



PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Prova a ser realizada pelos candidatos graduados em **ENFERMAGEM**

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- Além deste CADERNO DE QUESTÕES, você deverá ter recebido o CARTÃO DE RESPOSTAS com o seu nome e o número de inscrição. Confira se seus dados estão corretos e, em caso afirmativo, assine o cartão e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas 60 (sessenta) questões.
 - 01 a 10 – Sistema Único de Saúde
 - 11 a 45 – Conhecimentos Específicos
 - 46 a 55 – Língua Portuguesa
 - 56 a 60 – Língua Estrangeira
- Cada questão proposta apresenta quatro opções de resposta, sendo apenas uma delas a correta. A questão que tiver sem opção assinalada receberá pontuação zero, assim como a que apresentar mais de uma opção assinalada, mesmo que dentre elas se encontre a correta.
- Não é permitido usar qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- Não é permitido copiar as opções assinaladas no Cartão de Respostas.
- O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do Cartão de Respostas, é de **quatro horas**.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher o Cartão de Respostas, usando, exclusivamente, caneta esferográfica de corpo transparente de ponta média com tinta azul ou preta (preferencialmente, com tinta azul).
- Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- Quando terminar, entregue ao fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que poderá ser invalidado se você não o assinar.

APÓS O AVISO PARA INÍCIO DA PROVA, VOCÊ DEVERÁ PERMANECER NO LOCAL DE REALIZAÇÃO DA MESMA POR, NO MÍNIMO, 90 (NOVENTA) MINUTOS.



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

01 A Constituição Federal assinala, no Capítulo II, dos Direitos Sociais, artigo 6º, que a saúde é um direito. De acordo com a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições:

- (A) mínimas ao seu pleno exercício.
- (B) indispensáveis ao seu pleno exercício.
- (C) indispensáveis ao seu pleno exercício, incluindo a busca das pessoas, famílias, empresas e da própria comunidade pelo bem-estar físico, mental, espiritual e sanitário.
- (D) indispensáveis ao seu pleno exercício, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

02 O princípio do SUS (Sistema Único de Saúde) que estabelece o acesso amplo e irrestrito aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é a:

- (A) integralidade.
- (B) publicidade.
- (C) universalidade.
- (D) impessoalidade.

03 De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990), as opções a seguir apresentam objetivos do SUS, EXCETO:

- (A) formação de recursos humanos na área de saúde.
- (B) formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no parágrafo 1º do art. 2º dessa lei.
- (C) identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.
- (D) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

04 Sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a Conferência Nacional de Saúde deve-se reunir, de acordo com a Lei nº 8.142/90, com a periodicidade de:

- (A) um ano.
- (B) dois anos.
- (C) três anos.
- (D) quatro anos.

05 Dentre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal na Unidade de Saúde da Família destaca-se:

- (A) executar ações básicas de vigilância epidemiológica em todo município.
- (B) realizar visitas domiciliares de acordo planejamento da USF.
- (C) estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal para os idosos e as crianças.
- (D) sensibilizar a equipe para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

06 Considerando o Pacto pela Saúde de 2006, o Pacto em Defesa do SUS deve-se firmar através de iniciativas que busquem:

- (A) o livre acesso ao Sistema Único de Saúde.
- (B) a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.
- (C) a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
- (D) a promoção da cidadania como estratégia de mobilização econômica tendo a questão da saúde como um direito.

07 A Lei nº 8080 de 19/09/1990 dispõe sobre:

- (A) as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- (B) a regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- (C) a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de recursos intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- (D) a aprovação de normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família.

08 A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário que está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90). Esse princípio é parte fundamental do Pacto pela Saúde. As opções a seguir apresentam ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro do Pacto de Gestão, EXCETO:

- (A) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde.
- (B) incentivar o processo de formação dos conselheiros.
- (C) apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da participação centralizada do SUS.

(D) respaldar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis.

09 São prioridades pactuadas no Pacto pela Vida de 2006:

- (A) ampliação do número de equipes de saúde da família.
- (B) apoio técnico e financeiro aos municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestores da atenção à saúde dos seus munícipes.
- (C) supervisão das ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios.
- (D) saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica.

10 A Política de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde entende humanização como:

- (A) identificação das necessidades de avaliação de saúde hospitalar e acompanhamentos dos casos graves.
- (B) estabelecimento de vínculos solidários sem participação coletiva no processo de gestão.
- (C) valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.
- (D) mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde centrada nas demandas de alta complexidade.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

11 Em 4 de março de 2016, a OMS (Organização Mundial da Saúde) atualizou as orientações preliminares voltadas para os profissionais de saúde que prestam cuidados diretamente aos recém-nascidos e suas famílias, bem como aos responsáveis pelo desenvolvimento de protocolos e políticas de saúde nacionais e locais, especialmente nas regiões afetadas pelo vírus Zika. Recomenda-se que a medida de referência para notificação de microcefalia seja realizada:

- (A) entre 12 e 24 horas de vida do recém-nascido.
- (B) a partir de 24 horas após o nascimento até uma semana de vida.

(C) na sala de parto, no momento do nascimento do recém-nascido.

(D) na primeira consulta de acompanhamento do recém-nascido na puericultura.

12 A OMS recomenda que o perímetro cefálico do recém-nascido, para diagnóstico de microcefalia seja medido utilizando técnica e equipamentos padronizados. Assim, todos os neonatos com microcefalia devem receber avaliação e acompanhamento regular durante a infância, incluindo, além do crescimento da cabeça:

- (A) histórico da gestação, materno e familiar; avaliação de desenvolvimento, e acompanhamento da amamentação.
- (B) acompanhamento da amamentação; exames físicos e neurológicos, incluindo avaliação da audição e ocular para identificação de problemas.
- (C) histórico da gestação, materno e familiar; avaliação de desenvolvimento; exames físicos e neurológicos, e acompanhamento da amamentação.
- (D) histórico da gestação, materno e familiar; avaliação de desenvolvimento; exames físicos e neurológicos, incluindo avaliação da audição e ocular para identificação de problemas.

13 É muito frequente o uso de medicamentos e outras substâncias por mulheres que estão amamentando. Observa-se que os profissionais de saúde recomendam a interrupção do aleitamento materno quando as mães são medicadas, muitas vezes porque desconhecem o grau de segurança do uso das diversas drogas (também referidas como medicamentos ou fármacos) durante o período de lactação. Quanto ao uso de fármacos na mulher que está amamentando, os seguintes aspectos práticos podem auxiliar na tomada de decisões, EXCETO:

- (A) preferir a terapia tópica ou local, em vez de oral e parenteral, quando possível e indicado.
- (B) avaliar a necessidade da terapia medicamentosa, sendo, nesse caso, muito útil a consulta entre o pediatra e o obstetra ou clínico, pois a droga prescrita deve ter benefício reconhecido na condição para a qual está sendo indicada.
- (C) descartar a possibilidade de dosar a droga na corrente sanguínea do lactente quando houver risco para a criança, como nos tratamentos maternos prolongados, a exemplo do uso de anticonvulsivantes.
- (D) orientar a mãe para observar a criança com relação aos possíveis efeitos colaterais, tais como alteração do padrão alimentar, hábitos de sono, agitação, tônus musculares e distúrbios gastrintestinais.

14 A vigilância à saúde do recém-nascido começa antes de seu nascimento, com a atenção à saúde da mulher. O acompanhamento pré-natal iniciado em momento oportuno, com assistência qualificada e humanizada e integração com a atenção de saúde de média e alta complexidade, constitui uma rede articulada de assistência. Nesse momento, as ações que devem ser desenvolvidas pelos serviços são:

- (A) imunização do recém-nascido e da mulher e estudos das patologias hereditárias.
- (B) orientação para o desmame e introdução de novos alimentos para o recém-nascido.
- (C) orientação para os sinais de doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas.
- (D) captação precoce e busca ativa para início do acompanhamento pré-natal, acolhimento imediato para o acompanhamento pré-natal, identificação da gestação de alto risco e referenciamento para atenção especializada.

15 O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O contato pele a pele, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Esse método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Em relação ao método canguru, todas as opções a seguir são verdadeiras, EXCETO:

- (A) o método descrito é um substitutivo nas unidades de terapia intensiva neonatal, já que não existem incubadoras para todos os neonatos internados na Unidade Neonatal.
- (B) o método canguru não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.
- (C) o contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru, iniciando-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente.
- (D) na segunda etapa do Método Canguru, não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru, o que deve ser entendido como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

16 O boletim de Apgar não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer desse procedimento. No entanto, sua aferição longitudinal permite avaliar a resposta do recém-nascido às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras.

Além da frequência cardíaca, os parâmetros verificados nesse boletim são os seguintes:

- (A) esforço respiratório, saturação de oxigênio, irritabilidade reflexa e cor.
- (B) esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor.
- (C) pressão sistólica, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor.
- (D) esforço respiratório, saturação de oxigênio, irritabilidade reflexa e cor.

17 Existem algumas doenças, em especial as anomalias congênitas, em que outros procedimentos, além das ações básicas, precisam ser instituídos logo após o nascimento. Portanto, o conhecimento da doença, antes do nascimento, pode orientar na reanimação e na necessidade desses procedimentos específicos. Em recém-nascido com onfalocele ou gastrosquise, deve-se:

- (A) posicionar a cabeça em leve flexão para fazer sondagem gástrica.
- (B) prover calor, secar e colocar no abdome campos limpos e secos.
- (C) aspirar vias aéreas e traqueia e conteúdo gástrico.
- (D) proteger o conteúdo herniado com compressa estéril e envolvê-lo com plástico poroso para evitar rotura, contaminação e perda de líquido e calor.

18 Pela simples observação do recém-nascido, sem tocá-lo, já se conseguem diversas informações importantes relacionadas a seu exame físico. A pele apresenta diversas características que devem ser atentamente observadas durante o exame físico, durante o qual, deve-se avaliar:

- (A) presença de massas abdominais.
- (B) frequência cardíaca e saturação.
- (C) presença de eliminações vesico-intestinais.
- (D) textura, umidade, cor, presença de milium, lanugo, vérnix, mancha mongólica ou icterícia.

19 A assistência ao recém-nascido com necessidade de reanimação deve seguir passos iniciais, conforme orientação descrita no Manual do Ministério da Saúde. Se o recém-nascido é pré-termo ou se, logo após nascer, não estiver respirando e/ou apresenta-se hipotônico, indicam-se os seguintes passos iniciais, EXCETO:

- (A) puncionar acesso venoso periférico.
- (B) posicionar a cabeça em leve extensão.
- (C) prover calor, secar e desprezar os campos úmidos.
- (D) aspirar vias aéreas, se excesso de secreções.

20 A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno, em especial entre as primíparas. O acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem. É importante que pessoas significativas para a gestante, como companheiro e mãe, sejam incluídas. Durante o acompanhamento pré-natal, quer seja em grupo, quer seja no atendimento individual, é importante dialogar com as mulheres, abordando os seguintes aspectos, EXCETO:

- (A) experiências prévias, mitos, crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento materno.
- (B) possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las, tendo em vista que muitas mulheres “idealizam” a amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade.
- (C) o exame da mama no pré-natal não é importante para o sucesso da amamentação.
- (D) importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à amamentação.

21 As infecções relacionadas às cirurgias (cesarianas) são vistas pela Organização Mundial de Saúde como um problema de saúde pública. Assim, autoridades preconizam que em âmbito nacional e regional desenvolvam ações com vistas à redução do risco de aquisição. Os objetivos específicos do Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (PNPCIRAS) para o período 2013-2015 eram, EXCETO:

- (A) reduzir infecções do sítio cirúrgico (ISC).
- (B) diminuir o risco cirúrgico (RC) em 70%.
- (C) estabelecer mecanismo de controle sobre a resistência microbiana (RM).
- (D) reduzir Infecções Primárias da Corrente Sanguínea (IPCS)

22 Os hospitais, os consultórios médicos, as unidades básicas de saúde ou qualquer outro serviço assistencial deverão atender solicitação da equipe de vigilância de óbitos maternos, franquear-lhe o acesso aos prontuários das mulheres falecidas sob seus cuidados, nas condições e no período previsto na Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008 que regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. O prazo determinado para ocorrer essa liberação de documentos é de:

- (A) 36 horas.
- (B) 48 horas.
- (C) 60 horas.
- (D) 72 horas.

23 Para a realização de um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver modalidade assistencial em conformidade com os princípios gerais e condições estabelecidas na Portaria Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, realizando, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente:

- (A) uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação
- (B) duas no primeiro trimestre, duas no segundo e duas no terceiro trimestre da gestação
- (C) duas no primeiro trimestre, uma no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.
- (D) duas no primeiro trimestre, três no segundo e uma no terceiro trimestre da gestação.

24 Durante o pré-natal a saúde mental da gestante é pouco valorizada. Contudo, o profissional da saúde deve reconhecer os sinais de risco ou de vulnerabilidade da relação prejudicada mãe-bebê diante da presença, na gestação, de:

- (A) referências negativas ao filho, visto como deflagrador de alterações da estética corporal, do desapego emocional do companheiro, das alterações de humor na personalidade.
- (B) referências positivas ao filho, visto como elo do matrimônio, da manutenção do bom relacionamento do casal e da concretude da maternidade.
- (C) referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideais, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal.
- (D) referências positivas ao filho, visto como libertador de estigma social, de santidade pela maternagem, do desapego da estética corporal, causador de mudanças pessoais e sociais.

25 A pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se grave quando está presente alguns critérios entre eles:

- (A) PA sistólica igual/maior que 110mmHg; proteinúria igual/menor que 1,0g em 24 horas e oligúria (menor que 300ml/dia, ou 15ml/hora).
- (B) PA sistólica igual/maior que 110mmHg; proteinúria igual/menor que 2,0g em 24 horas e oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora).
- (C) PA diastólica igual/maior que 110mmHg; proteinúria igual/menor que 1,0g em 24 horas e oligúria (menor que 300ml/dia, ou 15ml/hora).
- (D) PA diastólica igual/maior que 110mmHg; proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas e oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora).

26 Em mulheres hospitalizadas, em caso de pré-eclâmpsia grave, os cuidados de enfermagem estabelecidos, no que se refere à conduta expectante, além da determinação da PA a cada 4-6 horas, são:

- (A) manutenção do sulfato de magnésio e contagem de plaquetas diariamente.
- (B) interrupção do sulfato de magnésio e contagem de plaquetas diariamente.
- (C) interrupção do sulfato de magnésio e contagem de plaquetas a cada dois dias.
- (D) manutenção do sulfato de magnésio e contagem de plaquetas a cada dois dias.

27 Em relação ao uso de sulfato de magnésio, caso a gestante esteja com a frequência respiratória menor que 16 ipm, a administração da dose de manutenção:

- (A) deverá ser suspensa sem qualquer condição.
- (B) prossegue se a diurese for de 100ml durante as quatro horas precedentes.
- (C) deverá ser suspensa caso a diurese for de 100ml durante as quatro horas precedentes.
- (D) prossegue sem qualquer condição.

28 Entre as síndromes hemorragias da gestação tem-se o quadro de abortamento habitual. Em gestantes com história de abortamento habitual, é necessária uma investigação detalhada para se detectar as possíveis causas associadas, sendo a mais comum:

- (A) infecções tubárias anteriores.
- (B) doença trofoblástica benigna.
- (C) insuficiência istmo cervical.
- (D) história de gravidez ectópica prévia.

29 O principal fator de risco para que haja na gestação Placenta Prévia:

- (A) tabagismo.
- (B) miomectomia
- (C) gemelaridade.
- (D) cesariana prévia.

30 Após a admissão da parturiente de risco habitual no cenário hospitalar, a enfermeira deve atentar para os fatores de risco e manter atitude vigilante durante todo o acompanhamento do processo. Nesta etapa deve-se promover ambiente com privacidade, tranquilo e seguro para:

- (A) a parturiente e seu acompanhante, de onde não seja necessário removê-la no momento do parto, podendo-se utilizar música, aroma, penumbra e pouco mobiliário para deixar o ambiente hospitalar mais agradável à mulher.
- (B) a parturiente sem acompanhante, de onde seja necessário removê-la rapidamente no momento do parto, podendo-se utilizar música, aroma, penumbra e pouco mobiliário

para deixar o ambiente hospitalar mais agradável à mulher.

- (C) a parturiente e seu acompanhante, de onde seja necessário removê-la no momento do parto, podendo-se utilizar música, mas não aromas, luz comum para se avaliar constantemente a pele da mulher e seus sinais vitais.
- (D) a parturiente sem acompanhante, de onde não seja necessário removê-la no momento do parto, podendo-se utilizar música, mas não aromas, luz comum para se avaliar constantemente a hidratação venosa e seus sinais vitais

31 Com a intensificação das contrações no momento do parto, a parturiente pode mudar seu comportamento e expressar-se de forma mais agitada, emitindo gritos e gemidos. O enfermeiro que assiste uma mulher múltipara, de risco habitual no final do período ativo do parto, deve estar atento

- (A) e deixá-la em repouso absoluto no leito por questões de sua segurança física e a de seu filho.
- (B) à sua segurança física e a de seu filho, buscando não permitir que haja de maneira autoconfiante.
- (C) à sua segurança física e a de seu filho, buscando não a cercear de suas expressões, garantindo-lhe sua autoconfiança.
- (D) e permitir repouso relativo no leito devido questões da segurança física da mulher e a de seu filho, buscando cerceá-la de suas expressões, garantindo-lhe a confiança na equipe.

32 O manejo do terceiro estágio do parto envolve duas escolhas: a conduta expectante e a ativa. É consenso na enfermagem obstétrica a conduta expectante caracterizada por envolver a espera vigilante que prima pela:

- (A) manipulação ativa da dequitação, praticando o camplamento tardio do cordão umbilical e intervindo somente no tratamento das complicações.
- (B) manipulação ativa da dequitação, praticando o camplamento precoce do cordão umbilical para prevenir as complicações hemorrágicas puerperais.
- (C) manipulação ativa da dequitação, praticando o camplamento tardio do cordão umbilical e para prevenir as complicações hemorrágicas aplicar metilergonovina IM.
- (D) dequitação fisiológica, praticando o camplamento tardio do cordão umbilical e intervindo somente no tratamento das complicações, caso ocorram.

33 Laceração perineal é a ocorrência de soluções de continuidade nos tecidos vaginais e/ou perineais e, de acordo com a OMS (2005), podem ser de quatro tipos: lacerações de primeiro grau, segundo grau, terceiro grau e quarto grau. Cabe a enfermeiros obstétricos o reparo perineal de lacerações de:

- (A) primeiro grau.
- (B) primeiro e segundo grau.
- (C) segundo e terceiro grau.
- (D) terceiro e quarto grau.

34 O puerpério é um momento importante, principalmente em relação às alterações de humor, com labilidade emocional que são comuns nesta fase é fundamental observar quadros de:

- (A) euforia ou de êxtase, que podem ser expressos pela intensa valorização do bebê, solicitando a equipe multiprofissional para os cuidados com o bebê.
- (B) euforia ou de êxtase, que podem ser expressos pela intensa valorização do bebê, tendo dificuldade de mantê-lo em repouso.
- (C) tristeza ou de profunda apatia, que podem ser expressos pela dificuldade de se higienizar, de se alimentar e de cuidar do bebê.
- (D) tristeza ou de profunda apatia, que podem ser expressos pela dificuldade de cuidados e de estabelecimento de vínculo com o bebê.

35 A infecção puerperal mais comum é aquela que se origina do aparelho genital após o parto recente, sendo a *Escherichia Coli* o agente etiológico frequentemente identificado. Além da ruptura prematura das membranas ovulares e/ou trabalho de parto prolongados, da manipulação vaginal excessiva (toques), desnutrição ou obesidade, traumas cirúrgicos, operação cesariana e retenção de restos ovulares, outros fatores de risco desse tipo de infecção são:

- (A) placenta previa e diabetes *mellitus*.
- (B) placenta previa e debilidade imunológica.
- (C) más condições de assepsia e debilidade imunológica.
- (D) diabetes *mellitus* e debilidade imunológica.

36 Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção, deve-se levar em conta:

- (A) captação precoce e busca ativa das usuárias em risco de saúde.
- (B) disponibilidade de recursos humanos e uso apropriado das tecnologias leves e duras.
- (C) acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas aos problemas de maior incidência encontrados.
- (D) acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência; definição da estrutura e organização da rede

assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra referência.

37 Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir:

- (A) escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas.
- (B) captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 90 dias da gestação.
- (C) prevenção e tratamento dos distúrbios mentais.
- (D) classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira e última consulta de pré-natal.

38 Sobre a vacinação antitetânica, as gestantes

- (A) que tenham tomado menos de três doses devem completar as três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 15 dias se no último trimestre gestacional.
- (B) sem nenhuma dose registrada devem iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional, com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
- (C) que tenham tomado três doses ou mais, sendo a última dose a menos de cinco anos, devem fazer uma única dose 15 dias antes do parto. menos de cinco anos
- (D) que tenham tomado três doses ou mais, sendo a última dose há mais de cinco anos devem fazer três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

39 A atenção em planejamento familiar contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil, considerando que:

- (A) aumenta o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais.
- (B) aumenta o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária.
- (C) diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados.
- (D) diminui o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que os bebês sejam adequadamente amamentados.

40 O acompanhamento pré-concepcional deve incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico completo, além de alguns exames laboratoriais dentre as ações específicas. Quanto aos hábitos e estilo de vida preconizados pelo Ministério da Saúde incluem-se:

- (A) orientação nutricional visando à redução de peso da mãe, além da adoção de práticas alimentares saudáveis.
- (B) orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas.
- (C) orientações quanto ao uso de medicamentos e, interrupção de drogas que tenham efeitos sobre o feto.
- (D) administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, especialmente nas mulheres renais crônicas (5 mg, VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção).

41 Em relação à prevenção e às ações a serem realizadas quanto às infecções, são consideradas eficazes as investigações para:

- (A) ZIKA.
- (B) dengue.
- (C) fenilcetonúria.
- (D) toxoplasmose.

42 De acordo com a Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o município deverá, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, desenvolver, para um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e à puérpera, a seguinte atividade:

- (A) realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação.
- (B) realizar uma consulta no puerpério, até 15 dias após o nascimento.
- (C) classificar de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta e no início do segundo trimestre e no final do terceiro trimestre.
- (D) realizar, no mínimo, quatro consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, três no primeiro trimestre e uma no terceiro trimestre da gestação.

43 Considera-se pré-eclâmpsia grave em caso de:

- (A) plaquetopenia.
- (B) edema generalizado.
- (C) pressão arterial diastólica igual/maior que 110mmHg.
- (D) pressão arterial diastólica igual/maior que 140mmHg.

44 Considera-se síndrome de Helly quando a gestante apresenta:

- (A) hemorragia e leucocitose.
- (B) dor epigástrica ou no hipocôndrio direito.
- (C) sinais de insuficiência cardíaca, ou cianose.
- (D) hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia.

45 Sobre o uso de medicamentos na gestação, é correto afirmar que:

- (A) soro antiofídico tem uso compatível com a amamentação.
- (B) diazepam tem uso criterioso durante a amamentação, não havendo dados sobre sua transferência para o leite materno, sendo contudo, possível sua excreção.
- (C) atenolol tem uso compatível com a amamentação.
- (D) sinvastatina tem uso contraindicado durante a amamentação.

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto

“Alzheimer: um em cada três casos poderia ser evitado”

Um em cada três casos de Alzheimer no mundo poderia ser evitado, de acordo com uma pesquisa da Universidade de Cambridge, no Reino Unido. Entre os principais fatores de risco para a doença estão falta de exercício, fumo, hipertensão e depressão, diz o novo estudo publicado na revista “Lancet Neurology”.

A equipe analisou dados de base populacional para trabalhar os principais sete fatores de risco para o Alzheimer – diabetes, hipertensão na meia idade, obesidade na meia idade, falta de atividade física, depressão e baixa escolaridade – e descobriu que um terço dos casos está relacionado ao estilo de vida, que poderia ser modificado.

A redução de cada fator de risco em 10% poderia evitar cerca de nove milhões de casos até 2050. Estimativas sugerem que mais de 106 milhões de pessoas no mundo estariam vivendo com Alzheimer até aquele ano – número mais de três vezes maior que o registrado em 2010.

Embora não haja uma única maneira de tratar a demência, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada – disse à BBC a professora Carol Brayne, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de Cambridge.

(...)

– Já sabemos quais são os fatores e que eles estão relacionados. Só a atividade física, por exemplo, reduziria os níveis de obesidade,

hipertensão e diabetes, podendo evitar o desenvolvimento da doença em algumas pessoas – diz Carol.

Dos sete fatores de risco, a maior proporção de casos de Alzheimer nos EUA, Reino Unido e no resto da Europa pode ser atribuída à inatividade física, que também está relacionada a outros problemas de saúde, como câncer e doenças cardiovasculares. Segundo a pesquisa, um terço da população adulta desses países não faz exercícios.

(Texto adaptado de O GLOBO – Ciência – 15/07/2014, página 24)

46 O texto apresenta uma estrutura eminentemente:

- (A) descritiva.
- (B) expositiva.
- (C) argumentativa.
- (D) narrativa.

Leia o trecho seguinte para responder às questões 47 e 48:

“Um em cada três casos de Alzheimer no mundo poderia ser evitado, de acordo com uma pesquisa da Universidade de Cambridge, no Reino Unido.” (linhas 1-4)

47 O verbo auxiliar sublinhado na locução verbal está no futuro do pretérito e indica:

- (A) expressão de fato passado.
- (B) expressão de desejo.
- (C) indicação de ação durativa.
- (D) probabilidade de ocorrência do fato.

48 O nome “Alzheimer” em: “Um em cada três casos de Alzheimer no mundo” (linhas 1-2), é retomado, ainda nesse parágrafo, por coesão lexical hiperonímica, codificada pela palavra:

- (A) “doença”.
- (B) “estudo”.
- (C) “revista”.
- (D) “pesquisa”.

49 No segundo parágrafo (linhas 8-15), elencam-se os sete fatores de risco para o Alzheimer. Essa apresentação ocorre coesivamente pelo mecanismo da:

- (A) elipse.
- (B) anáfora.
- (C) catáfora.
- (D) sinonímia.

50 No texto, mais precisamente no quarto parágrafo, há uma associação semântica entre Alzheimer e um outro mal, cujo risco de desenvolvimento pode-se dar em idade avançada. O vocábulo que corresponde a essa associação é:

- (A) “risco”.
- (B) “demência”.
- (C) “obesidade”.
- (D) “hipertensão”.

51 Assinale a opção em que a substituição do conectivo sublinhado ALTERA o sentido do enunciado “Embora não haja uma única maneira de tratar a demência, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada” (linhas 22-25).

- (A) MESMO QUE não haja uma única maneira de tratar a demência, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada.
- (B) Não há uma única maneira de tratar a demência, MAS podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada.
- (C) Não há uma única maneira de tratar a demência, PORTANTO, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada.
- (D) Não há uma única maneira de tratar a demência, ENTRETANTO, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada.

Leia o fragmento seguinte para responder às questões 52 e 53:

– Já sabemos quais são os fatores e que eles estão relacionados. Só a atividade física, por exemplo, reduziria os níveis de obesidade, hipertensão e diabetes, podendo evitar o desenvolvimento da doença em algumas pessoas – diz Carol.

52 O emprego do *travessão* tem como justificativa:

- (A) apresentar o discurso da professora.
- (B) complementar a informação anteriormente dada.
- (C) indicar quebra na sequência de ideias.
- (D) enumerar fatos em uma progressão temporal.

53 O vocábulo sublinhado em: “Só a atividade física, por exemplo, reduziria os níveis de obesidade, hipertensão e diabetes...” (linhas 29-31) denota:

- (A) designação.
- (B) inclusão.
- (C) exclusão.
- (D) negação.

54 Os vocábulos “falta” (linha 5), “obesidade” (linha 30) e “hipertensão” (linha 31), sublinhados no texto, são formados, respectivamente, pelos processos de derivação:

- (A) prefixal / sufixal / prefixal.
- (B) imprópria / prefixal / sufixal.
- (C) parassintética / sufixal / prefixal.
- (D) regressiva / sufixal / prefixal.

55 No trecho “Segundo a pesquisa, um terço da população adulta desses países não faz exercícios”, a expressão sublinhada pertence à classe gramatical dos:

- (A) artigos indefinidos.
- (B) substantivos comuns.
- (C) numerais fracionários.
- (D) adjetivos qualificativos.

LÍNGUA ESPANHOLA

Texto

Salud y derechos humanos

Nota descriptiva N°323

Diciembre de 2015

[...]

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen:

1. **No discriminación:** el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

2. **Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

3. **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- no discriminación;
- accesibilidad física;
- accesibilidad económica (asequibilidad);
- acceso a la información.

4. **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.

5. **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

6. **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.

7. **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

Las políticas y los programas se han concebido para satisfacer las necesidades de la población, como resultado de los mecanismos de rendición de cuentas establecidos. Un enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones a fin de emancipar a las personas para que puedan reivindicar sus derechos, y alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en lo concerniente a la creación de sistemas de salud más receptivos.

[...]

Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/> (Acceso en 12/1/2017)

56 El texto que acabas de leer, elaborado y divulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), trata sobre salud y derechos humanos y expone una serie de:

- (A) principios.
- (B) problemas.
- (C) programas.
- (D) prohibiciones.

57 Según el texto, uno de los aspectos centrales de la falta de equidad en los resultados sanitarios es la:

- (A) falta de médicos.
- (B) calidad científica.
- (C) desigualdad social.
- (D) ausencia de recursos.

58 El texto de la OMS define la “aceptabilidad” como el respeto a las diferencias y la sensibilidad de los servicios de salud en relación al:

- (A) género y la edad.
- (B) dinero y el estado civil.
- (C) credo y la profesión.
- (D) estado civil y la religión.

59 En cuanto al respeto a los derechos humanos, el texto resalta la responsabilidad de los:

- (A) médicos.
- (B) negocios.
- (C) pacientes.
- (D) estados.

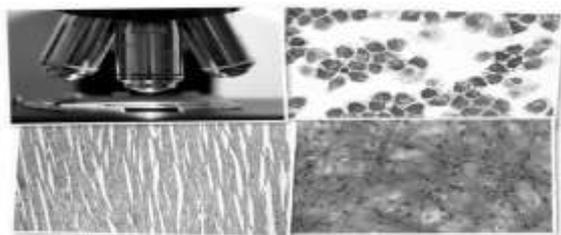
60 En el último párrafo se afirma que el enfoque basado en los derechos humanos también tiene efectos en los pacientes de los sistemas de salud, en la medida en que los habilita para:

- (A) usar medicamentos.
- (B) reivindicar derechos.
- (C) escoger tratamientos.
- (D) gestionar ambulatorios.

LÍNGUA INGLESA

Texto

The Stem Cell Debate: Is it Over?



Stem cell therapies are not new. Doctors have been performing bone marrow stem cell transplants for decades. But when scientists learned how to remove stem cells from human embryos in 1998, both excitement and controversy emerged.

The excitement was due to the great potential these cells have in curing human disease. The controversy centered on the moral implications of destroying human embryos. Political leaders began to debate on how to regulate and finance research involving human embryonic stem (hES) cells.

The Ethical Issues

Until recently, the only way to get pluripotent stem cells for research was to remove the inner cell mass of an embryo and put it in a dish. The possibility of destroying a human embryo can bedisturbin g, even

if it is only five days old. Stem cell research thus raised difficult questions:

- Does life begin at fertilization, in the womb, or at birth?
- Is a human embryo equivalent to a human child?
- Does a human embryo have any rights?
- Might the destruction of a single embryo be justified if it provides a cure for a countless number of patients?

Problem Solved?

Newer discoveries may bring this debate to an end. In 2006 scientists learned how to stimulate a patient's own cells to behave like embryonic stem cells. These cells are reducing the need for human embryos in research and opening up exciting new possibilities for stem cell therapies.

Both human embryonic stem (hES) cells and induced pluripotent stem (iPS) cells are pluripotent: they can become any type of cell in the body. While hES cells are isolated from an embryo, iPS cells can be made from adult cells.

With alternatives to hES cells now available, the debate over stem cell research is becoming increasingly irrelevant. But ethical questions regarding hES cells may not entirely go away.

Some experts believe it's wise to continue the study of all stem cell types, since we're not sure yet which one will be the most useful for cell replacement therapies.

An additional ethical consideration is that iPS cells have the potential to develop into a human embryo, in effect producing a clone of the donor. Many nations are already prepared for this, having legislation in place that bans human cloning.

Adapted from
<http://learn.genetics.utah.edu/content/stemcells/scissues>.
 Accessed Jan. 3, 2017.

Glossary:

Stem cell: Célula-tronco; *bone marrow*: medula; *due to*: debido a; *put it in a dish*: colocar em um recipiente de laboratório para pesquisa; *thus*: logo; disturbing: perturbadora.

Read the text above and answer the following questions:

- 56** The controversy mentioned in the text refers to:
- (A) the financing of scientific research involving human cells.
 - (B) the ethical issues concerning the use of stem cells from human embryos.
 - (C) the use of pluripotent cells in bone marrow transplants.
 - (D) the early treatment of human embryos through stem cell therapies.

57 According to the text, what do iPS and hES cells have in common?

- (A) Both cells can become any type of cell in the human body.
- (B) Both cells are used in transplants carried out in human embryos.
- (C) Both cells had their therapeutic uses discovered in 1998.
- (D) Both cells have the potential to become human clones.

58 The four questions listed in the text, following the third paragraph, refer to:

- (A) the ethical implications of stem cells therapies for the medical profession.
- (B) the therapeutic effects of using stem cells in human embryos.
- (C) the moral aspects involved in the use of human embryos.
- (D) the possible consequences of stem cell therapies in human fertilization.

59 Concerning the future of the debate on stem cell research and therapy, the author believes that “*ethical questions regarding hES cells may not entirely go away*” (paragraph 7). This means that, according to the author,

- (A) the debate will definitely come to an end.
- (B) it is not certain that the debate will come to an end.
- (C) the debate will come to an end after the advent of cloning therapy.
- (D) it is not possible that the debate will ever come to an end.

60 In the last paragraph, **this**, in “*Many nations are already prepared for this*”, refers to:

- (A) the ban of human cloning in stem cell therapy.
- (B) the preparation of some nations for human cloning.
- (C) the potential for an increase in the number of ethical considerations.
- (D) the possible development of iPS cells into a human clone.