

# 1

**COLEÇÃO**  
**MANUAIS** PARA  
**PROVAS E CONCURSOS**  
EM **ENFERMAGEM**

**Emergência, Ética e**  
**Deontologia, Saúde Mental**



**Waldimir Coelho e Eriedna Szpigel**

editora  
**SANAR**

# Apresentação

---

Este livro está dividido em três grandes e relevantes temáticas demandadas em concursos para enfermagem: Ética, Emergência e Saúde Mental, e analisa detalhadamente um total de 250 questões elaboradas por diversas bancas de concursos recentes realizados por todo Brasil. A obra tem como principal finalidade atender aos enfermeiros (doravante denominados como concursandos), cujo objetivo é passar em um dos inúmeros concursos da área. A obra pode também atender de modo secundário aos estudantes de graduação e profissionais em exercício que queiram revisar rapidamente certos conceitos ou testar a atualização de seus conhecimentos.

No processo de redação deste livro, elaborado com base em mais de 10 anos da minha prática como docente nas áreas aqui tratadas, incluindo consideráveis horas ministradas em cursos preparatórios para concursos, procedeu-se uma extensa pesquisa de algumas centenas de questões constantes nos concursos mais recentes, tais como o da Marinha, do EBSERH e da FIOCRUZ, destacados entre outros pelo seu alto grau de exigência. É preciso ressaltar que este livro se baseou nas principais obras de referência nos campos da Ética, Emergência e Saúde Mental, usadas nos mais diversos concursos aqui cobertos.

Embora as páginas seguintes busquem antecipar exaustivamente aos concursandos a gama de questões, com as quais muito provavelmente se depararão no dia de suas provas, o conteúdo explicativo presente no livro, seja nas seções conceituais e descritivas, seja nas análises de questões, de modo algum pode ser considerado exaustivo. Os conceitos são apresentados de modo didático e enxuto, ficando a cargo do concursando recorrer a uma das obras citadas nas referências, tanto para acessar alguma explicação de natureza muito fundamental, como para se aprofundar em algum tema, caso se queira ir além do que é cobrado nas provas. Vale frisar que apenas é recomendável qualquer mergulho mais profundo àqueles que já tenham assimilado o conteúdo deste livro, que foi elaborado com o intuito de representar a medida certa de profundidade necessária para passar nos principais concursos da área de enfermagem. É de suma importância ter em mente a diferença entre saber sobre os temas versados neste livro e estar preparado para responder as questões sob a pressão do tempo, sem hesitar ou tergiversar. Um concurso é como uma corrida, na qual a proficiência é tão importante quanto à sábia administração do tempo e da energia do competidor.

Entretanto, o maior diferencial do livro certamente é a abordagem feita através das análises de alternativas de cada questão. O concursando encontrará aqui uma explicação particular não apenas para a alternativa correta, como também para cada alternativa incorreta, de tal modo a evidenciar as nuances que distinguem a eficaz interpretação da alternativa correta das incorretas. Procedendo desta forma, pretendo manter o caráter prático do livro, sem cair na superficialidade de um estudo mecânico, que apenas contribuiria para as bancas ter um espaço aberto para suas “pegadinhas”. Além da análise de alternativas, o livro também apresenta uma série de dicas do autor, as quais devem conferir à presente leitura a sensação de estar em uma sala de aula. Para tanto proponho que o concursando leia cada capítulo de modo sequencial, embora seja livre a escolha da ordem de leitura dos capítulos.

Faço votos para que a presente leitura seja prazerosa em sua objetividade e simplicidade, bem como na transmissão da confiança ao concursando de estar trilhando o caminho certo para atingir seus objetivos, sobretudo, de modo eficiente, ou seja, sem gastar mais tempo e energia do que o necessário e sem canibalizar esses preciosos recursos, tendo em vista eles estarem sendo também demandados por outras tantas disciplinas.

Não se pode concluir esta apresentação sem prestar o agradecimento formal aos editores da Sanar e ao professor Waldimir Coelho, coordenador da Coleção Manuais para Provas e Concursos em Enfermagem, que me convidou e incentivou a escrever esta obra.

**Bons estudos!**

**Eriedna Szpigel**  
Autora

## DEONTOLOGIA E ENFERMAGEM

Capítulo

I

<b>1. Conceitos</b> .....	<b>13</b>
<b>2. Circunstâncias relacionadas às infrações</b> .....	<b>13</b>
<b>3. Infrações ao código de ética profissional de enfermagem</b> .....	<b>14</b>
<b>4. Legislações</b> .....	<b>18</b>
1. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986 .....	18
2. Decretos nº 94.406, de 08 de Junho de 1987 .....	20
3. Lei nº 5.905/73, de 12 de Julho de 1973 .....	32
4. Resolução Cofen nº 311/2007 .....	36
5. Resoluções do Cofen .....	58
6. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 .....	62
7. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos .....	71
<b>REFERENCIA</b> .....	<b>77</b>

## ENFERMAGEM NAS EMERGÊNCIAS

Capítulo

II

<b>1. Portaria gm/ms nº 2048, de 5 de Novembro de 2002</b> .....	<b>79</b>
1. A regulação médica das urgências e emergências .....	80
2. Atendimento pré-hospitalar fixo .....	80
3. Atendimento pré-hospitalar móvel .....	81
<b>2. Portaria nº 1.600/11</b> .....	<b>82</b>
<b>3. Acolhimento e classificação de risco</b> .....	<b>85</b>
<b>4. Princípios básicos do atendimento em emergência</b> .....	<b>87</b>
1. Reconhecimento e avaliação da cena .....	87
2. Na assistência pré-hospitalar .....	87
3. Suporte básico de vida .....	87
4. Atendimento pré-hospitalar em etapas .....	88
5. Avaliação secundária .....	95
<b>5. Traumatismo crânio encefálico</b> .....	<b>105</b>
1. Classificação .....	106
2. Lesões cutâneas e fraturas .....	106
3. Quando suspeitar de lesão cerebral .....	106
4. Lesões encefálicas .....	107
5. Tipos de lesões cerebrais .....	107
6. Hematomas .....	107
7. Tratamento do traumatismo craniano .....	108
8. Assistência de enfermagem .....	108
9. Tratamento da PIC elevada .....	108
10. Controle do paciente com traumatismo craniano .....	108
11. Monitoração dos sinais vitais .....	109
12. Perfusão cerebral .....	109
13. Monitoração do equilíbrio eletrolítico .....	109
<b>6. Traumatismo raquimedular</b> .....	<b>111</b>
1. A Lesão medular .....	111
2. Manifestações clínicas .....	111
3. Tratamento .....	112
4. Principais complicações .....	112
<b>7. Traumatismo torácico</b> .....	<b>113</b>
1. Fraturas de costelas .....	113

2.	Afundamentos (fraturas múltiplas de costelas) .....	113
3.	Fraturas do esterno .....	113
4.	Pneumotórax Simples .....	114
5.	Pneumotórax Hipertensivo .....	114
6.	Pneumotórax Aberto .....	114
7.	Tórax Instável .....	114
8.	Hemotórax Maciço .....	115
9.	Tamponamento Cardíaco .....	115
10.	Lesão de Grandes Vasos .....	115
<b>8.</b>	<b>Trauma abdominal .....</b>	<b>118</b>
<b>9.</b>	<b>Traumatismo musculoesquelético .....</b>	<b>119</b>
1.	Tipos de traumatismos musculoesqueléticos .....	119
2.	Amputações traumáticas .....	122
3.	Avulsões .....	122
4.	Empalamento .....	122
<b>10.</b>	<b>Choque .....</b>	<b>124</b>
1.	Estágios do choque .....	124
2.	Classificação de choque .....	125
3.	Estratégias gerais de tratamento no choque .....	125
4.	Choque hipovolêmico .....	126
5.	Choque cardiogênico .....	126
6.	Choque distributivo .....	127
<b>11.</b>	<b>Principais distúrbios hidroeletrólíticos .....</b>	<b>131</b>
1.	Hiponatremia .....	131
2.	Hipernatremia .....	131
3.	Hipopotassemia (Hipocalemia) .....	131
4.	Hiperpotassemia (Hipercalemia) .....	131
5.	Hipocalcemia .....	132
6.	Hipercalcemia .....	132
7.	Hipofosfatemia .....	132
8.	Hiperfosfatemia .....	132
9.	Hipomagnesemia .....	132
10.	Hipermagnesemia .....	133
<b>12.</b>	<b>Distúrbios acidobásicos .....</b>	<b>134</b>
1.	Acidose respiratória (Aumento da PCO <sub>2</sub> ) .....	135
2.	Alcalose respiratória (diminuição da PCO <sub>2</sub> ) .....	136
3.	Acidose e alcalose metabólica .....	136
<b>13.</b>	<b>Emergências ambientais .....</b>	<b>140</b>
1.	Hipertermia .....	140
2.	Hipotermia .....	140
<b>14.</b>	<b>Queimaduras .....</b>	<b>142</b>
1.	Classificações .....	142
2.	Cálculo da superfície corporal queimada? .....	143
3.	Assistência de Enfermagem na fase aguda .....	144
<b>15.</b>	<b>Intoxicações agudas .....</b>	<b>149</b>
1.	Circunstâncias que sugerem intoxicações .....	149
2.	Tratamento das intoxicações agudas .....	149
<b>16.</b>	<b>Emergências decorrentes do uso de substâncias psicoativas .....</b>	<b>154</b>
1.	Intoxicação aguda por álcool .....	154
2.	Síndrome de abstinência do álcool - Delirium tremens .....	154
3.	Intoxicação aguda por benzodiazepínicos (BZD) .....	155
4.	Síndrome de abstinência por benzodiazepínicos .....	155
5.	Intoxicação aguda por solventes ou inalantes .....	155
6.	Intoxicação aguda por alucinógenos e psicodélicos .....	155
7.	Síntese dos sinais e sintomas – tratamento das intoxicações .....	156
<b>17.</b>	<b>Crise convulsiva .....</b>	<b>157</b>
1.	Manifestações clínicas .....	157
2.	Atendimento de emergência .....	157

3. O que não fazer durante uma crise convulsiva .....	157
<b>18. Acidentes com animais peçonhentos .....</b>	<b>158</b>
1. Acidentes ofídicos .....	158
2. Acidente com escorpião .....	167
3. Acidentes com aranhas .....	169
4. Acidentes com himenópteros .....	173
<b>19. Ferimentos com armas .....</b>	<b>177</b>
1. Ferimentos por arma de fogo (FAF) .....	177
2. Informações balísticas .....	177
3. Os fatores que contribuem para o dano incluem .....	177
4. As feridas por arma de fogo possuem três componentes relevantes na caracterização .....	177
5. Ferimentos por arma branca (FAB) .....	178
<b>20. Gestão de desastre .....</b>	<b>179</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>182</b>

## SAÚDE MENTAL

Capítulo

III

<b>1. Evolução da atenção na saúde mental .....</b>	<b>183</b>
1. História da loucura .....	183
2. A psiquiatria no Brasil .....	184
3. O processo de reforma psiquiátrica brasileira .....	184
4. Histórico da reforma brasileira .....	184
5. Dimensões da reforma psiquiátrica .....	186
6. A reforma psiquiátrica depois da lei 10.216 .....	186
7. Lei nº 10216 .....	187
8. A III conferência nacional de saúde mental .....	188
9. O processo de desinstitucionalização .....	189
10. O impacto na reforma .....	189
11. Serviços residenciais terapêuticos – SRTS (portaria 106/ms 2000) .....	190
12. Programa de volta para casa .....	190
13. Estratégia de redução progressiva a partir dos hospitais de grande porte .....	191
14. A rede de cuidados na comunidade .....	192
15. Rede e território .....	193
16. O papel estratégico dos CAPS .....	193
17. A política de álcool e outras drogas na saúde pública .....	195
18. A organização da rede de atenção .....	195
19. Estratégias para redução de danos .....	196
20. Uso e abuso de drogas .....	196
21. Matriciamento em saúde mental .....	198
<b>2. Alterações das funções psíquicas e síndromes psiquiátricas .....</b>	<b>211</b>
1. Alterações das funções psíquicas elementares .....	211
2. Síndromes psiquiátricas .....	215
<b>3. Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto .....</b>	<b>226</b>
1. Transtornos da personalidade .....	226
2. Síndrome burnout .....	228
3. Transtornos dos hábitos e dos impulsos .....	229
4. Transtornos sexuais .....	236
<b>4. Assistência de enfermagem .....</b>	<b>242</b>
1. Emergências psiquiátricas – abordagem tradicional .....	242
2. Pacientes suicidas .....	242
3. Síndromes relacionadas a substâncias psicoativas (abuso e dependência) .....	243
4. Alcoolismo .....	244
5. Tratamento das intoxicações pelas demais drogas .....	245
6. Tratamento não medicamentoso em saúde mental .....	245
7. Assistência de enfermagem ao sujeito em sofrimento psíquico .....	246
8. Abordagem terapêutica ao sujeito com demência .....	246
9. Diagnósticos de enfermagem .....	247

10. Estágios e atividades do tratamento de enfermagem psiquiátrica .....	247
11. Características do relacionamento terapêutico .....	247
12. Psicotrópicos .....	250
13. Antidepressivos .....	252
14. Estabilizadores do humor .....	253
15. Os ansiolíticos .....	254
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>266</b>

# Enfermagem nas Emergências

Eriedna Spzigel

II

Capítulo

Esta segunda parte versa sobre o eixo vermelho da assistência à saúde da Enfermagem, onde as situações críticas não admitem hesitações e qualquer erro pode levar os pacientes a óbito. Os concursandos terão aqui a oportunidade de compartilhar conhecimentos que correm no sangue da autora, haja vista sua experiência profissional, através da seleção metódica de 87 questões constantes em provas de 2008 até 2014. Neste tema, o concursando se defrontará com as portarias que regulamentam o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais e Nacionais de Urgência e Emergência, quais sejam: a Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002, e a Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Em seguida, serão abordados os conceitos relativos ao acolhimento e classificação de risco e princípios básicos do atendimento em emergência. Depois, serão tratados os diversos tipos de traumatismo: crânio encefálico, raquimedular, torácico, abdominal e musculoesquelético. Na sequência, serão analisadas outras circunstâncias emergências típicas como: choque, distúrbios hidroeletrólíticos e acidobásicos, emergências ambientais, queimaduras, intoxicações agudas, emergências decorrentes do uso de substâncias psicoativas e crise convulsiva. Por fim, serão analisados alguns tópicos especiais, cuja literatura é mais escassa, sendo, em geral, cobrados por bancas mais exigentes: acidentes com animais peçonhentos, ferimentos com armas e gestão de desastre.

## 1 - PORTARIA GM/MS Nº 2048, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002

Com o objetivo de aprofundar este processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aperfeiçoando as normas já existentes e ampliando o seu escopo, é que está sendo publicado o presente Regulamento Técnico. A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Assim, torna-se imperativo estruturar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de forma a envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família (PSF), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades não hospitalares), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas consequências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Assim, deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de se dar novo significado à assistência e à reabilitação. As urgências por causas externas são as mais sensíveis a este enfoque, mas não exclusivamente. As urgências clínicas de todas as ordens também se beneficiam da estratégia promocional.

A elaboração dos referidos planos deve estar baseada na proposta de estruturação das redes regionalizadas de atenção da NOAS 01/2002, segundo as seguintes atribuições / complexidade / distribuição:

1 - Municípios que realizam apenas a atenção básica (PAB): devem se responsabilizar pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade, principalmente aqueles já vinculados ao serviço. Suas atribuições e estruturação estão especificadas no Capítulo III – item 1 do presente Regulamento.

2 - Municípios Satélite, que realizam a atenção básica ampliada (PABA): devem desempenhar a mesma função dos municípios PAB, além de contar com área física específica para observação de pacientes, até 8 horas.

3 - Municípios Sede de Módulo Assistencial, que realizam a atenção básica ampliada (PABA) e os procedimentos hospitalares e diagnósticos mínimos da média complexidade (M1): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Não Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme especificações do Capítulo III – item 2 e/ou Unidades Hospitalares Gerais de Tipo I, conforme especificações do Capítulo V – item I-A-a. Neste nível assistencial, devem ser constituídos os Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, de caráter municipal ou modular, e/ou Serviço de Transporte Inter-hospitalar, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade dos polos microrregionais, macrorregionais e estaduais.

4 - Municípios Polo Microrregional, que realizam procedimentos médios da média complexidade (M2): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares Gerais de Tipo II, conforme especificações do Capítulo V – item I-A-b. Neste nível assistencial, devem ser estruturados Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel, municipais ou microrregionais, dependendo das densidades populacionais e distâncias observadas.

5 - Municípios Polo Regional, que realizam os demais procedimentos mais complexos da média complexidade (M3): devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares de Referência Tipo I e II, conforme especificações do Capítulo V – item I-B-a e I-B-b. Neste nível devem ser estruturadas as Centrais Reguladoras Regionais de Urgências, que vão ordenar os fluxos entre as micro e macro regiões, devendo o transporte inter-hospitalar ser garantido pelo Serviço de Atendimento Pré-hospitalar móvel da micro/macro região solicitante.

6 - Municípios Polo Estadual, que realizam procedimentos de Alta Complexidade: devem contar, além das estruturas já mencionadas acima, com Unidades Hospitalares de Referência Tipo III, conforme as especificações do Capítulo V – item I-B-c. Devem também ter estruturadas as Centrais Estaduais de Regulação, que vão ordenar os fluxos estaduais ou interestaduais da alta complexidade.

7 - Salas de Estabilização: após a estruturação da rede assistencial acima mencionada, devem ser cuidadosamente observados os claros assistenciais ainda existentes, devidos a grandes distâncias, como ao longo das estradas e em regiões muito carentes, e nestas localidades devem ser estruturadas salas ou bases de estabilização, que devem ser estruturadas com, no mínimo, o mesmo material e medicamentos especificados para a atenção primária à saúde e que devem contar com retaguarda ininterrupta de profissional treinado para o atendimento e estabilização dos quadros de urgências mais frequentes.

## 1.1 - A Regulação Médica das Urgências e Emergências

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

## 1.2 - Atendimento Pré-hospitalar Fixo

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (que serão abordados no Capítulo IV).

### 1.2.1 - As urgências e emergências e a atenção primária à saúde e o programa de saúde da família

As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, independentemente de estarem qualificados para atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA).

Além disso, unidades de saúde de sistemas municipais qualificados para a atenção básica ampliada (PABA) deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas.

### **1.2.2 - Unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências**

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade (M1). Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município sede de módulo assistencial disponha de, pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

### **1.3 - Atendimento Pré-hospitalar Móvel**

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravamento à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

#### **1.3.1 - Definição dos veículos de Atendimento Pré-hospitalar Móvel**

##### **1.3.1.1 - Ambulâncias**

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As Ambulâncias são classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil - DAC.

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

##### **1.3.1.2 - Veículos de intervenção rápida**

Estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica, são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.

##### **1.3.1.3 - Outros veículos:**

Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizem como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

##### **1.3.2 - Tripulação**

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais

que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências, cuja criação é indicada pelo presente regulamento, e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto - Capítulo VII.

Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem.

Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.

Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.

Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:

- Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não-traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro;
- Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.

Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida.

**ATENÇÃO:** Em concursos onde a banca citar a Portaria nº 2048/02 é importante que o candidato conheça na íntegra o anexo desta portaria e todos os seus capítulos: **Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências; A Regulação Médica das Urgências e Emergências; Atendimento Pré-Hospitalar Fixo; Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; Atendimento Hospitalar; Transferências e Transporte Inter-Hospitalar e Núcleos de Educação em Urgências.**

## 2 - PORTARIA Nº 1.600/11

Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

**ATENÇÃO:** A portaria nº 1.600/11 complementa a Portaria nº 2048/02 reformulando as ações gestoras da Política Nacional de Atenção às Urgências nas seguintes questões: **Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências; Componentes da Rede de Atenção às Urgências e Seus Objetivo e Operacionalização da Rede de Atenção às Urgências.**

## QUESTÕES

### 01 EXÉRCITO - 2009

Assinale a alternativa correta em relação ao SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

- (A) Em todas as ambulâncias do SAMU é obrigatória apenas a presença de um técnico de enfermagem.
- (B) O SAMU deve realizar a cobertura direta ou indireta de grandes eventos esportivos ou socioculturais independente de serem realizados por entidades privadas ou públicas.
- (C) Quando o SAMU é acionado, um médico ou enfermeiro, acompanhado de técnico ou auxiliar de enfermagem, é deslocado para o local do atendimento.
- (D) Todos os médicos e enfermeiros do SAMU precisam ter obrigatoriamente especialização em Emergência ou áreas afins para fazerem parte da equipe.
- (E) Nas ambulâncias de resgate é obrigatória a presença de médico ou enfermeiro como tripulantes básicos.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A: ERRADA** – O técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem estará presente nas ambulâncias dos tipos A, B e F.

**Alternativa B: CERTA** – Na portaria GM/MS nº 1.139/13 que define, no âmbito do SUS, as responsabilidades das

esferas de gestão e estabelece as diretrizes nacionais para planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância a assistência à saúde em eventos de massa;

**Alternativa C: ERRADA** – A tripulação irá variar de acordo com o tipo da ambulância.

**Alternativa D: ERRADA** – Não é obrigatória a especialização em emergência para atuação no SAMU.

**Alternativa E: ERRADA** – Nas ambulâncias tipo C de Resgate há a presença obrigatória do resgatista.

02

**EBSERH - UFTM - IADES - 2013**

Um dos componentes iniciais da Política Nacional de Atenção às Urgências foi a implantação do SAMU, que é contatado pelo número 192 e presta atendimento em ambulâncias de suporte avançado e suporte básico de vida. A sigla SAMU significa:

- (A) Serviço de Atendimento Médico de Urgência.
- (B) Serviço de Atendimento Mútuo de Urgência.
- (C) Serviço de Avaliação Móvel de Urgência.
- (D) Serviço de Avaliação Médica de Urgência.
- (E) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

**ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS**

**Alternativa E: VERDADEIRA**, pois a sigla SAMU significa: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

03

**EBSERH - UFS / SE - AOC**

Enfermeiro Geral 2014 - De acordo com a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é entendida como:

- (A) o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar.
- (B) alto nível de complexidade hospitalar, disponibilizando leitos de terapia intensiva.
- (C) unidade de baixa complexidade, para atendimento de clientes com quadro clínico estável.
- (D) porta de Entrada prioritária na rede de atenção em saúde no SUS.
- (E) unidade hospitalar para internamento de quadros agudos ou agudizados e também atendimento inicial à vítima de trauma.

**ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS**

**Alternativa A: CERTA** – Segundo a portaria nº 1601/11 (Estabelece diretrizes para a implantação do componente das Unidades de Pronto Atendimento - UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências) artigo 1º, § 1º.

**Alternativa B: ERRADA** – As UPAs são estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, segundo a portaria nº 1601/11 artigo 1º, § 1º.

**Alternativa C: ERRADA** – As UPAs são estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, considerando a portaria nº 1601/11 artigo 1º, § 1º.

**Alternativa D: ERRADA** – As UPAs não constituem porta de entrada na rede de atenção em saúde no SUS.

**Alternativa E: ERRADA** – As UPAs devem configurar a rede de atenção às urgências considerando a portaria nº 1601/11 artigo 1º, § 2º.

04

**EBSERH - UFES - AOC - 2014**

De acordo com a Portaria GM nº 1.600, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, devem ser priorizadas as linhas de cuidados:

- (A) cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.
- (B) cardiovascular, respiratória e traumatológica.
- (C) cardiovascular, neuroendócrina e cerebrovascular.
- (D) cerebrovascular, respiratória e traumatológica.

- Ⓔ cerebrovascular, respiratória e cardiovascular.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A: CERTA** – portaria nº 1600/11 artigo 3º, § 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

**Alternativa B: ERRADA** – É prioridade na atenção em urgência as linhas de cuidados cerebrovascular.

**Alternativa C: ERRADA** – Não há prioridade nas linhas de cuidados a atenção neuroendócrina.

**Alternativa D: ERRADA** – É prioridade na atenção em urgência as linhas de cuidados cardiovascular.

**Alternativa E: ERRADA** – É prioridade na atenção em urgência as linhas de cuidados traumatológica.

05

EBSERH - UFMT - AOCF - 2014

De acordo com a Portaria nº 1.600/2011, que reformula a Política Nacional de Atenção à Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS), o componente hospitalar será constituído por:

- Ⓐ unidades de Pronto Atendimento 24 horas, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados semi-intensivos, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.
- Ⓑ unidades de Pronto Atendimento 24 horas, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intermediários, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e pelos laboratórios.
- Ⓒ enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelos Centros Cirúrgicos.
- Ⓓ portas hospitalares de urgência, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e pelos laboratórios.
- Ⓔ portas hospitalares de urgência, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A: ERRADA** – as UPAs não constituem retaguarda de leitos intensivos.

**Alternativas B e D: ERRADAS** – as UPAs constituem retaguarda de leitos de urgência.

**Alternativa C: ERRADA** – as UPAs não constituem retaguarda de leitos intensivos e centros cirúrgicos.

**Alternativa E: CERTA** – Segundo a portaria nº 1601/11 artigo 2º, item I.

06

FEPESE - 2014

Com relação às unidades móveis para o atendimento de urgência, assinale a alternativa correta.

- Ⓐ A USB é uma viatura tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um médico.
- Ⓑ A Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA) é uma viatura tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.
- Ⓒ A USB é uma viatura tripulada por no mínimo três profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um técnico ou auxiliar de enfermagem e um enfermeiro.
- Ⓓ A USA é uma viatura tripulada por no mínimo quatro profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um médico, um enfermeiro e um técnico de enfermagem.
- Ⓔ A Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB) é uma viatura tripulada por no mínimo dois profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem.

#### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A: ERRADA** – Nas Ambulâncias dos tipos A e B não tem a presença de médico.

**Alternativas B e C: ERRADAS** – Nas Ambulâncias dos tipos A e B não tem a presença de enfermeiro.

**Alternativa D: ERRADA** – Nas Ambulâncias dos tipos A e B não tem a presença de enfermeiro e médico.

**Alternativa E: CERTA** – Segundo a portaria 2048/2002.

### 3 - ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A emergência está inserida no eixo vermelho da assistência à saúde, que, por sua vez, está relacionado à clínica do paciente grave, com risco de morte, sendo composto por um agrupamento de três áreas principais: a área vermelha, a área amarela e a área verde.

**a) Área Vermelha:** é nesta área que está a sala de emergência, para atendimento imediato dos pacientes com risco de morte, e a sala de procedimentos especiais invasivos;

**b) Área Amarela:** composta por uma sala de retaguarda para pacientes já estabilizados, porém que ainda requerem cuidados especiais (pacientes críticos ou semicríticos). Hoje, na maioria das vezes, esses pacientes permanecem na sala vermelha, criando dificuldades para o atendimento dos pacientes que chegam com risco de morte, assim como situações muito desagradáveis para os pacientes já estabilizados;

**c) Área Verde:** composta pelas salas de observação, que devem ser divididas por sexo (feminino e masculino) e idade (crianças e adultos), a depender da demanda.

Nas salas amarela e verde, além da adequação dos espaços e dos mobiliários a uma funcionalidade que facilite o processo de trabalho, é importante que se considere questões relativas a som, cheiro, cor, iluminação, etc., uma vez que o tempo de permanência do paciente nessas áreas é mais prolongado que na área vermelha. E na sala vermelha, mesmo o paciente não permanecendo por um período prolongado, também é importante observar os elementos acima apontados - modificadores e qualificadores do espaço -, de modo a propiciar um ambiente confortável e agradável para os trabalhadores, além da funcionalidade necessária à realização do trabalho.

#### Classificação de risco da política nacional de humanização/ MS

CRITÉRIO	PRAZO DE ATENDIMENTO	SITUAÇÃO
VERMELHO	O paciente necessita atendimento imediato, existindo risco de vida.	Emergência
AMARELO	O paciente tem condições clínicas de aguardar 10 a 30 minutos para o atendimento.	Urgência
VERDE	São casos menos graves, o paciente deve ser atendido em até 2 horas, com reavaliação de hora em hora.	Pouco Urgente
AZUL	São casos de menor complexidade, o paciente apresenta condições clínicas de esperar em até 3 horas ou mais pelo atendimento.	Não Urgente

#### Protocolo Manchester

CRITÉRIO	PRAZO DE ATENDIMENTO	SITUAÇÃO
VERMELHO	Atendimento imediato, pois há risco iminente de vida.	Emergência
LARANJA	O paciente tem condições clínicas de aguardar por até 30 minutos pelo atendimento.	Urgência
AMARELO	O paciente tem condições clínicas de aguardar por até 1 hora pelo atendimento.	Potencialmente Urgente
VERDE	O atendimento pode ocorrer em até 2 horas.	Não Urgente
AZUL	São casos de menor complexidade, o paciente apresenta condições clínicas de esperar em até 4 horas pelo atendimento.	Ordem de Chegada

**ATENÇÃO:** O candidato deve ter atenção para qual protocolo de classificação de risco é determinado em edital ou referenciado na questão. Por isso, é importante conhecer os dois protocolos.

## QUESTÕES

07

FEPESE/SC - 2014

Com relação à classificação de risco conforme o Sistema de Triagem de Manchester, assinale a alternativa correta:

- (A) Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pa-

cientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor laranja classifica o atendimento como urgente.

ⓑ Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas e diagnóstico médico para selecionar os pacientes com maior prioridade. A cor laranja classifica o atendimento como urgente.

ⓒ Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor amarela classifica o atendimento como urgente.

ⓓ Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, visando selecionar os que possuem maior prioridade. A cor azul classifica o atendimento como pouco urgente.

ⓔ Os atendimentos nos serviços de urgência são orientados pelos sinais e sintomas e diagnóstico médico para selecionar os pacientes com maior prioridade. A cor vermelha classifica o atendimento como muito urgente.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A: CERTA** – Segundo o protocolo Manchester.

**Alternativa B: ERRADA** – A classificação de risco não é orientada pelo diagnóstico médico.

**Alternativa C: ERRADA** – A cor amarela do protocolo Manchester classifica o atendimento como potencialmente urgente.

**Alternativa D: ERRADA** – A cor azul do protocolo Manchester classifica o atendimento por ordem de chegada.

**Alternativa E: ERRADA** – A classificação de risco não é orientada pelo diagnóstico médico e a vermelha no protocolo Manchester classifica o atendimento como de emergência.

08

EBSERH - UFES - AACP - 2014

Mulher, 56 anos, com índice de massa corporal igual a 39 pontos, com hipercolesterolemia e hipertensão arterial não controlada por falta de adesão ao plano terapêutico proposto e orientado pela equipe da Estratégia Saúde da Família, derrubou a panela de feijão ao servir o jantar para sua família, mas devido à apraxia e disartria não conseguiu explicar ao marido que seu braço ficou repentinamente fraco e estava com hemianopsia total. O marido a levou imediatamente ao Pronto Socorro de um hospital público de ensino de grande porte que ficava próximo à sua residência e cuja organização para o atendimento era realizado de acordo com o Acolhimento com Classificação de Risco proposto pelo Ministério da Saúde. O enfermeiro, durante a consulta de enfermagem para classificação de risco dessa paciente, também identificou desvio de rima labial e deveria classificá-la em qual eixo?

Ⓐ Azul.

Ⓑ Verde.

Ⓒ Amarelo.

Ⓓ Vermelho.

Ⓔ Preto.

### ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS

**Alternativa A: ERRADA** – Segundo a classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde à cor azul classifica o atendimento como não urgente, o que não é compatível com os sinais e sintomas apresentado na questão que sugerem lesão neuromotora por AVC (acidente vascular cerebral).

**Alternativa B: ERRADA** – Segundo a classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde à cor verde classifica o atendimento como pouco urgente, o que não é compatível com os sinais e sintomas apresentado na questão que sugerem lesão neuromotora por AVC (acidente vascular cerebral).

**Alternativa C: ERRADA** – Segundo a classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde à cor amarela classifica o atendimento como urgente, o que não é compatível com os sinais e sintomas apresentado na questão que sugerem lesão neuromotora por AVC (acidente vascular cerebral).

**Alternativa D: CERTA** – Segundo a classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde à cor vermelha classifica o atendimento como de emergência, pois é caracterizada como risco a vida as lesões cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas.

**Alternativa E: ERRADA** – Não existe esta classificação de risco proposto pelo Ministério da Saúde.