

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.
- 3 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.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não adianta pedir esclarecimentos aos Fiscais.
- 6 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 7 Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 8 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta.
- 9 Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
- 10 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
- 11 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.
- 12 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, uma 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.** A assistência à saúde reprodutiva é definida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como “a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva”. Em relação à saúde reprodutiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),
- A)** os adolescentes e jovens têm direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e aos serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável.
 - B)** as pessoas LGBTQIA+ não têm práticas sexuais com finalidade reprodutiva, portanto a assistência à saúde deve priorizar abordagens relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.
 - C)** os profissionais da saúde são os responsáveis pela execução, nos serviços do SUS, da política de controle de natalidade brasileira, representada pelas ações de planejamento familiar e reprodutivo.
 - D)** as mulheres são o foco das ações de saúde reprodutiva no âmbito do SUS, pois cabe somente às mulheres, e não aos homens, o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.
- 12.** De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo que zela pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. A missão desse conselho é representar a sociedade na defesa dos direitos da população infantojuvenil, como o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à liberdade, à cultura e à convivência familiar e comunitária. Além disso, o Conselho Tutelar

- A) pode requisitar tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, para crianças e adolescentes.
 - B) é composto por dois membros escolhidos pela população local para mandato de dois anos, sendo permitida a recondução por novas eleições.
 - C) é acionado via denúncia proveniente de profissionais da educação, saúde e assistência social, por meio de ficha de notificação unificada.
 - D) pode emitir declarações de nascido vivo (DNV) e declarações de óbito (DO) de crianças e adolescentes em substituição aos Cartórios de Registros Civis.
13. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) foi instituído pela Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, sendo constituído por Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquérito). Sobre esse sistema, é correto afirmar que
- A) é possível, a partir dos dados do Viva Inquérito, construir indicadores que permitem descrever características da ocorrência de acidentes e violências e investigar fatores de risco/proteção associados aos eventos.
 - B) os dados sobre violências contra travestis, mulheres e homens transexuais não constam no Viva/Sinan, pois a ficha de notificação não dispõe de campos para registrar a identidade de gênero ou nome social.
 - C) o Viva Inquérito desenvolve-se a partir de um desenho de estudo epidemiológico do tipo caso controle, pois se investiga dois grupos (acidentes e violências) que são identificados e comparados com base em algum suposto atributo causal.
 - D) estão disponíveis, na página do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus), os dados primários que compõem o Viva/Sinan, com a identificação das pessoas violentadas e profissionais notificadores.
14. O Programa Nacional de Imunizações do Brasil tem vivenciado grandes desafios em relação às coberturas vacinais infantis, as quais apresentam queda. Entre os diversos aspectos relacionados ao fenômeno, a hesitação vacinal vem se fortalecendo como uma das principais preocupações dos gestores e pesquisadores brasileiros. Sendo assim,
- A) a importância da vacinação pode perder significado social pelo desconhecimento sobre a gravidade das doenças imunopreveníveis; portanto, é importante para o setor saúde garantir uma comunicação efetiva sobre o impacto dessas doenças na população.
 - B) a redução das taxas de cobertura vacinal observadas em estudos sobre o tema é reflexo da redução gradual da importância do ato de se vacinar, pois o número de doenças erradicadas sinaliza que outrora o cumprimento do papel do PNI já foi garantido.
 - C) o profissional com menor tempo de formação tem, devido ao fenômeno da complacência, maior disposição para recomendar vacinas e costuma obter maior sucesso na abordagem pró-vacinação, pois está mais capacitado para lidar com a questão.
 - D) o enfrentamento, de forma ética, à hesitação vacinal requer que o profissional de saúde observe os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e garanta aos pacientes que apresentem dúvidas sobre a segurança das vacinas a indicação de não vacinação.
15. No Brasil, a atenção humanizada ao parto e nascimento é descrita no âmbito da Rede Cegonha como “respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto”. Como estratégia de humanização ao parto e nascimento no Estado do Rio Grande do Norte,

- A) admite-se a presença de doulas em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada.
 - B) contrata-se pessoas para o acompanhamento de parturientes em maternidades, seguindo as recomendações da Lei do Acompanhante.
 - C) penaliza-se financeiramente serviços de saúde que não atingem o percentual mínimo de 60% de partos por via vaginal, em relação ao total.
 - D) dispensa-se o profissional médico na assistência ao parto normal, garantindo que todos esses sejam assistidos por enfermeiros obstetras.
16. O Programa Nacional da Triagem Neonatal busca garantir o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento de algumas doenças, objetivando evitar a morte e deficiências, proporcionando melhor qualidade de vida aos recém-nascidos acometidos. Sendo assim, as doenças pertencentes ao escopo do Programa Nacional de Triagem Neonatal são:
- A) deficiência de biotinidase, doença falciforme, fenilcetonúria, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e hipotireoidismo congênito.
 - B) diabetes mellitus tipo 1, dislipidemia neonatal, doença hemorrágica por deficiência de vitamina K, hipertensão arterial neonatal, esclerose tuberosa e osteopenia precoce.
 - C) alergia à proteína do leite de vaca, asma, coagulopatia hereditária, escorbuto, intolerância à lactose e síndrome de Patau.
 - D) cardiopatia congênita crítica, deficiência intelectual, frenulopatias, infecção pelo HIV, síndrome de Down e surdez congênita.
17. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015 no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança em território brasileiro. A política estrutura-se em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde da criança no território nacional. É um dos eixos estratégicos da PNAISC a promoção e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, que consiste
- A) na observação contínua, pela atenção básica, das mudanças de tamanho e peso, bem como no incentivo ao aumento gradual da capacidade de realizar ações complexas, especialmente durante a primeira infância e de acordo com o proposto na “Caderneta de Saúde da Criança”.
 - B) no diagnóstico precoce bem como na qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância, das ações de prevenção de doenças crônicas e do cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível.
 - C) na articulação das ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências e acidentes, na promoção da cultura de paz e na organização de metodologias de apoio aos serviços especializados para atuação junto à criança em situação de violência e suas famílias.
 - D) na promoção, na proteção e no apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se tanto as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade como também a importância do estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis.

18. Considere os relatos a seguir.

RELATO 1

“Eu comecei a sentir as contrações... Eu rodei a cidade inteira procurando um hospital e nenhum tinha vaga... Antes de chegar na maternidade eu já me sentia mal, pois sentia que a criança estava prestes a nascer dentro do carro. Foi quando o meu pai falou: ‘Vamos para a Maternidade X!’ Eu respondi: ‘Não podemos ir para lá. Está em greve’. Aí ele disse: ‘Mas pode ser que lá aceite’. A Maternidade X estava em greve, mas me aceitou...” (ÁRTEMIS).

RELATO 2

“Bom, quando eu cheguei na maternidade, eu cheguei muito nervosa, porque eu estava sentindo dores e com medo de não ter vaga para mim lá, né? ... Então, quando eu cheguei não tinha vaga, né. Aí a moça (recepcionista) disse que ia analisar se eu poderia ficar lá.” (DEMÉTER).

Adaptado de: Moreira, K. de A. P. Narrativas das mulheres sobre o parto: compreensão das experiências e das necessidades de cuidado. Fortaleza, 2008.

Os relatos tratam de situações vivenciadas entre 2007 e 2008 por pessoas em trabalho de parto na busca por cuidados obstétricos em tempo oportuno, destacando-se as incertezas sobre a presença de vagas nas unidades hospitalares. Em 2011, foi instituída no Brasil a Rede Cegonha, rede de cuidados que visa, entre outras atribuições, assegurar à mulher uma atenção humanizada ao parto.

Uma das estratégias que está prevista na Rede Cegonha com vistas a superar situações como as narradas nos relatos é a

- A) elaboração e implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto com garantia de transporte seguro.
- B) implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados ao trabalho de parto para a população.
- C) criação de leitos obstétricos em todos os municípios brasileiros e pactuação de transporte social para gestantes em trabalho de parto.
- D) habilitação e treinamento de equipes de atenção primária para realização de partos normais em unidades básicas de saúde.

Para responder às questões 19 e 20, considere o seguinte caso.

“Joana, estudante de 20 anos, e seu parceiro Manuel, motoentregador de 21 anos, comparecem à Unidade Básica de Saúde para mais uma consulta de pré-natal. A gestação já está em seu terceiro trimestre. Joana diz que se sente bem e está ansiosa para estar com seu filho nos braços. Manuel, como futuro pai, também participa da consulta e faz perguntas sobre essa fase da gravidez, tirando dúvidas sobre a saúde de Joana e do crescimento do bebê intraútero. Ele diz que gostaria de acompanhar o momento do parto.”

19. O caso relata atendimento em uma consulta de pré-natal com a presença do parceiro, atendendo ao previsto, atualmente, na Estratégia Pré-Natal do Parceiro (EPNP), do Ministério da Saúde. A EPNP orienta que

- A) o homem não precisa estar, necessariamente, acompanhando a gestante para realizar a consulta de pré-natal do parceiro.
- B) é oportuno ofertar, na consulta de pré-natal do parceiro, testes de rastreamento de câncer de próstata e pênis para homens cisgênero.
- C) a consulta de pré-natal do parceiro é dispensada, quando ele e a pessoa gestante não estiverem em relacionamento afetivo.
- D) é requisito o parceiro ter, pelo menos, 18 anos de idade completos para participar da consulta de pré-natal.

20. Manuel deseja acompanhar o parto de Joana. Seu desejo

- A)** pode ser atendido na maternidade ou casa de parto, desde que Joana indique Manuel como acompanhante do seu parto.
- B)** não pode ser atendido, pois questões de gênero impedem homens de acompanharem o processo de parturição em unidades hospitalares.
- C)** pode ser atendido na maternidade ou casa de parto, desde que a via de parto de Joana seja vaginal.
- D)** não pode ser atendido, pois Manuel não tem formação na área da saúde para manejar as intercorrências típicas do trabalho de parto.

21. A Resolução nº 424, de 08 de Julho de 2013, a qual estabelece o código de ética e deontologia da fisioterapia, prevê que constitui o dever fundamental do fisioterapeuta, de acordo com a sua área e a sua atribuição específicas,
- A) utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los, contínua e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano.
 - B) colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sendo proibido pleitear qualquer tipo de vantagem pessoal.
 - C) atuar em consonância à política nacional de saúde, promovendo os preceitos da saúde coletiva no desempenho de suas funções, seus cargos e sua cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado.
 - D) trabalhar para a melhoria das condições da assistência fisioterapêutica e nos padrões de qualidade dos serviços, no que concerne às políticas públicas, à educação sanitária e às respectivas legislações.
22. Sobre o relacionamento do profissional fisioterapeuta com o cliente/paciente/usuário, avalie deveres a seguir.

I	Prestar assistência ao ser humano, de modo que a prioridade no atendimento obedeça a razões de urgência e em defesa da vida, independente de raça, etnia, nacionalidade, credo sociopolítico, gênero, religião, cultura, condições socioeconômicas e orientação sexual.
II	Inserir, em anúncio ou divulgação profissional, fotografias que comparam quadros anteriores e posteriores ao tratamento realizado, ou qualquer outra referência de identificação do cliente/paciente/usuário.
III	Informar e esclarecer ao cliente/paciente/usuário quanto à consulta fisioterapêutica, diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos, objetivos do tratamento, condutas e procedimentos a serem adotados.
IV	Divulgar e aplicar terapia de caráter infalível e promissor, cuja eficácia não tenha sido comprovada quanto aos princípios da beneficência e não maleficência.

Em relação à assistência ao cliente/paciente/usuário, constituem deveres fundamentais do fisioterapeuta os itens

- A) I e III.
 - B) II e IV.
 - C) I e IV.
 - D) II e III.
23. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi criada para proporcionar uma linguagem unificada e padronizada para descrever a saúde e os estados relacionados à saúde. Em suas definições, a CIF estabelece que
- A) as deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio importante ou uma perda.
 - B) as incapacidades expressam uma condição de saúde e indicam um processo patológico ou de adoecimento.
 - C) o indivíduo é a unidade de classificação principal, dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados à saúde.
 - D) a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidos como uma interação entre os fatores contextuais.

24. O exercício terapêutico é um elemento central na assistência fisioterapêutica para tratar ou prevenir lesões, aprimorar a função muscular e otimizar a saúde global. Sobre as modalidades do exercício terapêutico, avalie as afirmativas abaixo.

I	O exercício isométrico é utilizado como uma estratégia na técnica de facilitação neuromuscular proprioceptiva, para aumentar a estabilidade e fortalecer os músculos em uma porção fraca da amplitude.
II	O exercício isotônico provoca uma força muscular uniforme, desenvolvida sem qualquer movimento ao redor de um eixo, sendo portanto, caracterizado por uma contração muscular estática.
III	O exercício excêntrico é caracterizado por uma contração muscular com alongamento, força e velocidade constantes, com maior custo metabólico e menor eficiência energética do que o exercício concêntrico.
IV	O exercício pliométrico apresenta contração excêntrica seguida de concêntrica, o qual envolve movimentos rápidos e vigorosos para aumentar a reatividade do sistema nervoso, resultando no ciclo alongamento-encurtamento.

Das afirmativas, estão corretas

- A) I e IV.
B) II e III.
C) II e IV.
D) I e III.
25. As precauções e contraindicações para prescrição do exercício resistido devem ser conhecidas para garantir a segurança do paciente. É considerada contraindicação absoluta para o exercício resistido o paciente apresentar
- A) miopia.
B) cardiopatia.
C) neuropatia periférica.
D) esclerose múltipla.
26. Os pacientes com a Síndrome de Parkinson apresentam sinais e sintomas, tais como tremor, rigidez muscular, lentidão dos movimentos, alteração na fala e instabilidade postural. Sendo assim, a conduta terapêutica adequada para tratar a instabilidade postural é:
- A) treino de equilíbrio/alongamento da cadeia muscular anterior do tronco/fortalecimento da cadeia muscular posterior do tronco.
B) treino de marcha/alongamento e fortalecimento da cadeia muscular posterior do tronco/mobilização articular global.
C) alargamento da base de sustentação/fortalecimento da musculatura abdominal/alongamento da musculatura paravertebral.
D) treino de marcha e equilíbrio/alongamento e fortalecimento dos membros inferiores/contração isotônica de paravertebral.
27. José, sexo masculino, 65 anos, com osteoartrite em ambos os joelhos, foi submetido a uma cirurgia para artroplastia total do joelho esquerdo e encaminhado para tratamento fisioterapêutico já no 1º dia de pós-operatório. Atualmente, está no 15º dia do pós-operatório, apresentando fraqueza muscular e amplitude de movimento reduzida em ambos os joelhos. Para esse paciente, a conduta terapêutica adequada é:

- A) movimento ativo da articulação acometida no limiar da dor/exercício de fortalecimento do quadríceps e isquiotibiais em cadeia cinética fechada.
 - B) micromobilização da articulação acometida no limiar da dor/exercício de fortalecimento do quadríceps e alongamento de isquiotibiais.
 - C) alongamento e mobilização ativa da articulação acometida no limiar da dor/ exercícios pliométricos para fortalecimento de quadríceps e isquiotibiais.
 - D) massoterapia da articulação acometida/treino de marcha e de equilíbrio/ exercício de fortalecimento e propriocepção na cama elástica.
28. As técnicas de aquecimento tecidual são aplicadas para promover o relaxamento, diminuir o quadro algico, estimular a circulação local e aumentar a mobilidade. Fisiologicamente, a maneira mais apropriada de aumentar a temperatura intramuscular é por meio de
- A) exercícios ativos livres ou ergométricos como caminhada.
 - B) massoterapia, a qual produz aquecimento tecidual profundo.
 - C) compressas quentes, aplicadas em uma determinada área.
 - D) ultrassom, gerando calor por meio de efeitos mecânicos.
29. Quando o indivíduo encontra-se em uma condição que exige imobilização completa no leito ou quando está cognitivamente incapaz de manter a amplitude de movimento, a mobilização passiva é aplicada para
- A) prevenção das contraturas articulares e da rigidez dos tecidos moles.
 - B) recuperação dos efeitos deletérios da imobilização e *feedback* sensorial.
 - C) manutenção da força muscular e prevenção das úlceras por pressão.
 - D) ativação das unidades motoras e mobilização do líquido sinovial.
30. Maria, sexo feminino, 47 anos, há dois dias, queixa-se de dor na região lombar a nível de L2-L4, com marcha claudicante e irradiação para o membro inferior direito. Para cuidar do quadro de lombalgia da paciente, o tratamento mais apropriado a se fazer é
- A) TENS convencional, pois o efeito analgésico pode ser explicado pela teoria das comportas da dor ou pela liberação de endorfinas.
 - B) Manipulação vertebral, pois o efeito analgésico pode ser explicado pelo relaxamento muscular e restauração dos discos intervertebrais.
 - C) Crioterapia, pois o efeito analgésico pode ser explicado pelo resfriamento do local evitando hipóxia secundária e diminuição da condução nervosa.
 - D) Repouso, pois o efeito analgésico pode ser explicado pela diminuição do metabolismo celular que favorece o restabelecimento dos tecidos acometidos.
31. Os músculos do assoalho pélvico são responsáveis pela sustentação dos órgãos nessa região e pelo controle de funções importantes, como a micção e a evacuação. O músculo, cuja função principal é o controle voluntário da micção é o
- A) esfíncter externo da uretra.
 - B) iliococcígeo.
 - C) isquiococcígeo.
 - D) bulboesponjoso.
32. O sistema musculoesquelético é afetado durante o período gestacional devido às alterações hormonais, bioquímicas e anatômicas, podendo gerar, entre outros fatores, adaptações na marcha. Entre as mudanças, sofridas pelo sistema musculoesquelético e provenientes do período gestacional, estão:

- A) alterações no padrão do espaço-temporal da marcha, como velocidade mais lenta e, em consequência, um menor comprimento do passo e aumento da duração da fase de apoio da marcha.
 - B) crescimento contínuo do útero, podendo determinar mudanças no centro de gravidade e na rigidez das articulações, o que afeta o equilíbrio e a estabilidade do corpo, desconforto, dor e aumento do risco de quedas
 - C) oscilações no andar da grávida, forçando-a a se locomover com passos mais curtos, o que se assemelha ao andar de ganso, denominado “marcha escavante”.
 - D) aumento da base de suporte na marcha das grávidas durante a caminhada e diminuição da lordose lombar, com o intuito de corrigir o eixo corporal.
33. A paciente Maria do Carmo Silva, 34 anos, foi avaliada pelo fisioterapeuta no pós-parto. Ele observou diástase do músculo reto abdominal de duas polpas digitais no nível supraumbilical e de três polpas digitais no nível infraumbilical. A diástase pós-parto acontece em decorrência de
- A) efeitos hormonais no tecido conjuntivo, tensões mecânicas na parede abdominal pelo crescimento do feto e pelo deslocamento dos órgãos abdominais.
 - B) pouca estabilização do tronco, da coluna lombar e em funções posturais, podendo causar a dor lombar e a instabilidade pélvica, mas não apresenta relação em sintomas uroginecológicos.
 - C) alguns fatores, tais como idade, multiparidade, gestação múltipla, ganho de peso durante a gestação, baixo peso do bebê ao nascer e etnia.
 - D) efeitos hormonais no tecido muscular, podendo ocorrer no nível supraumbilical, infraumbilical ou umbilical, sendo a mais frequente a infraumbilical.
34. Os músculos do assoalho pélvico são compostos por duas camadas: superficial e profunda. Elas desempenham também um importante papel na sexualidade feminina. O músculo que tem como função a contração vaginal, ereção do clitóris e a eliminação de secreção das mucosas durante o ato sexual é o
- A) bulboesponjoso.
 - B) isquiococcigeo.
 - C) músculo superficial do períneo.
 - D) elevador do ânus.
35. Ana Maria Souza, 35 anos, vive o 15º dia de puerpério. Ela veio para avaliação fisioterapêutica com queixas de perdas urinárias. Durante a avaliação, foi observado grau de força 2 nos músculos do assoalho pélvico. Solicitou-se, portanto, que a paciente realizasse um Pad-test para quantificar a perda urinária. O Pad-test é um teste que
- A) pesa a quantidade de urina perdida em algumas situações, utilizando um absorvente que é pesado antes e depois do exame.
 - B) avalia os horários das micções e o volume urinário, utilizando um absorvente o qual deve ser pesado pela paciente no final do exame.
 - C) avalia os fatores fisiológicos do armazenamento, transporte e esvaziamento do trato urinário inferior, utilizando um absorvente.
 - D) analisa as paredes endoteliais do trato urinário, utilizando um absorvente que é pesado antes e depois do exame.
36. A International Continence Society (ICS) define incontinência urinária (IU) como queixa de qualquer perda involuntária de urina. Sua incidência aumenta com o decorrer da idade, e as alterações que podem comprometer o convívio social (constrangimentos, perda da autoestima e isolamento) fazem, frequentemente, parte do quadro clínico. Nesse sentido, a fisioterapia visa à prevenção e ao tratamento da IU por meio de

- A) educação da função miccional: informações a respeito do uso adequado da musculatura do assoalho pélvico; e aprendizado de técnicas e exercícios para aquisição do fortalecimento muscular.
- B) cones vaginais que representam uma forma simples e prática de identificar e fortalecer a musculatura do assoalho pélvico nas pacientes com IU. O cone passivo representa a musculatura do assoalho pélvico em repouso. Nessa fase, são recrutadas, principalmente, as fibras musculares de contração rápida (tipo II).
- C) cinesioterapia do assoalho pélvico que compreende basicamente na realização dos exercícios de Kegel, objetivando trabalhar a musculatura perineal com contrações rápidas para o tratamento da hipertonia do assoalho pélvico na IU.
- D) *biofeedback* eletromiográfico que realiza a leitura da atividade elétrica muscular do assoalho pélvico e emite estímulos visuais que auxiliam no treinamento muscular em pacientes com IU. Esse recurso deve ser evitado durante a gestação por emitir estímulos elétricos para a musculatura do assoalho pélvico.
37. A paciente Maria Alves Carvalho, 52 anos, relata perda urinária devido aos pequenos esforços, quando, por exemplo, espirra ou se agacha para apanhar algum objeto. Na avaliação fisioterapêutica, da função muscular da musculatura do assoalho pélvico, utilizando a escala PERFECT, o tempo em que a paciente consegue manter a contração muscular é avaliado pela
- A) endurance.
- B) repetição.
- C) força muscular.
- D) contração rápida.
38. A amamentação é a melhor fonte de nutrientes para a criança nos seus primeiros meses de vida. O leite materno proporciona uma nutrição de alta qualidade para a criança devido a suas propriedades nutricionais, além de ser uma estratégia natural para a criação do vínculo mãe e filho. Assim sendo, no puerpério imediato e no tardio, o papel do fisioterapeuta é
- A) oferecer orientações sobre amamentação, orientar a puérpera quanto ao posicionamento no leito durante a amamentação e durante os cuidados com o bebê, além de prevenir e tratar disfunções musculoesqueléticas.
- B) oferecer orientações quanto ao aleitamento, enfatizando que o leite materno é produzido principalmente pela ação do hormônio ocitocina, sendo dependente da sucção do bebê e que, nos primeiros dias, as glândulas mamárias produzem um “primeiro leite” chamado de colostro, muito rico em nutrientes.
- C) oferecer orientações a puérpera sobre a dor pós-natal torácica nas costas, devido ao posicionamento na amamentação e utilizar compressas quentes para aliviar as dores advindas do desconforto musculoesquelético, sendo contraindicado o uso de TENS nesse público.
- D) oferecer orientações e avaliar as mamas da paciente, verificando a simetria e a condição mamilar, além da presença de colostro e informar à puérpera que o posicionamento do bebê não interfere na prevenção de feridas nas papilas mamárias nem no estabelecimento eficaz da amamentação.
39. O fisioterapeuta é um dos profissionais aptos para atenuar as sintomatologias gestacionais, atuando com medidas preventivas e reabilitadoras. A fisioterapia tem ação importante tanto no período gestacional quanto no período pós-parto. Acerca de tal temática,

- A) o fisioterapeuta auxilia no alívio das dores, promove o alongamento e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, realizando exercícios pélvicos e respiratórios, além da utilização de eletroestimulação elétrica transcutânea (TENS) para minimizar os desconfortos e dores durante o parto.
- B) exercícios de fortalecimento abdominal não precisam ser prescritos pelo fisioterapeuta para tratamento da diástase abdominal, já que a musculatura volta ao normal assim que finaliza o trabalho de parto.
- C) a respiração tem importância fundamental durante o trabalho de parto e no parto, por promover o relaxamento, obter concentração, diminuir riscos de trauma perineal no momento expulsivo e melhorar a oxigenação sanguínea da mãe e do feto, sendo a mais indicada a respiração rápida e superficial durante o parto.
- D) a água morna reduz, durante o trabalho de parto, a sensibilidade dolorosa da parturiente com aumento da atividade simpática por meio da modificação da transmissão aferente nociceptiva, a qual se torna mais lenta, diminuindo os níveis de encefalinas e endorfinas endógenas.
40. Vânia Gomes Alencar, 45 anos, múltípara, relatou na avaliação fisioterapêutica constantes idas ao banheiro ao longo do dia, totalizando mais de 12 vezes. Para tratar essa paciente, o fisioterapeuta decidiu utilizar um equipamento o qual permite a reeducação vesical por meio de estímulos ao sistema nervoso autonômico. O equipamento indicado para esse paciente denomina-se
- A) perineômetro.
- B) epi-no.
- C) educador perineal.
- D) eletroestimulação elétrica.
41. A cavidade abdominal é composta pelo diafragma, assoalho pélvico e musculatura abdominal, todos importantes para garantir a gestação e o trabalho de parto tranquilo. (BARACHO, E. 2018). Sabe-se que, a pelve feminina é formada por
- A) ossos ilíacos, sacro e cóccix.
- B) púbis, vagina e clitóris.
- C) ossos ilíacos, vagina, cóccix.
- D) vagina, clitóris e períneo.
42. A cavidade pélvica é definida por todos os ossos, órgãos, músculos e ligamentos que se juntam e obtêm uma função. A principal função da pelve feminina é
- A) proteger os órgãos internos.
- B) facilitar as sinapses nervosas.
- C) aumentar o fluxo sanguíneo.
- D) contribuir para as trocas gasosas.
43. Sabe-se que a disfunção da Musculatura do Assoalho Pélvico (MAP) ou ligamentos da pelve pode causar perda do suporte e provocar o prolapso genital. Desse modo, a fisioterapia pode ajudar a prevenir essa disfunção,
- A) desenvolvendo exercícios terapêuticos para fortalecer os elementos do assoalho pélvico.
- B) realizando atividades com exercícios metabólicos.
- C) usando a termoterapia como principal recurso.
- D) promovendo exercícios terapêuticos para relaxar os elementos do assoalho pélvico.

44. O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é o processo de evolução dos aspectos cognitivos, motores, sociais e afetivos em um indivíduo desde a fase neonatal. Diante disso, é importante que os profissionais usem escalas ou questionários de avaliação do DNPM para nortear seus diagnósticos/avaliação e intervenção. Um(a) escala/teste utilizado(a) para avaliar o DNPM das crianças é
- A) o Teste de Denver II.
 - B) a Escala de Ramsay.
 - C) a Escala de Frankel.
 - D) o Teste Ashworth modificado.
45. Sabe-se que existem respostas fisiológicas maternas e fetais ao exercício físico na gestação. Essas adaptações fisiológicas ocorrem em reação à presença do conceito e a seus tecidos, modulados pela ação crescente de vários hormônios fetais e maternos, fatores imunológicos, bem como pela ação mecânica exercida pelo útero gravídico (MELZER et al, 2010) e, por isso, a Fisioterapia no pré-natal está cada vez mais procurada. No pré-natal, a gestante considerada de baixo risco **NÃO** pode realizar
- A) exercícios de alta intensidade.
 - B) corridas.
 - C) exercícios do assoalho pélvico.
 - D) hidroginástica.
46. O fisioterapeuta tem uma participação essencial na equipe de saúde que trabalha com a gestante no pré-natal, com atendimento individual ou em grupos, em clínicas especializadas ou na atenção básica. Entre suas atividades, pode desenvolver exercícios terapêuticos, educação em saúde, promoção, prevenção de morbidades. Assim, é considerada apta para desenvolver essas atividades no pré-natal a
- A) gestante de baixo risco.
 - B) gestante de alto risco.
 - C) gestante cardiopata.
 - D) climatérica.
47. No trabalho de parto, a atuação da fisioterapia fortalece a importância da biomecânica corporal nesse momento. Entre os pilares que fortalece a prática do fisioterapeuta junto à parturiente, está o de
- A) empregar métodos não farmacológicos no alívio da dor.
 - B) restringir as características naturais e fisiológicas do nascimento.
 - C) aumentar o número de cesarianas.
 - D) incentivar o aleitamento artificial.
48. A participação da parturiente é importante para abreviar o período expulsivo. Quando a gestante está exausta, o trabalho de parto fica mais prolongado. Ultimamente, a posição vertical é a mais indicada nessa fase. Assim, uma das vantagens dessa posição é
- A) o alinhamento do bebê na pelve.
 - B) o aumento da pressão arterial.
 - C) a diminuição do peso do bebê.
 - D) o rompimento da bolsa das águas.
49. O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) infantil refere-se ao processo de aplicação de testes em uma ampla população de crianças. (SIGOLO A.R.; AIELLO, A.L.R, 2011) Na Atenção Básica, existe um calendário de acompanhamento do DNPM. Este deve ocorrer, no primeiro ano de vida do bebê, com o objetivo de

- A) detectar, precocemente, alterações no desenvolvimento motor da criança para que haja uma intervenção.
 - B) ter um olhar criterioso acerca do DNPM para permitir que esse bebê tenha acesso à escola.
 - C) promover a aceleração do crescimento do bebê.
 - D) estimular a deambulação precoce na criança.
50. O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) adequado depende de fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à criança. O fisioterapeuta tem habilidades para esclarecer dúvidas e avaliar o DNPM normal em qualquer nível de atenção à saúde, no Sistema Único de Saúde (SUS). Os indicadores apontam que crianças de alto risco têm maior propensão a apresentar um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente no domínio da linguagem. A fisioterapia infantil pode atuar
- A) com estímulos na prematuridade, desde o nascimento.
 - B) após seis meses de vida.
 - C) ao completar dois anos de vida.
 - D) depois da primeira infância, aos seis anos de vida.