

PROCESSO SELETIVO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP/CE

EDITAL N° 01/2014

ÊNFASE NEONATOLOGIA

LEIA COM ATENÇÃO E SIGA RIGOROSAMENTE ESTAS INSTRUÇÕES

1. A Prova Escrita Objetiva terá a duração de 4 horas, incluindo o tempo para o preenchimento do cartão-resposta e as orientações iniciais sobre o processo de aplicação das provas.
2. A Prova Escrita Objetiva versa sobre Conhecimentos Gerais e sobre Conhecimentos Específicos inerentes à respectiva ênfase, previstos no conteúdo programático, sendo composta de 50 questões de múltipla escolha, 0,2 (dois) décimos cada questão. A prova total vale 10 (dez) pontos. As questões de 1 a 25 são referentes à matéria de Conhecimentos Gerais. As questões de 26 a 50 são referentes à matéria de Conhecimentos Específicos.
3. As questões da prova apresentam um enunciado seguido de quatro alternativas designadas pelas letras A, B, C e D, existindo somente uma alternativa correta.
4. Para cada questão da prova, assinale somente uma alternativa que você considera como a resposta correta.
5. Examine se o caderno de provas está completo e se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Nenhuma reclamação será aceita após trinta minutos do início da prova.
6. Decorrido o tempo determinado pela Coordenação Local, será distribuído o cartão-resposta, o qual será o único documento válido para a correção da prova.
7. Ao receber o cartão-resposta verifique se seus dados estão corretos.
8. Assine o cartão-resposta no espaço reservado para este fim. Não haverá substituição do cartão-resposta ou de prova em caso de erro ou rasura efetuado pelo candidato.
9. Não amasse nem dobre o cartão-resposta, para que não seja rejeitado pela leitura ótica.
10. Não serão considerados os pontos relativos a questões quando, no cartão-resposta, forem assinaladas mais de uma resposta, ou houver rasura, ou marcação a lápis ou não for assinalada nenhuma alternativa.
11. É vedado o uso de qualquer material, além da caneta esferográfica de material transparente, de tinta azul ou preta para marcação das respostas.
12. Qualquer forma de comunicação entre os candidatos implicará em sua eliminação.
13. O candidato somente poderá ausentar-se definitivamente do recinto da prova após decorrida 1 (uma) hora de sua realização.
14. É vedada a saída do candidato do recinto da prova sem autorização e acompanhamento do fiscal de sala.
15. Os três últimos candidatos só poderão retirar-se da sala de prova simultaneamente, tendo que registrar sua assinatura em Ata.
16. O candidato, ao sair da sala, deverá entregar, definitivamente, o cartão-resposta e o caderno de prova, devendo, ainda, assinar a lista de frequência.
17. Eventuais erros de digitação de nomes e números de inscrições deverão ser corrigidos no dia das provas, registrados em Ata, pelos fiscais de salas.
18. O gabarito abaixo, para simples conferência, pode ser destacado para uso do candidato.

GABARITO PARA CONFERÊNCIA

[illegible]

CONHECIMENTOS GERAIS

1. Em pesquisa realizada pelo instituto Datafolha em 2014, referente aos 50 anos do golpe militar 1964 encontramos os seguintes resultados: “A democracia segue sendo defendida como o melhor sistema de governo, em qualquer circunstância, pela maioria dos brasileiros, mas há fissuras nesta relação: no momento em que se completa 50 anos do golpe militar de 1964, os brasileiros veem a situação política daquela época melhor do que atualmente, e estão um pouco ou muito insatisfeitos com o funcionamento da democracia, na qual veem alguns problemas, como corrupção e insegurança. (...) A comparação direta entre democracia e ditadura segue favorável à primeira: 62% dos brasileiros acreditam que a democracia é sempre melhor que qualquer outra forma de governo, patamar similar ao verificado em dezembro de 2008 (61%) e, numericamente, o mais alto já atingido na série histórica do Datafolha sobre o tema.”

Os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde são instâncias criadas pela lei federal nº 8.142 de 1990, fruto da luta da sociedade civil durante o regime militar, sobre estes espaços de participação assinala a alternativa correta:

- a) Os conselhos de saúde são compostos por segmentos do governo, comunidade, prestadores de serviços e profissionais de saúde, sendo a paridade entre estes representantes da seguinte forma: os gestores ocupam 50 % das vagas nos conselhos enquanto profissionais e comunidade dividem 25% das vagas e outros 25% estão com os prestadores de serviços.
 - b) Os conselhos de saúde são instâncias apenas consultivas não tendo poder de elaborar ou influir nas políticas de saúde.
 - c) Os conselhos de saúde e conferências representam um grande avanço para a democracia brasileira permitindo que os cidadãos participem das discussões sobre as Políticas de Saúde no Brasil.
 - d) Segundo a Lei nº 8.142 de 1990 as conferências de saúde devem ser convocadas a cada 02 anos pelo poder executivo.
2. Tendo em vista que lei nº 8.142 de 1990 são necessários, para que os Municípios, Estados e o Distrito Federal recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde, os seguintes pré-requisitos:
 - a) Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de saúde, Relatório de gestão.
 - b) Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de saúde, Relatório de gestão, autorização do chefe do executivo.
 - c) Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; plano de saúde; relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
 - d) Fundo de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; plano de saúde; relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
3. O artigo de Cohn (2009) nos remete a reflexões sobre as limitações da Reforma Sanitária Brasileira, os muitos desafios para o alcance real das suas propostas originais e para o cumprimento das diretrizes constitucionais. Quando descreve sobre a: *Oferta e cobertura de serviços fragmentada e segmentação da clientela. Tessitura da relação Estado/Sociedade mais precisamente em relação às esferas públicas e privada da vida social. Despolitização da saúde e controle da sociedade.* A autora se refere RESPECTIVAMENTE às seguintes diretrizes do SUS:
 - a) Universalidade e Integralidade do acesso com equidade. Regulação do SUS. Participação e Controle Social além das instâncias formais.
 - b) Participação e Controle Social além das instâncias formais. Regulação do SUS. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade.
 - c) Controle Social além das instâncias formais. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade. Regulação do SUS.
 - d) Regulação do SUS. Participação e Controle Social além das instâncias formais. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade.

4. A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais (Cohn, 2009). A seção II da referida Constituição estabelece em relação à saúde que:
- a) O SUS pode recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de determinada área, na fórmula e lógica da regulação do setor privado.
 - b) As ações e serviços públicos integram uma rede hierarquizada, centralizada e coordenada de forma bipartite pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.
 - c) Saúde é direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida somente por políticas econômicas e de desenvolvimento institucional.
 - d) Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
5. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Conforme o Decreto nº 7.508/11 são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de:
- a) Atenção hospitalar, atenção de urgência e emergência, ambulatórios especializados.
 - b) Atenção primária, ambulatórios especializados, atenção psicossocial.
 - c) Atenção hospitalar, atenção psicossocial, ambulatórios especializados.
 - d) Atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial.
6. Assinale a alternativa correta de acordo com as considerações presentes no decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011:
- a) Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de estados que compõem a mesma região, seguindo a divisão federativa do Brasil que tem como finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
 - b) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede municipal, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão pactuados entre as diferentes instâncias intramunicipais.
 - c) Mapa da Saúde corresponde a descrição dos principais indicadores sócio-epidemiológicos da Região de Saúde, auxiliando a identificar as regiões endêmicas e pontos críticos relacionados a distribuição dos principais agravos em saúde.
 - d) Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.
7. Acerca das Políticas de Saúde no Brasil, assinale a alternativa correta:
- a) A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como “direito de todos e dever do estado” e criou o SUS, porém garantiu liberdade à iniciativa privada e não impôs limites para a sua atuação nesse campo.
 - b) A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB-SUS) priorizou a inversão do modelo de atenção à saúde, enquanto a NOB-SUS 01/96 favoreceu o avanço no processo de municipalização.
 - c) O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), fortalece a regionalização e aborda a questão das relações interfederativas, propondo inovações como o Contrato Organizativo da Ação Pública.
 - d) Mais recentemente, a Lei Complementar 141/2012 definiu um valor percentual mínimo de aplicação das receitas tributárias de cada ente federativo em ações e serviços de saúde, sendo 15% para os Municípios, 12% para os Estados e 10% para a União.

8. Na seção reservada à Saúde, inscrita na Constituição Federal Brasileira existem cinco artigos que tratam de sua concepção e organização. Qual alternativa abaixo guarda relação direta com o conceito de determinantes sociais da saúde:
- a) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.
 - b) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
 - c) A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
 - d) São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
9. Sobre a Política Nacional de Humanização, instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, e seus dispositivos, podemos dizer que a clínica ampliada é concebida como:
- a) Ação médica prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença.
 - b) Diagnóstico médico e de enfermagem para definir todo o tratamento para o paciente.
 - c) O serviço de saúde concentra-se no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento.
 - d) Compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, equilibrando o combate à doença com a produção de vida.
10. A humanização da atenção exige um diálogo qualificado não somente dentro das equipes de saúde, mas, também, entre equipes de serviços diferentes, sempre envolvendo os sujeitos que demandam os cuidados. Nesta direção, é contraditório afirmar, sobre a Clínica Ampliada:
- a) Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários e profissionais de saúde.
 - b) A atenção à saúde dos usuários é de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde.
 - c) Fomento da autonomia e do protagonismo dos usuários.
 - d) Aumento do grau de co-responsabilidade entre os sujeitos implicados na produção de saúde.
11. Sobre a integralidade da atenção à saúde e as previsões em lei para as políticas públicas de educação e de saúde (Ceccim, Feuerwerker; 2004) é possível afirmar que:
- a) As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmam que a formação profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, sem necessariamente focar no trabalho em equipe e na atenção integral à saúde.
 - b) A universidade pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social.
 - c) A educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais.
 - d) Diante das transformações ocorridas no mundo do trabalho e da produção de conhecimento, não se faz necessário firmar uma política pública de mudança na graduação.
12. A Participação Social representa um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto seu estudo é imprescindível para a compreensão das políticas de saúde em nosso país. Dessa forma, é correto afirmar em relação à participação social no Brasil:
- a) A participação social no SUS é legalmente garantida pelos conselhos e conferências de saúde que interferem diretamente na política apenas em âmbito federal.
 - b) O orçamento participativo e os conselhos gestores são inovações no cenário político brasileiro. No orçamento participativo os sujeitos se organizam em instâncias colegiadas com caráter deliberativo sobre determinados

setores das políticas sociais. Já nos conselhos gestores os sujeitos se organizam para definir as prioridades de alocação de recursos.

- c) A Constituição de 1988 garantiu a participação social por meio das duas instâncias apenas: eleições diretas e plebiscito.
- d) Nas décadas de setenta e oitenta a participação na saúde se fazia por meio de conselhos comunitários, conselhos populares e conselhos administrativos.

13. Existem muitas concepções e sentidos para a participação e suas formas de efetivação. No que diz respeito à participação na saúde podemos afirmar que:

- a) A participação comunitária desponta no Brasil na década de setenta a partir de programas de extensão de cobertura preconizados por agências internacionais de saúde para a América Latina. Esses programas incentivam o aproveitamento do trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias e valorizavam a organização da comunidade como possibilidade de alcançar melhorias sociais.
- b) A proposta de participação popular substitui a categoria comunidade pela categoria povo entendida como a parcela da população organizada em associações, sindicatos e outros equipamentos sociais e nela a participação é preconizada no âmbito apenas do serviço de saúde.
- c) Participação Social, categoria que ganha força na década de oitenta, refere-se apenas à participação dos setores sociais excluídos e tem como categoria central a sociedade.
- d) No contexto da formalização da participação social do setor saúde no Brasil, o controle social é a expressão de mecanismos coercitivos que a sociedade e o Estado exercem sobre os indivíduos mesmo por meio de instâncias participativas.

14. Em relação às características dos sistemas fragmentados de atenção saúde (MENDES, 2011).

- I – Orientados para atenção as condições agudas e os eventos agudos decorrentes das agudizações das condições crônicas.
- II – Organizados por um contínuo de ação, com ênfase no cuidado profissional a partir de ações curativas e reabilitadoras.
- III – Planejamento baseado na capacidade de oferta de serviços de saúde.

Assinale a alternativa correta:

- a) I e II estão corretas
- b) I e III estão corretas
- c) II e III estão corretas
- d) I, II e III estão corretas

15. Segundo Mendes (2011), as redes de atenção à saúde (RAS) são:

- a) Organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde articulados em níveis crescentes de complexidades tecnológicas.
- b) Organizações hierárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.
- c) Organizações hierárquicas de conjunto articulado de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral de indivíduos.
- d) Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

16. Em relação aos diálogos entre a educação popular, movimentos sociais e o setor saúde é correto afirmar que:

- a) O Movimento Popular de Saúde (MOPS) surge na década de 80 na Zona Leste de São Paulo com o fim da ditadura militar com a perspectiva de oferecer assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares e como instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos.
- b) A Rede de Educação Popular e Saúde surge no início dos anos setenta, por iniciativa de profissionais de saúde envolvidos em práticas de Educação Popular, com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços de saúde.

- c) Existem dificuldades de gestores e mesmo setores progressistas do Movimento Sanitário em compreender a lógica e o ritmo dos movimentos sociais e das pequenas práticas locais no enfrentamento dos problemas de saúde que acontecem fora dos espaços institucionais formais, ou seja, dos conselhos e conferências de saúde. Esta lógica dos movimentos muitas vezes se choca com a lógica e o ritmo dos gestores.
 - d) Existem algumas iniciativas de governos municipais ou estaduais na utilização da metodologia da Educação Popular como instrumento de fortalecimento da participação popular nos serviços, no entanto não existe ainda um saber significativo sobre as possibilidades de utilização desta metodologia como instrumento de gestão de políticas sociais.
17. O PBL (*Problem-Based Learning*) é uma abordagem educacional desenvolvida inicialmente no Canadá, EUA e Holanda que se propõe a criar alternativas ao modelo de ensino em saúde tradicional baseado em disciplinas, procurando substituí-las pelo estudo de problemas concretos de forma interdisciplinar e cooperativa. Uma das contribuições da educação popular a esta proposta pedagógica pode ser:
- a) Articular os problemas à realidade social ofertando soluções definitivas que transformem a realidade em suas várias dimensões.
 - b) Contextualizar os problemas a serem debatidos de forma que, na América Latina, essa abordagem assuma características transformadoras, criando possibilidades de uma prática sanitária baseada num processo contínuo de ação e reflexão capaz de romper com as práticas medicalizadoras e higienistas e constituir-se ação coletiva e solidária voltada a superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano.
 - d) Não há diálogos possíveis entre as duas abordagens já que o PBL está voltado apenas para a análise de práticas individuais e ações medicamentosas.
18. Sobre os Sistemas de vigilância é correto afirmar:
- a) O sistema de farmacovigilância é um instrumento de saúde pública voltado exclusivamente para avaliação dinâmica do risco de eventos adversos aos imunobiológicos.
 - b) A vigilância de traumas e lesões tem como foco o monitoramento dos acidentes fatais classificados como intencionais atendidos nos hospitais de urgência e emergência.
 - c) A Vigilância ambiental requer a coleta, análise e disseminação de dados sobre riscos ambientais e seu desfechos, sendo como um de seus pressupostos a capacidade de estabelecer associação entre uma exposição ambiental específica e um evento adverso a saúde.
 - d) A vigilância de doenças crônicas é uma estratégia utilizada apenas nos países desenvolvidos uma vez que os sistemas de vigilância dos países em desenvolvimento ainda são frágeis e pouco estruturados.
19. Os Sistemas de Vigilância são importantes instrumentos para identificar doenças emergentes, comportamentos modificados de doenças já conhecidas, doenças que ocorrem em situações inusitadas, monitorizar e avaliar riscos à saúde e intervenções. Tem sido desenvolvidas, conforme se vê em Waldman (2009), novas aplicações da vigilância, tais como: vigilância de tecnologias médicas, vigilância ambiental, de traumas e lesões, de doenças crônicas e vigilância para resposta global a doenças emergentes. Marque a alternativa em que apareçam no enunciado, em conformidade com a literatura indicada, aspectos de **vigilância ambiental** e **vigilância de doenças crônicas**, respectivamente:
- a) Requer coleta, análise e disseminação de dados sobre riscos ambientais e desfechos; Tem merecido atenção somente em regiões desenvolvidas, apesar das taxas de mortalidade e incapacidade permanente por esse grupo de causas serem mais elevadas nas nações não industrializadas.
 - b) Monitoramento da incidência, causas e circunstâncias em que ocorrem casos fatais e não fatais que podem ser classificados em não intencionais e intencionais; Pontos críticos para a vigilância de doenças não infecciosas são avaliações confiáveis da magnitude da morbimortalidade.
 - c) Os desfechos de saúde de interesse podem ser tanto óbitos como doenças, os riscos abrangem os agentes, físicos e biológicos encontrados no ar, água, solo e alimentos; A vigilância desempenhou papel importante nos EUA para identificação da obesidade como prioridade em saúde pública permitindo documentar a epidemia e mensurar a efetividade de intervenções.
 - d) Contribuir para a avaliação do benefício, dano e risco de medicamentos; Resulta de um esforço internacional de integração de serviços de saúde, vigilância e instituições de pesquisa.

20. O objetivo da vigilância não abrange somente a coleta de dados sobre específicos eventos adversos à saúde e sua transformação em informações úteis. Segundo a literatura indicada (WALDMAN, 2009) o uso da vigilância em determinado sistema de saúde deve ter alguns objetivos. O único objetivo que NÃO está descrito na literatura é:
- a) Detectar epidemias e documentar a disseminação de doenças.
 - b) Identificar novas doenças ou eventos adversos à saúde.
 - c) Recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde.
 - d) Manter desconfiança de novas práticas de sistemas de vigilância assegurando os instrumentos metodológicos consolidados.
21. Em relação ao modelo explicativo sobre a “história natural do processo saúde e doença” de Leavell & Clark é correto dizer que:
- a) Foram os primeiros a utilizar o conceito de Promoção da Saúde, quebrando o modelo hegemônico.
 - b) A Promoção da Saúde é considerada, neste modelo, uma ação de prevenção primária, relacionadas ao período pré-patogênico, momento em que a doença ainda não iniciou seu processo.
 - c) O modelo de Leavell e Clark foi inovador porque considerava os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho na inserção social dos indivíduos nos níveis de saúde da população.
 - d) O modelo de Leavell e Clark segue até hoje como o melhor modelo explicativo para se compreender as medidas de Promoção da Saúde.
22. A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, elaborou a Carta de Ottawa, considerada o documento mais importante como marco conceitual da Promoção da Saúde. Nesta Carta estão definidos os campos de ação da Promoção da Saúde, fundamentais para nortear as estratégias de Promoção da Saúde. Quais são eles:
- a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde.
 - b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de estratégias preventivas para adoção de estilos de vida saudáveis; Reorientação dos serviços de saúde.
 - c) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Criação de espaços saudáveis; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde.
 - d) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Criação de espaços saudáveis; Elaboração de estratégias de mudança de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis; Reorientação dos serviços de saúde.
23. A construção histórica do que é e do que não é Atenção Primária à Saúde teve início em 1966 nos EUA e o seu conceito é parte importante da introdução da Declaração de Alma-Ata (1978), de documentos da Espanha (1984) e Cuba (1984), das publicações de Bárbara Starfield (1992, 1998, 2002) além de outros documentos. Marque a alternativa abaixo que contém o que se lê nestas publicações.
- I- Nível de atenção que oferece a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns e, coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.
 - II- Nível de atenção independente sem inter-relação com os outros serviços e unicamente da responsabilidade do setor saúde.
 - III- Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral, oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados.
 - IV- Estratégia caracterizada pela soma de conteúdos e habilidades provenientes das diferentes especialidades médicas, utilizadas para a prestação de serviços aos pacientes no primeiro nível de atenção e, que se reduz a utilização de pessoas da comunidade capacitadas para prestar uma atenção elementar.
 - V- Inclui outros setores, é organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária.

Com base nestas descrições e em sua opinião, assinale a alternativa correta:

- a) Somente II, IV, e V caracterizam o que NÃO é Atenção Primária à Saúde.
 - b) Todas as descrições caracterizam o que NÃO é Atenção Primária à Saúde.
 - c) Somente I, III e V caracterizam o que é Atenção Primária à Saúde.
 - d) Todas as descrições caracterizam o que é Atenção Primária à Saúde.
24. Sobre os antecedentes do “Programa de Saúde da Família” no âmbito das reformas assistências no Brasil aponte a única alternativa correta:
- a) A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991.
 - b) A partir do PACS começou-se a enfocar as populações pobres como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) a família nuclear burguesa, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por áreas de risco e vulnerabilidade).
 - c) Por força do PACS, em 1991, o ministério foi obrigado a institucionalizar, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma sistemática e articulada pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) em diversas regiões do País -liderados pelo Ceará, que já havia construído política estadual.
 - d) Pode-se afirmar que, pelo fato de o Programa de Agentes Comunitários ter tomado forma de um Programa Nacional, ele se constituiu, conseqüentemente, como mais um programa vertical do Ministério da Saúde e uma ação paralela ao sistema de saúde.
25. A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. No Brasil a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova e regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica. Sobre a Portaria é correto afirmar:
- a) Os NASF se constituem como serviços com unidades físicas independentes da atenção primária, de livre acesso para atendimento individual ou coletivo para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e promoção da saúde.
 - b) As equipes de saúde da família trabalham em um território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade.
 - c) A APS tem como diretriz norteadora coordenar a integralidade da assistência, buscando a integração de ações programáticas; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades sendo vedado o atendimento a demanda espontânea, que se configura como ação das Unidades de pronto Atendimento (UPAS).
 - d) Com a nova Política Nacional de Atenção Básica o Brasil passa adotar o termo atenção primaria para poder ter parâmetro de comparabilidade com os demais países que considera o termo Atenção Básica pautada em concepções centrada exclusivamente na prevenção de doença e promoção da saúde.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. No que concerne à relação mãe-bebê na situação de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a equipe multiprofissional deve:
- a) Intermediar o contato da mãe com o bebê, ajudando-a a perceber os sinais de comunicação do mesmo, bem como a estimulando a exercer sua preocupação materna primária.
 - b) Realizar um trabalho de prevenção sistemática, oferecendo orientações com termos técnicos para que a mãe conheça os procedimentos realizados e tenha maior autonomia em relação à equipe.
 - c) Discutir com a mãe certas situações desagradáveis e de risco apenas quando estas acontecerem para que ela não fique ansiosa desnecessariamente.
 - d) Assumir o papel de melhor cuidadora, uma vez que o bebê permanece um período de internação prologando, exigindo efetivos cuidados técnicos e de manejo dos quais a mãe não possui conhecimento.
27. Encontra-se registrado no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) que 43.638 crianças morreram no país antes de completar um ano de vida em 2008, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 19,38 por mil nascidos vivos. A mortalidade neonatal (entre 0 a 27 dias de vida) representa de 60 a 70% da mortalidade infantil e, portanto, maiores avanços na saúde da criança brasileira requerem maior atenção à saúde do RN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A análise dos dados apresentados nos Sistemas de Informação (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – Sinasc, Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM e Sistema de Informação Hospitalar – SIH) é importante, pois:
- a) Comprova que o Brasil vem apresentando queda progressiva nos indicadores de mortalidade infantil, o que nos leva a concluir que as estratégias de atenção à saúde deste segmento populacional estão adequadas.
 - b) Confirma que a baixa qualidade da atenção básica em saúde e da assistência pública hospitalar é a maior causadora de morte infantil, superando, inclusive, fatores de risco como altos índices de cesarianas, prematuridade, mães adolescentes ou de baixa escolaridade, baixo peso ao nascer e asfixia ao nascer.
 - c) Mostra que a cobertura dos Sistemas de Informação abrange mais de 90% do total de nascimento e morte do País e, de modo geral, seus preenchimentos são adequados.
 - d) Permite identificar oportunidades perdidas de intervenção pelos serviços de saúde, de modo a avaliar a qualidade e adequação da assistência oferecida e auxiliar no planejamento das ações.
28. O alojamento conjunto tem sido valorizado e reconhecido no mundo inteiro, pois oferece inúmeras vantagens para a mãe, à criança e suas famílias. Dessa forma, algumas práticas devem fazer parte da rotina do profissional de saúde no alojamento conjunto. Acerca deste tema, é possível afirmar que:
- a) O profissional de saúde deve prover atendimento humanizado, acolhendo as mães e os familiares, evitando aconselhar e emitir opiniões, tendo uma postura de oferecer ajuda prática quando necessária.
 - b) Como os primeiros dias após o parto são fundamentais para o sucesso da amamentação, é importante que o profissional de saúde observe as mamadas e auxilie as mães e os bebês a praticarem a amamentação com técnica adequada.
 - c) O profissional de saúde deve demonstrar empatia pelos sentimentos e condutas da mãe, sem interferir no que ela deve fazer em determinadas circunstâncias, tais como amamentação cruzada e o uso de chupetas e mamadeiras.
 - d) O profissional de saúde deve realizar visitas diárias ao alojamento conjunto, podendo atender o RN, mesmo sem a presença da mãe, quando se fizer necessário.

29. A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) para o período neonatal foi lançada em 1994 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, as primeiras oficinas de AIDPI neonatal ocorreram em 2005. Com relação à AIDPI neonatal, é correto afirmar que:
- a) A AIDPI neonatal compreende um conjunto de ações que giram prioritariamente em torno da classificação adequada da doença e do tratamento em tempo hábil, sendo que o tratamento deve acontecer através de encaminhamento específico para assistência de maior complexidade, após orientação específica do médico.
 - b) Dentre os sinais clínicos preditores de doenças graves, podemos citar a icterícia que é considerada patológica se aparecer após 24 horas de vida, necessitando de avaliação rigorosa.
 - c) Se a criança apresentar letargia ou inconsciência, inquietude ou irritabilidade, olhos fundos, sinal da prega cutânea e sucção débil ou ausente, deverá ser classificada como DESIDRATADA, sendo assim, uma das medidas a serem tomadas é o encaminhamento com urgência para um hospital, oferecendo soro oral com frequência durante o trajeto.
 - d) Se a criança está com perda de peso maior que 10% na primeira semana de vida, ela deve ser classificada como PROBLEMA DE NUTRIÇÃO OU DE ALIMENTAÇÃO e uma das medidas a serem tomadas é aconselhar a mãe a dar o peito sempre que a criança quiser, ao menos, oito vezes ao dia.
30. O aumento das taxas de infecção hospitalar (IH) passou a ser um dos fatores limitantes na vida do RN. Acerca da IH, é correto afirmar que:
- a) Os fatores de risco de IH que podem ser controlados dizem respeito às condições do local de internação. Um bom exemplo é a saúde ocupacional dos profissionais, que devem estar livres de doenças infecciosas agudas e lesões de pele, devendo ser, em algumas situações, afastados do trabalho e tratados.
 - b) No ambiente da UTI neonatal, a medida preventiva mais importante é o uso da antibioticoterapia profilática.
 - c) No que concerne aos cuidados na manipulação de secreções, a aspiração do tubo traqueal deve ser realizada diariamente com técnica asséptica e preferencialmente com a presença de dois profissionais, utilizando luvas e cateter de aspiração estéreis e descartando-os após o uso.
 - d) No que diz respeito aos cuidados com sonda gástrica, esta deve ser trocada a cada 24 horas, introduzida de maneira menos traumática possível e fixada adequadamente. RN alimentados por sonda gástrica devem ser mantidos em decúbito elevado a 45°, evitando aspiração de conteúdos gástricos para os brônquios.
31. A pesquisa de informação para a estruturação da história clínica do RN, assim como a realização do seu exame físico são fundamentais para a obtenção de dados que levem a uma compreensão mais ampla do quadro clínico do bebê. A respeito deste assunto, é correto afirmar que:
- a) A história clínica do RN terá que conter dados sobre antecedentes dos pais, de outras gestações, partos e evolução das crianças. Sempre que possível, a obtenção dessas informações deverá ocorrer após o parto, quando a parturiente terá condições de refletir sobre os questionamentos e poderá fornecer dados mais precisos.
 - b) O RN apresenta, normalmente, choro forte e de timbre variável; choro fraco ou gemênico podem estar presentes nas infecções e no desconforto respiratório; choro monótono, agudo, intermitente pode ser encontrado em lesões neurológicas graves. Esses dados poderão ser obtidos no decorrer do exame físico, e se, nesse momento, a criança não estiver chorando, recomenda-se provocar o choro para se registrar essa importante informação.
 - c) A avaliação da pele é um item importante no exame físico do RN. No caso de RN pré-termo entre 26 e 28 semanas de gestação, é possível verificar a presença do vernix caseoso, material gorduroso que costuma recobrir o corpo do bebê e cujas funções primordiais são a proteção da pele e o isolamento térmico. Esse material poderá ser retirado após dois dias do nascimento, visto ser importante fator de proteção de prematuros nesses primeiros momentos de vida.
 - d) Quando se começa o exame físico geral do RN, inicia-se, simultaneamente, a avaliação neurológica, pois postura, movimentação espontânea, resposta ao manuseio e choro são parâmetros importantes. Para uma adequada avaliação, deve-se evitar a realização do exame neurológico nas primeiras 12 horas de vida do bebê para minimizar a influência do estresse do parto.

32. No Brasil, nascem cerca de 3 milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais, a maioria delas nasce com boa vitalidade. Entretanto, em alguns casos, manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada. No que diz respeito à necessidade de reanimação na Sala de Parto, é correto afirmar que:
- a) O boletim de Apgar e a avaliação da coloração da pele e das mucosas do RN são utilizados para decidir o início da reanimação e as manobras a serem instituídas no decorrer dos procedimentos, pois têm relação com a saturação de oxigênio ao nascimento.
 - b) Na presença de líquido amniótico meconial, fluido ou espesso, deve-se realizar a aspiração das vias aéreas. Esse procedimento diminui a incidência de Síndrome de Aspiração de Mecônio, a necessidade de ventilação mecânica nos RN que desenvolvem pneumonia aspirativa e o tempo de oxigenoterapia ou de hospitalização.
 - c) Se o RN é pré-termo ou se, logo após nascer, não estiver respirando e/ou apresenta-se hipotônico, indicam-se os passos iniciais que devem ser executados em, no máximo, 30 segundos. O primeiro passo é prover calor a fim de manter a temperatura corporal do RN entre 36,5° e 37°C.
 - d) Se o RN com 34 semanas ou mais de idade gestacional apresenta apneia, respiração irregular ou FC > 100bpm, deve-se iniciar a ventilação com ar ambiente, devendo o profissional ficar atento à apropriada insuflação pulmonar e à normalização da FC. É recomendado que exista oxigênio suplementar para uso se não houver melhora dos valores desejáveis de SatO₂ até 2 minutos após o nascimento.
33. Alguns problemas podem ocorrer durante o Aleitamento Materno (AM). Se não forem prontamente identificados e tratados, podem ser importantes fontes de ansiedade e sofrimento, podendo culminar com a interrupção da amamentação. No que diz respeito a alguns dos principais problemas relacionados à amamentação, é correto afirmar que:
- a) Mamilos planos ou invertidos podem dificultar o início da amamentação, mas não necessariamente a impedem. Para a mãe que tem mamilos planos ou invertidos conseguir amamentar com sucesso, é fundamental que medidas sejam tomadas logo após o nascimento do RN, tais como auxiliar a mãe com técnicas que favoreçam a formação do “bico” por meio da adequada pega pelo bebê ou com o uso de bombas de extração de leite.
 - b) No ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal estar. Poderá haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite, muitas vezes, não flui com facilidade, devido ao edema e à viscosidade aumentada do leite represado. Uma das medidas a serem adotadas neste caso inclui mamadas frequentes por livre demanda.
 - c) O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente. A mama com ductos lactíferos bloqueados apresenta-se com nódulos localizados, sensíveis e dolorosos. Há dor, vermelhidão e calor na área envolvida. Em geral, febre faz parte do quadro clínico. O manejo desta condição deve ser instituído precocemente e de maneira enérgica para que o processo não evolua para mastite.
 - d) Mastite é um processo inflamatório que acomete um ou mais segmentos da mama, podendo progredir ou não para uma infecção bacteriana. Em ambos os casos, a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, o quadro costuma estar acompanhado de mal estar importante, febre alta (acima de 38°C) e calafrios. A produção de leite pode estar afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado. O sabor do leite materno costuma alterar-se, tornando-se azedo, o que pode ocasionar rejeição do leite pela criança. O tratamento da mastite deve ser instituído o mais precocemente possível para que essa condição não evolua para abscesso mamário.
34. A dor é um dos elementos mais destacados do meio ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O manejo da dor na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal engloba inicialmente estratégias gerais de prevenção da dor e intervenção no meio ambiente para redução dos sinais de estresse. Considerando a dor, é correto afirmar que:
- a) A dor no recém-nascido pré-termo manifesta-se por meio de respostas comportamentais e fisiológicas associadas ou ausentes. Tendo um potencial de cumulativamente possuir um impacto negativo no desenvolvimento.
 - b) Cada Unidade de Terapia Intensiva Neonatal deve escolher a (s) escala (s) que mais se adequa (em) as suas necessidades, estabelecendo a sua periodicidade e duração de acordo com cada procedimento.
 - c) Um dos fatores que torna o recém-nascido mais sensível à dor são as respostas metabólicas, hormonais e cardiovasculares não apresentar-se pronunciadas.
 - d) As estratégias farmacológicas buscam diminuir a dor sendo mais eficazes quando utilizadas de forma combinada.

35. Ainda com relação à dor, a mensuração da mesma tem sido o maior obstáculo para que medidas de alívio sejam implementadas. Isso se deve à ausência da comunicação verbal desses pacientes, tornando ainda mais subjetiva essa mensuração, como é o caso do neonato. Daí, indicadores foram criados para facilitar essa compreensão. Diante do exposto, marque a alternativa que cita os Indicadores Comportamentais de avaliação da dor:
- a) Choro, tremor do queixo e agitação.
 - b) Choro, mímica facial e atividade motora.
 - c) Choro, agitação e sonolência.
 - d) Atividade motora, mímica facial e boca aberta.
36. A maneira mais segura de transportar um recém-nascido grave é o útero materno; entretanto, em algumas situações, como no nascimento prematuro, pode ser preciso transportar essa criança para outro serviço especializado. Conforme o enunciado, marque a alternativa que indica as intercorrências clínicas passíveis de ocorrer durante o transporte intra ou inter-hospitalar:
- a) Alterações significativas dos sinais vitais como frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, pressão parcial do gás carbônico e temperatura.
 - b) Alterações da frequência respiratória, hiperglicemia, obstrução da cânula traqueal, deslocamento de drenos.
 - c) Queda da saturação de oxigênio, término de oxigênio antes do tempo previsto, extubação acidental.
 - d) Alterações na coloração da pele, pneumotórax, hipoglicemia, deslocamento de cateteres, vibrações mecânicas.
37. O transporte Neonatal deve ser entendido dentro do conceito de Regionalização do atendimento, ou seja, colocar a disposição do recém-nascido o nível de cuidado adequado à sua morbidade ou risco de vida. Um programa de Regionalização só pode ser realizado com a criação de Serviços de Referência dotados de recursos especializados (UTIs). Baseado nesta assertiva marque a alternativa correta em relação aos objetivos do programa de regionalização do atendimento neonatal:
- a) Intervir tardiamente em eventuais patologias, reduzindo a morbidade.
 - b) Melhorar as patologias gestacionais, possibilitar o nascimento de recém-nascidos mais saudáveis, mais maduros, reduzindo sua mortalidade.
 - c) Possibilitar o nascimento de recém-nascidos graves em unidades de atenção primária.
 - d) Encaminhar patologias menos graves para que sejam tratados nos centros dotados de melhores recursos.
38. Para transportar o recém-nascido de forma segura, a equipe multiprofissional necessita de alguns procedimentos indispensáveis. Marque a alternativa correta que evidencia um importante cuidado durante o transporte do RN, seja intra ou inter-hospitalar.
- a) Evitar alterações da temperatura com controle de temperatura a cada hora.
 - b) Verificar a permeabilidade de via aérea: observar a posição do pescoço, que deverá estar fletido e no caso de paciente entubado, não há necessidade de controle, pois as vias aéreas já estão protegidas e a cânula fixa.
 - c) Verificar a glicemia capilar do recém-nascido no fim do transporte e após 60 minutos.
 - d) Monitorar a oxigenação através de oximetria de pulso.
39. Com o avanço da neonatologia e advento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, a sobrevivência do recém-nascido pré-termo aumentou significativamente. Diante disso, muitos estudos foram e estão sendo feitos para nortear a forma ideal de garantir o suporte nutricional a esses pacientes. Baseado no texto acima marque a alternativa correta:
- a) Os recém-nascidos pré-termo são privados da estimulação nutricional, que ocorre no período em que o feto deglute o líquido amniótico o qual promove a estimulação trófica.
 - b) Os recém-nascidos pré-termo não possuem energia suficiente nas primeiras horas de vida devendo ser iniciada a dieta o mais breve possível.
 - c) Os estudos apontam que nutrição não é um fator que pode determinar a sobrevivência e a mortalidade do recém-nascido pré-termo.
 - d) O temor da enterocolite levou os neonatologistas a prolongar a dieta enteral e retardar a nutrição parenteral.

40. Segundo Gorski, Huntington, Lemkoming et al.(1990) no que se refere a evolução do comportamento dos bebês pré-termo e consequente interação dos subsistemas, é possível afirmar que:
- a) O recém-nascido com menos de 32 semanas atinge uma capacidade mínima de manter a homeostase.
 - b) O recém-nascido entre 34 e 35 semanas iniciará sua responsividade comportamental organizada.
 - c) O recém-nascido entre 36 e 40 semanas poderá apresentar sinais de estresse, inclusive apneia.
 - d) O recém-nascido entre 36 e 40 semanas encontra-se no período de reorganização fisiológica.
41. A forma de tocar o recém-nascido pré-termo e o seu manuseio têm particular importância durante a permanência dele na unidade de terapia intensiva neonatal. A sensibilidade tátil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e amadurecer. Em relação à estimulação tátil marque a alternativa correta:
- a) A exposição aos estímulos cutâneos positivos não permite aprendizado pelo recém-nascido pré-termo comprometendo a forma de reação aos próximos contatos.
 - b) O toque parado pode causar respostas adversas, tais como: hipoxemia, bradicardia, interrupção do sono, aumento da pressão intracraniana e dor.
 - c) O recém-nascido apresenta sensibilidade tátil em todo o corpo, no entanto não pode diferenciar o toque leve em relação toque profundo.
 - d) Os reflexos cutâneos são mais pronunciados, certos toques na pele facilmente produzem movimentos de segmentos do corpo.
42. A prematuridade é reconhecida como um importante fator de risco para distúrbios do desenvolvimento motor, uma vez que promove uma interrupção na progressão do desenvolvimento das estruturas cerebrais, podendo afetar eventos importantes, como a sinaptogênese e a mielinização. Conforme o enunciado marque a alternativa correta:
- a) Em um recém-nascido no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal a intensa neuroplasticidade dos primeiros meses não favorece uma melhor resposta à estimulação.
 - b) A ventilação mecânica por tempo prolongado favorece a lesão neurológica, esta provoca alterações transitórias dentre elas, a paralisia cerebral e o atraso no desenvolvimento.
 - c) A presença de comorbidades comuns na prematuridade como a hipóxia e a displasia broncopulmonar podem favorecer a lesões neurológicas.
 - d) Os métodos assistenciais provocam alterações motoras, desde um atraso na aquisição das etapas até uma doença pulmonar crônica.
43. Sobre o uso de tecnologias nas Unidades Neonatais, assinale a alternativa correta.
- a) A implantação de recursos tecnológicos deverá ser realizada a qualquer custo, pois inevitavelmente esta aprimora e facilita a prestação de cuidado na neonatologia.
 - b) Independentemente de quem faz uso da tecnologia em unidades neonatais, a sua utilização faz com que o cuidado seja desumanizado e despersonalizado ao recém-nascido.
 - c) O impacto da tecnologia no cuidado neonatal sempre é positivo para os profissionais da saúde assim como para os recém-nascidos e familiares.
 - d) A utilização de tecnologias em unidades neonatais é de grande importância, porém é necessário o aperfeiçoamento e a atualização dos profissionais de saúde para que possam aplicar o conhecimento de forma responsável e racional, desenvolvendo um senso crítico e reflexivo de suas ações.

44. De acordo com a portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, as UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento dos recém-nascidos graves ou com risco de morte, dentre estes englobam-se:
- () Recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitam de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO2 maior que 20%.
 - () Recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas.
 - () Recém-nascidos que necessitam de cirurgias de pequeno porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de grande e médio porte.
 - () Recém-nascidos que necessitam de nutrição parenteral.
 - () Recém-nascidos críticos que necessitam de cuidados especializados.
- a) V V F V V
b) F V F V F
c) V V F F V
d) F V F V V
45. Marque o item correto sobre a definição da portaria nº 930 de 10 de maio de 2012.
- a) Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - b) Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - c) Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada à criança e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - d) Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada à criança grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
46. Quando falamos em recém-nascido e de acordo com a portaria nº 930/2012, o recém-nascido é compreendido por:
- a) Criança com idade entre 0 (zero) a 26 (vinte e seis) dias de vida.
 - b) Criança com idade entre 0 (zero) a 7 (sete) dias de vida.
 - c) Criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida.
 - d) Criança com idade entre 0 (zero) a 30 (trinta) dias de vida.
47. As Unidades Neonatais são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, devendo atender ao seguinte parâmetro de necessidade populacional, de acordo com a portaria nº 930 / 2012:
- a) Para cada 100 nascidos vivos poderão ser contratados 2 leitos de UTIN, 2 leitos de UCINCo e 1 leito de UCINCa.
 - b) Para cada 1000 nascidos vivos poderão ser contratados 2 leitos de UTIN, 2 leitos de UCINCo e 1 leito de UCINCa.
 - c) Para cada 1000 nascidos vivos poderão ser contratados 2 leitos de UTIN, 2 leitos de UCINCo e 2 leitos de UCINCa.
 - d) Para cada 100 nascidos vivos poderão ser contratados 2 leitos de UTIN, 2 leitos de UCINCo e 2 leitos de UCINCa.

48. Quanto à evolução histórica e tecnológica da Neonatologia é correto afirmar:
- a) Durante o século XVI não aconteceram avanços tecnológicos na área da neonatologia devido ao fato de que a mortalidade neonatal era baixa. O índice de mortalidade apresentou acréscimo após a epidemia de varíola no século XVIII.
 - b) Os cuidados neonatais modernos surgiram na França em 1880, com a invenção da incubadora que logo já foi introduzida na prática clínica e reconhecida a importância das equipes multiprofissionais nos hospitais.
 - c) As UTI's Neonatais foram criadas a partir da revolução industrial aonde a criança era tida como mais um meio de produção, assim sendo mais um operário. Quanto mais crianças na família, maior seria o rendimento monetário da mesma.
 - d) A partir da década de 1960 deu-se a origem das UTI's neonatais devido os avanços no cuidado neonatal. Porém, este era um ambiente barulhento e com uma manipulação excessiva. Contudo, somente na década de 1990 passou-se a valorizar a permanência dos pais nas UTI's a fim de favorecer um vínculo profundo e duradouro com o bebê.
49. De acordo com a Portaria nº 930/2012, as UTIN deverão cumprir alguns requisitos de humanização. Marque a alternativa que contém um dos requisitos que constam nesta portaria.
- a) Ambiente arejado, com ventilação natural.
 - b) Garantia de visitas programadas dos familiares.
 - c) Garantia de visitas programadas da mãe e pai.
 - d) Garantia de informação da evolução dos pacientes aos familiares no final da internação seja por alta ou óbito.
50. No tecido pulmonar, os efeitos deletérios do oxigênio são potencializados pelo uso prolongado da ventilação mecânica. Essa combinação de oxigênio e ventilação mecânica está relacionada com a evolução para:
- a) Morte cerebral.
 - b) Desenvolvimento de cor pulmonale.
 - c) Displasia broncopulmonar.
 - d) Pneumonia.
-