

Prefeitura Municipal de Natal

Concurso Público
Edital nº 01/2018 - SEMAD - SMS



SMS / RN - SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE NATAL

Enfermeiro Obstetra

Leia estas instruções:

- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, **assine no espaço reservado**.
- 2 Este Caderno contém, respectivamente, **60 questões** de múltipla escolha, assim distribuídas: **01 a 10** ▶ Língua Portuguesa; **11 a 30** ▶ Legislação do SUS; **31 a 60** ▶ Conhecimentos Específicos.
- 3 Se o Caderno estiver incompleto ou apresentar imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não peça esclarecimentos aos fiscais.
- 6 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta na cor preta.
- 7 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 8 Os rascunhos e as marcações que você fizer neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 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 Antes de se retirar definitivamente da sala, **devolva** ao Fiscal a **Folha de Respostas** e **este Caderno**.

Assinatura do Candidato: _____

As questões de 01 a 10 desta prova são baseadas no texto a seguir.

Gente como a gente

Por Eduardo Szklarz e Karin Hueck

- 1º Conheci a Sandra em 2013, numa prisão de Buenos Aires. Ela tinha aspecto largado e a expressão triste de quem havia sido separada do filho ainda pequeno. Nascida na Alemanha, ela já havia passado 20 anos atrás das grades na Argentina e ignorava todas as visitas que recebia, inclusive a minha. Não quis me olhar nos olhos. Era como se eu – ou ela – não estivesse ali.
- 2º No ano seguinte, advogados de Sandra entraram com pedido de *habeas corpus*, alegando que seu encarceramento era cruel e injustificado. Por um motivo simples: ela não havia cometido crime algum. Estava presa só por ser um animal. Sandra é um orangotango, e a prisão é o zoológico de Buenos Aires.
- 3º A Justiça argentina acatou o pedido feito pela Afada, uma ONG de direitos dos animais. Assim, Sandra tornou-se o primeiro animal no mundo a ser reconhecido como “pessoa não humana” – e, portanto, “sujeito de direitos” que devem ser respeitados. Inclusive o direito de não ser explorada para divertimento humano. Sandra ainda aguarda definição sobre seu destino, mas seu caso serviu de precedente para a libertação de outros grandes primatas.
- 4º Com essa decisão, os tribunais admitiram, pela primeira vez, o que a ciência já sabe faz um tempo: os animais não são assim tão diferentes de nós. Já foi provado que centenas de espécies têm inteligência, emoções e relações sociais complexas. Assim como nós, vacas fazem amizade. Chimpanzés sentem inveja e vergonha. Galinhas têm noção de futuro. Polvos usam ferramentas e constroem abrigos.
- 5º Mas, acima de tudo, como vi nos olhos de Sandra, animais têm a capacidade de sofrer. Até os menos desenvolvidos, como lagostas e peixes, que não fazem cara feia quando sentem dor. Se você injetar veneno de abelha nos lábios de uma truta, ela vai parar de comer e esfregar a boca contra a parede do tanque. Se você furar caranguejos com um anzol, eles vão passar as garras no lugar da lesão. E, se você passar ácido acético (um irritante) nas antenas de um camarão, ele vai massageá-las com as patas da frente – mas não se você aplicar anestesia antes. “Isso não é mero reflexo”, diz o biólogo Robert Elwood, da Queen’s University, na Irlanda do Norte. “É um comportamento prolongado e totalmente consistente com a ideia de dor.”
- 6º Mais de 2.500 estudos científicos já mostraram que os animais são seres tão complexos quanto nós – ainda que não sejamos idênticos. Mas fingimos que não sabemos disso, e seguimos tratando-os como se fossem inanimados.
- 7º Como conseguimos conciliar esses dois fatos? Por que torturamos outros bichos como Sandra, mesmo sabendo que eles sofrem?
- 8º Toda a nossa relação com os bichos é esquisita e irracional. Dividimos o reino animal em castas, que merecem mais ou menos direitos, de acordo com a sua utilidade. Há espécies, como as que nos servem de alimento, que são especialmente maltratadas. Multiplicamos de propósito bois, porcos e galinhas (só de galinhas, há 20 bilhões no planeta), apenas para confiná-los, criá-los em condições degradantes e depois matá-los. O ser humano sempre comeu carne – mas precisa tratar suas presas com tanta frieza? Frangos têm os bicos serrados para não praticar canibalismo dentro das gaiolas. Filhotes de boi são arrancados de suas mães e mantidos anêmicos para ficar com a carne macia. Milhares de peixes morrem todos os dias em redes que eram destinadas a matar outras espécies – e tudo bem. Além dos bichos que vão parar no nosso prato, há os que sacrificamos em nome do progresso. Cobiaias de laboratório, por exemplo, nascem para ser torturadas até a morte. Fabricantes de cosméticos ainda gotejam xampu em coelhos imobilizados, que não podem piscar enquanto o produto corrói seus olhos. Já macacos bebês são trancados em jaulas e expostos a serpentes, choques e ruídos para desenvolver ansiedade e depressão e ter seus cérebros dissecados depois. Apenas nos EUA, 25 milhões de bichos são usados em experimentos, o equivalente a uma Austrália de animais humanos.

- 9º Mas difícil mesmo é tentar justificar o que fazemos com os animais de que *gostamos*. Quem tem cachorro e gato, por exemplo, jura que ama seus bichinhos mais do que tudo. No Brasil, 61% dos donos de *pets* consideram seus animais um membro da sua família. Nos EUA, 36% compram presentes de aniversário para seus bichinhos. Mas ninguém em sã consciência trataria um parente *Homo sapiens* como trata um *Canis familiaris* ou um *Felis catus*. *Pets* são cruzados entre si para gerar raças deformadas e com graves problemas genéticos apenas porque as consideramos “fofas”. Todos são arrancados de suas mães e confinados dentro de espaços limitados até o dia de sua morte. Escolhemos quando, quanto e o que vão comer. Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados. Isso sem falar de outros animais de estimação, como canários, peixinhos dourados ou *hamsters*, que passam a vida em celas solitárias que chamamos de gaiolas e aquários. Há correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que apontam essas contradições para dizer que, não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.
- 10º Em comum, todos os animais – os que amamos, os que odiamos, os que comemos – sofrem da mesma condição: são considerados posse dos seres humanos. E, como nossa posse, podem ser dispostos da maneira como quisermos. Essa noção, claro, é uma convenção: uma ideia que se espalhou há séculos e serve como manual de como tratar seres de duas, quatro, seis, oito ou nenhuma pata. É o que cientistas chamam de especismo – a noção de que o *Homo sapiens* é uma espécie superior, sagrada e incomparável, e que os diferentes de nós não merecem os mesmos direitos. Essa lógica não é parecida com outros discursos de superioridades que você já ouviu por aí?

SZKLARZ, Eduardo; HUECK, Karen. Gente como a gente. **Superinteressante**. São Paulo, Editora Abril, Nº 385, Fevereiro, 2018. [Adaptado]

- 01.** O propósito comunicativo principal do texto orienta-se para
- A) comprovar, por meio de situações reais, que o ser humano considera-se uma raça superior.
 - B) defender que todos os seres vivos devem ser tratados de maneira igualitária.
 - C) analisar, de maneira positiva, a decisão da corte argentina em relação ao direito animal.
 - D) problematizar sobre o tratamento cruel dado a outras espécies animais pelo ser humano.
- 02.** A sequência dominante do texto apresenta verbos flexionados no
- A) pretérito perfeito do indicativo.
 - B) presente do subjuntivo.
 - C) presente do indicativo.
 - D) pretérito imperfeito do subjuntivo.
- 03.** Os três primeiros parágrafos apresentam
- A) a sequência argumentativa como dominante e a narrativa como secundária.
 - B) a sequência narrativa como dominante e a descritiva como secundária.
 - C) as sequências narrativa e descritiva como secundárias.
 - D) as sequências argumentativa e narrativa como secundárias.
- 04.** No período inicial do segundo, do terceiro e do quarto parágrafos, verifica-se,
- A) em todos os casos, a presença de elemento coesivo que retoma uma informação presente no parágrafo anterior.
 - B) em todos os casos, a ausência de elemento coesivo que retome uma informação presente no parágrafo anterior.
 - C) apenas nos dois primeiros casos, a presença de elemento coesivo que estabelece interligação com o parágrafo anterior.
 - D) apenas nos dois primeiros casos, a ausência de elemento coesivo que estabelece interligação com o parágrafo anterior.

05. No terceiro parágrafo, as aspas foram utilizadas para
- A) explicitar o conteúdo de uma citação indireta.
 - B) evidenciar o uso de linguagem denotativa.
 - C) marcar o uso de linguagem conotativa.
 - D) demarcar os limites de uma citação direta.

06. Considere o parágrafo:

Mas difícil mesmo é tentar justificar o que fazemos com os animais de que *gostamos*. Quem tem cachorro e gato, por exemplo, jura que ama seus bichinhos mais do que tudo. No Brasil, 61% dos donos de pets consideram seus animais um membro da sua família. Nos EUA, 36% compram presentes de aniversário para seus bichinhos. Mas ninguém em sã consciência trataria um parente *Homo sapiens* como trata um *Canis familiaris* ou um *Felis catus*. Pets são cruzados entre si para gerar raças deformadas e com graves problemas genéticos apenas porque as consideramos “fofas”. Todos são arrancados de suas mães e confinados dentro de espaços limitados até o dia de sua morte. Escolhemos quando, quanto e o que vão comer. Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados. Isso sem falar de outros animais de estimação, como canários, peixinhos dourados ou hamsters, que passam a vida em celas solitárias que chamamos de gaiolas e aquários. Há correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que apontam essas contradições para dizer que, não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.

A ideia central do parágrafo encontra-se explicitada

- A) no primeiro período.
 - B) no último período.
 - C) no quinto período.
 - D) no oitavo parágrafo.
07. Considere o trecho:

Decidimos se poderão ficar com seus órgãos genitais ou não. E temos a palavra final até sobre quando serão sacrificados.

De acordo com a norma-padrão do português escrito, o ponto final do primeiro período pode ser

- A) substituído por uma vírgula, com alteração de sentido.
- B) retirado, com alteração de sentido.
- C) substituído por uma vírgula, sem alteração de sentido.
- D) retirado, sem alteração de sentido.

Para responder às questões 08 e 09, considere o fragmento a seguir.

Há[1] correntes de filósofos e ativistas de direitos animais que[2] apontam essas contradições para dizer que[3], não, adotar um bicho não é necessariamente bom para eles.

08. Em relação ao elemento linguístico [1], afirma-se:

I	Deveria estar flexionado no plural porque concorda com o sujeito <i>correntes de filósofos e ativistas</i> .
II	Está flexionado no singular por se tratar de um verbo impessoal e utilizado no sentido de <i>existir</i> .
III	Se for substituído pelo verbo existir, este deve ser flexionado no plural.
IV	Se for substituído pelo verbo existir, este deve ser flexionado no singular

Das afirmativas, estão corretas

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

09. Em relação aos elementos linguísticos [2] e [3],
- A) ambos introduzem orações adjetivas.
 - B) o primeiro introduz uma oração substantiva e o segundo, uma oração adjetiva.
 - C) o primeiro introduz uma oração adjetiva e o segundo, uma oração substantiva.
 - D) ambos introduzem orações substantivas.
10. Sobre a linguagem empregada no texto, o uso da primeira pessoa do plural revela que os autores
- A) querem manter-se distanciados da temática tratada.
 - B) assumem, de maneira explícita, o comprometimento com o tema abordado.
 - C) querem posicionar-se objetivamente em relação à temática.
 - D) assumem, de maneira implícita, uma concessão diante do tema abordado.

Legislação do SUS

11 a 30

11. Em meio a uma profunda crise econômica e política do Estado brasileiro surge, no final da década de 1970 e início dos anos 1980, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que defendia um sistema de saúde universal, em contraposição ao modelo médico assistencial privatista, então vigente, que se apresentava cada vez mais ineficiente, caro e excludente. O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira
- A) propôs estratégias como as Ações Integradas em Saúde para o alcance de um sistema de saúde mais integrado que foram implantadas após a Constituição de 1988.
 - B) teve a participação de profissionais de saúde, de intelectuais da saúde coletiva e de lideranças políticas, mas sem a colaboração de parlamentares.
 - C) teve seu ponto alto na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a qual produziu um relatório que pouco influenciou no Sistema Único de Saúde.
 - D) gerou mudanças no sistema de saúde, alcançando mudanças institucionais importantes e apontando alternativas centradas na Atenção Primária em Saúde.
12. A Constituição Federal de 1988 incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado, fundamentando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS passa a ser o principal norteador na condução das políticas de saúde do Brasil, incorporando o conceito ampliado de saúde e entendendo a saúde como cidadania. A partir de então, as políticas públicas de saúde no Brasil
- A) priorizam a assistência nas unidades de atenção primária em saúde que, na rede de atenção à saúde, estão concentradas em locais específicos do território.
 - B) preconizam a realização de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, fundamentando-se na integralidade e priorizando as ações curativas.
 - C) garantem o acesso universal aos serviços de saúde realizados nas Unidades Básicas e o atendimento para serviços de alta complexidade através da saúde suplementar.
 - D) baseiam-se na justiça social para superar as desigualdades na assistência e garantem o acesso gratuito aos serviços públicos de saúde.

13. O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir dos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade. Analise as afirmativas abaixo que discorrem sobre os princípios do SUS.

I	Em situações que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso à saúde, é necessário estabelecer o princípio da equidade tratando igualmente os desiguais para minimizar o efeito da determinação social.
II	A rede regionalizada representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais com objetivo de organizar os serviços de saúde para que todos tenham acesso a todos os níveis de atendimento.
III	A descentralização permite que as realidades de saúde de cada município sejam respeitadas, uma vez que a tomada de decisão é feita pelos seus gestores, com a transferência direta de recursos da União.
IV	A participação da comunidade expressa o exercício da democracia no que se refere às decisões na saúde e assegura o controle social, cabendo aos gestores a função de fiscalizar e avaliar as ações.

Em relação aos princípios do SUS, estão corretas as afirmativas

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

14. A Lei nº 8.142/90 foi sancionada na tentativa de superar os vetos presidenciais aplicados à Lei nº 8.080/90 que atingiram, especialmente, os aspectos referentes aos recursos financeiros e à participação social. A Lei nº 8.142/90, então, passou a regular as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde entre a União, estados e municípios, bem como a participação da comunidade na gestão do SUS. Nessa lei, fica definido que

- A) o Fundo Nacional de Saúde passa a ser o responsável pela centralização dos recursos financeiros pela União sem repasse aos municípios.**
B) a participação da comunidade na gestão pode acontecer através dos Conselhos de Saúde que têm caráter provisório e deliberativo.
C) a decisão do poder Legislativo prevalece sobre o que foi definido nas Conferências e Conselhos de saúde, caso haja divergência.
D) a oferta de contrapartida de recursos financeiros no orçamento é facultada ao município para que ele receba os repasses federais.

15. A Política Nacional de Atenção Básica considera esse nível de atenção como porta de entrada preferencial do sistema, responsável por ordenar fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde. Segundo o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, os serviços especiais de acesso aberto também são considerados como porta de entrada. Um desses serviços de acesso aberto é

- A) serviço de atenção às urgências e emergências.**
B) centro de testagem e aconselhamento de DST/Aids.
C) unidade de saúde da família.
D) unidade mista de saúde.

16. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), compete às Secretarias Municipais Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal, entre outras:

- A) organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e excluindo as cedidas pelo estado e pela União.**
B) definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
C) definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.
D) manter o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente atualizado mensalmente, conforme regulamentação específica.

17. Diante do cenário de dificuldades para concretização dos princípios do SUS e do questionamento sobre a qualidade da assistência à saúde oferecida a seus usuários, formulou-se, em 2003, a Política Nacional de Humanização do SUS. A PNH tem como um dos seus objetivos
- A) permitir aos usuários o acesso às informações gerais sobre saúde, como o serviço responsável pelo seu atendimento que, independentemente do nível complexidade, deve ser no seu território.
 - B) garantir, nas unidades de saúde, educação permanente aos trabalhadores do SUS e gestão participativa, que inclui os trabalhadores e os usuários nas decisões.
 - C) reduzir filas e o tempo de espera, com atendimento acolhedor e resolutivo, considerando a vulnerabilidade social e extinguindo o atendimento por livre demanda.
 - D) valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, enfatizando a determinação biológica do processo saúde-doença.
18. Do ponto de vista da sua concepção, a humanização no SUS vai além do atendimento humanizado que valoriza a escuta do paciente e sua subjetividade. Entendida como uma política, ultrapassa as competências de um programa, pois institui ações transversais em diferentes instâncias gestoras do SUS. A fim de concretizar suas ações, a Política Nacional de Humanização se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos para efetivação dos princípios do SUS. Analise as afirmativas abaixo sobre a PNH.

I	Dentre as diretrizes da PNH, podemos citar a 'clínica ampliada' que procura enfrentar a fragmentação das ações de saúde, estimulando o trabalho interdisciplinar e multiprofissional.
II	A PNH preconiza o 'método da tríplice inclusão' com a participação de diferentes agentes, através de técnicas como rodas e fomento das redes.
III	O Apoio matricial é um dispositivo para o processo de trabalho em saúde que oferece suporte técnico-pedagógico de um generalista às equipes de saúde.
IV	Os seus princípios estimulam as mudanças na atenção que deve ser orientada para a autonomia dos sujeitos, sendo o trabalhador de saúde o principal responsável pela saúde dos usuários.

Em relação à PNH, estão corretas as afirmativas

- A) I e II.
 - B) I e III.
 - C) III e IV.
 - D) II e IV.
19. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida pelo Ministério da Saúde como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (BRASIL, 2010). A RAS é constituída por três elementos fundamentais: a população/região de saúde definidas, a estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. Em relação aos componentes da estrutura operacional da RAS, analise as afirmativas seguintes.

I	Atenção Primária à Saúde é considerada o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.
II	As centrais de regulação, os sistemas de identificação e acompanhamento de usuários e os sistemas de transporte sanitários são considerados como sistemas de apoio da RAS.
III	Os sistemas de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde são considerados como sistemas logísticos da RAS.
IV	Os sistemas de transporte sanitário, de acesso regulado à atenção e o cartão de identificação dos usuários são considerados como sistemas logísticos da RAS.

Em relação ao tema exposto, estão corretas as afirmativas

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

- 20.** Ao completar a etapa de contratualização do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), os municípios e as equipes assumem compromissos voltados para a melhoria do acesso e da qualidade no âmbito desse nível de atenção. Nessa perspectiva, um dos compromissos das equipes de saúde é
- A)** implantar apoio institucional e matricial na Atenção Básica, incluindo as equipes de saúde bucal.
 - B)** ofertar ações de educação permanente e outras estratégias de qualificação da gestão do cuidado.
 - C)** alimentar os sistemas de informação em saúde para a Atenção Básica de forma regular e consistente.
 - D)** pactuar com a comissão de intergestores bipartite estratégias e diretrizes para implementação das ações de melhoria.
- 21.** Um município aderiu ao 3º Ciclo do Programa de Melhoria e Avaliação da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). Todas as equipes de saúde passam a desenvolver um conjunto de ações para qualificação da Atenção Básica, com o apoio da gestão, previstas no Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do programa. São consideradas ações de qualificação contidas nesse Eixo:
- A)** contratualização e apoio institucional.
 - B)** adesão e educação permanente dos profissionais.
 - C)** autoavaliação e avaliação externa.
 - D)** apoio institucional e monitoramento de indicadores.
- 22.** O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) tem como objetivo geral avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde. Especificamente, o PNASS tem entre seus objetivos:
- A)** promover a qualidade e inovação na gestão da Atenção Básica, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação.
 - B)** melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da Atenção Básica.
 - C)** incorporar indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos avaliados.
 - D)** conhecer o perfil dos usuários e/ou familiares que frequentam os estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados.
- 23.** O Governo Federal, por meio da Lei n.º 12.871/2013, regulamentou o Programa Mais Médicos (PMM). Esse programa reúne uma série de iniciativas de curto, médio e longo prazos que visa enfrentar o histórico problema da escassez e má distribuição de médicos nas diversas regiões do Brasil e é constituído por três grandes eixos:
- A)** projeto Mais Médicos para o Brasil, investimento na infraestrutura da rede de serviços da atenção básica e valorização da atenção básica.
 - B)** provimento emergencial, formação médica e estímulo à residência médica em medicina da família e comunidade.
 - C)** provimento emergencial, investimento na infraestrutura da rede de serviços da atenção básica e formação médica.
 - D)** valorização da Atenção Básica, formação médica e estímulo à pós-graduação *lato sensu* em Atenção Básica.

O texto a seguir serve de referência para responder às questões 24 e 25.

O Decreto Presidencial nº 7.508/2011 coloca o planejamento em saúde na centralidade da agenda da gestão, a ser desenvolvido nas três esferas de governo, considerando, entre outras questões, as especificidades do território, os problemas e as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, o planejamento da saúde no SUS utiliza instrumentos que devem ser integrados, revistos e adotados em consonância com os seus referenciais legais. É responsabilidade dos três entes federativos a elaboração, a aplicação e a adaptação desses instrumentos com a colaboração de usuários, profissionais e gestores.

24. No que se refere ao planejamento em saúde no SUS, analise as afirmativas seguintes.

I	O planejamento da saúde deve compatibilizar, no âmbito dos planos de saúde, as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade orçamentária dos recursos.
II	A elaboração dos planos de saúde estadual e municipal deve seguir um modelo normativo de planejamento, contemplando momentos de diálogo entre os atores envolvidos no processo: gestores e profissionais de saúde.
III	O planejamento da saúde desconsidera os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, os quais não compõem o Mapa da Saúde municipal, regional, estadual e nacional.
IV	No processo de planejamento, a participação social deve ser observada, inclusive em âmbito regional, por meio de estímulo à realização de plenárias de conselhos de saúde e de fóruns de conselheiros de saúde.

Em relação ao planejamento em saúde no SUS, estão corretas as afirmativas.

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

25. O instrumento de planejamento da saúde que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados é

- A) a Programação Anual de Saúde.**
- B) o Relatório Anual de Gestão.**
- C) o Plano Plurianual.**
- D) a Lei Orçamentária Anual.**

26. Nas últimas décadas, seguindo uma tendência global, o Brasil vem passando por um processo de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, determinado pela queda da fecundidade, declínio da mortalidade por doenças infecciosas, aumento da expectativa de vida e maior exposição a modos de vida pouco saudáveis. Assim, o perfil de morbimortalidade da população apresenta um aumento da ocorrência de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Tomando como referência a vigilância das DCNT, analise as afirmativas seguintes.

I	Uma das características da vigilância das DCNT é o monitoramento da adesão a fatores de proteção e de risco dessas doenças que permitem medir as exposições atuais e tendências futuras de adoecimento e mortalidade.
II	A vigilância das DCNT emprega estratégias semelhantes às utilizadas pela vigilância das doenças infectocontagiosas, como por exemplo, a notificação compulsória e a investigação de casos novos.
III	A vigilância das DCNT estimula a prática de ações de promoção da saúde, pautadas em intervenções intersetoriais, a fim de prevenir casos novos, deter o crescimento e melhorar o prognóstico dos casos já existentes.
IV	A vigilância das DCNT utiliza o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) como principal fonte de dados e informações estratégicas de ocorrência das doenças e agravos não transmissíveis.

Em relação a vigilância das DCNT, estão corretas as afirmativas.

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

27. O Ministério da Saúde define periodicamente a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços públicos e privados em todo o território nacional. A inclusão de doenças e agravos nessa lista está condicionada a alguns critérios, tais como a transcendência, que se expressa por meio de características subsidiárias, que conferem relevância especial à doença ou agravo. Entre essas características, destacam-se:
- A) a magnitude, a vulnerabilidade e a severidade.
 - B) a severidade, a relevância social e a relevância econômica.
 - C) o potencial de disseminação, a relevância social e a magnitude.
 - D) a vulnerabilidade, a relevância econômica e o potencial de disseminação.
28. O relatório *Errar é Humano* do *Institute of Medicine* (IOM) trouxe à tona a ocorrência de 44.000 a 98.000 mortes evitáveis decorrentes de falhas no processo assistencial nos Estados Unidos. A divulgação do relatório provocou, em vários países e organizações internacionais, uma mobilização no sentido de apoiar estratégias destinadas a prevenir e evitar falhas nos sistemas de assistência à saúde. No Brasil, esse movimento teve como um dos desdobramentos a implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pela portaria GM/MS nº 529/2013. Um dos pressupostos que possibilitam a cultura de segurança, prevista nessa portaria é
- A) a conscientização de que a responsabilidade sobre a segurança dos pacientes é atribuição específica dos profissionais de saúde.
 - B) o estímulo à identificação e a resolução dos problemas de segurança, recompensando os envolvidos.
 - C) o encorajamento à investigação dos eventos adversos para identificação e punição dos responsáveis.
 - D) a percepção de que as metas financeiras e operacionais devem ser priorizadas em relação às metas relativas à segurança.
29. A segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, as famílias, os gestores e os profissionais de saúde, com a finalidade de ofertar uma assistência segura. Os protocolos de segurança propostos pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente incluem:
- A) cirurgia segura, identificação do paciente e as úlceras por pressão.
 - B) higienização das mãos, acessibilidade aos serviços de saúde e cirurgia segura.
 - C) redução de quedas, notificação de eventos adversos e prescrição de medicamentos.
 - D) identificação do paciente, higienização das mãos e integralidade das ações.
30. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária nº 36, de 2013, estabelece que o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve implantar um plano de segurança do paciente em serviços de saúde com atividades de identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos, integrando os diferentes processos de gestão dos riscos desenvolvidos nos serviços de saúde. Uma das técnicas de identificação de riscos mais conhecida e aplicada nos serviços de saúde é
- A) a notificação de incidentes de segurança.
 - B) o sistema eletrônico de alerta.
 - C) a ronda de segurança.
 - D) o mapeamento de riscos.

31. A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança, garantindo o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Um dos princípios da Rede Cegonha consiste em
- A) garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes.
 - B) reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.
 - C) fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança.
 - D) organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade.
32. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, de acordo com o que determina a Lei do acompanhante (DOU, 2005). Nesse sentido, as diretrizes do Ministério da Saúde estabelecem que
- A) a presença de acompanhantes no pós-parto imediato não é permitida por causa dos procedimentos a serem realizados na mulher e no recém-nascido.
 - B) o acompanhante tem o direito a permanecer com a parturiente apenas no pré-parto e pós-parto em virtude do número excessivo de profissionais nesses ambientes.
 - C) o acompanhante do sexo masculino não tem o direito a permanecer com a parturiente no pré-parto, devido à presença de outras mulheres em trabalho de parto.
 - D) a presença de acompanhantes no processo parturitivo reduz o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas.
33. No intuito de promover estabilidade da gestante no emprego, o artigo 7º, inciso II, alínea “b”, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 garante a toda trabalhadora gestante direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após o parto. Caso esse princípio não seja respeitado pela instituição empregadora, ou seja, a trabalhadora seja demitida antes do tempo estabelecido na legislação, o Ministério da Saúde (2012) orienta que a gestante adote o seguinte procedimento para receber a indenização:
- A) a gestante deve informar ao empregador a confirmação da sua gravidez até o sexto mês de gestação, mediante a apresentação de um exame laboratorial.
 - B) a gestante deve informar ao empregador rotineiramente as consultas de pré-natal realizadas e apresentar o atestado médico de afastamento.
 - C) a gestante deve comunicar imediatamente sua gestação ao empregador, apresentando o exame laboratorial e o atestado médico, assim que tiver sua gravidez confirmada.
 - D) a gestante deve levar duas pessoas como testemunhas do período em que ela descobriu a gravidez para estarem presentes quando ela informar ao empregador.
34. A orientação para uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto deve considerar se vai ser ou não estabelecida a amamentação exclusiva com leite materno, pois alguns métodos anticoncepcionais interferem na amamentação (BRASIL, 2013). Para colocar em prática o método da lactação e amenorreia (LAM), o Ministério da Saúde (2013) impõe três condições relativas à segurança para o uso desse método. Entre essas condições, o Ministério da Saúde orienta que
- A) a puérpera precisa utilizar anticoncepcionais hormonais combinados que contenham estrogênio e progesterona.
 - B) a menstruação da mãe precisa estar ausente até os dois primeiros meses pós-parto.
 - C) o bebê precisa ser alimentado no peito de forma integral e ser amamentado com frequência, durante o dia e a noite.
 - D) a puérpera precisa utilizar os métodos comportamentais antes do estabelecimento de ciclos menstruais regulares.

35. O Ministério da Saúde (2012) preconiza que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, na perspectiva do parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e atividades educativas e preventivas. No que se refere ao processo de nascimento, analise as afirmativas abaixo.

I	Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. No entanto, a Organização Mundial da Saúde preconiza que o número adequado de consultas deveria ser igual ou superior a seis.
II	Quando o parto não ocorre até a 38ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo a avaliação do índice do líquido amniótico e o monitoramento cardíaco fetal.
III	Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos de complicações (grau de recomendação A). Nesses casos, as consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28ª e 36ª semanas e semanais no termo (grau de recomendação D).
IV	As grávidas, ao atingirem 40 semanas de gestação, receberão alta do pré-natal aguardando os sinais de início do trabalho de parto para poderem se deslocar à maternidade de referência.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), estão corretas as afirmativas

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

O caso a seguir serve de referência para responder às questões 36 e 37.

Uma paciente de 31 anos, G-III, P-II, A-0, compareceu à Unidade de Saúde da Família no dia 01/03/2018 com resultado do exame de *Beta* HCG positivo. Sua última menstruação foi em 17/01/2018, trabalha como dona de casa e vive em união estável. Refere que sua mãe tem diabetes e o pai hipertensão arterial e nega outras patologias familiares.

36. Com base nessas informações, a idade gestacional da paciente é de

- A) 7 semanas e 1 dia. C) 6 semanas e 1 dia.
B) 6 semanas e 2 dias. D) 7 semanas e 2 dias.

37. Pela regra de Nägele, a data provável do parto dessa gestante será

- A) 26/10/2018. C) 24/10/2018.
B) 27/10/2018. D) 25/10/2018.

38. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a manobra de *Leopold* consiste em um método de palpação obstétrica que compreende 4 (quatro) passos realizados antes da medida da altura uterina, os quais contribuem para identificar a situação e a apresentação fetal. No que se refere à palpação obstétrica, considere as afirmativas abaixo.

I	A palpação obstétrica deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina.
II	Os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal são facilmente identificados a partir do segundo trimestre.
III	O feto pode estar em situação longitudinal ou transversa, mas isso não interfere na relação da palpação obstétrica com a idade gestacional.
IV	A identificação das apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

Em relação ao método de palpação conhecido como manobra de *Leopold*, estão corretas as afirmativas

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

39. Segundo o Ministério da Saúde (2012), pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal quando a data e o período da última menstruação da gestante são desconhecidos. Considerando essa possibilidade,
- A) até a 12ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino, embora haja volume aumentado.
 - B) na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical.
 - C) na 16ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica.
 - D) a partir da 8ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura.

O texto a seguir serve de referência para responder às questões 40 e 41.

A eclâmpsia é uma das complicações da gravidez que exige condutas imediatas, e a administração do sulfato de magnésio realizada pelo profissional médico requer um trabalho em equipe. O Ministério da Saúde recomenda que o sulfato de magnésio pode ser utilizado durante o trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2012). Portanto, o enfermeiro deve estar atento aos cuidados com o uso dessa medicação.

40. O Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) preconiza a seguinte rotina de administração da dose de ataque do sulfato de magnésio ($MgSO_4$):
- A) 4,0g (8,0ml de $MgSO_4$ a 50% com 12,0ml de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 5,0g (10ml de $MgSO_4$ a 50%) intramuscular em cada nádega.
 - B) 1,0g/hora (10ml de $MgSO_4$ a 50% com 490ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão) ou 2,0g/hora (20ml de $MgSO_4$ a 50% com 480ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão).
 - C) 2,0g/hora (20ml de $MgSO_4$ a 50% com 480ml de solução glicosada a 5% a 100ml/hora em bomba de infusão) ou 5,0g (10ml de $MgSO_4$ a 50%) intramuscular de 4 em 4 horas.
 - D) 3,0g (6,0ml de $MgSO_4$ a 50% com 12,0ml de água bidestilada) em infusão endovenosa lenta (aproximadamente 15 minutos) ou 3,0g (10ml de $MgSO_4$ a 50%) intramuscular em cada nádega.
41. Considerando o texto de referência e o Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) que orienta os cuidados com o uso do sulfato de magnésio ($MgSO_4$), são sinais de alerta apresentados pela paciente para suspender a dose de manutenção do $MgSO_4$:
- A) frequência respiratória menor que 24 incursões por minuto, reflexos patelares completamente abolidos ou diurese inferior a 200 ml durante as 4 horas precedentes.
 - B) frequência respiratória menor que 20 incursões por minuto, reflexos patelares parcialmente abolidos ou diurese inferior a 150 ml durante as 4 horas precedentes.
 - C) frequência respiratória menor que 16 incursões por minuto, reflexos patelares completamente abolidos ou diurese inferior a 100 ml durante as 4 horas precedentes.
 - D) frequência respiratória menor que 28 incursões por minuto, reflexos patelares parcialmente abolidos ou diurese inferior a 250 ml durante as 4 horas precedentes.

42. O diabetes gestacional é definido como a “intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto”. No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6%. O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012) forneceu orientações quanto ao diagnóstico/rastreamento correto do diabetes gestacional. De acordo com esse manual,
- A) o rastreamento é considerado positivo em gestantes com nível de glicose plasmática de jejum igual ou superior a 85mg/dL e/ou na presença de qualquer fator de risco para o diabetes gestacional.
 - B) na ausência de fatores de risco e diante de glicemia de jejum igual ou superior a 85mg/dL, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24ª e 28ª semana de gestação.
 - C) duas glicemias plasmáticas de jejum igual ou superior a 85mg/dL confirmam o diagnóstico de diabetes gestacional, sem necessidade de teste de tolerância.
 - D) a glicose plasmática é determinada a partir do exame do sangue obtido em jejum, após 1,5 horas e após 3 horas, sendo os pontos de corte da curva maiores que 95, 180 e 155, respectivamente, e dois valores alterados confirmam o diagnóstico.
43. A infecção do trato urinário (ITU) na gestante representa a intercorrência clínica mais comum durante a gravidez, acometendo cerca de 17 a 20% das mulheres. Essa infecção contribui, de forma significativa, para a morbimortalidade materna e perinatal (RN, 2015). No que se refere a ITU na gestação, considere as afirmativas abaixo.

I	A escolha antimicrobiana deve ser guiada pelo resultado do exame de elementos e sedimentos anormais da urina (EAS).
II	Cerca de 40% dos casos de ITU não tratados ou tratados de forma inadequada vão evoluir para pielonefrite.
III	Geralmente, a bactéria mais comumente isolada em pacientes com ITU é a <i>Staphylococcus aureus</i> .
IV	Encontra-se fortemente associada a outras complicações maternas e fetais, como a rotura prematura de membranas.

De acordo com o Protocolo de Assistência Materno Infantil do Rio Grande do Norte (2015), estão corretas as afirmativas

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

O caso a seguir serve de referência para responder às questões 44 e 45.

Uma paciente de 23 anos, G-II, P-I, A-0, começou a apresentar sangramento genital de pequena a moderada intensidade e se dirigiu à maternidade quando se iniciaram cólicas pouco intensas. Ao exame clínico e após a realização da ultrassonografia, apresenta: vitalidade fetal preservada, colo uterino fechado, volume uterino compatível com o esperado para a idade gestacional e ausência de sinais de infecção.

44. Diante da sintomatologia referida e dos resultados dos exames, a gestante se encontra com sinais de
- A) ameaça de abortamento.
 - B) abortamento completo.
 - C) abortamento retido.
 - D) abortamento inevitável.

45. Diante desse caso e após o estabelecimento do diagnóstico, as condutas a serem seguidas pelos profissionais de saúde, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (2010), são:
- A) internar a mulher imediatamente, instituir hidratação venosa, observar sinais de choque e iniciar antibioticoterapia de largo espectro de acordo com prescrição médica.
 - B) orientar a mulher a manter repouso, suspender relações sexuais até o término da gestação e retornar ao atendimento pré-natal, não sendo necessária internação hospitalar.
 - C) internar a mulher imediatamente, mantê-la em repouso absoluto, iniciar antibioticoterapia de largo espectro de acordo com prescrição médica e adotar medidas de suporte.
 - D) orientar a mulher a manter repouso, evitar relações sexuais durante perda sanguínea e retornar ao atendimento pré-natal, não sendo necessária internação hospitalar.
46. O processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) em Obstetrícia é uma ação de caráter interdisciplinar e deve ser iniciado com a chegada da mulher no serviço de saúde e com a identificação da situação, da queixa ou do evento apresentado por ela. De acordo com o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (2014), é atribuição dos enfermeiros obstétricos, no processo de ACR em obstetrícia,
- A) atualizar as informações sobre a rede de atenção do SUS local/regional bem como sobre a rede de proteção social existente para efetivação dos encaminhamentos necessários.
 - B) acolher, na porta de entrada, todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento.
 - C) atender as mulheres de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional, possibilitando o acesso imediato ao obstetra quando necessário.
 - D) aferir os sinais vitais das mulheres para acobertar legalmente os profissionais que trabalham no acolhimento e conduzir o internamento das gestantes, para dar celeridade ao atendimento.
47. A assistência segura e humanizada ao parto e ao nascimento deve ter características essenciais baseadas em evidências científicas e em direitos. No que concerne à humanização do parto e do nascimento,
- A) a episiotomia e a manobra de *Kristeller* devem ser realizadas de forma rotineira nas primíparas.
 - B) o trabalho com a equipe multiprofissional no pré-parto e pós-parto pode gerar situações que confundam a parturiente ou puérpera.
 - C) o direito ao exercício da autonomia feminina inclui o direito de escolha informada e consentida no parto, como, com quem e onde ter o parto.
 - D) a amniotomia precoce deve ser realizada com o objetivo de acelerar o parto e evitar o sofrimento fetal.
48. O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar as alterações e indicar a adoção de condutas apropriadas para a correção de desvios, ajudando, ainda, a evitar intervenções desnecessárias. Nesse contexto, para a construção do partograma de Friedman (1978), deve-se considerar:
- A) a dilatação cervical é registrada com um losango, a apresentação e a respectiva variedade de posição são representadas por um triângulo, assim como a infusão de líquidos e drogas.
 - B) no partograma, cada divisória corresponde a duas horas na abscissa (eixo x) e a dois centímetros de dilatação cervical e de descida da apresentação na ordenada (eixo y).
 - C) em cada toque, deve-se avaliar a dilatação cervical, não sendo necessário, neste momento, avaliar a altura da apresentação nem a variedade de posição.
 - D) o registro gráfico terá início quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto, com duas a três contrações eficientes em 10 minutos e dilatação cervical mínima de 3 cm.

49. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu o que se entende, desde então, como boas práticas de atenção ao parto e nascimento. A concepção da OMS a esse respeito fundamenta-se em evidências científicas, bem como na classificação de condutas obstétricas no parto normal, segundo critérios de utilidade, eficácia e risco. Com base nesse ideário, uma prática demonstradamente útil no processo do parto (categoria A) é
- A) o contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e o apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
 - B) o método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, com o uso de ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos.
 - C) o estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário.
 - D) a estimulação do mamilo para promover a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
50. No mundo ocidental, ainda é comum que a mulher permaneça deitada no leito durante o trabalho de parto, o que facilita o exame físico e as intervenções do profissional de saúde (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). No entanto, há muito se sabe que a posição supina não é recomendada. Essa orientação tem como justificativa o fato de que a posição supina
- A) leva a aorta a ser comprimida e, assim, o débito cardíaco aumenta de maneira expressiva, resultando em acréscimo da perfusão uterina e placentária.
 - B) leva o útero grávido a comprimir os vasos abdominais, o que compromete a circulação uteroplacentária, podendo ocasionar risco ao feto.
 - C) leva o útero grávido, que está aumentado, a comprimir a veia cava inferior, aumentando, de maneira expressiva, o retorno venoso ao coração e o débito cardíaco.
 - D) leva a parturiente a querer ficar deitada, mesmo que ela não tenha diagnóstico para permanência no leito, aumentando a demanda das atribuições dos profissionais de enfermagem.

O texto a seguir serve de referência para responder às questões 51 e 52.

Clinicamente, o estudo do parto analisa três fases principais (dilatação, expulsão e secundamento), precedidas de estágio preliminar, o período premonitório (pré-parto). Tende-se a considerar um quarto período, frequentemente ignorado pelo profissional que presta assistência ao parto. Na realidade, os fenômenos clínicos e mecânicos do parto compõem uma unidade, completando-se ou se sucedendo em um ritmo que a contratilidade uterina comanda (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

51. Considerando as informações no texto e refletindo sobre a evolução clínica do parto, compreende-se que a fase da dilatação ou primeiro período de um trabalho de parto fisiológico
- A) supõe a separação e queda da placenta no segmento inferior, e essa sequência se completa com a descida do feto e as contrações uterinas que não cessam.
 - B) implica em dilatação do colo graças ao efeito de relaxamento das fibras longitudinais do corpo, que se alonga durante as contrações uterinas, e a outros fatores convergentes (bolsa das águas e apresentação).
 - C) inicia-se com as contrações uterinas rítmicas, que começam por modificar ativamente a cérvix, e terminam quando a sua ampliação está completa (10 cm).
 - D) inclui uma fase ativa e uma fase latente, sendo a fase ativa caracterizada por dilatação cervical gradual e a fase latente por dilatação cervical rápida.

52. Durante a evolução clínica do parto, a fase da expulsão ou segundo período do trabalho de parto fisiológico
- A) ocorre a partir de uma sucessão de contrações uterinas com intervalos progressivamente maiores.
 - B) inicia-se quando a dilatação está completa e se encerra com a saída do feto.
 - C) caracteriza-se por contrações involuntárias da prensa abdominal, que comprimem as paredes vaginais provocadas pelo polo inferior do feto, por via reflexa.
 - D) inicia-se quando a bolsa passa a ter contato cada vez mais direto com a cérvix.
53. A auscultação dos batimentos cardíacos do feto (BCF) é um procedimento indispensável para apreciar a vitalidade fetal durante o trabalho de parto. Os ruídos do coração constituem a única manifestação clínica objetiva de funcionamento do aparelho circulatório do concepto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). Considerando a importância da ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), o *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health* (NICE) recomenda que
- A) a ausculta seja feita a cada 20 min na fase de dilatação e a cada 5 min na fase de expulsão.
 - B) a ausculta seja feita a cada 15 min na fase de dilatação e a cada 5 min na fase de expulsão.
 - C) a ausculta seja feita a cada 25 min na fase de dilatação e a cada 5 min na fase de expulsão.
 - D) a ausculta seja feita a cada 30 min na fase de dilatação e a cada 5 min na fase de expulsão.
54. Uma secundigesta de 32 anos, com idade gestacional de 38 semanas e 4 dias pela DUM e 39 semanas pela ultrassonografia do primeiro trimestre de gravidez, deu entrada no serviço obstétrico referindo dor em baixo ventre. Ao exame, constatou-se que ela apresentava pressão arterial 120x70 mmHg, batimentos cardíacos fetais presentes (148bpm), AU=35cm, dinâmica uterina=3/30''/10'. Ao toque vaginal, apresentou o colo fino, centralizado, pérvio para 5 cm, com formação da bolsa das águas e com perda do tampão mucoso. Tendo como base o caso apresentado e a avaliação obstétrica realizada na gestante, o diagnóstico obstétrico é de
- A) fase ativa do trabalho de parto.
 - B) fase de *Braxton Hicks*.
 - C) fase de latência do trabalho de parto.
 - D) fase dos pródromos do trabalho de parto.
55. Uma parturiente de 30 anos de idade, com idade gestacional de 38 semanas, pariu por via vaginal, sem presença de líquido meconial, um recém-nascido (RN) do sexo masculino pesando 3.100g. A avaliação de vitalidade fetal realizada por pediatra constatou valor de apgar 9, no primeiro minuto de vida, e 9, no quinto minuto de vida. Considerando o que preconiza o guia para os profissionais de saúde do Ministério da saúde (2014), a sequência indicada para os cuidados imediatos a serem prestados na assistência a esse RN é:
- A) seccionar o cordão umbilical tão logo o bebê tenha nascido, para dar segurança ao profissional e, em seguida, o RN deve ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe.
 - B) o RN deve ser secado e posicionado sobre o abdome da mãe até o cordão umbilical parar de pulsar, para só então realizar-se o clameamento.
 - C) o RN deve ser mensurado para ser posicionado sobre o abdome da mãe até o cordão umbilical parar de pulsar, para, só então, realizar-se o clameamento.
 - D) realizar o clameamento do cordão umbilical tão logo ele pare de pulsar e, na sequência, secar o RN e posicioná-lo sobre o abdome da mãe.

- 56.** O enfermeiro obstétrico é um profissional habilitado a cuidar da mulher no processo parturitivo. Riscos habituais típicos da fase imediatamente pós-parto devem ser controlados mediante observação e monitoramento da puérpera, uma tarefa que faz parte dos cuidados que o enfermeiro obstetra deve dedicar à mulher nessa condição. Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), um desses cuidados consiste em
- A)** transferir a mulher para o alojamento conjunto para que ela possa ser avaliada no quarto período do parto.
 - B)** examinar a placenta e as membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais.
 - C)** providenciar compressa gelada para ser usada na região do baixo ventre, em todas as puérperas, como procedimento de rotina.
 - D)** instituir hidratação venosa com uma ampola de hidralazina 50 mg, em velocidade de infusão rápida (gotejamento aberto), para reposição hídrica.
- 57.** O enfermeiro obstétrico deve prestar cuidados à parturiente, com vistas a preservar a integridade do períneo. O insucesso desse cuidado pode desencadear lacerações decorrentes de trauma perineal ou genital provocado por episiotomia ou lacerações. Nesse contexto, segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017), a lesão de terceiro grau diz respeito à
- A)** lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal e epitélio anal.
 - B)** lesão apenas da pele e das mucosas do esfíncter anal.
 - C)** lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal.
 - D)** lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal.
- 58.** A distorcia é definida como qualquer perturbação no bom andamento do parto em que estejam implicadas alterações em um dos três fatores fundamentais que participam do evento. Em se tratando da distorcia de ombro, algumas manobras podem ser aplicadas. Assim, com base no Manual de Parto, Aborto e Puerpério do Ministério da Saúde (2001), as manobras a serem tomadas, nesse caso, são:
- A)** rotação manual do ombro posterior do feto para anterior e, se necessário, pressão supra púbica, praticada por um auxiliar, diretamente sobre a sínfise púbica materna.
 - B)** adução ampla das pernas e flexão completa sobre a coxa e o abdome materno e, se necessário, pressão sub-púbica, praticada por um auxiliar, diretamente sobre a sínfise púbica materna.
 - C)** adução ampla das pernas e flexão completa sobre a coxa e o abdome materno e, se necessário, rotação manual do ombro anterior do feto para posterior.
 - D)** rotação manual do ombro posterior do feto para anterior e, se necessário, tração controlada do cordão e colocação do recém-nascido no nível da vulva ou abaixo desta, por três minutos.
- 59.** O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo. Apesar de a alimentação variar enormemente entre as pessoas, o leite materno, surpreendentemente, apresenta composição semelhante em todas as mulheres que amamentam, no mundo. No que concerne à concentração de gordura no leite materno, o Ministério da Saúde (2015) afirma que
- A)** o leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções, sendo a IgA secretória o principal anticorpo que atua contra os microrganismos.
 - B)** o leite materno contém fatores de proteção, como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bifido.
 - C)** o leite materno é enfraquecido ao sair da mama, razão pela qual o leite humano favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes.
 - D)** o leite do final da mamada, o chamado leite posterior, é mais rico em energia (calorias) e sacia melhor a criança, daí a importância de a criança esvaziar bem a mama.

60. A icterícia é um dos problemas mais frequentes no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia. Essa condição é definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,5mg/dL ou de bilirrubina direta (BD) maior que 1,5mg/dL, desde que a BD represente mais que 10% do valor de bilirrubina total (BT) (BRASIL, 2011). Segundo o Ministério da Saúde (2011), no que se refere à hiperbilirrubinemia fisiológica durante a primeira semana de vida,

- A)** na prática, 98% dos RN apresentam níveis séricos de BI acima de 1mg/dL.
- B)** na prática, 1 a 8% dos RN apresentam níveis séricos de BT acima de 15-17mg/dL.
- C)** na prática, 1 a 8% dos RN apresentam níveis séricos de BT acima de 1mg/dL.
- D)** na prática 98% dos RN apresentam níveis séricos de BI acima de 15-17mg/dL.