

PROCESSO SELETIVO NA MODALIDADE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E  
EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE / 2017 – EDITAL Nº 49/2016

## RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE – RIS-ESP-CE – TURMA IV

**COMPONENTE HOSPITALAR - ÊNFASE EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA**

**LEIA COM ATENÇÃO E SIGA RIGOROSAMENTE ESTAS INSTRUÇÕES**

1. A Prova Teórica Escrita (Objetiva) terá a duração de 04 (quatro) horas, incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas e as orientações iniciais sobre o processo de aplicação das provas.
2. A Prova Teórica Escrita (Objetiva) versa sobre Conhecimentos Gerais e sobre Conhecimentos Específicos inerentes à respectiva ênfase, sugeridos Anexo VIII – Sugestões de Conteúdos e Referências Bibliográficas, do edital 49/2016, sendo composta de 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, o valor de cada questão será de 2,00 (dois) pontos. A prova total vale 100 (cem) pontos. As questões de 01 a 25 são referentes ao conteúdo de Conhecimentos Gerais. As questões de 26 a 50 são referentes ao conteúdo 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 distribuída a folha de respostas, a qual será o único documento válido para a correção da prova.
7. Ao receber a folha de respostas verifique se seus dados estão corretos.
8. **ASSINE A FOLHA DE RESPOSTAS** no espaço reservado para este fim. Não haverá substituição da folha de respostas ou de prova em caso de erro ou rasura efetuado pelo participante.
9. Não amasse nem dobre a folha de respostas, para que não seja rejeitada pela leitura ótica.
10. Não serão considerados os pontos relativos a questões quando, na folha de respostas, houver dupla marcação, marcação rasurada ou emendada e/ou campo de marcação não preenchido integralmente, quando forem assinaladas mais de uma resposta ou não for assinalada nenhuma alternativa.
11. O participante deverá transcrever as suas respostas do seu caderno de prova para a folha de respostas, utilizando **caneta esferográfica transparente, DE TINTA PRETA**, que será o único documento válido para a correção da prova, conforme subitem 7.3.5 do edital 49/2016.
12. Qualquer forma de comunicação entre os participantes implicará em sua eliminação.
13. **O participante somente poderá ausentar-se definitivamente do recinto da prova após decorrida 01 (uma) hora do seu início.**
14. É vedada a saída do participante do recinto da prova sem autorização e acompanhamento do fiscal de sala.
15. Os três últimos participantes só poderão retirar-se da sala de prova simultaneamente, tendo que registrar sua assinatura em Ata.
16. O participante, ao sair da sala, deverá entregar, definitivamente, a folha de respostas e o caderno de prova, devendo, ainda, assinar a lista de frequência.
17. Eventuais erros de nomes e números de inscrições deverão ser comunicados ao fiscal de sala e registrados em Ata.
18. O gabarito abaixo, para simples conferência, deve ser destacado, exclusivamente, pelo fiscal de sala, ao término da prova, no ato da entrega do caderno de prova pelo participante.

## GABARITO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

[illegible]



## CONHECIMENTOS GERAIS

01. De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a alternativa CORRETA:
- a) As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade decrescente.
  - b) A vigilância nutricional e a orientação alimentar estão incluídas no campo de atuação do SUS.
  - c) Por receberem atendimento especial do SUS, as populações indígenas não poderão participar de organismos colegiados, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.
  - d) O SUS não poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.
02. Em seu artigo, Amélia Cohn (2009) nos convida a pensar criticamente sobre a experiência dos 20 anos do SUS e da Reforma Sanitária Brasileira. Sobre as análises feitas por esta autora marque a alternativa CORRETA:
- a) É extremamente frequente na área, a criação de novos conceitos, alguns deles bastante coerentes, indo ao encontro de todo o ideário da Reforma Sanitária e aos preceitos constitucionais da saúde e do SUS, como, por exemplo, o conceito de SUS dependente.
  - b) Verifica-se uma tendência a se tomar como antagônicos conceitos com conteúdos similares, tais como: (i) universalização: como expansão de oferta; (ii) acesso e acessibilidade: ambos como oferta de serviços; (iii) acesso: também confundido como cobertura e oferta de serviços; (iv) gestão: como gerência de serviços, enquanto o Acesso se refere ao conteúdo da gerência e a Gerência, à dimensão administrativa propriamente dita; (v) controle social e participação social: sem diferenciar controle da sociedade e promoção e fortalecimento de novos espaços públicos para a criação de novos sujeitos sociais.
  - c) A partir da década de 90, e mais acentuadamente nos anos recentes, verifica-se um deslocamento na produção, acadêmica e não acadêmica, das grandes questões envolvidas na proposta original da Reforma Sanitária – democracia, papel do Estado, dimensões estruturais do processo saúde/doença, projeto nacional de nação – para estudos de caráter pragmático e tecnicista.
  - d) Há evidência de que a Reforma Sanitária nos tempos atuais comparece na agenda pública fundamentalmente às custas de uma reafirmação desses conceitos anteriormente tão preñhes de conteúdo emancipatório.
03. A respeito dos marcos político-administrativos das políticas de saúde pública no Brasil assinale V para verdadeiro e F para falso. Em seguida, marque a alternativa CORRETA:
- ( ) Os Institutos de Aposentadorias e Pensões são fortalecidos na década de 1940 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).
  - ( ) A Lei Elói Chaves, promulgada em 1923, cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões.
  - ( ) O modelo médico-assistencial-privatista teve início a partir da década de 1950 e vigorou até o final dos anos 1980.
  - ( ) A Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, oficializa a dicotomia no setor saúde: ao Ministério da Saúde, passam a caber as ações coletivas; enquanto que ao Ministério da Previdência e Assistência Social, as ações de caráter individual.
- a) F V V F
  - b) F V V V
  - c) V F F V
  - d) V V V F
04. Avalie as sentenças abaixo sobre os determinantes sociais da saúde e, em seguida, marque a alternativa CORRETA:
- ( ) Enfrentar as iniquidades em saúde envolve ações não apenas no sistema de atenção à saúde, com mudanças nos modelos assistenciais e ampliação da autonomia dos sujeitos, mas também intervenções socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais.
  - ( ) Países com grandes iniquidades de renda e escassos níveis de coesão social são os que menos investem em redes de apoio social. Esses aspectos, no entanto, ainda são pouco estudados por que não estão contemplados no modelo de determinantes sociais da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.
  - ( ) Os resultados para o bem estar da humanidade são cada vez mais fruto de decisões políticas incidentes sobre os determinantes sociais da saúde.

- ( ) Para que as intervenções nos diversos níveis do modelo de Dahlgren e Whitehead sejam viáveis, efetivas e sustentáveis, devem estar fundamentadas nos pilares básicos da intersectorialidade, da participação social e das evidências científicas.

a) V F V V  
b) V V V V  
c) V V V F  
d) V V F V

05. Avalie as sentenças abaixo sobre a história dos determinantes sociais da saúde e, em seguida, marque a alternativa CORRETA:

- ( ) O advento da microbiologia deu origem à chamada revolução pasteuriana, que ampliou consideravelmente o conhecimento sobre os processos biológicos da saúde-doença, valorizando também o pensamento social em saúde.
- ( ) A compreensão da determinação social da saúde e da doença é posterior à medicina científica ou medicina experimental.
- ( ) O Brasil aderiu, em meados dos anos 2000, ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde, desencadeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o que foi considerado como um ato significativo e inserido na tradição do sanitarismo brasileiro.
- ( ) Na história da determinação social da saúde, no século XX, destacam-se o relatório Lalonde, de 1974; a declaração de Alma-Ata, de 1978 e, no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986.

a) F V V F  
b) F F V F  
c) F F V V  
d) F V V V

06. A Promoção da Saúde é um termo que foi assim denominado, no início do século XX e na ocasião da Conferência de Ottawa, em 1986, foi conceituada como: "processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população". Sobre os princípios da Promoção da Saúde é CORRETO afirmar:

- a) A equidade é um princípio do Sistema Único de Saúde e não está relacionada aos princípios da Promoção da Saúde.
- b) Ações de Promoção de Saúde devem se pautar por uma concepção holística de saúde voltada para multicausalidade do processo saúde doença.
- c) A intersectorialidade como princípio da Promoção de Saúde está implementada no Brasil graças à superação da lógica setorial, fragmentada e desarticulada do modelo administrativo tradicional.
- d) A participação social como princípio da promoção da saúde cria mecanismos que estimulam às práticas clientelistas e paternalistas no SUS.

07. A Promoção da Saúde apresenta campos de ação, que estão relacionados abaixo. Assinale a alternativa que contém todos os campos de ação da Promoção da Saúde.

- a) Criação de espaços saudáveis que apoiem a Promoção da Saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde.
- b) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; reforço de ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; a reorientação dos serviços de saúde.
- c) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; reforço da ação comunitária; criação de espaços saudáveis que apoiem a Promoção da Saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; a reorientação dos serviços de saúde.
- d) Reforço da ação comunitária; criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; a reorientação dos serviços de saúde.

08. Considerando o esquema de inserção da vigilância no Sistema Nacional de Saúde apresentado por Waldman (2009), assinale a alternativa CORRETA:

- a) Um dos subsistemas é o de informações para a agilização das ações de controle, que atua nos níveis locais dos sistemas de saúde e tem por objetivo agilizar o processo de identificação e controle de eventos adversos à saúde.

- b) Tentando sistematizar as diferentes experiências desenvolvidas nas últimas décadas e utilizando o enfoque sistêmico, podemos dizer que a vigilância de um específico evento adverso à saúde é composta pelo menos por três subsistemas elementares.
- c) O subsistema de inteligência epidemiológica é especializado e tem como objetivo elaborar a luz do conhecimento científico e com fundamento na análise rotineira dos dados, relativos ao comportamento das doenças na comunidade, as normas dos programas de controle de eventos adversos à saúde.
- d) O subsistema dos serviços de saúde tem como objetivos coletar, organizar, analisar, interpretar e disseminar os dados.
09. Waldman (2009) indica um elenco de funções consideradas essenciais e próprias à saúde pública, cuja implementação é indispensável ao seu bom desempenho. Marque a alternativa que elenca essas funções:
- a) Vigilância epidemiológica, controle social, regulação e fiscalização sanitária.
- b) Vigilância sanitária, controle de zoonoses e regulação.
- c) Vigilância epidemiológica, regulação e fiscalização sanitária.
- d) Vigilância em saúde, regulação e vigilância sanitária.
10. A Estratégia Saúde da Família (ESF) nasceu em 1994 e tem mostrado, ao longo de seus 22 anos, uma série de avanços nos mais diversos aspectos relacionados à saúde coletiva. Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde podem comprovar estes avanços. Em julho de 1998, 739 municípios brasileiros possuíam a ESF, com estimativa de cobertura de 4,4% da população, equivalendo aproximadamente 7.023.844 habitantes. Por sua vez, em outubro de 2016, temos uma outra realidade: 5.409 municípios com ESF, cobertura de 64,32%, aproximadamente 124.773.082 habitantes. Sobre os principais conceitos relacionados ao Sistema Único de Saúde e a Estratégia Saúde da Família, leia as assertivas abaixo e marque a única alternativa INCORRETA:
- a) A ESF é um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família.
- b) A equipe de saúde da família é composta essencialmente de um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na cadeia da assistência integral e primária à saúde. Alguns desses profissionais podem, aqui, ser exemplificados como: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
- c) A Comunidade representa a esfera sociocultural, delimitada essencialmente por contiguidade geográfica e primariamente definida por aspectos semelhantes da organização da vida dos indivíduos e dependência comum dos mesmos equipamentos sociais e governamentais.
- d) A Unidade Familiar é compreendida como a célula biológica e social dentro da qual o comportamento reprodutivo, os padrões de socialização, o desenvolvimento emocional e as relações com a comunidade são determinados. Logo, deve representar uma definição restrita de pessoas associadas a uma residência comum e levar em consideração apenas a composição demográfica dos membros da família.
11. Existe uma clara dicotomia entre o modelo clássico e hegemônico anterior à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e o modelo proposto e atuante da ESF brasileira. Marque a única alternativa que NÃO corresponde ao modelo da ESF:
- a) Serviços de saúde concentrados nos centros urbanos dos municípios.
- b) Funcionamento dos serviços baseado na organização da demanda e no acolhimento dos problemas da população adscrita.
- c) Planejamento e programação com base em dados epidemiológicos e priorizando as famílias ou grupos com maior risco de adoecer e morrer.
- d) Hierarquização da rede de atendimento, ou seja, garantindo níveis de atenção primária, secundária e terciária, articulados entre si.
12. Em relação ao financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) marque a alternativa CORRETA:
- I. O valor do incentivo federal para custeio de cada NASF dependerá da sua categoria (NASF 1 ou NASF 2).
- II. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF que já estão implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- III. O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverá ser realizado no sistema indicado pelo Ministério da Saúde, mas não gerará créditos financeiros.

- a) Apenas I está correta.
  - b) I e II estão corretas.
  - c) I, II e III estão corretas.
  - d) Nenhuma das afirmativas está correta.
13. A Política Nacional de Humanização apresenta princípios, diretrizes e dispositivos. Suas diretrizes expressam o método da inclusão no sentido de valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Partindo desses pressupostos, assinale a alternativa CORRETA no que se refere à Clínica Ampliada:
- a) Um profissional médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença.
  - b) O diagnóstico é suficiente para definir todo o tratamento para um usuário.
  - c) O serviço de saúde se concentra no problema genético do usuário e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento.
  - d) As pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras, sua história e a situação social são elementos importantes.
14. A Clínica Ampliada é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização que implica:
- a) Buscar outros conhecimentos em diferentes setores, envolvendo o sujeito e seu contexto social.
  - b) Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo generalizado.
  - c) Buscar ajuda em um setor específico, ao que se denomina intersetorialidade.
  - d) Destacar o conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas.
15. De acordo com a portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, são consideradas atribuições da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito da Educação Permanente em Saúde:
- I. Elaborar e pactuar o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde.
  - II. Apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional e Estadual para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência.
  - III. Pactuar os critérios para a distribuição, a alocação e o fluxo dos recursos financeiros no âmbito estadual.
  - IV. Homologar os Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde.
- a) Apenas as alternativas I, III e IV estão corretas.
  - b) Apenas as alternativas II e IV estão corretas.
  - c) Apenas as alternativas I e II e III estão corretas.
  - d) As alternativas I e IV estão erradas.
16. Ceccim e Feuerwercker (2004) refletem sobre a integralidade da atenção à saúde e as políticas públicas de educação e de saúde. Sobre este assunto assinale a alternativa CORRETA:
- a) A crítica acerca do projeto hegemônico de formação nas profissões de saúde vem se acumulando nos últimos meses, sobretudo com a discussão da PEC 55.
  - b) No debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais, as profissões da área de saúde pouco tem se mobilizado para transformação do ensino de futuros profissionais.
  - c) Não há consenso entre teóricos e críticos da educação profissional em relação ao fato de ser hegemonicamente, biologicista, medicalizante e focada na realização de procedimentos.
  - d) A perspectiva tradicional do ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problematizadores, construtivistas ou com participação ativa dos estudantes.
17. Um grupo de docentes, responsável pela construção do currículo de um programa de Residência da Escola de Saúde Pública do Ceará, segundo o Regimento Escolar vigente, deve pautar-se nas seguintes metodologias ativas de aprendizagem:
- a) Problem Based Learning (PBL) e Aprendizagem Significativa e Reflexiva (ASR).
  - b) Aprendizagem Baseada em Equipes e Metodologia da Problematização.
  - c) Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Metodologia da Problematização.
  - d) Aprendizagem Significativa e Reflexiva (ASR) e Aprendizagem Baseada em Times (TBL).

18. Um grupo de professores é responsável pela elaboração de um curso de especialização da Escola de Saúde Pública do Ceará. Tomando como base as premissas e diretrizes gerais expressas no Regimento Escolar vigente, o programa educacional a ser elaborado deve ser:
- a) Centrado no estudante, baseado em conteúdos e estruturado em disciplinas.
  - b) Centrado no professor, baseado em competências e baseado em problemas.
  - c) Baseado em conteúdos, centrado no professor e baseado nas necessidades da comunidade.
  - d) Orientado e baseado na comunidade, centrado no estudante e baseado no contexto.
19. Levando-se em consideração as estratégias de reorientação das políticas de saúde, a partir das perspectivas da educação popular, é CORRETO afirmar que:
- a) A Educação Popular é o único projeto pedagógico a valorizar a diversidade e heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre diferentes atores, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico.
  - b) Com o processo de democratização da sociedade brasileira, não houve espaço para que a participação popular pudesse também ocorrer nas grandes instituições.
  - c) Grande parte das experiências de Educação Popular em Saúde está hoje voltada para a superação do fosso cultural existente entre os serviços de saúde, as organizações não-governamentais, o saber médico e mesmo as entidades representativas dos movimentos sociais, de um lado, e, de outro, a dinâmica de adoecimento e de cura do mundo popular.
  - d) Dedicar-se à supressão dos canais de interação cultural e negociações (cartilhas, jornais, assembleias, reuniões, cursos, visitas etc.) entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissionais e instituições.
20. No tocante a construção e manutenção de uma política de educação popular para o SUS é CORRETO afirmar que:
- a) É no cotidiano das práticas de saúde que o cidadão é desconsiderado, pelo autoritarismo e pela prepotência do modelo biomédico tradicional que, ao invés de questionar, tem reforçado as estruturas geradoras de doença presentes na forma como a vida hoje se organiza.
  - b) A atuação de muitos profissionais e movimentos orientados pela Educação Popular não tem avançado muito na desconstrução do autoritarismo dos doutores, do desprezo ao saber e à iniciativa dos doentes e familiares, da imposição de soluções técnicas para problemas sociais globais e da propaganda política embutida na forma como o modelo biomédico vem sendo implementado.
  - c) Sem a participação ativa dos usuários e seus movimentos na discussão de cada conduta ali implementada, os novos serviços expandidos conseguirão se tornar um espaço de redefinição da vida social e individual em direção a uma saúde integral.
  - d) Apesar de o princípio da participação comunitária ser amplamente aceito, não há enormes resistências de setores progressistas do Movimento Sanitário, com a utilização da Educação Popular como instrumento de gestão das políticas de saúde.
21. Sobre participação e democracia, Escorel e Moreira (2008) afirmam:
- I. Apesar de estarem profundamente interligadas, o aperfeiçoamento e ampliação de uma independe da universalização da outra.
  - II. A “democracia participativa”, constitui-se a principal forma de participação do estado liberal (que reconhece e garante alguns direitos civis e políticos).
  - III. O reconhecimento e ampliação de instâncias de democracia participativa podem trazer conflitos sobre a legitimidade das instâncias de democracia representativa.
  - IV. A orientação das políticas sociais para a promoção da justiça social pode consolidar as instâncias participativas e efetivar os direitos de cidadania.
- a) Apenas as alternativas I e II estão corretas.
  - b) Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
  - c) Apenas as alternativas I e II estão corretas.
  - d) Apenas as alternativas III e IV estão corretas.
22. De acordo com Escorel e Moreira (2008), é CORRETO afirmar sobre a participação da população no setor Saúde:
- I. Se inicia no final da década de oitenta com a instituição do SUS.
  - II. A Lei nº 8.080/90, que regulamenta o SUS, teve os artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento vetados por Fernando Collor de Melo.

- III. A Lei nº 8.142/90, regulamenta a participação social no SUS por meio de duas instâncias obrigatórias: as conferências e os conselhos municipais, estaduais e nacional.
- IV. A Lei nº 8.142/90, regulamenta a participação social no SUS por meio de três instâncias obrigatórias: as conferências, os conselhos e as comissões intergestoras, bipartite e tripartite.
- V. 75% dos municípios brasileiros possuem conselhos municipais de saúde com aproximadamente 70.000 conselheiros o que os torna uma das mais importantes redes de instância participativa do país.

- a) Apenas as alternativas II e III estão corretas.
- b) Apenas as alternativas I e II e III estão corretas.
- c) Apenas as alternativas I e III e V estão corretas.
- d) Apenas as alternativas II e III e V estão corretas.

23. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação de instâncias colegiadas, sobre as quais apresentamos as seguintes afirmativas. Marque a única alternativa CORRETA:

- a) A Conferência de Saúde (CS) reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Legislativo ou, extraordinariamente, por esta (CS) ou pelo Conselho de Saúde.
- b) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.
- c) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e consultivo, órgão colegiado composto por representantes do governo, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
- d) O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação na Conferência Nacional de Saúde.

24. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), de acordo com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, serão alocados como:

- I. Despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- II. Investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Presidente da República.
- III. Investimentos previstos no Plano Quadrienal do Ministério da Saúde.
- IV. Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Analisar os itens acima e marcar a alternativa CORRETA:

- a) Apenas os itens I, III e IV estão corretos.
- b) Apenas os itens I e IV estão corretos.
- c) Apenas os itens II, III e IV estão corretos.
- d) Todos os itens estão corretos.

25. Em relação à estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RASs), é CORRETO afirmar que:

- a) A atenção primária à saúde é o nível de menor complexidade e primeiro contato do usuário nas RASs, devendo, inclusive, ser capaz de resolver 70% dos problemas de saúde da população.
- b) Ponto de atenção é um estabelecimento de saúde, como um hospital, que é o ponto de maior complexidade da RAS.
- c) As RASs são formadas pela atenção primária à saúde, que é o centro de comunicação, pelos pontos de atenção secundária e terciária, além dos sistemas de apoio, logísticos e de governança.
- d) Os centros de especialidades médicas são focados no cuidado multiprofissional, configurando-se como pontos de atenção secundária nas RASs.



## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. Um dos itens considerados para o Ministério da Saúde ao instituir a política foi à prevalência da epilepsia no Brasil, que tem como causas a desnutrição, a desassistência ao parto, as doenças infecciosas e parasitárias e a dificuldade de acesso à assistência à saúde. Outro item levado em conta foi a necessidade de intervenção precoce nos portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, principais causas dos acidentes vasculares cerebrais no Brasil. Identifique tal política dentre as alternativas abaixo:

- a) Política Nacional de Atenção Integral à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.
- b) Política Nacional de Promoção da Saúde.
- c) A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica.
- d) A Política Nacional de Atenção Hospitalar.

27. As disposições federais de Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) explicam que os hospitais que prestam ações e serviços no âmbito do SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população. Para efeito desta Portaria, consideram-se no Artigo 5º as seguintes afirmativas:

- I. **Linha de cuidado:** constitui a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- II. **Acolhimento:** é a escuta ética e adequada das necessidades de saúde do usuário no momento de procura ao serviço de saúde e na prestação de cuidados com a finalidade de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade.
- III. **Classificação de risco:** é o protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.
- IV. **Apoio matricial:** é considerado o suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, invertendo a lógica da fragmentação dos saberes.
- V. **Clínica ampliada:** constitui um dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades de cada usuário e no seu contexto, articulando um conjunto de práticas capazes de potencializar a capacidade de atuação dos profissionais por meio da implantação das equipes de referência, construção de vínculo e elaboração de projetos terapêuticos compartilhados com os usuários, buscando ampliar os recursos de intervenção sobre o processo saúde/doença.

Conforme os conceitos dispostos acima, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Apenas a afirmativa "V" é falsa e as demais são verdadeiras.
- b) Apenas a afirmativa "IV" é falsa e as demais são verdadeiras.
- c) Todas as afirmativas são verdadeiras.
- d) As afirmativas IV e V são falsas e as demais são verdadeiras.

28. A Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

De acordo com esta Portaria, a ASSISTÊNCIA HOSPITALAR no SUS será organizada a partir:

- a) Das necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde que atuará de forma integrada com os hospitais do SUS e outros vínculos de forma suplementar e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolubilidade da atenção e continuidade do cuidado.
- b) Das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso.

- c) Das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na verticalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso.
  - d) Das necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde que atuará de forma integrada com os hospitais do SUS e outros vínculos de forma complementar e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolubilidade da atenção e continuidade do cuidado.
29. A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e redução do período de permanência de usuários internados. Considerando o que diz a portaria que regula o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é CORRETO afirmar que:
- a) O SAD é responsável pelo gerenciamento desse serviço, contudo não operacionaliza as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).
  - b) O SAD é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar.
  - c) As Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) terá composição máxima de 3 (três) profissionais de nível superior.
  - d) Cada EMAD atenderá uma população adstrita de 10.000 (dez mil) habitantes.
30. A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferença entre as EMADs e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe multiprofissional. A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) Tipo 1 terá minimamente a seguinte composição:
- a) Profissionais médicos, profissionais enfermeiros, profissional psicólogo e/ou fisioterapeuta e auxiliares/técnicos de enfermagem.
  - b) Profissionais médicos, profissionais enfermeiros, profissional assistente social e/ou Terapeuta ocupacional e auxiliares/técnicos de enfermagem.
  - c) Profissionais médicos, profissionais enfermeiros, profissional psicólogo e/ou Terapeuta ocupacional e auxiliares/técnicos de enfermagem.
  - d) Profissionais médicos, profissionais enfermeiros, profissional fisioterapeuta e/ou assistente social e auxiliares/técnicos de enfermagem.
31. Na Portaria nº. 665, de 12 de abril de 2012 que aprova a Linha de Cuidados em AVC dispõe que a unidade de acidente vascular cerebral do tipo Integral deve monitorar e registrar os indicadores assistenciais e de processo. Qual das alternativas abaixo não se enquadra nos indicadores especificados na referida portaria?
- a) Tempo porta-agulha < 60 minutos.
  - b) Tempo porta-tomografia < 45 minutos.
  - c) Alta hospitalar com plano de terapia profilática e de reabilitação.
  - d) As seguintes complicações: trombose venosa profunda, úlcera de pressão, pneumonia, infecção do trato Urinário.
32. O manual de rotinas para atenção de acidente vascular cerebral traz um algoritmo de tratamento para o acidente vascular cerebral do tipo hemorrágico - AVCH. Quando o paciente apresenta uma tomografia cerebral com sangramento, o mesmo deve ser transferido para centro de terapia intensiva e algumas medidas são tomadas. Os componentes da equipe de saúde responsável devem saber que medidas são adotadas para prestar assistência ao paciente da melhor forma. Segundo o exposto no texto, marque a alternativa INCORRETA sobre as medidas adotadas para prestar assistência ao AVCH:
- a) Repouso absoluto em leito, Intubação se Glasgow < 8 e Monitorização cardíaca.
  - b) Repouso absoluto em leito, Tratar hipertensão intracraniana e Analgesia fixa.
  - c) Intubação se Glasgow < 8, Laxantes e Sedativos da tosse.
  - d) Analgesia fixa, Monitorização cardíaca e de pressão arterial com alvo de PAS 120 x 80 mmhg.

33. Na avaliação do paciente com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC), algumas escalas neurológicas são comumente utilizadas, entre elas se destaca a escala de AVC do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), que apresenta 11 itens de avaliação. Lembrando que ao utilizar escalas, o profissional deve conhecer os itens que a compõe. Desta forma, qual dos itens abaixo não faz parte da escala NIHSS?
- a) Alimentação
  - b) Nível de consciência
  - c) Tônus
  - d) Sensibilidade
34. Paciente MTM, 40 anos, sexo feminino, sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC).
- Na admissão apresentava-se desorientado, falando frases sem nexo.
  - Ao estímulo doloroso abria os olhos e fazia a retirada do membro estimulado.
- Considerando abertura ocular - AO; melhor resposta motora - MRM e resposta verbal – RV, qual o nível de consciência do paciente utilizando as pontuações da escala de Glasgow?
- a) AO = 2; MRM = 4; RV= 4 →somatório = 10
  - b) AO = 1; MRM = 2; RV= 3 →somatório = 06
  - c) AO = 4; MRM = 6; RV= 2 →somatório = 12
  - d) AO = 3; MRM = 5; RV= 3 →somatório = 11
35. Conhecer os fatores de risco para o AVC faz-se essencial para prevenir a sua ocorrência. A prevenção reduz os custos especialmente em reabilitação e hospitalização. Os riscos do tipo sedentarismo; obesidade; uso de contraceptivo oral; terapia de reposição hormonal pós-menopausa; alcoolismo; síndrome metabólica por aumento da gordura abdominal e uso de cocaína e anfetaminas fazem parte de qual grupo de risco?
- a) Modificáveis
  - b) Não modificáveis
  - c) Potenciais
  - d) Qualificáveis
36. A atenção integrada à saúde do paciente com AVC requer uma abordagem que contempla a programação de reuniões periódicas da equipe multiprofissional para a discussão de cada caso no que tange as estratégias de atendimento. Desta forma, a família poderá receber orientações uniformes e consensuadas pela equipe envolvida, o que facilita a adesão ao tratamento. Este tipo de abordagem multiprofissional é chamada de:
- a) Multidisciplinar / Multiprofissional
  - b) Transdisciplinar / Transprofissional
  - c) Pluridisciplinar / Pluriprofissional
  - d) Interdisciplinar / Interprofissional
37. Dentre as alternativas abaixo, assinale a INCORRETA sobre as metodologias / intervenções utilizadas pelos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- a) Atendimento direto e individualizado pelo NASF, sob encaminhamento diário das equipes de referência da Estratégia Saúde da Família, com discussões e negociação, a priori, entre os profissionais responsáveis pelo caso.
  - b) Trabalhos educativos e de inclusão social, projetos de saúde no território e atendimento conjunto interdisciplinar / interprofissional.
  - c) Ações junto aos equipamentos públicos de forma articulada com as equipes de referência da Estratégia Saúde da Família e outros setores interessados e/ou pertinentes.
  - d) Estudo e discussão de casos no território, enfrentamento de situações de violência e ruptura social, Projeto Terapêutico Singular e apoio a grupos diversos.

38. Dentro das possibilidades de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços do SUS e ampliar a abrangência, a resolubilidade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde - APS, o Ministério da Saúde - Brasil criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de referência em Saúde da Família. Sobre o NASF podemos afirmar:
- I. Não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de referência da estratégia Saúde da Família.
  - II. Deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, tais como: ação interdisciplinar/interprofissional e intersetorial.
  - III. Promove ações de educação permanente em saúde dos profissionais e educação em saúde da população, tendo como foco a participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.
  - IV. Realiza atendimento compartilhado e interdisciplinar/interprofissional, com troca de saberes entre os profissionais envolvidos.

Identifique o item que contem apenas as alternativas CORRETAS:

- a) III e IV
  - b) I e IV
  - c) I, II, III, IV
  - d) I, II e IV
39. Um dos princípios adotados pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. De acordo com o enunciado é CORRETO denominar o referido princípio de:
- a) Intrasetorialidade
  - b) Intersetorialidade
  - c) Transitoriedade
  - d) Territorialidade
40. A compreensão do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade. Conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, marque a alternativa CORRETA a respeito das principais causas das deficiências:
- a) Doenças transmissíveis.
  - b) Os traumas e as lesões; Doenças hereditárias ou congênitas e perturbações psiquiátricas.
  - c) Desnutrição; Doenças neurológicas.
  - d) As alternativas (a), (b) e (c) são verdadeiras.
41. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) fundamenta-se num modelo que integra as dimensões biomédica e social. Qual destes faz parte dos componentes da CIF e de seu modelo integrador? Assinale a alternativa CORRETA:
- a) Reabilitação
  - b) Desenvolvimento
  - c) Estado de saúde
  - d) Empoderamento
42. A Organização Mundial de Saúde recomenda que a cada categoria da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), seja associado um qualificador que reflita o impacto da condição de saúde sobre aquele aspecto específico da funcionalidade. A escala genérica de qualificadores varia de:
- a) 0 a 9, conforme o tempo de comprometimento.
  - b) 0 a 9, conforme a gravidade do comprometimento.
  - c) 0 a 4, conforme a gravidade do comprometimento.
  - d) 0 a 4, conforme o tempo de comprometimento.

43. Trata-se de uma das partes mais importantes do sistema nervoso. Nessa estrutura chegam impulsos provenientes de todas as vias da sensibilidade que aí se tornam conscientes e são interpretadas. Como também saem os impulsos nervosos que iniciam e comandam os movimentos voluntários e com ele estão relacionados os fenômenos psíquicos. Durante a evolução da espécie humana, a extensão e complexidade dessa estrutura aumentaram progressivamente, atingindo maior desenvolvimento, o que pode ser correlacionado com o grande desenvolvimento das funções intelectuais nesta espécie. A descrição acima se refere ao:
- a) Encéfalo
  - b) Córtex
  - c) Cerebelo
  - d) Centro branco medular
44. Este nervo é essencialmente visceral e emerge do crânio pelo forame jugular, percorre o pescoço e o tórax, terminando no abdome. Neste longo trajeto dá origem a numerosos ramos que inervam a laringe e a faringe, entrando na formação dos plexos viscerais que promovem a inervação autônoma das vísceras torácicas e abdominais. Os ramos conduzem impulsos originados na faringe, laringe, traqueia, esôfago, vísceras do tórax e abdome. Com base no disposto apresentado acima, assinale a alternativa CORRETA.
- a) Nervo glossofaríngeo, IX par.
  - b) Par nervo acessório, XI par.
  - c) Nervo vago, X par.
  - d) Nervo hipoglosso, XII par.
45. Embora esse tipo de tumor tenha um nome comum, o termo *schwannoma vestibular* tem sido usado mais recentemente para identificá-lo. O paciente apresenta sintomas de zumbido e ataxia. Entre os tumores cerebrais citados abaixo, qual apresenta incidência aumentada nos pacientes com neurofibromatose tipo 2:
- a) Neuroma do acústico
  - b) Craniofaringioma
  - c) Glioblastoma
  - d) Meningioma do acústico
46. O Tumor Cerebral (TU) é uma das principais causas da doença neurológica, ele pode ser benigno ou maligno e apresenta sinais e sintomas diretos ou indiretos. As características do TU Cerebral incluem:
- a) Cefaléia, tetraparesia, afasia com lesão do hemisfério dominante sem convulsões.
  - b) Cefaléia, tetraparesia, edema de papila, cursando com convulsões.
  - c) Cefaléia, edema de papila, hemiparesia, afasia com lesão do hemisfério dominante e/ou convulsões.
  - d) Cefaléia, edema de papila, paraparesia, afasia com lesão no hemisfério dominante e/ou convulsões.
47. Os tumores cerebrais produzem sintomas, sobretudo pelo efeito de massa e pela destruição do tecido cerebral funcionante. Os tumores cerebrais ditos primários podem ter várias causas. A exposição à radiação e a predisposição genética são responsáveis por alguns desses tumores.
- Associe as duas colunas, relacionando os tipos de tumores primários e suas características.
1. Meningioma
  2. Glioblastoma
  3. Astrocitoma
  4. Oligodendroglioma
- ( ) Tumor de baixo grau anaplásico. Os pacientes provavelmente apresentarão convulsões.
  - ( ) Pode ser benigno ou maligno, contudo se maligno é o menos agressivo.
  - ( ) A forma mais maligna de tumor cerebral. Ele é altamente indiferenciado, agressivo e infiltrativo.
  - ( ) A ressecção cirúrgica é curativa para muitos pacientes. Se o tumor tiver se estendido para o cérebro, a ressecção poderá não ser completa.

A sequência CORRETA dessa associação é:

- a) (2), (1), (4), (3)
- b) (1), (4), (3), (2)
- c) (3), (2), (1), (4)
- d) (4), (3), (2), (1)

48. As manifestações neurológicas do AVC devem ser avaliadas e minuciosamente analisadas. O dado mais relevante que remete à hipótese diagnóstica de AVC é o déficit neurológico focal de instalação súbita que pode ser avaliado por escalas neurológicas. Nessa escala os seguintes itens são positivos:

- I. **Queda facial** - assimetria, quando o paciente é solicitado a mostrar os dentes ou sorrir.
- II. **Fraqueza nos braços** - quando o paciente é solicitado a estender os braços para frente em um ângulo de 90 graus com o tronco e mantê-los na posição por 10 segundos: um dos braços não se move ou não fica mantido na posição em relação ao contralateral.
- III. **Fala anormal** - quando o paciente é solicitado a pronunciar uma frase longa. O paciente pronuncia palavras incompreensíveis, usa palavras incorretas ou é incapaz de pronunciar.

De acordo com o exposto acima, estamos falando da:

- a) Escala de RAMSAY
- b) Escala PRÉ-HOSPITALAR
- c) Escala de LAPSS
- d) Escala de RANKIN

49. A trombólise foi a primeira estratégia eficaz no tratamento do AVC isquêmico agudo. Desde sua aprovação em 1996 nos Estados Unidos e em 2001 no Brasil, sua utilização tem crescido exponencialmente. Apesar da eficácia, poucos pacientes são candidatos ao tratamento em face aos rigorosos critérios de inclusão do protocolo. Dentre os itens abaixo, identifique aquele que se enquadra nos critérios de inclusão do tratamento trombolítico (trombólise) utilizando alteplase intravenosa:

- a) Os itens (b), (c) e (d) são verdadeiros.
- b) Quadro clínico de AVC com início há menos de 4,5 horas desde o início dos sintomas até a infusão do medicamento.
- c) Tomografia computadorizada sem sinais de hemorragia intracraniana.
- d) Idade superior a 18 anos, diagnóstico clínico e tomográfico de AVC isquêmico e que, além disso, apresentarem avaliação de médico neurologista que confirme AVC isquêmico.

50. Entende-se por deficiência física a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e ou sensorial.

Conforme o enunciado acima, a perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior) é definição de:

- a) Monoparesia
- b) Amputação
- c) Paraparesia
- d) Monoplegia