via intravenosa. Além disso, 50% a 75 % dos pacientes que estão em uso de terapia intravenosa periférica (TIVP), procedimento terapêutico e diagnóstico que viabiliza a administração de medicamentos, de fluidos e de outros componentes sanguíneos e nutricionais no organismo, podem desenvolver complicações locais ou sistêmicas. No procedimento de punção venosa periférica,
- A) a antisepsia da pele com gaze e álcool a 70% deve ser realizada em movimento espiral centrífugo, por três vezes.
  - B) deve-se limitar, no máximo, a quatro tentativas de punção periférica por profissional.
  - C) deve-se utilizar agulha de aço para a coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose contínua e internações prolongadas.
  - D) a utilização de cateteres com menor calibre causa maior incidência de flebite mecânica.
22. A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária, mas muito importante, no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Por esse motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e do controle de infecções nos serviços de saúde. Em relação à higienização das mãos nos serviços de saúde,
- A) a aplicação de pequenos volumes de álcool (0,2 ml a 0,5 ml) nas mãos não é mais efetiva do que lavar as mãos com água e sabonete comum.
  - B) a higienização simples das mãos deve ter duração de 15 a 30 segundos.
  - C) a fricção das mãos com antisséptico deve ter duração de 40 a 60 segundos.
  - D) a técnica de antisepsia cirúrgica das mãos é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos.
23. O uso da via subcutânea pode ser implementado tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar. A hipodermoclise destaca-se por ser um método simples, seguro e com risco diminuído de infecção. Consiste na reposição de fluidos e administração de medicamentos por via subcutânea quando não há possibilidade de administração de medicações por via oral, devido à fragilidade vascular ou à inexistência de acesso venoso periférico. Entre as vantagens, cita-se: o baixo custo, a possibilidade de alta hospitalar precoce, a permanência em domicílio e o risco mínimo de complicações locais e sistêmicas. Em relação ao procedimento de hipodermoclise,
- A) a quantidade máxima de infusão, em 24 horas, por punção, é de até 1.500 ml.
  - B) é indicado em emergências, visto que a via subcutânea apresenta rápida absorção.
  - C) é recomendado que se realize em um único sítio de punção.
  - D) a administração dos medicamentos por hipodermoclise pode ser realizada diluindo-os em soro glicosado.
24. De acordo com a Resolução COFEN 358/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. A última etapa da SAE é
- A) a avaliação de enfermagem.
  - B) o diagnóstico de enfermagem.
  - C) a implementação de enfermagem.
  - D) o planejamento de enfermagem.

25. A.N.A, sexo feminino, 20 anos, deu entrada no pronto atendimento do hospital regional, queixando-se de episódios de náuseas, vômito e diarreia. Após atendimento inicial, foi prescrito 500 ml de soro fisiológico a 0.9%. O médico plantonista solicitou que fosse realizada a venoclise e a solução “corresse” em 2 horas e 30 minutos. Considerando esse tempo, o gotejamento deverá ser de
- A) 67 gotas/minuto.
  - B) 65 gotas/minuto.
  - C) 68 gotas/minuto.
  - D) 69 gotas/minuto.
26. J.C.A, sexo masculino, 33 anos, no 3º dia de pós-operatório de herniorrafia inguinal, está ansioso e apresentando dificuldade ao deambular, dor de intensidade moderada na região supra púbica, bexigoma e anúria nas últimas 12 horas. A ferida operatória está íntegra e sem sinais flogísticos. Os sinais vitais averiguados mostram: FC: 80 bpm, PA: 120x80 mmHg, FR: 23 mrpm, T: 36,7°C. Diante desse quadro, o(a)enfermeiro(a) deve
- A) comunicar a equipe de saúde, estimular medidas que possam facilitar a micção e, se necessário, realizar um cateterismo vesical de alívio.
  - B) comunicar a equipe de saúde e não realizar a cateterização vesical, mas observar o paciente nas próximas 12 horas.
  - C) administrar medicamentos para dor e realizar um cateterismo vesical de demora no paciente.
  - D) administrar compressas frias e quentes, alternadas, e administrar medicamentos para dor.
27. I.J.A, 60 anos, sexo masculino, tabagista, diagnosticado com diabetes mellitus tipo 2 há três anos, compareceu à Unidade Básica de Saúde para aferição da glicemia capilar. Em jejum e estado mental alterado, o paciente teve uma amostra de sangue coletada. Após a realização do procedimento pelo enfermeiro do serviço, identificou-se o seguinte resultado: 50 mg/dl. Nesse caso, o paciente apresenta
- A) hipoglicemia grau III.
  - B) hipoglicemia grau I.
  - C) hipoglicemia grau II.
  - D) normoglicemia para sua idade e condição de saúde.
28. M.A.R.S, 56 anos, sexo feminino, obesa, compareceu à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de enfermagem. Antes de ser atendida pelo(a) enfermeiro(a), teve os sinais vitais aferidos por Maria Júlia, técnica de enfermagem da UBS. Após a aferição da Pressão Arterial (PA), a paciente foi informada que “sua pressão estava mais alta que o valor habitual”. Para se certificar dos valores mensurados, Maria Júlia decidiu utilizar outro esfigmomanômetro disponível no serviço justificando que “talvez outro manguito fosse mais adequado para a realização do procedimento”. Ao repetir o procedimento, foi possível constatar valores inferiores que os aferidos anteriormente. Nessa situação,
- A) a utilização de manguitos menores que o recomendado pode superestimar a pressão arterial sistólica.
  - B) a utilização de manguitos maiores que o recomendado pode superestimar a pressão arterial sistólica.
  - C) o aparelho em uso deve ser calibrado a cada 12 anos.
  - D) o efeito do avental branco pode atingir valores expressivos na pressão diastólica.

29. A Enfermagem, como ciência, possui um conjunto de teorias embasadas na prática do cuidado, conceituando a saúde, o homem, o ambiente e a própria enfermagem. Uma dessas teorias é a proposta por Wanda Horta. Essa teoria se apoia e engloba os seguintes princípios gerais: a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano; a enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio; todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação; a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e uma comunidade; a enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado. Essa teoria é denominada de
- A) Teoria das Necessidades Humanas Básicas.
  - B) Teoria Ambientalista.
  - C) Teoria da Adaptação.
  - D) Teoria Holística.
30. O quantitativo e o qualitativo de profissionais de enfermagem interferem na segurança e qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, a Resolução COFEN 543/2017 trata do dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem para as 24 horas de cada unidade de internação, considera o sistema de classificação de paciente, as horas de assistência de enfermagem, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e a proporção profissional/paciente. Segundo a Resolução COFEN 543/2017, a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem é de
- A) 33% de enfermeiros e 67% de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, nos cuidados mínimo e intermédio.
  - B) 45% de enfermeiros e 55% de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem no cuidado de alta dependência.
  - C) 55% de enfermeiros e 45% de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem no cuidado semi-intensivo.
  - D) 70% de enfermeiros e 30% de auxiliares e/ou técnicos de enfermagem no cuidado intensivo.
31. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Governo Brasileiro, propôs uma nova prática assistencial pautada em um modelo de cuidado comunitário, tornando-se, posteriormente, uma estratégia que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar de forma integral. O PSF garantiu à enfermagem brasileira
- A) um cenário de atuação profissional no âmbito da atenção básica por meio da participação em uma equipe de saúde da família, que incluiu, no mínimo, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, além de um médico e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.
  - B) uma especialidade de Enfermagem de Família e Comunidade, que, nos moldes da formação estadunidense, habilitou os enfermeiros especialistas para a realização da consulta de enfermagem, incluída no rol de ações do programa, em substituição à consulta médica.
  - C) um conjunto de atribuições assistenciais no âmbito da atenção básica que o profissional enfermeiro compartilhava com outros membros da equipe de enfermagem da família, como o atendente de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e as parteiras.
  - D) um contexto de exercício profissional de difícil execução, pois se dava de forma itinerante, por meio de visitas agendadas pelo governo às famílias e comunidades com o objetivo de realizar a avaliação global de saúde dos membros das famílias assistidas pelo programa.

32. Z.S., 30 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) com febre há três dias, mialgia, cefaléia e dor retroorbital. O enfermeiro da UBS, ciente de casos confirmados de dengue no território, identifica que Z.S. enquadra-se como um caso suspeito de dengue. O enfermeiro, então, decide verificar a pressão arterial de Z.S., calcular o valor médio da PAS e PAD, insuflar o manguito do esfigmomanômetro até o valor calculado na etapa anterior, mantendo durante cinco minutos, demarcar uma área de 2,5 cm x 2,5 cm abaixo da dobra do cotovelo e observar a formação de petéquias no local. O resultado desse procedimento em Z.S. foi a contagem de 25 petéquias. Nesse caso, o procedimento realizado pelo enfermeiro e o seu resultado foram, respectivamente,
- A) a prova do laço, positiva.
  - B) o teste de *Blumberg*, negativo.
  - C) a prova do laço, negativa.
  - D) o teste de *Blumberg*, positivo.
33. Em uma consulta de puericultura coletiva, a enfermeira da UBS ouve o seguinte relato de uma das mães: "Dei meu peito para o bebê dela [da vizinha] quando ele tinha uns dois meses. A minha bebê tava dormindo, e o dela estava com fome, mas ela não estava em casa. Quando ela chegou da rua, tava com o peito doendo de tanto leite. Aí ela amamentou a minha filha." As duas mães do relato estavam presentes na consulta. A partir da situação descrita, cabe à enfermeira
- A) acolher as nutrizes do relato, valorizando a participação ativa no atendimento e garantindo as orientações para todos os presentes por meio do aconselhamento em amamentação.
  - B) repreender verbalmente as duas mães envolvidas na situação relatada e garantir que as outras mães presentes estejam cientes da proibição do aleitamento cruzado.
  - C) aguardar a finalização do atendimento, prescrever a profilaxia pós-exposição (PEP) para as duas mães envolvidas na situação relatada e oferecer a testagem rápida do HIV para os bebês.
  - D) finalizar a consulta coletiva e registrar informações no prontuário, destacando a inviabilidade de seguir com o modelo de atendimento pelas características da comunidade.
34. O autocuidado apoiado consiste na oferta sistemática de intervenções educacionais e de apoio para aumentar não só as habilidades como também a confiança das pessoas em gerenciarem suas condições de saúde. Um exemplo de estratégia de autocuidado, apoiada pelo enfermeiro na atenção primária à saúde, é
- A) o grupo operativo.
  - B) a teleconsulta de enfermagem.
  - C) o tratamento diretamente observado.
  - D) a constelação familiar.
35. L.G.A., 5 meses de vida na data de hoje, comparece à Unidade Básica de Saúde com sua mãe para tomar as vacinas do Calendário Nacional de Vacinação compatíveis com a sua idade. Em sua Caderneta da Criança, constam como administradas as vacinas BCG (uma dose), Hepatite B (uma dose), VIP (duas doses), Rotavírus (2 doses), Penta (duas doses), Pneumocócica 10 - valente (2 doses), Meningocócica C - conjugada (uma dose). Com base no Calendário Nacional de Vacinação, o enfermeiro deve garantir a administração da

- A) segunda dose da Meningocócica C – conjugada, na data de hoje, e orientar a mãe a retornar à UBS quando L.G.A. fizer seis meses de vida para tomar as terceiras doses da VIP e da Penta.
- B) terceira dose da VIP, na data de hoje, e orientar a mãe a retornar à UBS quando L.G.A. fizer sete meses de vida para tomar a primeira dose da vacina da COVID-19 e a segunda dose da Hepatite B.
- C) segunda dose da Hepatite B, na data de hoje, e orientar a mãe a retornar à UBS quando L.G.A. fizer seis meses para tomar a segunda dose da BCG e a terceira dose da Rotavírus.
- D) primeira dose da Vacina contra a Febre Amarela, na data de hoje, e orientar a mãe a retornar à UBS quando L.G.A. fizer sete meses para tomar a terceira dose da Pneumocócica 10 - valente.
36. A.C.R., homem cisgênero de 22 anos, com plena capacidade civil, solteiro e não convivente em união estável, procura a Unidade Básica de Saúde no dia de hoje e manifesta à enfermeira da Equipe o desejo de realizar procedimento de esterilização do tipo vasectomia. A enfermeira
- A) poderá iniciar os trâmites para a vasectomia na rede pública de saúde, após orientar A.C.R. sobre os riscos e benefícios do procedimento.
- B) não poderá autorizar a realização do procedimento em A.C.R., pois ele não atingiu a idade mínima para a vasectomia na rede pública de saúde.
- C) poderá iniciar os trâmites para o procedimento na rede pública de saúde, após a confirmação da paternidade de A.C.R. de, pelo menos, duas pessoas vivas.
- D) não poderá autorizar a realização da vasectomia via rede pública de saúde em A.C.R., pois ele não tem cônjuge.
37. A Estratificação de Risco Cardiovascular (ECR) tem como objetivo estimar o risco de cada indivíduo sofrer uma doença arterial coronariana nos próximos dez anos. Na consulta de enfermagem, para a estratificação de risco cardiovascular, deve-se investigar junto ao indivíduo a presença de
- A) diabetes mellitus.
- B) osteoporose.
- C) infecção crônica pelo HIV.
- D) mal de Parkinson.
38. Em visita domiciliar, a enfermeira da equipe de saúde da família avalia lesão em pé direito em pessoa idosa, diabética e do sexo feminino. A lesão é em calcâneo posterior direito; redonda com 3 cm de dimensão e profundidade Grau I, com anel queratósico periculcerativo; não dolorosa. Apresenta tecido de granulação, exsudato serossanguinolento moderado (++/++++) e não tem sinais sugestivos de infecção concomitante. Nesse caso, a cobertura a ser aplicada na lesão deve ser composta por, no mínimo,
- A) gaze umedecida com soro fisiológico a 0,9%.
- B) gaze embebida em soro glicosado a 50%.
- C) algodão umedecido em água e carvão ativado.
- D) algodão embebido em iodopovidona 10%.
39. A.C.F, sexo feminino, 45 anos, comparece à unidade básica de saúde do sítio Rancho do Povo e procura a enfermeira para consulta. Na consulta, ela refere que vem apresentando os seguintes sintomas: corrimento vaginal intenso, amarelo-esverdeado, por vezes acinzentado, bolhoso e espumoso, acompanhado de odor fétido, além de desconforto durante a relação sexual. Durante o exame especular, foi possível identificar colo com aspecto em framboesa e presença de leucorréia intensa como descrito na sintomatologia. Para o caso descrito e o achado especular, o diagnóstico possível será de

- A) tricomoníase.
  - B) candidíase.
  - C) vaginose bacteriana.
  - D) cervicite por clamídia.
40. O termo “Prevenção Combinada” remete à conjugação de diferentes ações de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis, ao HIV e às hepatites virais e seus fatores associados. Assim, sua definição está relacionada à combinação de três tipos de intervenções: biomédica, comportamental e estrutural, aplicadas ao âmbito individual e coletivo. Entre as intervenções presentes na mandala de prevenção combinada à imunização para HAV, HBV e HPV devem ser estimuladas. Nesse aspecto, visando-se à proteção da população,
- A) a imunização para HPV é realizada por meio de vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18), estando indicada para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos. O esquema é composto de duas doses, com intervalo de seis meses.
  - B) a imunização para HPV é realizada por meio de vacina quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18), estando indicada apenas para as meninas de 9 a 16 anos. O esquema é composto de duas doses, com intervalo de seis meses.
  - C) a vacinação contra a hepatite B está indicada para todas as faixas etárias. O esquema é composto de três doses que induzem títulos protetores de anticorpos (anti-HBs maior ou igual a 10 UI/mL) em mais de 90% dos adultos, sendo contraindicada em gestantes e lactantes.
  - D) a vacinação contra a hepatite B é a principal medida de prevenção contra a doença, sendo extremamente eficaz e segura. O esquema básico constitui-se de três doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 120 dias da primeira para a terceira dose.
41. Um casal de adolescentes comparece ao serviço de saúde e solicita uma conversa com a enfermeira. No consultório de enfermagem, a jovem com 15 anos de idade e o rapaz com 16 anos relatam que estão namorando há, aproximadamente, 2 meses e, na noite anterior, haviam tido a primeira relação sexual juntos. Considerando os princípios de bioética, presentes no Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva (2013), a atuação do enfermeiro, nesse caso, deve considerar
- A) não maleficência, pois finalidade é reduzir os efeitos adversos ou indesejáveis das ações diagnósticas e terapêuticas no ser humano. Desse modo, a ação realizada deve causar o menor prejuízo ou agravo à saúde da pessoa.
  - B) respeito à autonomia, pois as pessoas têm o direito de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida. Entretanto, na atenção à saúde a menores de idade, é necessária autorização dos pais.
  - C) beneficência, pois a pessoa tem direito a ter resguardado o segredo sobre dados pessoais, por meio da manutenção do sigilo profissional, independente dos riscos a terceiros ou à saúde pública.
  - D) justiça e equidade, pois todas as pessoas devem ser tratadas com igual consideração, independentemente de sua situação socioeconômica, orientação sexual, etnia, religião, ou seja, as especificidades das pessoas não devem ser consideradas.
42. As quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. O profissional de saúde deve questionar a ocorrência e frequência de quedas, pois essas informações possibilitam a identificação do risco. Em relação aos riscos de quedas em idosos,

- A) a influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se ao estado funcional e à mobilidade da pessoa idosa. Manobras posturais e obstáculos ambientais que não são problemas para pessoas idosas mais saudáveis podem transformar-se em séria ameaça à segurança e à mobilidade daquelas com alterações em equilíbrio e marcha.
- B) existem dois tipos de fatores de risco para queda em idosos: intrínsecos e extrínsecos. Os fatores de risco extrínsecos são decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas ao avançar da idade com a presença de doenças, de fatores psicológicos relacionados e de reações adversas de medicações em uso.
- C) os principais riscos de quedas em idosos são lesões ocasionadas nas partes moles, além de condições de restrição prolongada ao leito, aumentando, assim, o tempo de hospitalização e institucionalização desses idosos. Geralmente, estão associados a doenças iatrogênicas, fraturas, hematoma subdural, incapacidade e morte.
- D) são acometidas por queda a cada ano cerca de 30% das pessoas idosas. Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em instituições de longa permanência. Os homens, com até 75 anos, tendem a cair mais do que as mulheres; posteriormente, a frequência se iguala entre os sexos.

**Para responder às questões 43 e 44, considere o caso a seguir.**

No dia 29/09/2023, a gestante M.L.M, G1P0, compareceu à unidade básica de saúde da família para consulta de acompanhamento pré-natal com o enfermeiro. Ela refere D.U.M em 18/04/2023 e mostra o resultado de seu exame laboratorial, confirmando tipagem sanguínea A com fator Rh negativo. Ela desconhece o tipo sanguíneo do genitor e afirma não ter mais contato com ele.

- 43. Diante do quadro clínico da gestante, sua Idade Gestacional (IG) é de
  - A) 23 semanas e 3 dias.
  - B) 24 semanas e 4 dias.
  - C) 25 semanas e 2 dias.
  - D) 26 semanas e 1 dia.
- 44. O Ministério da Saúde orienta que, em casos de gestante com fator Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido, o profissional solicite o exame de *coombs* indireto para pesquisar a presença do anticorpo anti-D na gestante. Em caso de resultado do *coombs* indireto negativo, a conduta a ser adotada pelo enfermeiro, no acompanhamento do pré-natal, será
  - A) repetir o exame a cada 4 semanas, após a 24<sup>a</sup> semana gestacional.
  - B) dar continuidade ao pré-natal, não havendo necessidade de repetir o exame.
  - C) repetir o exame somente no final do terceiro trimestre.
  - D) encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco.
- 45. O bebê nasce com o reflexo de sucção, mas não nasce sabendo mamar. Esse processo deve ser ensinado e estimulado para a garantia de uma mamada eficiente. O enfermeiro da atenção básica que assiste à tríade mãe/bebê/família deve saber orientar, acompanhar e identificar possíveis intercorrências no processo de aleitamento materno. Em relação à técnica de amamentação, os pontos-chave de uma pega adequada são:



- A) aréola mais visível acima da boca do bebê; boca bem aberta; lábio inferior virado para fora; e queixo tocando a mama.
  - B) rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; corpo do bebê próximo ao da mãe; bebê com cabeça e tronco alinhados; e bochechas do bebê encovadas a cada sucção.
  - C) narinas do bebê livres; lábios do bebê curvados para fora; ruídos ao deglutir; e a mãe segura a mama de maneira que a aréola fique livre.
  - D) mãe e bebê confortavelmente posicionados; mãe segura a mama com os dedos em formato de tesoura; a cabeça do bebê posiciona-se no mesmo nível da mama; e o bebê abocanha parte da aréola.
46. As diretrizes brasileiras para o rastreamento do Câncer do Colo de Útero (CCU) expõem que as decisões de rastreamento do CCU e suas lesões precursoras em populações assintomáticas são complexas e demandam esforços para análise de suas vantagens. Afirmam, ainda, que o rastreamento do CCU no Brasil é oportunístico, onde um grupo de mulheres são super-rastreadas, e outro não possui nenhum exame preventivo. O enfermeiro deve conhecer as diretrizes para orientar as mulheres, adscritas em sua área de atuação, quanto a realização do exame, sua periodicidade e seguimento. Em relação às recomendações para o rastreamento do CCU no Brasil,
- A) o início da coleta do exame citológico deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram ou têm atividade sexual. O rastreamento antes dos 25 anos deve ser evitado.
  - B) os três primeiros exames citológicos devem ser realizados anualmente, se os resultados forem negativos, e os próximos devem ser realizados a cada 3 anos.
  - C) a citologia deve ser realizada até os 64 anos e, em mulheres sem doença neoplásica, deve ser interrompida com, pelo menos, três exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.
  - D) a mulher com mais 64 anos que nunca se submeteu à citologia deve realizar o exame, e se o resultado for negativo, pode ser dispensada de exames adicionais.
47. Entre as atribuições do enfermeiro na atenção básica para o controle do câncer de mama, encontra-se a realização da consulta de enfermagem e do Exame Clínico das Mamas (ECM), de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária. Durante a realização do ECM, o enfermeiro também deve informar à mulher sobre a patologia, os sinais de alerta, os fatores de risco e a composição da mama normal. Durante a realização do ECM,
- A) para palpar as cadeias ganglionares axilares, a paciente deverá estar sentada, o braço homolateral relaxado e o antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador. A palpação das cadeias ganglionares supraclaviculares deve ser realizada também com a paciente sentada, mantendo a cabeça semifletida e com leve inclinação lateral.
  - B) para a inspeção dinâmica, a mulher pode estar sentada com os braços ao longo do corpo ou levantados sobre a cabeça. O enfermeiro busca sinais sugestivos de câncer, como alterações no contorno da mama, ulcerações cutâneas ou areolopapilar, sendo importante a comparação das mamas para observar assimetrias, diferenças na cor da pele, textura e circulação venosa.
  - C) para realizar a inspeção estática, o profissional deve solicitar que a mulher eleve e abaixe os braços lentamente e realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado. Durante a inspeção, o enfermeiro busca identificar sinais sugestivos de câncer.
  - D) para a palpação das mamas, o profissional deve solicitar à paciente que fique em decúbito dorsal, com a mão correspondente à mama a ser examinada colocada sob a cabeça. Cada área de tecido deve ser examinada, aplicando-se nível médio de pressão. O enfermeiro deve realizar movimentos circulares com as polpas digitais. A região da aréola e da papila devem ser palpadadas e não comprimidas.

48. Uma mulher encontra-se no pós-parto, com sofrimento psíquico, de início insidioso entre a 2ª e 3ª semana do puerpério, com sintomas de tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, ideias suicidas, perda do interesse sexual. Sendo assim, é provável que essa mulher esteja com
- A) depressão pós-parto.  
 B) transtorno psicótico puerperal.  
 C) tristeza puerperal.  
 D) ansiedade.
49. O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, sua proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Em relação aos reflexos primários, analise as afirmativas abaixo.

I	O reflexo de Moro é medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês.
II	O reflexo de preensão palmar é obtido ao acariciar a palma da mão do recém-nascido, e os dedos se fecham ao redor do estímulo. Aparece a partir da 32ª semana de gestação e deixa de ocorrer em torno dos 3 meses de vida.
III	O reflexo cutâneo plantar ou sinal de Babinski é obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No recém-nascido, desencadeia extensão do hálux. A partir do 6º mês, ocorre flexão do hálux, e a extensão é patológica.
IV	O reflexo tônico-cervical é a rotação da cabeça para um lado, com conseqüente flexão do membro superior e inferior do lado facial, além de extensão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser assimétrica.

Das afirmativas, estão corretas

- A) I e II.  
 B) I e IV.  
 C) II e III.  
 D) III e IV.
50. O caderno de atenção básica em saúde mental (2013) aborda considerações importantes sobre o manejo do paciente em crise. A atenção à crise está associada, prioritariamente, à oferta de uma atenção longitudinal nos contextos de vida das pessoas. Portanto, é necessário que o profissional da atenção básica adote alguns pressupostos como norteadores para fundamentar a organização da rede na perspectiva de acolher, abordar e cuidar de pessoas. Nesse sentido, diante da crise, o papel do enfermeiro é
- A) considerar a internação como último recurso e quando necessária e como instrumento do Projeto Terapêutico Singular (PTS), prioritariamente, nos CAPS, com a lógica do acolhimento integral, e nos hospitais gerais, de forma articulada com a rede.  
 B) potencializar e qualificar todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial para desenvolver intervenção nas situações de urgência/emergência bem como no cuidado verticalizado e direcionado, apoiando-se no Projeto Terapêutico Singular (PTS).  
 C) observar as condições clínicas do usuário e encorajar a internação psiquiátrica, de preferência em hospitais especializados para condução adequada da crise bem como acompanhar o retorno desse usuário para o território.  
 D) compreender que o hospital psiquiátrico deve ser parte integrante da rede, pois possibilita maior oferta de leitos e a valorização da existência de serviços especializados, como apoiadores da rede de atenção em saúde mental.