



CT1301

Medicina de Família e Comunidade

Tecnologista em Saúde Pública

Prova Objetiva

**Conhecimentos Específicos na
Área de Atuação**

01. São sistemas de informação da atenção básica:

- (A) saúde toda hora, Proesf, PMAQ.
- (B) bolsa família, amamenta e alimenta Brasil, PMAQ.
- (C) olhar Brasil, Proesf, PMAQ.
- (D) saúde toda hora, olhar Brasil, rede cegonha.
- (E) saúde toda hora, bolsa família, amamenta e alimenta Brasil.

02. “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”. O enunciado acima se refere à Portaria de número:

- (A) 2488.
- (B) 2480.
- (C) 4279.
- (D) 687.
- (E) 3252.

03. A Política Nacional de Atenção Básica se orienta pelos seguintes princípios:

- (A) universalidade, integralidade, democracia.
- (B) humanização, participação social, qualidade.
- (C) integralidade, qualidade, eficiência.
- (D) acessibilidade, eficiência, integralidade.
- (E) vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização.

04. A Política Nacional de Atenção Básica foi editada pela primeira vez em:

- (A) 1996.
- (B) 1998.
- (C) 2002.
- (D) 2004.
- (E) 2006.

05. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica recomenda-se que todas as unidades básicas de saúde disponham dos seguintes requisitos de infraestrutura, EXCETO:

- (A) consultório com sanitário.
- (B) sala de vacinas.
- (C) sala de procedimentos.
- (D) sala de observação.
- (E) cozinha.

06. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica são atribuições comuns a todos os profissionais da Estratégia Saúde da Família, EXCETO:

- (A) participar do processo de territorialização.
- (B) manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos.
- (C) participar do acolhimento dos usuários.
- (D) participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde.
- (E) realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória.

07. Poderão compor os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO), EXCETO:

- (A) médico acupunturista, assistente social, profissional/ professor de educação física.
- (B) farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo.
- (C) odontólogo, psicólogo, médico psiquiatra.
- (D) médico ginecologista/obstetra, médico pediatra, médico internista (clínica médica).
- (E) médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador), profissional de saúde sanitaria.

08. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de:

- (A) qualificar o atendimento do médico de família.
- (B) ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.
- (C) integrar os especialistas das tradicionais unidades básicas.
- (D) sugerir novas especialidades que devem compor a ESF.
- (E) compensar com o conhecimento do especialista a ação do generalista.

09. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF:

- (A) intervenções no território, intervenção na saúde de grupos populacionais e da coletividade, gerenciamento das equipes da ESF.
- (B) discussão de casos, atendimento conjunto ou não, construção conjunta de projetos terapêuticos.
- (C) substituição das equipes da ESF; discussão de caso, atendimento conjunto ou não.
- (D) ações de prevenção, ações de promoção da saúde, gerenciamento das equipes da ESF.
- (E) ações intersetoriais, discussão do processo de trabalho das equipes, gerenciamento das equipes da ESF.

10. Sobre o NASF é correto afirmar que:

- (A) pode ser organizado em NASF 1, NASF 2, NASF 3 e NASF 4.
- (B) nos NASF 2 e 3 nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 12 horas.
- (C) nenhum profissional do NASF poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.
- (D) os profissionais do NASF 3 podem ser cadastrados em mais de uma unidade de saúde.
- (E) o NASF 1 deve estar vinculado a, no mínimo, 4 equipes.

11. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada em:

- (A) 2000.
- (B) 1998.
- (C) 2002.
- (D) 2006.
- (E) 2004.

12. A Política Nacional de Promoção da Saúde teve como desdobramentos, EXCETO:

- (A) instituir o Comitê Gestor da PNPS.
- (B) instituir as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas.
- (C) instituir o QualiSUS.
- (D) instituir a comissão intersetorial de educação e saúde na escola.
- (E) instituir o Programa Saúde na Escola.

13. São diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, EXCETO:

- (A) incentivar a pesquisa em promoção da saúde.
- (B) fortalecer a participação social.
- (C) estimular ações intersetoriais.
- (D) monitorar a qualidade dos serviços.
- (E) divulgar e informar iniciativas voltadas para a promoção da saúde.

14. A regulação federal que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” é a:

- (A) Lei 8.080 de 1990.
- (B) Decreto 7.508 de 2011.
- (C) Lei 141 de 2012.
- (D) Lei 8.142 de 1990.
- (E) Lei 8.689 de 1993.

15. São princípios e diretrizes do SUS, entre outros:

- (A) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; participação da comunidade; integralidade da assistência.
- (B) utilização da vigilância em saúde para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; universalidade do acesso.
- (C) descentralização político-administrativa; regionalização e horizontalização da rede de serviços de saúde; integralidade da assistência.
- (D) regionalização e horizontalização da rede de serviços de saúde; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; universalidade do acesso.
- (E) descentralização político-administrativa; utilização da vigilância em saúde para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; integralidade da assistência.

16. No que diz respeito à organização, direção e gestão do SUS podemos afirmar, EXCETO:

- (A) as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente, não havendo a mesma obrigatoriedade para os serviços da iniciativa privada.
- (B) os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.
- (C) serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.
- (D) deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.
- (E) a articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiologia; recursos humanos; ciência e tecnologia; e saúde do trabalhador.

17. Na seção “da Saúde” da Constituição Federal de 1988, no Art. 199, cujo enunciado é: ‘A assistência à saúde é livre à iniciativa privada’, o seguinte parágrafo está INCORRETO:

- (A) as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- (B) a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter excepcional.
- (C) é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.
- (D) é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.
- (E) a lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

18. Ao Sistema Único de Saúde compete, entre outras atribuições, nos termos da lei, EXCETO:

- (A) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.
- (B) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.
- (C) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; fiscalizar e inspecionar o abate de animais.
- (D) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- (E) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

19. Segundo o Ministério da Saúde em 2013: o percentual da população coberta no Brasil pela ESF é de 56,37%; e 5346 municípios no país são atendidos pela ESF. Sobre o estado do Rio de Janeiro podemos afirmar que:

- (A) o percentual da população do estado coberta pela ESF em 2013 é de 64,88%.
- (B) o número de municípios cobertos pela ESF em 2013 é de 89.
- (C) o número de municípios cobertos pela ESF em 2002 era de 69.
- (D) na capital, em 2002 o percentual de população coberta pela ESF era de 1,35%.
- (E) o percentual da população do estado coberta pela ESF em 2013 é de 84,88%.

20. Segundo o Ministério da Saúde o NASF está presente em todos os estados do país. Sobre o Rio de Janeiro podemos afirmar, EXCETO:

- (A) os municípios do Rio de Janeiro e São Gonçalo apresentam o maior número de equipes NASF.
- (B) o NASF 2 aparece no estado a partir de 2012.
- (C) 34 municípios contam com equipes NASF.
- (D) em 2013 o total de equipes NASF no estado é de 117.
- (E) os municípios do Rio de Janeiro e Niterói apresentam o maior número de equipes NASF.

**Conhecimentos
Específicos no Perfil**

21. Você foi convidado(a) a dar uma aula sobre os princípios da Medicina de Família e Comunidade, e no preparo da aula, leu que:

- (A) na relação médico/pessoa, o médico de família e comunidade deve secundarizar o contexto familiar, assumindo assim os limites de sua atuação profissional.
- (B) o médico de família e comunidade deve focar exclusivamente na doença, por isso uma sólida formação clínica e de medicina centrada na pessoa são esperados.
- (C) o médico de família e comunidade pode se definir como um clínico qualificado, buscando realizar, através da clínica ampliada, um cuidado à saúde de qualidade.
- (D) o médico de família e comunidade não deve sofrer influência direta da comunidade em seu trabalho, preservando, assim, sua autonomia profissional.
- (E) o médico de família e comunidade é um profissional especializado, que possui, como atributo, a prerrogativa de atuar, com seletividade hierárquica de problemas, junto às famílias agendadas.

22. Durante a aula que você estava dando sobre os princípios da Medicina de Família e Comunidade, lhe pediram que falasse sobre as relações entre territorialização e processo de trabalho do médico de família e comunidade. Você disse que:

- (A) para produzir cuidado é preciso limitar o número de pessoas, garantindo, assim, resolubilidade e disponibilidade do médico de família e comunidade para a população.
- (B) para produzir cuidado é preciso ter uma visão crítica e valorizar mais o princípio da universalidade do que o da territorialização, permitindo dar resolubilidade aos casos mais urgentes no consultório.
- (C) para produzir cuidado no território é preciso apenas valorizar o talento profissional do médico durante o cadastramento da população, momento crucial de trocas com a comunidade.
- (D) para produzir cuidado, o território deve ser visto, exclusivamente, como espaço de controle de doenças infecto contagiosas, focalizando a atuação médica como essencial.
- (E) a adscrição da população é um dispositivo organizacional que não influencia no processo de trabalho do médico de família e comunidade baseado nos princípios da universalidade.

23. A relação médico/pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade, porque:

- (A) cria protocolos de atendimento, organizando o trabalho médico.
- (B) culmina por promover a descentralização do SUS, já que dá capilaridade à atenção à saúde.
- (C) produz universalidade da atenção, ou seja organiza as decisões sobre a gestão da unidade básica de saúde.
- (D) facilita o relato da experiência da pessoa com a doença.
- (E) induz o médico a momentaneamente secundarizar a condição humana no contexto da oferta por cuidado.

24. O médico de família e comunidade deve prestar cuidado continuado às pessoas, razão pela qual:

- (A) só atende quem estiver previamente agendado, organizando assim a lógica de seu processo de trabalho.
- (B) realiza triagem das pessoas a serem atendidas, priorizando os casos mais complexos e encaminhando os casos agudos para o serviço de urgência e emergência.
- (C) entende que deve se responsabilizar pelas pessoas e famílias da população adscrita.
- (D) entende que somente o médico é capaz de realizar a gestão de sua própria agenda, promovendo a revisão dos casos prioritários.
- (E) deve valorizar pouco a integralidade da atenção à saúde, por ser esse um conceito em desuso.

25. Ao praticar a medicina centrada na pessoa, os médicos têm de distinguir dois conceitos diversos - doença e experiência da doença - porque:

- (A) a narrativa da experiência da doença faz com que os sinais e sintomas das doenças objetivem um diagnóstico clínico.
- (B) ao compreender a diferença entre estes dois conceitos, compreende também que deve possuir instrumentos de abordagem para ambos, uma vez que pretende um atendimento efetivo à pessoa.
- (C) a doença traz consigo o conceito de que sentimentos, ideias, funcionamento e expectativas devem ser expostos ao médico de família e sua equipe sem restrições.
- (D) a experiência da doença, sendo singular e subjetiva, só pode ser relatada durante a visita domiciliar, onde o médico de família e comunidade de fato adquire a dimensão do contexto sobre a doença.
- (E) não é possível utilizar os dois conceitos simultaneamente na mesma pessoa.

26. A medicina interna trata do corpo; a psiquiatria, das emoções. A medicina de família e comunidade é um dos poucos campos clínicos que transcendem essa profunda linha de separação e:

- (A) usa seus conhecimentos para induzir os profissionais a considerarem as doenças e o corpo como objetos prioritários e exclusivos do trabalho médico na especialidade.
- (B) usa a educação permanente para ofertar palestras para a população, transmitindo conhecimentos sobre os princípios do processo de trabalho na medicina de família e comunidade.
- (C) usa o acolhimento como estratégia de abordagem familiar no lidar com situações complexas para a tomada de decisões no cotidiano do trabalho.
- (D) usa a medicina baseada em evidências como exclusivo método clínico para tomada de decisões no campo da subjetividade humana.
- (E) usa a medicina centrada na pessoa como método clínico para lidar com a complexidade das situações que surgem no cotidiano do trabalho.

27. Trabalhar em equipe é uma atividade complexa e que requer muita atenção, uma vez que promove a:

- (A) percepção de que a diversidade de visões sobre um mesmo problema faz a equipe perder tempo de decisão.
- (B) percepção de que saber ouvir é útil para elaborar um plano de ação que exclua membros da equipe que não sejam lideranças, otimizando assim a gestão da clínica.
- (C) oferta de comunicação qualificada entre os médicos, os únicos capazes de compreender temas clínicos.
- (D) percepção de que a diversidade de visões sobre um mesmo problema enriquece as discussões.
- (E) discussão de casos clínicos em equipe, desde que prevaleça a opinião do médico diretamente envolvido no caso, a exemplo do que ocorre em grupos Balint.

28. Os fogachos ou “ondas de calor” constituem o sintoma mais comum nas mulheres ocidentais, podendo ocorrer em qualquer fase do climatério. A etiologia dos fogachos é controversa, mas tem sido atribuída ao seguinte fator:

- (A) diminuição da noradrenalina.
- (B) diminuição do GnRH.
- (C) hiperestrogenismo.
- (D) diminuição do LH.
- (E) hipoestrogenismo.

29. Em relação à investigação da anemia na gestação de baixo risco, a dosagem de Hb (hemoglobina) deve ser realizada:

- (A) nas seis consultas preconizadas, prevenindo associação com mortalidade perinatal.
- (B) na primeira consulta e com 28 semanas.
- (C) ao menos em quatro consultas, uma vez que dieta com pouco ferro, vitaminas e minerais são encontradas com certa constância na população em geral.
- (D) na primeira consulta e sempre que houver suspeita clínica de anemia no decorrer da gestação.
- (E) na primeira consulta e com 32 semanas.

30. São fatores de risco do diabetes mellitus gestacional (DMG):

- (A) idade de 35 anos ou mais e deposição central excessiva de gordura corporal.
- (B) crescimento fetal lento e idade de 35 anos ou mais.
- (C) deposição central excessiva de gordura corporal e hipotensão eventual.
- (D) síndrome de ovários policísticos e idade de 25 anos e mais.
- (E) idade de 25 e mais e macrosomia.

31. Você foi a uma visita domiciliar e, lá chegando, observou que a casa não era totalmente segura para crianças; em conversa com os jovens pais das crianças, você então lhes orientou para o fato de que:

- (A) para crianças de 1 a 2 anos não há mais o risco de sufocação, por isso não há problemas em usar talco próximo ao rosto delas.
- (B) para crianças de 0 a 6 meses o risco de choques é grande, por isto coloque protetores nas tomadas e nos fios elétricos.
- (C) para crianças de 0 a 6 meses o risco de afogamento é grande por isso não deixe a criança sozinha na banheira.
- (D) para crianças de 1 a 2 anos, é desnecessário colocar obstáculos na porta da cozinha.
- (E) para crianças de 0 a 6 meses o risco de quedas é grande, por isto proteja o berço com grades altas com no máximo 10cm entre elas.

32. Durante a mesma visita domiciliar à casa do jovem casal com filhos pequenos, a mãe pediu que você explicasse a “nota que o bebê recebeu logo depois de nascer”. Você disse que o nome dessa “nota” é índice de APGAR e que:

- (A) índices entre 4 e 6 no quinto minuto significam que existe maior risco para disfunção neurológica.
- (B) índices de 0 a 5 no quinto minuto relacionam-se a maior risco de mortalidade.
- (C) mesmo isoladamente um baixo índice de APGAR prediz disfunção neurológica tardia.
- (D) índices entre 4 a 6 no quinto minuto não significam que exista maior risco para disfunção neurológica.
- (E) um APGAR entre 6 e 10 no quinto minuto é considerado normal.

33. Você aproveitou a visita domiciliar para uma consulta com D. Maria, avó das crianças, uma vez que moravam todos na mesma casa. D. Maria possuía transtorno de ansiedade generalizada, evidenciada como:

- (A) medo de ser exposta à observação atenta dos outros, levando-a a evitar situações sociais.
- (B) nervosismo persistente, tremores, tensão muscular e medo de sofrer um acidente.
- (C) ataques de pânico e medo de deixar seu domicílio.
- (D) fobias limitadas a situações altamente específicas, tais como a proximidade de determinados animais.
- (E) comportamentos compulsivos recorrentes sem qualquer controle.

34. O tratamento dos transtornos de ansiedade varia conforme sua categoria diagnóstica, mas certamente o primeiro a se fazer é definir o significado do sintoma para a pessoa que o possui. Assim, o médico de família e comunidade deve:

- (A) avaliar se a ansiedade é o problema principal ou se é parte de um problema subjacente.
- (B) rapidamente diferenciar transtornos de ansiedade de fobia social.
- (C) diferenciar transtornos de ansiedade de transtorno de pânico.
- (D) esclarecer que transtornos de ansiedade e transtornos psiquiátricos não coexistem.
- (E) tratar farmacologicamente todos os casos de transtornos de ansiedade.

35. Em um grupo de médicos de família e comunidade, um dos assuntos mais comentados é a transmissão vertical da sífilis que:

- (A) é uma doença infecciosa de evolução aguda com tratamento de baixo custo.
- (B) pode infectar o feto apenas após o 4º mês de gestação.
- (C) sempre apresenta sinais clínicos em recém-nascidos, facilitando o diagnóstico precoce.
- (D) apresenta, na mulher grávida, alterações patológicas diferentes das alterações patológicas na mulher não grávida, dificultando o tratamento.
- (E) é considerada um indicador para avaliação da qualidade da assistência à gestante.

36. Em casos de sífilis, o médico de família e comunidade deve ter em mente que:

- (A) via de regra o VDRL está mais elevado na sífilis primária, tornando-se reativo a partir da segunda semana do aparecimento do cancro.
- (B) o VDRL deve ser solicitado a todas as gestantes, na primeira consulta, no segundo e no terceiro trimestre.
- (C) o VDRL deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta e no terceiro trimestre.
- (D) a negatificação do VDRL sempre ocorre mediante tratamento adequado.
- (E) títulos altos de VDRL podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não.

37. Em ambientes fechados, escuros ou com pouca ventilação, a tuberculose tem maior probabilidade de transmissão. Em relação à tuberculose é correto afirmar que:

- (A) a prova tuberculínica é suficiente para o diagnóstico da tuberculose.
- (B) deve-se sempre colocar a requisição de exame junto com o pote de coleta de escarro, dentro do isopor, para transporte até o laboratório.
- (C) recomenda-se que em todos os casos suspeitos seja realizada coleta de 3 amostras de escarro.
- (D) apenas 10% das pessoas infectadas adoecem.
- (E) é desnecessária a detecção de casos por mobilização comunitária, por sua baixa eficácia.

38. A hipertensão arterial sistêmica é uma das maiores causas de busca por consultas na Saúde da Família. Em relação a ela é correto afirmar que:

- (A) deve ser diagnosticada por meio de 3 medidas com intervalo de 7 dias, com o cuidado de corrigir o valor obtido conforme a circunferência do braço.
- (B) tem indicação clínica utilizar associações de anti-hipertensivos que possuam forte sinergismo de ação como inibidores da enzima conversora da angiotensina e betabloqueadores.
- (C) em consultas clínicas subsequentes, deve-se aferir a pressão arterial no início e no fim da consulta, em ambos os braços, arredondando valores da PA e corrigindo o valor obtido conforme a circunferência do braço.
- (D) na hipertensão não complicada solicitam-se, na primeira consulta e bianualmente, os exames complementares protocolados pelo Ministério da Saúde.
- (E) o escore de Framingham fornece a probabilidade de desenvolvimento de evento cardiovascular em 20 anos, por isto deve ser aplicado sistematicamente.

39. Uma função importante do trabalho em equipe na Saúde da Família é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituírem um sistema familiar mais harmônico. Em relação ao tema, é correto afirmar que:

- (A) famílias funcionais respondem aos conflitos sem utilizar recursos próprios.
- (B) o idoso, apesar de algumas vezes ser considerado culpado por todas as crises familiares, tem cada vez mais assumido o cuidado das residências, das crianças e dos adolescentes.
- (C) em situações de conflito enfrentadas com pessoas idosas, a única solução é afastar o idoso de seu meio, preservando assim sua integridade.
- (D) as famílias disfuncionais costumam priorizar seus interesses particulares mas sempre protegem e integram seus idosos de maneira madura.
- (E) o genograma e o ecomapa avaliam o estresse do cuidador do idoso em famílias funcionais e disfuncionais e deve ser utilizado pelo médico, de maneira compartilhada com a família.

40. Em relação à violência contra a pessoa idosa, é correto afirmar que:

- (A) quanto maior a dependência física ou mental, menor o risco de ocorrência de violência intrafamiliar, devido ao estatuto do idoso como instrumento de proteção.
- (B) a identificação de sinais de violência é facilmente, e com muita frequência, detectada pelos profissionais dos serviços de saúde.
- (C) pode se manifestar de várias formas, mas sem variação do grau de severidade.
- (D) ainda não pode ser considerada como um problema social, pois se instala no interior de poucas relações familiares cotidianas.
- (E) é uma violência estrutural, interpessoal e institucional.

41. O trabalho com grupos é uma das ferramentas/estratégias das quais o médico de família e comunidade pode lançar mão como recurso no cuidado aos usuários na atenção básica. Em relação ao tema, é correto afirmar que:

- (A) deve ser pensado exclusivamente como uma forma de diminuir a demanda sempre crescente de usuários.
- (B) deve ser conduzido por psicólogos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), únicos profissionais capacitados a usar essa ferramenta de trabalho.
- (C) as práticas grupais de educação para a saúde não são oportunidades de promoção à saúde quando conduzidas por profissionais que não atuam no NASF.
- (D) deve ser utilizado revendo seu formato pois, frequentemente, na ânsia de adesão aos grupos, medidas coercitivas ou sedutoras são utilizadas, prejudicando o desenvolvimento de intervenções terapêuticas coletivas positivas.
- (E) a terapia comunitária, restrita às pessoas da terceira idade, embora ainda bastante utilizada, não tem evidência de eficácia para reestruturação e apoio de sofrimentos.

42. Em relação à organização de um trabalho com grupos, é correto afirmar que:

- (A) o encontro grupal é geralmente composto por três fases: apresentação, desenvolvimento e encerramento.
- (B) a fase da apresentação não deve ser descontraída para não gerar dispersão, o que dificulta o controle do grupo.
- (C) o grupo, na fase de desenvolvimento, precisa exclusivamente de palestras para aprender tudo sobre doenças, evitando a medicalização social.
- (D) concorda que na fase de encerramento não há espaço para avaliação entre os participantes, evitando críticas desnecessárias ao bom andamento grupal.
- (E) concorda que a pactuação ou contratualização inicial de regras não tem eficácia nem valor para o sucesso do trabalho, uma vez que são sempre desrespeitadas.

43. O processo de cuidado à saúde envolve a promoção, a redução de risco, a manutenção de baixo risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças. Em relação ao rastreamento, é correto afirmar que:

- (A) é sinônimo de diagnóstico de doenças, ou seja, diante de sinais e sintomas de uma doença, realizar um teste diagnóstico é o mesmo que realizar rastreamento.
- (B) tem baixo custo porque utiliza apenas um método diagnóstico e um tipo de exame.
- (C) é importante porque evita um processo de medicalização social intenso que pode gerar intervenções diagnósticas e terapêuticas excessivas.
- (D) é bastante utilizado no início do desenvolvimento de doenças graves.
- (E) é fundamental para o usuário, pois um exame positivo de rastreamento implica fechar um diagnóstico.

44. Em relação à implantação de um programa de rastreamento está correto afirmar que:

- (A) mesmo diante de estágio pré-clínico indefinido, o rastreamento leva ao diagnóstico.
- (B) o benefício do rastreamento é medido pelo benefício do bem-estar que causa nos usuários ao prevenir doenças.
- (C) a doença não representa necessariamente um problema de saúde pública relevante para a população, o que importa é sua vulnerabilidade.
- (D) os exames que detectam a condição clínica no estágio assintomático, mesmo que indisponíveis, justificam o rastreamento.
- (E) a história da doença atual ou do problema clínico deve ser bem conhecida para justificar o rastreamento.

45. Atualmente o Brasil produz 77% das vacinas que utiliza e é muito importante que você, médico de família, possa oferecer orientações corretas quanto a precauções e contraindicações das vacinas. Em relação ao tema, é correto afirmar que:

- (A) pode-se vacinar diante de casos com doenças febris moderadas.
- (B) não é contraindicação estar em fase de convalescença de doença aguda.
- (C) terapia antimicrobiana atual é contraindicação de vacinação.
- (D) é contraindicação absoluta qualquer história de reação alérgica mesmo que leve, após aplicação de vacina anterior.
- (E) desnutrição e diarreia são contraindicações absolutas de vacinação.

46. Ao realizar exame preventivo, você encontrou corrimento vaginal e pensou que, de fato, esta é uma das principais queixas ginecológicas na atenção básica. Em relação ao tema, é correto afirmar que:

- (A) todo teste para gonorreia oferece 100% de sensibilidade e especificidade, por isso é de larga utilização.
- (B) o teste de Whiff é específico para candidíase.
- (C) na cervicite não gonocócica encontramos a presença de diplococos Gram-negativos intracelulares.
- (D) na vaginose bacteriana um dos critérios de Amsel é a presença de *clue cells* no exame bacterioscópico.
- (E) diante de mucopus endocervical, não se inicia tratamento de cervicite por gonorreia e clamídia, o melhor é aguardar confirmação laboratorial.

47. Em relação às opções terapêuticas para corrimento vaginal, é correto afirmar que:

- (A) a candidíase tem como segunda escolha fluconazol, 150mg, VO, 1 vez por dia, por 7 dias.
- (B) gestantes devem usar tioconazol creme para tratamento de candidíase como primeira escolha.
- (C) a candidíase tem como primeira escolha Miconazol creme 2%, via vaginal, uma aplicação à noite, por 7 dias.
- (D) a candidíase tem como primeira escolha Miconazol creme 1%, via vaginal, uma aplicação à noite, por 14 dias.
- (E) a candidíase tem como primeira escolha Miconazol creme 1%, via vaginal, uma aplicação à noite, por 10 dias.

48. A Política Nacional de Promoção da Saúde dá ênfase às seguintes ações específicas, que devem ser aplicadas na Estratégia Saúde da Família:

- (A) alimentação saudável e estímulo à cultura de paz.
- (B) alimentação saudável e implementação de educação permanente à saúde.
- (C) alimentação saudável e promoção dos direitos sociais.
- (D) alimentação saudável e atenção à população com necessidades especiais.
- (E) alimentação saudável e estímulo à cidadania.

49. Ao discutir com sua equipe estratégias de abordagem comunitária para a implementação de ações orientadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, vocês concluíram que:

- (A) a corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território é um conceito exclusivamente relacionado à consulta médica.
- (B) deveriam sensibilizar os profissionais da própria equipe quanto à importância e benefícios da amamentação.
- (C) listar os beneficiários dos programas de transferência de renda do território, é obrigação do Ministério da Educação e não da Saúde.
- (D) a intersetorialidade só será possível diante da implantação plena do Cartão do Cidadão, em andamento no país.
- (E) a organização do trabalho sanitário independe do processo de trabalho em equipe.

50. Em relação a problemas de lacrimejamento observados nos bebês é correto afirmar que:

- (A) o lacrimejamento no bebê é geralmente unilateral, tem hiperemia conjuntival e edema palpebral.
- (B) a triquíase não é diagnóstico diferencial de lacrimejamento no bebê.
- (C) o tratamento do lacrimejamento no bebê deve ser sempre cirúrgico e antes dos 2 anos de idade.
- (D) a causa mais comum de lacrimejamento no bebê é a obstrução da via lacrimal, geralmente devido a infecção viral ou bacteriana, por higiene precária.
- (E) a causa mais comum de lacrimejamento no bebê é a obstrução da via lacrimal, geralmente devido a não reabsorção da membrana de Hasner.

51. Abordar o tema da sexualidade na adolescência e na juventude é de fundamental importância porque esse é um momento da vida em que surgem muitas dúvidas em relação às mudanças corporais, psicológicas e primeiras experiências sexuais. Em relação ao tema, é correto afirmar que:

- (A) as mulheres estão começando sua vida sexual cada vez mais tarde, o mesmo sucedendo com a prática contraceptiva.
- (B) segundo o Ministério da Saúde, cerca de 3% dos jovens praticam sexo seguro, usando preservativos na primeira relação.
- (C) adolescentes e jovens são pessoas livres e autônomas que têm o direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e serviços de saúde.
- (D) a sexualidade vivida pelo adolescente não ganha a feição do contexto cultural em que ele se insere, por isso ele reproduz comportamentos tradicionais e pouco discute suas experiências com seus pares.
- (E) o médico de família e comunidade deve desenvolver estratégias de abordagem sobre o funcionamento do corpo para essa faixa etária, sempre solicitando autorização prévia para os pais e/ou responsáveis.

52. Sobre reações adversas ao uso de drogas antituberculose, é correto afirmar que:

- (A) intolerância gástrica, manifestações cutâneas variadas, icterícia e dores articulares são os efeitos adversos mais frequentemente descritos.
- (B) todas as pessoas submetidas a tratamento para tuberculose apresentam efeitos adversos menores em algum momento de seu tratamento.
- (C) os efeitos adversos maiores demandam atendimento em Unidades Básicas de Saúde já que ocorrem em apenas 5% dos casos.
- (D) as reações adversas que ocorrem não se relacionam com alcoolismo, idade avançada e estado nutricional comprometido.
- (E) as reações adversas que ocorrem não se relacionam com a dose e horários de administração da medicação.

53. Estima-se que 50% dos casos de diabetes não são diagnosticados, por isto é importante rastrear adultos assintomáticos e ter em mente os critérios utilizados para este rastreamento, que são:

- (A) sedentarismo e hipotensão.
- (B) hipotensão e síndrome dos ovários policísticos.
- (C) IMC maior do que 25kg/m² e hemoglobina glicada menor do que 5,7%.
- (D) IMC maior do que 25kg/m² e sedentarismo.
- (E) síndrome dos ovários policísticos e hemoglobina glicada menor do que 5,7%.

54. A fragilidade em idosos, pode ser diagnosticada considerando seus componentes, que são:

- (A) baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal e recusa em se alimentar adequadamente.
- (B) diminuição da velocidade da marcha em segundos e perda de peso não intencional.
- (C) autonegligência e diminuição da força de preensão medida com dinamômetro na mão dominante.
- (D) recusa em tomar banho e fadiga autoreferida.
- (E) perda de peso não intencional e transtornos de ansiedade.

55. As causas mais comuns de quedas de pessoas idosas na comunidade são:

- (A) quedas precedentes e distúrbios de marcha.
- (B) sexo feminino e fraqueza.
- (C) redução da visão e alterações cognitivas.
- (D) síncope e lesão no sistema nervoso central.
- (E) imobilidade e tontura.

56. Todos os dias você atende pessoas com problemas circulatórios, e entra em contato com os principais fatores de risco para doença cardiovascular, que são:

- (A) hipercolesterolemia e osteoporose.
- (B) estresse psicossocial e hipertireoidismo.
- (C) sedentarismo, dieta rica em açúcares e sal.
- (D) hipertensão e transtornos do humor.
- (E) homens com mais de 45 anos e mulheres com mais de 55 anos e tabagismo.

57. Das pessoas que você atende todos os dias com problemas circulatórios, algumas infelizmente podem desenvolver doença renal crônica. Os principais grupos de risco para o desenvolvimento dessa patologia são:

- (A) diabetes mellitus, hipertensão arterial e história familiar.
- (B) diabetes mellitus, hipertensão arterial e hipercolesterolemia.
- (C) diabetes mellitus, hipertensão arterial e alcoolismo.
- (D) diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade.
- (E) diabetes mellitus, hipertensão arterial e alimentação inadequada.

58. Conversando com a Agente Comunitária de Saúde, você revisou os critérios de inclusão para a assistência domiciliar, a saber:

- (A) existência de cuidador e comunicação participativa com a família.
- (B) existência de protocolo de procedimentos para a condição clínica do indivíduo e existência de cuidador.
- (C) consentimento da família e/ou da pessoa enferma e condição clínica do indivíduo.
- (D) consentimento da família e/ou da pessoa enferma e checar infra estrutura local.
- (E) existência de protocolo de procedimentos para a condição clínica do indivíduo e comunicação participativa com a família.

59. A mulher no climatério deve manter seu peso adequado com uma alimentação equilibrada. Para realizar diagnóstico nutricional durante o atendimento clínico em uma mulher no climatério, você:

- (A) solicitou ultrassonografia abdominal para estimar gordura visceral.
- (B) estabeleceu medida da circunferência da cintura que deveria ficar igual a 80cm.
- (C) calculou o IMC, que deveria ficar abaixo de 18,5
- (D) calculou o IMC, que deveria ficar entre 18,5 e 24,9.
- (E) estabeleceu medida da circunferência da cintura que deveria ficar maior ou igual a 88cm.

60. Em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST) em mulheres no climatério, é correto afirmar que:

- (A) há maior vulnerabilidade e risco de infecções, devido a modificações no trofismo vaginal, consequência da supressão hormonal fisiológica.
- (B) é incomum o aumento do pH vaginal após cessação dos ciclos menstruais.
- (C) as DST em mulheres no climatério possuem evolução clínica mais rápida.
- (D) é mais lenta a resposta terapêutica no tratamento das DST, em mulheres no climatério.
- (E) é maior o período de incubação das DST, em mulheres no climatério.

1. Por motivo de segurança a Fundação Dom Cintra solicita que o candidato transcreva em letra cursiva, em espaço próprio no Cartão de Respostas, a frase abaixo apresentada:

2. Para cada uma das questões da prova objetiva são apresentadas 5 (cinco) alternativas classificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E), e só uma responde da melhor forma possível ao quesito proposto. Você só deve assinalar UMA RESPOSTA. A marcação de nenhuma ou de mais de uma alternativa anula a questão, MESMO QUE UMA DAS RESPOSTAS SEJA A CORRETA.

3. A duração da prova é de 4 (quatro) horas, considerando, inclusive, a marcação do Cartão de Respostas. Faça-a com tranquilidade, mas controle o seu tempo.

4. Verifique se a prova é para o **PERFIL** para o qual concorre.

5. Somente após autorizado o início da prova, verifique se este Caderno de Questões está completo e em ordem. Folhear o Caderno de Questões antes do início da prova implica na eliminação do candidato.

6. Verifique, no **Cartão de Respostas**, se seu nome, número de inscrição, identidade e data de nascimento estão corretos. Caso contrário, comunique ao fiscal de sala.

7. O **Caderno de Questões** poderá ser utilizado para anotações, mas somente as respostas assinaladas no **Cartão de Respostas** serão objeto de correção.

8. Observe as seguintes recomendações relativas ao **Cartão de Respostas**:

- . não haverá substituição por erro do candidato;
- . não deixar de assinar no campo próprio;
- . não pode ser dobrado, amassado, rasurado, manchado ou conter qualquer registro fora dos locais destinados às respostas;
- . a maneira correta de marcação das respostas é cobrir, fortemente, com esferográfica de tinta azul ou preta, o espaço correspondente à letra a ser assinalada;
- . outras formas de marcação diferentes da que foi determinada acima implicarão a rejeição do **Cartão de Respostas**;

9. O fiscal não está autorizado a alterar quaisquer dessas instruções.

10. Você só poderá retirar-se da sala após 60 minutos do início da prova.

11. Quaisquer anotações só serão permitidas se feitas no caderno de questões.

12. Você poderá anotar suas respostas em área específica do Caderno de Questões, destacá-la e levar consigo.

13. Os três últimos candidatos deverão permanecer na sala até que o último candidato entregue o **Cartão de Respostas**.

14. Ao terminar a prova, entregue ao fiscal de sala, obrigatoriamente, o **Caderno de Questões** e o **Cartão de Respostas**.

Boa Prova!

Ao término de sua prova, anote aqui seu gabarito e destaque na linha pontilhada.

01		11		21		31		41		51	
02		12		22		32		42		52	
03		13		23		33		43		53	
04		14		24		34		44		54	
05		15		25		35		45		55	
06		16		26		36		46		56	
07		17		27		37		47		57	
08		18		28		38		48		58	
09		19		29		39		49		59	
10		20		30		40		50		60	