





**CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE**

**01. Sobre o processo que resultou na criação do SUS, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** A articulação de vários setores da Sociedade Civil, organizada a partir da metade dos anos 70 do século XX, foi responsável pelo processo político que resultou na criação do SUS.
- II.** Os sucessivos Governos brasileiros da segunda metade da década de 70 e dos anos 80 do século XX são responsáveis pelas formulações, que resultaram na criação do SUS.
- III.** O processo que resultou na criação do SUS foi um movimento acadêmico iniciado na 8ª Conferência Nacional de Saúde sob a liderança de Sérgio Arouca que se completou em 05 de outubro de 1988, com a promulgação da Constituição Federal.
- IV.** O CEBES, a ABRASCO e o MOPS foram três dos principais Coletivos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS.
- V.** A Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência teve um importante papel no processo da reforma sanitária que resultou na criação do SUS.

**Estão CORRETAS**

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

**02. Sobre a Reforma Sanitária, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** A reforma sanitária foi o projeto que objetivou especificamente a criação do SUS.
- II.** Além de formular o SUS, a reforma sanitária brasileira visou modificar um campo de conhecimentos.
- III.** A concepção ampliada de saúde e o significado de direito à saúde, bem como as propostas de princípios e diretrizes para uma nova instituição de saúde são constituintes do projeto da reforma sanitária brasileira.
- IV.** No âmbito institucional, a construção do projeto da reforma sanitária buscou confrontar os problemas de insuficiência, má distribuição, ausência de coordenação, inadequação, ineficiência e ineficácia, características do Sistema Nacional de Saúde.
- V.** O projeto da reforma sanitária ocupou a centralidade das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde e inspirou a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde.

**Está CORRETO, apenas, o que se afirma em**

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

**03. Sobre a organização da atenção à saúde antes de 1988, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** O Instituto Nacional da Previdência Social foi o primeiro sistema de saúde criado no Brasil mediante a Lei Eloy Chaves e como resultado das lutas sociais dos trabalhadores das ferrovias.
- II.** O primeiro sistema de saúde, embora não tenha preconizado a universalidade de acesso aos serviços de todos os níveis de assistência, postulava a integralidade na atenção à saúde.
- III.** As Caixas e os Institutos de Aposentadoria e Pensões, bem como o Instituto Nacional da Previdência Social foram as organizações criadas na segunda, terceira e sexta décadas do século XX para atendimento exclusivo às pessoas portadoras de carteira profissional.
- IV.** A seletividade na definição da cobertura assistencial e a fragmentação da assistência foram algumas das características contra as quais o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira se levantou de maneira crítica, ao mesmo tempo em que propôs a criação do SUS.
- V.** Antes do SUS, foi criado o Sistema Nacional de Saúde e, com este, programas de cobertura assistencial que propiciaram acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

**Estão CORRETAS apenas**

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

**04. Quanto às definições constitucionais relacionadas ao SUS, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** A Constituição Federal de 1988 autoriza tanto o Estado quanto o Mercado a atuar na assistência à saúde.
- II.** Segundo a Constituição Federal de 1988, o SUS deve ser constituído, exclusivamente, de serviços públicos.
- III.** A Constituição Federal de 1988 trata a atenção à saúde como de relevância pública.
- IV.** A Constituição Federal de 1988 define o SUS como responsável direto pela formulação e execução das ações de saneamento.
- V.** Um dos preceitos constitucionais concernentes à atribuição do SUS é a responsabilidade direta pela formulação e execução das ações de proteção ao meio ambiente.

Estão CORRETAS

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

**05. Considerando o que é preconizado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei 8080/90 sobre a organização das ações e serviços, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** Um serviço que propicia as devidas informações sobre a condição/situação de saúde a uma pessoa ou a um coletivo demonstra uma prática que se fundamenta no princípio da integralidade.
- II.** A organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, é um dos princípios fundamentais da organização dos serviços do SUS.
- III.** O princípio da conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, potencializa o princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, principalmente quanto à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- IV.** A preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral é um princípio, que fundamenta a organização humanizada das ações e serviços de saúde.
- V.** O longo tempo de espera dos usuários para um serviço de referência é um problema, que afeta negativamente a continuidade assistencial e atesta um distanciamento do princípio da equidade.

Estão CORRETAS apenas

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

**06. Sobre as corretas relações entre os princípios que fundamentam a organização da assistência à saúde, leia as assertivas abaixo:**

- I.** A regionalização e a hierarquização para organização da rede de serviços de saúde estão diretamente articuladas ao princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo e, portanto, dissociado do princípio da integralidade da assistência.
- II.** A condição indispensável para a aplicabilidade do princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie exige a efetivação do princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, sem o qual se configura a situação de exclusão.
- III.** O princípio da integralidade de assistência deve ser entendido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- IV.** A adequada regionalização e hierarquização para organização da rede de serviços de saúde adquirem maior potência, quando é precedida pelo princípio da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.
- V.** A adoção do princípio da utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática é extremamente importante para a organização de serviços de acordo com o princípio da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, mas irrelevante para o princípio que fundamenta a organização das redes de serviços de saúde.

Estão CORRETAS apenas

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

**07. Sobre a organização das ações e serviços de saúde, analise as afirmativas abaixo:**

- I. A organização regionalizada e hierarquizada da rede de serviços de saúde tem, no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, criado pelo Decreto 7508/11 um instrumento, que se orienta pelo princípio da descentralização político-administrativa e pelo princípio que se expressa em um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.
- II. A potencialidade do COAP é legalmente conferida pelo artigo 199 da Constituição Federal de 1988 cujo teor é o da orientação à conformação do sistema de saúde para superar a fragmentação assistencial que se estende desde a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão.
- III. O artigo 14 da Lei Orgânica da Saúde vincula o COAP necessariamente ao princípio da integralidade da assistência de maneira a ser possível a sua operacionalização pela Comissão Intergestores Regional.
- IV. Uma dificuldade à regionalização e hierarquização dos sistemas de saúde é dada pela relação antagônica entre o arranjo institucional de gestão compartilhada preconizada pelo decreto 7508/11 e o princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
- V. A Comissão Intergestores Regional tanto deve ser formuladora quanto avaliadora da execução do COAP; essa avaliação deve ser registrada no Relatório de Gestão e ser objeto de apreciação e acompanhamento dos Conselhos de Saúde.

Estão CORRETAS apenas

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

**08. Sobre o planejamento do SUS, analise as afirmativas abaixo:**

- I. O COAP é o instrumento de planejamento que registra e celebra o acordo entre gestores do SUS para a definição de regiões de saúde cujos principais critérios são: estar na mesma Unidade Federativa, possuir serviços de atenção primária, atenção psicossocial, urgência e emergência.
- II. Para a definição das regiões de saúde, é de fundamental importância que se tenha uma descrição geográfica da distribuição das ações, serviços e das pessoas que neles trabalham, e também da capacidade instalada, dos investimentos necessários e o desempenho a partir dos indicadores de saúde.
- III. De acordo com o Decreto 7508/11, a elaboração do COAP deve ser feita em sequência ao planejamento regional integrado, a partir dos planos de saúde de cada instância gestora envolvida no processo de criação de uma região de saúde.
- IV. As etapas de elaboração do COAP são as seguintes: elaboração do mapa da saúde; definição das ações e serviços de saúde e das responsabilidades pela referência e contrarreferência do usuário; definição dos medicamentos; pactuação das metas, das responsabilidades de cada gestor e das responsabilidades orçamentárias e financeiras.
- V. Um dos aspectos mais importantes ao desenvolvimento do SUS é a possibilidade de os pequenos municípios integrem o COAP de uma região de saúde, sem possuir ações e serviços da atenção primária.

Estão CORRETAS apenas

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

**09. Sobre o processo histórico da Atenção Básica, analise as afirmativas abaixo:**

- I. O mecanismo administrativo financeiro instalado entre os anos de 1982-83, chamado de Ações Integradas de Saúde, propiciou a criação e o desenvolvimento de vários programas, como também o fortalecimento de outros existentes nas Unidades Básicas.
- II. O Programa Saúde da Família foi o primeiro arranjo institucional no âmbito do SUS, ou seja, em 1990, criado pelo Ministério da Saúde para responder a uma emergência causada por uma epidemia de cólera na Amazônia.
- III. Em 1991, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários para enfrentar, com sucesso, os problemas relacionados à mortalidade infantil em algumas áreas do Nordeste brasileiro.
- IV. Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorientação dos serviços de atenção à saúde, a partir do êxito do PACS e da urgência para enfrentar os graves problemas decorrentes da ausência de profissionais em muitos municípios brasileiros.
- V. As Equipes de PSF, constituídas nos anos iniciais do Programa, eram compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde.

Estão CORRETAS apenas

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

**10. Leia as assertivas abaixo que dizem respeito ao processo histórico da Atenção Básica:**

- I. A mudança administrativa ocorrida em 1993 permitiu ao PSF sair da FUNASA para a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.
- II. Quando o PSF passou a ser financiado pela tabela de procedimentos do SIA-SUS, começou a perder o caráter de programa para adquirir o de estruturador e instrumento de reorganização da atenção básica em particular e do SUS como um todo.
- III. O êxito tanto do PSF quanto do PACS na resolução dos problemas de saúde concorreu para a mudança da norma operacional básica em 1996 e, com ela, a criação da forma de financiamento que considera o quantitativo total dos habitantes do município, segundo os dados do IBGE. Essa forma de financiamento foi denominada de piso da atenção básica e concorreu para o fortalecimento e expansão do PSF.
- IV. Em 1998, o DataSUS criou o Sistema de Informação da Atenção Básica para ser usado no cadastro, famílias vinculadas às Equipes do PSF a fim de coletar e processar dados concernentes a esse cadastro, a condições de moradia e saneamento, à situação de saúde, à produção e composição das equipes de saúde, tendo como orientação teórica os conceitos de território, problema e responsabilidade sanitária.
- V. O Programa de Saúde Bucal, criado em 2001, ampliou a potência de ofertas de serviços do PSF; em 2006, foi publicada a primeira Política Nacional de Atenção Básica e, em 2008, foram criadas as Equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.

**Estão CORRETAS**

- A) I e II, apenas.  
 B) II e IV, apenas.  
 C) II, III, IV e V, apenas.  
 D) I, II, III, IV e V.  
 E) III e V, apenas.

**11. A PNAB 2011 e a PNAB 2017 estão expressas nas assertivas abaixo:**

- I. A aplicabilidade do princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, possibilita a efetivação da regionalização e hierarquização para organização da rede de serviços de saúde e, conseqüentemente, a possibilidade de verificação do grau da universalização de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
- II. A territorialização, estabelecida nas portarias PNAB 2488/2011 e 2436/2017, dá o sentido às Equipes de Saúde da Família para a possibilidade de verificação da efetivação dos princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, da igualdade da assistência à saúde e da integralidade da assistência.
- III. As Portarias PNAB 2488/2011 e 2436/2017 apresentam distinções substanciais quanto aos princípios, diretrizes e funções na rede de atenção à saúde.
- IV. A PNAB 2436/17 supera o caráter de indeterminação da Portaria 2488/2011 quanto à composição da Equipe multiprofissional em saúde da família.
- V. Enquanto a PNAB 2488/2011 apenas definiu os conceitos e as competências das Equipes do NASF, a PNAB 2436/17 também previu modalidades e cargas horárias dos profissionais.

**Está CORRETO, apenas, o que se afirma em**

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

**12. Sobre as PNABs 2011 e 2017, analise as afirmativas abaixo:**

- I. A normatização da organização dos fluxos de um contínuo assistencial, instituída tanto pela PNAB 2488/11 quanto pela Portaria PNAB 2436/17, favorece uma importante condição ao plano municipal de saúde para a elaboração do planejamento integrado e, conseqüentemente, ao COAP.
- II. A responsabilidade comum às gestões do SUS das três esferas de governo com o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, conforme preceito da PNAB 2436/17, contribui para a elaboração do COAP.
- III. As Secretarias Municipais de Saúde são prioritariamente responsáveis pela criação e organização das ações e serviços da atenção básica. A PNAB 2436/17 também define para os gestores dessa esfera de governo a responsabilidade pela divulgação periódica dos relatórios de indicadores da atenção básica, com o intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação.
- IV. A PNAB 2436/17 amplia a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, ao definir que estas elaborem a organização do fluxo das pessoas, inserindo-as numa linha de cuidado assistencial.

- V. A PNAB 2436/17 extinguiu os padrões essenciais e ampliados para as ações e serviços que haviam sido definidos pela PNAB 2488/11, considerando o vácuo quanto à definição de ambos os parâmetros.

Está **CORRETO**, apenas, o que se afirma em

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

**13. Sobre as PNAB e a Vigilância da Saúde, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** A atividade de cadastramento de famílias e seus membros pelos Agentes Comunitários de Saúde, preconizada pelas PNABs de 2011 e de 2017, é de fundamental importância para a produção de análises que subsidiem o planejamento, o estabelecimento de prioridades e estratégias, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde pública, portanto a vigilância da saúde.
- II.** De igual importância para a vigilância da saúde, é a ação de realização da busca ativa e de notificação de doenças, de agravos de notificação compulsória, de outros agravos e situações de importância local que deve ser realizada por todos os profissionais, segundo os instrumentos normativos acima mencionados;
- III.** As atividades de acompanhamento de grupos populacionais expostos a riscos ambientais por profissionais de uma Equipe de Saúde da Família ou de Unidades de Atenção Básica também se constituem em ações da vigilância da saúde.
- IV.** As atividades dos profissionais de uma Equipe de Saúde da Família ou de Unidades de Atenção Básica em programas que tomam as doenças crônicas não transmissíveis como objeto de trabalho também possuem elementos constitutivos da vigilância da saúde.
- V.** A operacionalização de ações do âmbito da Vigilância da Saúde na atenção básica não foi preconizada pela PNAB 2488/11, e sim pela PNAB 2436/17.

Estão **CORRETAS** apenas

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

**14. Leia as assertivas abaixo que tratam da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:**

- I** A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma especificidade do SUS, que se desdobra da atribuição de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde definida no artigo 200 da Constituição Federal de 1988.
- II.** A organização das atividades administrativas e operacionais para a instituição da Política Nacional deve ser orientada pelo princípio da descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, que fundamenta as diretrizes da descentralização tanto no sentido da municipalização quanto da regionalização.
- III.** As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço dirigem as suas atividades, exclusivamente para os municípios, como preceitua a Constituição Federal de 1988 no artigo 200 que trata das atribuições do SUS.
- IV.** Educação Permanente também é um termo que exprime um conceito pedagógico equivalente ao conceito de educação continuada praticada antes do SUS.
- V.** Estudos reflexivos voltados para o fortalecimento do SUS conceituam a educação permanente em saúde nas relações que se estabelecem entre a gestão, a atenção à saúde, o controle social e o ensino.

Estão **CORRETAS** apenas

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

**15. Leia as assertivas abaixo que tratam da Educação Popular em Saúde:**

- I. Criada em novembro de 2013, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde resulta de esforços, trabalhos e reivindicações oriundas das Conferências Nacionais de Saúde realizadas em 2004, 2008 e 2011.
- II. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde se fundamenta nos princípios do diálogo; amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.
- III. Os princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde estabelecem nexos diretos com o princípio da participação da comunidade.
- IV. A estrutura da Política Nacional de Educação Popular em Saúde é dada pelos eixos da participação, controle social e gestão participativa; da formação, comunicação e produção de conhecimento; do cuidado em saúde; da intersetorialidade e dos diálogos multiculturais.
- V. A Portaria 2761/13 instituiu a Política Nacional de Educação Popular em Saúde de modo centralizado, no Ministério da Saúde, por dez anos, a fim de consolidar o Plano Operativo em elaboração dialogada com as Secretarias Municipais de Saúde.

**Está CORRETO, apenas, o que se afirma em**

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

**16. Leia as afirmativas abaixo:**

- I. A redefinição da Política Nacional de Promoção da Saúde pela Portaria 2446/2014 manteve os eixos operacionais preconizados pela portaria de 2006.
- II. As características da intersetorialidade, integração dos serviços de saúde enquanto aproximam a Política Nacional de Promoção da Saúde da PNAB 2488/11 distanciam da PNAB 2436/17.
- III. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a Vigilância da Saúde estabelecem nexos intrínsecos, tanto no plano conceitual quanto no operacional.
- IV. A articulação entre a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde exige na prática necessariamente a mediação da PNAB.
- V. PNAB, Vigilância da Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde e Política Nacional de Educação Popular articulam-se conceitual e operacionalmente, porque se fundamentam e se orientam nos princípios e diretrizes do SUS.

**Está CORRETO, apenas, o que se afirma em**

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

**17. Leia as assertivas abaixo que tratam da Política Nacional de Humanização na Atenção e na Gestão da Saúde, PNH.**

- I. A PNH se propõe a confrontar os problemas relacionados às dificuldades com as dimensões sociais e subjetivas, presentes no trabalho em saúde e no processo de trabalho em equipe.
- II. Trata-se de uma Política específica do SUS que busca confrontar os problemas os quais afetam negativamente a descentralização e a regionalização, mesmo tendo alcançado ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social.
- III. A proposta de organização e coordenação da PNH favorece o modo ascendente no planejamento e orçamento preconizado pela Lei Orgânica da Saúde.
- IV. Trata-se de uma Política, que direciona as suas orientações para todos os âmbitos da atenção e da gestão.
- V. A PNH afirma que as dificuldades dos profissionais para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes no trabalho em saúde e no processo de trabalho em equipe decorrem dos problemas relacionados com a descentralização e a regionalização das ações e serviços de saúde.

**Estão CORRETAS apenas**

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

**18. Ainda sobre a PNH, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** Dada a valorização da relação intersubjetiva, a Política Nacional de Humanização prioriza a superioridade do vínculo, do acolhimento e da responsabilização frente aos recursos tecnológicos, oriundos dos conhecimentos filosóficos, científicos e dos equipamentos.
- II.** Quanto mais e melhor se processar o acolhimento, o vínculo, a responsabilidade e a resolutividade entre o usuário e os profissionais que cuidam de sua saúde, mais fortalecidos serão os princípios da universalidade de acesso, da igualdade na assistência e da integralidade assistencial, que fundamentam a Política Nacional de Humanização.
- III.** Em se cumprindo a intencionalidade de redução de filas e do tempo de espera nos serviços, a Política Nacional de Humanização terá fortalecido o princípio da universalidade de acesso que o fundamenta.
- IV.** A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, a relevância do vínculo, acolhimento e responsabilização e o destaque ao cuidado centrado na pessoa exemplificam a intrínseca relação entre a PNH, a PNAB 2011 e a PNAB 2017.
- V.** A PNAB, 2017, explicita os padrões essenciais e ampliados para a avaliação das ações e serviços da atenção básica, enquanto a Política Nacional de Humanização não apresenta, com nitidez, os resultados que poderão ser alcançados.

**Está CORRETO, apenas, o que se afirma em**

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

**19. Quanto à PNH, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** As diretrizes específicas da PNH e as diretrizes das PNABs 2011 e 2017 se distanciam, visto que a primeira tem como objeto a intersectorialidade e a descentralização, e as duas outras tomam como objeto de normatização o trabalho na atenção primária.
- II.** Tanto a PNAB 2011 quanto a PNAB 2017 apresentam as suas diretrizes de forma conceitual, enquanto a PNH foca na atitude e na instrumentalidade técnica.
- III.** PNH e PNABs 2011 e 2017 se distanciam pela ênfase que a primeira confere às tecnologias de relacionamento, enquanto a segunda e a terceira focam nas atribuições dos profissionais.
- IV.** Com a diretriz que ressalta a responsabilidade do profissional para se comprometer com o trabalho em equipe, a PNH se dirige à consciência de quem opera e de quem administra os serviços do SUS.
- V.** Devido ao interesse de direcionar suas orientações para os serviços dos três níveis de complexidade do SUS, a PNH não estabelece nexos com as demais Políticas específicas do SUS.

**Está CORRETO, apenas, o que se afirma em**

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

**20. Leia as assertivas abaixo que tratam de três grandes ações reguladas pelo Ministério da Saúde através de portarias.**

- I.** As Políticas de Saúde das populações indígenas, negra e do campo, floresta e águas estabelecem nexos com os princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência da igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e da igualdade de acesso.
- II.** Dada a especificidade cultural e étnica da população indígena, a sua Política específica contraria as Leis Orgânicas da Saúde.
- III.** Para debater a saúde indígena, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, respectivamente, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde.
- IV.** A atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, PNASPI, conseguiu romper com o paradigma da tutela imposto inicialmente à pessoa indígena pelo Serviço de Proteção ao Índio e considerá-la, à luz da Constituição Federal de 1988, como sujeitos de plena capacidade civil.
- V.** A PNASPI se orienta pelas determinações da Constituição Federal que reconhecem nos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

**Estão CORRETAS apenas**

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

**21. Sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, analise as afirmativas abaixo:**

- I. A Marcha Zumbi dos Palmares, realizada em 20 de novembro de 1995, resultou na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra/GTI e do Subgrupo Saúde, cujos principais resultados foram a introdução do quesito cor nos sistemas de informação de mortalidade e de nascidos vivos; a elaboração da Resolução 196/96, que introduziu, dentre outros, o recorte racial em toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos; e a recomendação de implantação de uma política nacional de atenção às pessoas com anemia falciforme.
- II. A presença marcante e a qualidade do movimento social negro na 8ª, 11ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde e a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial contribuíram para a formulação, aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e implantação da PNSIPN pelo Ministério da Saúde.
- III. Todos os esforços contribuíram para adequar a formulação da PNSIPN aos princípios da universalidade do acesso, da integralidade e da igualdade da assistência, da descentralização político-administrativa e do controle social.
- IV. Todos os esforços para a formulação da PNSIPN não foram suficientes para o Ministério da Saúde reconhecer o racismo institucional nas instâncias do SUS.
- V. Apesar de todos os esforços para formulação e aprovação da PNSIPN pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, a institucionalização pelo Ministério da Saúde foi concretizada apenas em 2009.

Está **CORRETO**, apenas, o que se afirma em

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

**22. Sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas, PNSIPCFA, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, analise as afirmativas abaixo:**

- I. A 14ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2011 aprovou a então PNSIPCF, que foi regulamentada no mesmo ano pelo Ministério da Saúde; este, no entanto, a alterou em 2014, para incorporar os povos das águas.
- II. A PNSIPCFA se dirige aos povos e às comunidades, que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; outras comunidades tradicionais, dentre outros.
- III. A PNSIPCFA e a PNSIPN não estabelecem conexões entre si, exceto quanto ao fato de terem que ser operacionalizadas pelos serviços de atenção básica.
- IV. A PNSIPCFA e a PNSIPN oferecem às práticas convencionais, que se desenvolvem no SUS o diálogo com o raciocínio popular e o dos povos tradicionais.
- V. A PNSIPCFA define um modelo de atenção próprio, que se caracteriza por espaço etno-cultural, dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, denominado de Distrito Sanitário Especial Indígena.

Estão **CORRETAS** apenas

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

**23. Sobre os processos da Política Nacional de Saúde Mental, PNSM, analise as afirmativas abaixo:**

- I. O II Encontro do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, 1987), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro, 1987), a III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília, 2001) e a Lei nº 10.216/02 de autoria do então deputado Paulo Delgado foram elementos do Projeto da Reforma Psiquiátrica que deu forma e sentido à PNSM, aprofundando nestes os princípios e diretrizes do SUS.
- II. A Lei nº 10.216/02 de autoria do então deputado Paulo Delgado regulamentou os direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.
- III. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) e o Programa de Volta para Casa são equipamentos constitutivos da Rede de Atenção Psicossocial, que buscam substituir o modelo manicomial marcado por internações psiquiátricas.

- IV.** A incorporação do Hospital Psiquiátrico, das Comunidades Terapêuticas e das Unidades Ambulatoriais Especializadas às RAPS e também a supressão do uso do termo “substitutivo” para os equipamentos extra-hospitalares por determinação do Ministério da Saúde por meio da nota técnica nº11/19 exigem a observação/verificação da tendência no sentido do aumento das internações psiquiátricas ou dos dispositivos inspirados no Projeto da Reforma Sanitária.
- V.** Dada a especificidade e a diversificação tecnológica, a PNSM orienta a separação desse campo de práticas assistenciais com os do nível da atenção básica para assegurar a universalidade do acesso e a eficiência técnica.

**Estão CORRETAS apenas**

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

**24. Sobre os processos relacionados à redução de danos, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** Em 2005, o Ministério da Saúde determinou, por meio da Portaria 1028, a regulação das práticas de redução de danos mediante uma portaria, em sequência aos desdobramentos das mobilizações frente aos problemas da morbimortalidade pelo HIV/AIDS e das reivindicações feitas no campo da saúde mental.
- II.** A Portaria 1028/01 orienta a abstinência quanto ao uso de substâncias que causem dependência e práticas sexuais, visto que os esforços de trabalho devem ser dirigidos a facilitar o aumento da autonomia da pessoa em tratamento.
- III.** A reflexão sobre a execução das atividades de redução de danos induz à articulação entre a Portaria 1028/05, a Política Nacional de Acolhimento, a Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Educação Popular em Saúde, a PNAB 2011 e a 2017 bem como a Vigilância em Saúde.
- IV.** A Nota Técnica nº 11/19 do Ministério da Saúde tem posição contrária à legalização das drogas, defende estratégias de tratamento pautadas na abstinência, portanto é contrária à redução de danos.
- V.** A Portaria 1028/05 declara que, em todas as ações de redução de danos, devem ser preservadas a identidade e a liberdade da decisão do usuário ou dependente ou pessoas tomadas como tais sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, estabelecendo nexos com o princípio da preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

**Estão CORRETAS apenas**

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

**25. Sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, PNPIC, analise as afirmativas abaixo:**

- I.** A institucionalização da PNPIC em 2006 foi reivindicada pela 8ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde.
- II.** Os esforços de profissionais e gestores não estão produzindo resultados de expansão das práticas integrativas, visto que, em 2006, eram vinte e seis procedimentos e, atualmente, são dezenove.
- III.** A PNPIC guarda relação direta com a Vigilância da Saúde, com a Política Nacional de Promoção da Saúde, com a Educação Popular, com a Política Nacional de Humanização e com a PNAB 2011 e 2017.
- IV.** A PNPIC demonstra relações intrínsecas com os princípios da universalidade do acesso, da igualdade, da integralidade da assistência e da participação da comunidade.
- V.** A expansão dos procedimentos integrativos e complementares faz parte de um esforço internacional protagonizado pela Organização Mundial de Saúde.

**Estão CORRETAS apenas**

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

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

**26. Na rede básica de saúde, o fisioterapeuta não só restaura, desenvolve e conserva a capacidade física do paciente mas também previne doenças e promove orientações. No âmbito da saúde da criança e do adolescente, é função do fisioterapeuta proporcionar educação, prevenção e assistência, bem como integrar equipes multiprofissionais destinadas a planejar, programar, controlar e executar projetos e programas.**

**Nesse contexto, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) As ações coletivas e, principalmente, curativas do fisioterapeuta constituem o atendimento individual, visitas familiares, orientações aos cuidadores, considerando a dificuldade de deslocamento até a UBS, devido a limitações físicas, financeiras e à dinâmica familiar.
- B) A prática da visita domiciliar visa ao primeiro contato com a moradia do usuário, sem necessariamente vinculá-lo ao atendimento, com possibilidade de orientações e identificação de problemas locais.
- C) As ações comunitárias estão geralmente direcionadas à educação em saúde e práticas corporais, com a realização de atividades em creches, grupos escolares e podem ser oferecidas tanto em espaços específicos destinados às reuniões ou nas próprias UBS, incluindo o desenvolvimento de palestras educativas, rodas de conversa ou atividades afins.
- D) As orientações podem ser oferecidas por meio de palestras, treinamento aos pais, folhetos explicativos e outros veículos de comunicação sobre diferentes assuntos que envolvem os cuidados com a criança. Mediante a apropriação do conhecimento, a criança e a família ganham autonomia no manejo da doença e na manutenção da saúde.
- E) Para o manejo de pacientes crônicos, são realizados programas de treinamento aos cuidadores, envolvendo técnicas de fisioterapia respiratória e motora, na tentativa de garantir um cuidado domiciliar adequado.

**27. Sobre a abordagem fisioterapêutica na atenção básica direcionada aos cuidadores da criança que apresenta afecções respiratórias, é INCORRETO afirmar que**

- A) os temas, como: profilaxia ambiental, métodos de prevenção de acidentes domésticos, conscientização sobre o aleitamento materno e a imunização, orientações quanto à limpeza nasal, uso e higiene de inaladores devem ser abordados.
- B) orientações para evitar agudizações ou crises devem ser enfatizadas, e uma atenção especial deve ser oferecida aos pacientes asmáticos.
- C) o treinamento pode ser dirigido às técnicas de remoção de secreções brônquicas e exercícios ventilatórios. Em situações especiais, informações deverão ser oferecidas quanto aos cuidados com a oxigenoterapia e o suporte ventilatório domiciliar.
- D) diante do perfil especial e vulnerável desse grupo etário, recursos lúdicos, como bolhas de sabão, língua de sogra e apitos, devem ser vedados na terapia respiratória, mesmo que essas crianças necessitem de motivação e incentivo.
- E) assuntos apontados pela comunidade como necessários, por meio de questionários e entrevistas, deverão ser incluídos na abordagem fisioterapêutica.

**28. A assistência fisioterapêutica na atenção básica direcionada ao paciente pediátrico pode ser realizada nas unidades básicas de saúde ou no domicílio.**

**Quando indicada para os casos de afecções respiratórias e/ou motoras, é INCORRETO afirmar que**

- A) na área respiratória, a intervenção envolve a aplicação de técnicas convencionais (drenagem postural, vibração manual ou mecânica, percussão e padrões ventilatórios), a fim de remover secreção brônquica, otimizar a ventilação pulmonar e melhorar o padrão respiratório da criança.
- B) na assistência das afecções motoras, o fisioterapeuta lança mão de exercícios, mobilizações, manipulações, alongamentos e outros recursos que visam restabelecer a função musculoesquelética.
- C) nas alterações posturais, o diagnóstico precoce torna desfavoráveis as possibilidades de uma intervenção eficiente, principalmente na criança, em que o sistema musculoesquelético é mais complacente.
- D) na área motora, o treinamento objetiva orientar os familiares para a prevenção de encurtamentos e deformidades musculoesqueléticas, uso adequado de órteses, cuidados com escaras de decúbito e, também, na aplicação de estímulos para o desenvolvimento sensorio-motor da criança.
- E) todo o programa de orientação leva em consideração o nível de entendimento dos cuidadores, a idade da criança, o quadro clínico em questão, bem como os recursos disponíveis para a sua resolução.

**29. Na avaliação do risco gestacional realizada pela equipe de Atenção Básica, são considerados fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco, quando relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis da gestante, todos os abaixo citados, EXCETO:**

- A) Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).
  - B) Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
  - C) Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
  - D) Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular) e condições ambientais desfavoráveis.
  - E) Altura menor que 1,45 m e IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.
- 

**30. A atuação da fisioterapia domiciliar e gerontológica vai muito além dos procedimentos terapêuticos com o paciente, devendo avaliar a sobrecarga, a qualidade de vida e a presença de estresse em cuidadores das comunidades.**

**Diante desse contexto, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Os cuidadores queixam-se, muitas vezes, de sobrecarga e, frequentemente, de depressão, estresse e ansiedade. Deixam de lado, na maioria das vezes, a profissão, as atividades de lazer e o autocuidado, podendo acarretar prejuízos na qualidade de vida e no cuidado prestado ao idoso.
  - B) A sobrecarga deve ser vista como um conceito multidimensional, que abrange a esfera biopsicossocial, resultado da busca de equilíbrio entre as seguintes variáveis: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis.
  - C) O ato de cuidar tem sido conceituado como importante fator estressor e, somado ao caráter crônico e sem um tempo definido para a sua duração, encontra-se associado a repercussões negativas do cuidar, provocando interferências na saúde física e psicológica de quem cuida.
  - D) Geralmente, os homens participam do cuidado de uma forma primária, assumindo os cuidados, mesmo possuindo outro trabalho, o que acaba repercutindo na redução do tempo livre e traz implicações para a sua vida social.
  - E) O parentesco, idade do cuidador, gênero, modos de enfrentamento, fatores socioeconômicos, espirituais e culturais, tais como obrigação filial, bem como distúrbios apresentados por quem recebe o cuidado, são determinantes no grau de sobrecarga do cuidador.
- 

**31. A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é a distrofia muscular progressiva mais comum. Ao avaliar um paciente com DMD, é INCORRETO afirmar que**

- A) os primeiros sinais aparecem por volta dos primeiros meses de vida, acometendo mais precocemente a cintura escapular.
  - B) ao início dos primeiros sinais, pode ocorrer a pseudo-hipertrofia do tríceps sural e alteração da marcha.
  - C) devido à fraqueza dos músculos da cintura pélvica e dos paravertebrais, a criança faz báscula alternada de quadril e desenvolve lordose lombar.
  - D) a marcha é bamboleante e débil com muita dificuldade para subir e descer escadas. Para ficar em pé a partir do decúbito prono, desenvolvem uma escalada sobre si mesmos (manobra de Gowers ou levantar miopático).
  - E) contraturas e retrações dos tendões levam alguns pacientes a andar na ponta dos pés.
- 

**32. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental, devido às sequelas e aos déficits neurológicos que ocasionam ao paciente.**

**Sobre o AVC, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O AVC pode ser compreendido pelo rápido acontecimento de sinais clínicos, decorrentes de distúrbios focais ou globais da função cerebral, resultando em sintomas com duração superior a 24 horas.
  - B) Aproximadamente 80% dos casos devem-se à oclusão de uma artéria, seja por ateroma ou êmbolos secundários, caracterizando o AVC isquêmico.
  - C) Após os 55 anos, a incidência do AVE dobra a cada década de vida, sendo que as mulheres são acometidas 19% mais que os homens.
  - D) O AVC hemorrágico ocorre devido a um sangramento anormal para o parênquima cerebral, em consequência de aneurisma, malformação arteriovenosa, doença arterial hipertensiva.
  - E) O Ataque Isquêmico Transitório (ATI) geralmente tem duração de 10 a 20 minutos. Sintomas isquêmicos presentes por uma hora raramente se resolvem nas próximas 23 horas.
-

**33. A Doença de Parkinson (DP) é uma patologia lenta e crônica do sistema nervoso, na qual ocorre uma degenerescência nas células dos gânglios basais, ocasionando uma perda ou interferência na ação da dopamina, que é o principal neurotransmissor dos gânglios basais. Estes contribuem para a precisão e a uniformidade dos movimentos e coordenam as mudanças de posição. Trata-se de um dos distúrbios de movimento, que mais acomete os idosos, sendo caracterizada por quatro sinais clínicos essenciais: tremor de repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural.**

**Sobre as características da DP, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Na DP, são frequentes os casos de aparecimento abrupto dos sintomas, e, nesses casos, ocorre inicialmente o tremor de repouso, diminuindo ou desaparecendo, quando se inicia o movimento, acometendo, preferencialmente, os membros, podendo ainda acometer o segmento cefálico.
- B) A rigidez é uma das marcas clínicas da DP, podendo estar ausente na fase inicial da doença. Os pacientes frequentemente se queixam de “peso” e “dureza” dos membros. É sentida uniformemente nos músculos e está presente, independentemente da tarefa, da amplitude ou velocidade do movimento.
- C) A bradicinesia na DP é um sinal que corresponde a uma lentidão dos movimentos, especialmente os automáticos, havendo uma pobreza geral da movimentação.
- D) Na instabilidade postural, os pacientes experimentam dificuldades crescentes durante atividades dinâmicas desestabilizantes, tais como alcance funcional, andar e virar.
- E) Os pacientes assumem uma postura muito característica com a cabeça em ligeira flexão, tronco ligeiramente inclinado para frente, flexão moderada da perna sobre a coxa e do antebraço sobre o braço, com exagero da pinça digital nas mãos e o tronco fletido ventralmente.

**34. A fisioterapia é empregada como tratamento adjunto aos medicamentos ou à cirurgia utilizada na Doença de Parkinson (DP).**

**Sobre a intervenção fisioterapêutica na DP, é INCORRETO afirmar que**

- A) compreende exercícios motores, treinamento de marcha (sem e com estímulos externos), treinamento das atividades diárias, terapia de relaxamento e exercícios respiratórios.
- B) tem como meta educar o paciente e a família sobre os benefícios da terapia por exercícios. Devem ser avaliados os sintomas neurológicos, a habilidade para andar, a atividade da vida diária (AVD), a qualidade de vida (QV) e a integração psíquica.
- C) tem como finalidade o treinamento para distúrbios primários, como rigidez, bradicinesia, distúrbio da marcha e equilíbrio e a melhora dos distúrbios secundários, como fraqueza muscular, restrição de movimentos e insuficiência cardiopulmonar.
- D) o treinamento da marcha é um dos objetivos principais da reabilitação na DP. Na tentativa de melhorar a marcha e evitar quedas, alguns fisioterapeutas utilizam, no treinamento da marcha, estímulos visuais colocados no solo.
- E) inclui a terapia convencional e ocupacional, terapia com estímulos visuais, auditivos e somatosensitivos. Os estímulos facilitam os movimentos, o início e a continuação da marcha, o aumento do tamanho dos passos e a intensificação dos congelamentos.

**35. As disfunções reumatológicas e traumatológicas contribuem para as maiores demandas da Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS). A Osteoartrite (OA) é a maior causa de incapacidade musculoesquelética mundial, tornando-se um grave problema de saúde pública. A OA de joelho é uma doença de caráter inflamatório e degenerativo, que provoca a destruição da cartilagem articular e ocasiona uma deformidade da articulação. Entre as articulações de sustentação de peso, o joelho é o mais frequentemente afetado.**

**Sobre a avaliação e a abordagem fisioterapêutica na OA de joelho, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Os principais sintomas são: dores, ruídos e inchaços articulares, rigidez articular (principalmente matinal), além de deformidades e diminuição da capacidade de movimentação da articulação.
- B) Além da idade, um dos fatores importantes que favorecem o aparecimento da OA é o sobrepeso, porque produz sobrecarga nas articulações, mas, quando a lesão é tratada, a recuperação da articulação é total.
- C) A fisioterapia tem como principais objetivos: controlar a dor, fortalecer os músculos, mobilizar as articulações, alongar estruturas, melhorar a coordenação, prevenir/reduzir as deformidades, aconselhar a relação repouso/atividade, auxiliar na manutenção da função, oferecendo um melhor estilo de vida ao paciente.
- D) O fisioterapeuta pode utilizar diversas formas de tratamento, tais como a utilização da eletrotermofototerapia (para tratamento da dor e da inflamação), da crioterapia, mobilização articular, prescrição de programas de exercícios terapêuticos em solo ou na água.
- E) É fundamental que o paciente esteja ciente do seu caso e siga corretamente o tratamento prescrito pelo fisioterapeuta responsável, para que possa evitar maiores danos e ter uma melhor recuperação e maior qualidade de vida.

**36. A Síndrome da Dor Miofascial (SDM) é uma afecção, que acomete músculos, fáscias, ligamentos, tecidos pericapsulares, tendões e bursas. Caracteriza-se pela ocorrência de dor muscular em regiões endurecidas, nos quais estão presentes bandas de tensão palpáveis e pontos extremamente dolorosos, os PG. É a maior causa de dor musculoesquelética e atualmente ocasiona um impacto significativo na qualidade de vida dos que sofrem com os seus sintomas.**

**Sobre a fisioterapia na SDM, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Exercícios de alongamento da região cervical e da musculatura da cintura escapular melhoram a postura e a dor em pacientes com cefaleia tensional, mas não apresentam efeito positivo na cefaleia cervicogênica.
- B) A cinesioterapia visa aprimorar e otimizar a atividade mecânica gerada pelos músculos e proporcionar analgesia, recuperação da expansibilidade tecidual, força, resistência à fadiga e restabelecimento da cinestesia, isto é, dos padrões gestuais fisiológicos, graças à inibição dos fatores irritantes e limitadores.
- C) Deve-se restabelecer a expansibilidade e o comprimento isométrico do músculo e dos folhetos teciduais superficiais, utilizando-se a técnica de alongamento passivo, ativo assistido ou ativo e manobras de liberações ou inativações miofasciais, como massagem da zona reflexa e massagens transversas profundas, seguidas de contrações isométricas para manutenção e recuperação do trofismo muscular.
- D) As atividades físicas regulares contribuem não apenas para a melhora física mas também proporcionam benefícios psicológicos, melhoram e causam bem-estar, além de eliminar a fobia aos exercícios.
- E) Os exercícios ativos induzem à participação no enfrentamento de dor crônica, assim como os exercícios em grupo reduzem, também, os estresses psicológicos e facilitam a socialização.

**37. A Fibromialgia (FM) é uma doença crônica e sistêmica, caracterizada por dores musculares generalizadas, distúrbios do sono, rigidez articular, fadiga muscular, alterações psicológicas e baixa tolerância ao esforço físico. Sem origem inflamatória, a dor não causa degeneração nem é progressiva, podendo ocorrer de forma isolada ou associada a outras doenças reumáticas.**

**Sobre a FM e a fisioterapia, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Desde 1990, o Colégio Americano de Reumatologia estabeleceu critérios diagnósticos para a FM. São eles: dor localizada, por mais de um mês nos lados esquerdo e direito do corpo e dor em 11 dos 18 *tender points* específicos no corpo.
- B) A fisioterapia atua no sentido de diminuir os sintomas, melhorando o controle da dor e a manutenção ou melhora das habilidades funcionais dos pacientes.
- C) Outra meta da fisioterapia deve ser o papel educativo, para que os ganhos da intervenção possam permanecer em longo prazo, e os pacientes consigam se tornar menos dependentes dos cuidados de saúde. Incentivam-se estilos de vida mais participativos e funcionais que contribuam no restabelecimento físico e emocional do paciente.
- D) O exercício aeróbico, na intensidade adequada para um indivíduo, pode melhorar a função, os sintomas e o bem-estar. A atividade física aeróbica acarreta consistente ativação do sistema opioide endógeno que, por sua vez, ocasiona aumento no limiar de dor e sua tolerância, resultando numa resposta analgésica.
- E) A atividade física contribui para a diminuição da dor estando relacionada com a quebra do ciclo vicioso: dor – imobilidade – dor, que proporciona ao paciente encorajamento para retornar às atividades diárias.

**38. As fraturas proximais do fêmur em idosos representam um sério problema de saúde pública. O tratamento cirúrgico dessa fratura serve para reduzir as morbidades, juntamente com a fisioterapia pós-operatória. É de extrema importância que o profissional conheça o tipo de fratura, assim como o material usado para fixação cirúrgica. Esses dados vão interferir na conduta, que inclui o tempo de deambulação, a descarga de peso no membro, bem como restrições em alguns movimentos.**

**Sobre a abordagem fisioterapêutica nas fraturas proximais do fêmur em idosos, é INCORRETO afirmar que**

- A) o objetivo da fisioterapia no tratamento pós-operatório de pacientes com fratura em fêmur proximal é aumentar a força muscular, melhorar a segurança e eficiência da deambulação, fornecendo, assim, maior independência ao idoso.
- B) independentemente do tipo de fratura e material usado para fixação, é de grande importância que esse paciente fique em ortostatismo e deambule o mais precoce possível para evitar complicações respiratórias e outras complicações inerentes ao imobilismo, porém, algumas vezes, isso não é possível pelo estado de saúde geral do paciente.
- C) o fortalecimento de músculos abdutores e adutores do quadril aumenta a estabilidade laterolateral durante a marcha, influenciando na melhora do equilíbrio dinâmico do paciente.
- D) os exercícios realizados com descarga de peso, certamente seguindo as restrições de descarga de peso dadas pelo médico responsável, se mostram vantajosos e aumentam, também, o equilíbrio dinâmico, além do desempenho funcional.
- E) há uma tendência de que os exercícios de fortalecimento sejam a chave para a melhora funcional desses pacientes. As evidências mostram que a fisioterapia acelera a recuperação do idoso e garante o total retorno deste ao seu estado funcional pré-fratura.

**39. A Síndrome do Impacto no Ombro (SIO) é uma patologia inflamatória e degenerativa, que se caracteriza por impactação mecânica de determinadas estruturas, que se localizam no espaço umerocoracoacromial da articulação. É a afecção mais comum da cintura escapular, com prevalência superior em indivíduos com idade entre 40 e 50 anos, entretanto, por estar intimamente relacionada a algumas atividades laborais e esportivas, se torna cada vez mais frequente em adultos jovens. O tratamento conservador é frequentemente utilizado no tratamento da SIO, e a fisioterapia, a modalidade terapêutica mais indicada.**

**Diante desse contexto, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O tratamento fisioterapêutico tem como objetivos: alívio do quadro algíco, ganho de amplitude de movimento e melhora da força muscular, de maneira que permita maior funcionalidade para o membro acometido, e, conseqüentemente, a elaboração de um protocolo de tratamento adequado depende da evolução clínica da patologia.
- B) O tratamento fisioterapêutico na fase inicial tem como objetivo a redução ou abolição da dor e diminuição do processo inflamatório instalado, sendo importante a implementação imediata dos exercícios proprioceptivos para o restabelecimento do equilíbrio das forças agonista e antagonista durante a função do ombro.
- C) Na fase inicial, a TENS (estimulação nervosa elétrica transcutânea) é indicada no controle e modelação da dor, e a crioterapia, por causa do efeito de resfriamento, pode favorecer a redução da inflamação.
- D) A tração do ombro com pequenos graus de abdução pode ser indicada como mecanismo de descompressão articular e alívio do quadro algíco, além dos exercícios pendulares.
- E) Após alívio da dor e redução do processo inflamatório agudo, os exercícios para ganho de ADM e melhora da flexibilidade dos músculos rotadores laterais e mediais do ombro e romboides devem ser inseridos no programa de reabilitação.

**40. A Atenção Primária consiste no primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde, portanto deve estar apta a manejar os problemas de maior frequência e relevância presentes na comunidade. Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a atenção às pessoas com doenças respiratórias crônicas esteja pautada em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.**

**São atribuições do fisioterapeuta todas as alternativas abaixo, EXCETO:**

- A) Buscar a integração entre a equipe de saúde da família e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada sobre a evolução de todos os casos das doenças.
- B) Avaliar o grau de dispneia por meio da aplicação de escalas/questionários e a capacidade funcional por meio de teste de caminhada.
- C) Realizar a medida de pico de fluxo, definir e aplicar o condicionamento físico aeróbico, com monitorização adequada.
- D) Definir e aplicar os exercícios respiratórios, visando à redução das alterações funcionais da respiração.
- E) Relaxar, alongar e fortalecer as cadeias musculares envolvidas e ensinar estratégias respiratórias.

**41. A presença de tosse é indicativa da existência de alguma doença, devendo, portanto, sua etiologia ser pesquisada. Define-se como tosse persistente a presença desse sintoma por, pelo menos, três semanas.**

**Sobre essa temática, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) As principais causas da tosse são rinosinusopatias (rinite e rinosinusite), asma e refluxo gastroesofágico. Ela pode ser classificada em aguda até três semanas de duração; subaguda de três a oito semanas; e crônica, se superior a oito semanas.
- B) A tosse pode ser seca ou produtiva. Nos pacientes que não expectoraram voluntariamente, por vergonha ou incapacidade (caso das crianças menores de 6-8 anos e mulheres), deve-se solicitar que tussam voluntariamente, para que se reconheça o caráter seco ou produtivo.
- C) A etiologia da tosse varia com a faixa etária. Por exemplo, entre os lactentes, predominam as infecções, anomalias congênitas e fibrose cística; nos pré-escolares, as infecções, asma, rinosinusite, corpo estranho e tabagismo passivo; entre escolares e adolescentes, a rinosinusite, asma, processos infecciosos e tosse irritativa secundária ao tabagismo (ativo ou passivo) e poluição ambiental.
- D) Em pessoas acima de 40 anos, a tosse pode estar associada à DPOC ou carcinoma brônquico. Indagar sobre antecedentes atópicos, tabagismo ativo ou passivo, exposição ocupacional. Quando de caráter progressivamente mais intenso e persistente, pode sugerir carcinoma brônquico. Tosse durante exercícios físicos, sobretudo se acompanhada por dispneia, pode significar a presença de broncoespasmo induzido pela atividade física.
- E) A história de tosse crônica exige não apenas a investigação dos outros sinais e sintomas respiratórios, como também dos sintomas digestivos, entre eles a “queimação” retroesternal, que pode sugerir refluxo gastroesofágico. A tosse psicogênica deve ser a primeira a ser investigada. Esta predomina durante o dia e quase que desaparece durante o sono noturno.

**42. Sobre Taquipneia e Dispneia, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Taquipneia é definida pelo aumento da frequência respiratória, enquanto dispneia é caracterizada por um ruído adventício descontínuo e musical.
  - B) A dispneia deve ser classificada de acordo com a sua relação com as atividades da vida diária (subir ladeira, subir escada, tomar banho, trocar de roupa, colocar sapato, relações sexuais, entre outras).
  - C) Deve-se verificar a intensidade da dispneia ao longo do tempo, no mesmo paciente, avaliando-se a resposta ao tratamento estabelecido.
  - D) A dispneia aguda ou de instalação em curto espaço de tempo pode indicar crise de asma, embolia pulmonar ou pneumotórax.
  - E) A dispneia crônica ou com piora progressiva é característica da DPOC, de tumores centrais do trato respiratório, estenose traqueal, doenças do interstício pulmonar e fibrose pleural, além da insuficiência cardíaca.
- 

**43. Uma respiração bucal persistente em crianças pequenas pode resultar em anormalidade craniofacial (face alongada). Portanto, o diagnóstico e o tratamento corretos são essenciais para se evitar essa deformidade e prevenir as complicações a ela associadas.**

São alterações decorrentes da respiração bucal prolongada, todas as alternativas abaixo citadas, EXCETO:

- A) Redução vertical do terço inferior da face.
  - B) Arco maxilar estreito e palato em ogiva.
  - C) Má oclusão dentária (mordida aberta, incisivos superiores protruídos).
  - D) Hipotonia dos elevadores de mandíbula e hipotonia lingual.
  - E) Alterações posturais.
- 

**44. A crise asmática, ou exacerbação da asma, corresponde à agudização do quadro de obstrução e hiperresponsividade das vias aéreas. Durante a exacerbação, ocorre edema e infiltrado inflamatório da parede brônquica e aumento da produção de muco. Isso causa o estreitamento da luz das vias aéreas, que, por sua vez, reduz o fluxo de ar dos pulmões.**

Qual das alternativas abaixo NÃO deve ser considerada como fator responsável pelo desencadeamento de uma crise asmática?

- A) Infecção viral
  - B) Alérgenos (poeira, ácaros, pólen, pelo de animais, entre outros)
  - C) Exercícios físicos leves
  - D) Medicamentos (anti-inflamatórios não esteroides e betabloqueadores)
  - E) Estresse emocional
- 

**45. Devido às características peculiares da asma, existe a necessidade de envolvimento de vários segmentos dos serviços de saúde que se envolvam no tratamento e na prevenção. Recomenda-se a criação de atividades coordenadas com objetivos e finalidades bem definidas. Portanto, fazem-se necessários incentivos à implantação de programas de controle da asma em nosso país. A equipe de Saúde da Família, em especial os agentes comunitários de saúde, é fundamental para a implantação do programa de asma. O início do programa pode se dar pela busca ativa das pessoas com asma na comunidade, na sala de inalação das unidades de saúde e por meio das contrarreferências dos serviços de urgência, locais muito frequentados pelas pessoas com asma.**

Nesse contexto, qual das alternativas abaixo NÃO corresponde às diretrizes mínimas de um programa de asma?

- A) Educação permanente dos profissionais de saúde
  - B) Inclusão da pessoa com asma em um programa na sua própria comunidade
  - C) Recebimento de informação e educação em saúde com abordagem multiprofissional (médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou educador físico e auxiliar de enfermagem)
  - D) Dispensação de medicamentos nos hospitais de referência da unidade de saúde
  - E) Realização de visita domiciliar pela equipe multiprofissional para orientação de controle ambiental
-

**46. A relação positiva entre a saúde cardiovascular geral e a atividade física regular está bem estabelecida. Na descrição dos Benefícios da Atividade Física e dos Resultados Relativos Cardiovasculares, qual das alternativas abaixo é INCORRETA?**

- A) Diminuição da incidência de doença cardiovascular, incluindo acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca
- B) Redução da pressão arterial em pessoas com pré-hipertensão e hipertensão
- C) Perda de peso, especialmente quando combinada com mudanças na dieta para reduzir a ingestão de calorias
- D) Diminuição da incidência de diabetes mellitus tipo 2, incluindo aqueles com qualquer peso corporal
- E) Diminuição do risco de perfis adversos de lipídios no sangue, reduzindo a lipoproteína de alta densidade e diminuindo os triglicerídeos

**47. O pé diabético é uma das complicações mais devastadoras do diabetes mellitus (DM). À medida que a longevidade da população aumenta, a incidência de complicações relacionadas à doença também aumenta e, entre as complicações do DM, os problemas nos pés representam a causa mais comum de amputação não traumática dos membros inferiores. Vários estudos provaram que a taxa de amputação pode ser reduzida em mais de 50%, se algumas estratégias forem implementadas, sendo as orientações educacionais uma delas.**

**Sobre as orientações ao paciente, ao familiar e/ou ao cuidador, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Examinar os pés diariamente, se necessário, pedir ajuda ao familiar ou usar o espelho.
- B) Avisar à equipe de saúde, se apresentar calos, rachaduras, alterações de cor ou úlceras.
- C) Calçar sempre meias limpas, preferencialmente de lã ou de algodão e sem elástico.
- D) Calçar sapatos que não apertem, de couro macio ou tecido. Nunca andar descalço, exceto em casa.
- E) Após lavar os pés, usar um creme hidratante apropriado para pé diabético. Não usar entre os dedos.

**48. O Ministério da Saúde convoca a população brasileira a continuar, de forma permanente, com a mobilização nacional pelo combate ao mosquito transmissor da Dengue, Zika e Chikungunya.**

**Sobre essa temática, é INCORRETO afirmar que**

- A) o período do verão é considerado o mais propício à proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, em decorrência das chuvas, e conseqüentemente, é a época de maior risco de infecção por essas doenças.
- B) quando o foco do mosquito *Aedes Aegypti* é detectado e não pode ser eliminado pelos moradores ou pela população, como em terrenos baldios ou lixo acumulados na rua, a Secretaria Municipal de Saúde deve ser acionada para remover os possíveis focos/criadouros.
- C) os agentes de combate a endemias que trabalham no combate ao *Aedes Aegypti* podem realizar entrada forçada em imóveis públicos e particulares abandonados ou com ausência de pessoa que possa permitir o acesso ao local ou no caso de recusa de acesso.
- D) no período da gravidez, a atenção com a saúde deve ser redobrada, principalmente em relação ao mosquito da dengue (*aegypti*) e às doenças que ele pode transmitir (dengue, febre amarela, Zika e Chikungunya).
- E) os repelentes de uso tópico, aplicados na pele, podem fazer parte dos cuidados contra dengue, chikungunya e zika. A recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária é clara: é vedada a utilização desses produtos por mulheres grávidas.

**49. A hanseníase é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, constituindo-se um importante problema de saúde pública. O Ministério da Saúde possui um programa nacional de combate à doença. A fisioterapia é indicada para atuar na recuperação funcional dos pacientes.**

**Sobre esse contexto, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Na Hanseníase, o nervo tibial anterior é o principal nervo acometido pelo bacilo de Hansen nos membros inferiores, ocasionando déficits motores, sensitivos e autonômicos no seu trajeto.
- B) As úlceras plantares estão muito presentes nesses pacientes devido à predisposição da região plantar a pressões externas, forças e tensões, principalmente durante a marcha, que, em um pé com déficits sensitivos, autonômicos e motores, pode resultar em uma necrose neuropática, formando a ulceração plantar.
- C) A fisioterapia tem como objetivo principal nos processos ulcerativos a redução no período de cicatrização destes, possibilitando aos indivíduos um retorno mais rápido às suas atividades sociais e de vida diária.
- D) A massagem superficial é indicada no processo de reparo de feridas cutâneas devido aos seus efeitos de melhora na circulação local sanguínea e linfática, que favorece a chegada de células inflamatórias ao local lesionado.
- E) Os efeitos da massagem são mais efetivos, quando combinados com outras técnicas de reabilitação e não, como tratamento exclusivo.

**50. No Brasil, a saúde do homem vem sendo inserida lentamente na pauta da saúde pública desde o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), formalizada em 2009.**

**Sobre as necessidades de saúde e a identificação dos obstáculos que impedem o atendimento das necessidades de saúde do homem, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) declara que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades; a maioria deles mascaram sua fragilidade, por considerarem que o cuidado não é uma prática masculina.
  - B) Um dos vários fatores, que interferem na adesão masculina aos serviços de saúde, é a vinculação que eles fazem em relação à realização do exame preventivo do câncer de próstata, o que ocasiona constrangimento, medo e preconceito.
  - C) É necessário educar e sensibilizar os homens para a importância das medidas de prevenção de doenças e manutenção da saúde, a fim de que possam transformar-se em seus próprios cuidadores. As manifestações culturais masculinas não são mais obstáculos a serem vencidos.
  - D) O homem traz consigo a responsabilidade de provedor, tornando-se prioridade para ele próprio, por possibilitar o cumprimento de suas obrigações. Dessa maneira, demonstra inconveniência em procurar cuidar da sua saúde, justificando a falta de tempo em decorrência do trabalho.
  - E) Os homens só procuram por serviços de saúde, quando acometidos por alguma enfermidade. É comum o homem não enxergar a necessidade pela procura das unidades de saúde para ações de prevenção, assim como não suportam a espera por atendimento.
-

**CADERNO 91**  
**- SAÚDE DA FAMÍLIA - INTERIORIZAÇÃO EM SAÚDE –**  
**(FISIOTERAPIA)**