





## 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:
- As ações e serviços de saúde, executados pelo SUS, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade decrescente.
  - A vigilância nutricional e a orientação alimentar estão incluídas no campo de atuação do SUS.
  - 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.
  - 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:
- 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.
  - 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.
  - 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.
  - 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.
- F V V F
  - F V V V
  - V F F V
  - 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:
- Centrado no estudante, baseado em conteúdos e estruturado em disciplinas.
  - Centrado no professor, baseado em competências e baseado em problemas.
  - Baseado em conteúdos, centrado no professor e baseado nas necessidades da comunidade.
  - 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 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.
  - Com o processo de democratização da sociedade brasileira, não houve espaço para que a participação popular pudesse também ocorrer nas grandes instituições.
  - 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.
  - Dedica-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:
- 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.
  - 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.
  - 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.
  - 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:
- Apesar de estarem profundamente interligadas, o aperfeiçoamento e ampliação de uma independe da universalização da outra.
  - A “democracia participativa”, constitui-se a principal forma de participação do estado liberal (que reconhece e garante alguns direitos civis e políticos).
  - O reconhecimento e ampliação de instâncias de democracia participativa podem trazer conflitos sobre a legitimidade das instâncias de democracia representativa.
  - A orientação das políticas sociais para a promoção da justiça social pode consolidar as instâncias participativas e efetivar os direitos de cidadania.
- Apenas as alternativas I e II estão corretas.
  - Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
  - Apenas as alternativas I e II estão corretas.
  - 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:
- Se inicia no final da década de oitenta com a instituição do SUS.
  - 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.

Analise os itens acima e marque 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 a Saúde (RASs), é CORRETO afirmar que:

- a) A atenção primária a 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. Sobre as principais diretrizes para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), marque (V) para verdadeiro ou (F) para falso e em seguida a alternativa com a sequência CORRETA:

- ( ) Ampliação do acesso com acolhimento aos casos agudos e em todos os pontos de atenção.
- ( ) Regulação do acesso aos serviços de saúde.
- ( ) Práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado e estratégias prioritárias.
- ( ) Qualificação da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a centralização do cuidado em saúde.

- a) V, V, V, V
- b) F, V, V, F
- c) F, F, V, V
- d) V, V, V, F

27. Sobre a Atenção Domiciliar redefinida pela Portaria MS/GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, é INCORRETO afirmar:

- a) Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio.
- b) É uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar as já existentes.
- c) Deve estar estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Secundária como ordenadora e coordenadora do cuidado e da ação territorial.
- d) Deve estar incorporada ao sistema de regulação, além de estar de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência.

28. São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma:

- a) Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência ao trauma.
- b) Fortalecer o controle social das ações de saúde voltadas ao trauma.
- c) Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma.
- d) Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento centralizado e referenciado.

29. "São consideradas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas" (Portaria MS/GM nº 2.395 de 11 de outubro de 2011.). Marque a alternativa que apresenta apenas as afirmativas CORRETAS sobre os critérios utilizados das Portas de Entrada Hospitalares:

- I. O Hospital apresenta autonomia para regular seus fluxos de atendimento, bem como referenciar os casos que não condizem com o perfil atendido pela instituição.
- II. Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma vertical, em regime conhecido como "plantonista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe.
- III. Implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato.
- IV. Implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à qualificação do cuidado, à eficiência de leitos, à reorganização dos fluxos e processos de trabalho, bem como à implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos.

- a) As afirmativas III e IV são verdadeiras.
- b) As afirmativas I e III são verdadeiras.
- c) As afirmativas II e III são verdadeiras.
- d) As afirmativas II e IV são verdadeiras.

30. Segundo a Portaria MS/GM nº 2.395 de 11 de outubro de 2011, as instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, estarão aptas a receber custeio diferenciado por diária do leito novo ou qualificado. No entanto, serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:
- Organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma vertical, em regime conhecido como "plantonista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe.
  - Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber.
  - Garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa da gestão.
  - Média de Permanência de, no máximo, 20 (vinte) dias de internação.
31. A portaria N° 3.390, de 30 de Dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Conforme o artigo 11 dessa Portaria, o modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Marque (V) para verdadeiro ou (F) para falso e em seguida a alternativa que contenha a sequência CORRETA:
- As equipes multiprofissionais de referência serão a estrutura nuclear dos serviços de saúde do hospital e serão formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, que irão compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares.
  - As equipes dos serviços hospitalares atuarão por meio de apoio matricial, propiciando retaguarda e suporte nas respectivas especialidades para as equipes de referência, visando a atenção integral aos familiares.
  - O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.
  - Diretrizes Terapêuticas e Protocolos Clínicos serão adotados para garantir intervenções seguras e resolutivas, além de evitar ações desnecessárias, qualificando a assistência prestada ao usuário, de acordo com o estabelecido pelo SUS.
- V, V, V, F
  - F, F, V, F
  - V, F, V, V
  - F, V, F, V
32. No tocante ao Eixo de Responsabilidades das Esferas de Gestão, definido na Seção VI no Artigo 32, § 1º, § 2º e § 3º, da Portaria Interministerial nº 3.390 de 30 de Dezembro de 2013, é colocado que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, representados por suas instâncias gestoras do SUS, são responsáveis pela organização e execução das ações da atenção hospitalar nos seus respectivos territórios, de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos nesta Portaria:
- Dispõe no § 1º para a Competência do Ministério da Saúde: Inciso IV- co-financiar a atenção hospitalar, de forma Bipartite.
  - Dispõe no § 1º para a Competência do Ministério da Saúde: Inciso VIII- articular com o Ministério da Educação mudanças curriculares para os cursos de graduação e pós-graduação nas áreas da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado para atuação na atenção hospitalar.
  - Dispõe no § 2º para a Competência das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal: Inciso X - propor diretrizes municipais de Educação Permanente e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
  - Dispõe no § 3º Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal: Inciso VII - estabelecer mecanismos de controle, regulação, monitoramento e avaliação das ações realizadas no âmbito hospitalar em seu território, através de indicadores de desempenho e qualidade.
  - Dispõe no § 3º Compete às Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal: Inciso IX - estabelecer prioridades, fomentar e realizar pesquisas que fortaleçam a atenção hospitalar do SUS em consonância com as realidades epidemiológicas e demográficas em sua área de atuação.

Assinale a alternativa CORRETA:

- a) Apenas as alternativas II, IV e V estão corretas.
  - b) Apenas as alternativas I, II e III estão corretas.
  - c) Apenas as alternativas I, III, IV estão corretas.
  - d) Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
33. "A tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada" (PNH, 2004). O risco de um paciente que adentra ao hospital com histórico de intoxicação exógena ou tentativas de suicídio com Glasgow abaixo de 12 é considerado:
- a) Amarelo
  - b) Vermelho
  - c) Azul
  - d) Verde
34. O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional-usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade (PNH, 2004). Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:
- a) Uma organização do serviço de saúde a partir da reflexão dos processos de trabalho, de modo a possibilitar uma intervenção cada vez mais efetiva da equipe médica e de enfermagem encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário.
  - b) Elaboração de projeto terapêutico que atenda toda a coletividade dos usuários com verticalização por linhas de cuidado.
  - c) Uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, priorizando e orientando quanto às condutas clínicas que serão tomadas, pautadas em estudos médicos recentes para a resolução de cada caso.
  - d) Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas.
35. "Áreas de procedimentos médicos e de enfermagem (curativo, sutura, medicação, nebulização). É importante que as áreas de procedimentos estejam localizadas próximas aos consultórios, ao serviço de imagem e que favoreçam o trabalho em equipe." Levando em consideração a orientação da ambientação na urgência, essa definição diz respeito a:
- a) Plano 3 do Eixo Azul.
  - b) Área verde do Eixo Vermelho.
  - c) Plano 2 do Eixo Verde.
  - d) Área Azul do Eixo Amarelo.
36. Considerando a Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contida no Instrutivo de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e outras Violências, marque (V) para verdadeiro ou (F) para falso e em seguida a alternativa que contenha a sequência CORRETA:
- I. Violência física: são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. Será, ainda, objeto de notificação os casos de ferimentos por arma branca e arma de fogo (excetuando os casos de bala perdida).
  - II. Violência financeira/econômica: é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes, dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da pessoa atendida/vítima.
  - III. Violência por intervenção legal: trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no uso da sua função. Segundo a CID- 10, pode ocorrer com o uso de

armas de fogo, explosivos, gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte.

- IV. Violência sexual: é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa – de qualquer sexo – a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade.
- V. Assédio Moral e Sexual: inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou a outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer prostituição, ou trabalho sem remuneração, escravo ou de servidão, ou para remoção e comercialização de órgãos, com emprego ou não de força física.

- a) V, V, V, F, F  
b) V, F, F, V, V  
c) F, V, F, V, V  
d) F, F, V, V, F

37. Com relação às diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, marque (V) para verdadeiro ou (F) para falso e em seguida a alternativa que contenha a sequência CORRETA:

- ( ) Como parte das ações de prevenção das violências e dos acidentes, o setor saúde deverá incentivar e participar, em conjunto com trabalhadores, responsáveis pelas empresas, polícia, defesa civil, órgãos ambientais e corpo de bombeiros, da elaboração de planos de emergência em locais que manipulam produtos perigosos e que possuem risco de provocar acidentes ampliados.
- ( ) A monitorização da ocorrência de acidentes e das violências envolve a ampliação da abrangência dos sistemas de informação relativos à morbimortalidade, por meio de ações como: inserção do serviço de informação toxicológica nos serviços de toxicologia – Centros de Intoxicação –, em ambulatórios e unidades básicas de saúde e criação de um banco de dados que reúna as investigações epidemiológicas já desenvolvidas no País, visando à união de esforços e à otimização de recursos disponíveis.
- ( ) As ações de atendimento pré-hospitalar envolvem a análise e o mapeamento de áreas de risco para a ocorrência de desastres com múltiplas vítimas e acidentes ampliados, a partir dos quais serão estabelecidos, juntamente com a defesa civil, planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar específicos para situações de fluxos maciços de vitimados.
- ( ) A readaptação do paciente à família e à sociedade requererá a adoção de medidas essenciais, tais como: diagnóstico epidemiológico dos portadores de sequelas; levantamento da situação dos serviços e sua adequação às necessidades; adequação dos espaços urbanos, domésticos, dos edifícios públicos e particulares, bem como dos meios de transporte, de modo a permitir a redução do número de acidentes e a livre locomoção dos pacientes, eliminando-se barreiras arquitetônicas e superando barreiras culturais; incentivo às instituições empregadoras para que contratem portadores de sequelas.
- ( ) O desenvolvimento de estudos e pesquisas referentes aos vários aspectos relacionados a acidentes e a violências inclui estudos de cunho sócio-antropológico, pesquisas epidemiológicas e clínicas e investigações quanto ao impacto socioeconômico das violências e dos acidentes na sociedade.

- a) V, V, F, F, V  
b) F, V, V, V, F  
c) V, F, V, V, V  
d) F, F, V, V, F

38. A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País, prevista na Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001, publicada no DOU n.º 96 Seção 1E – de 18 de maio de 2001, requer dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão, o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. Portanto, compete ao Gestor Federal – Ministério da Saúde:

- a) Promover a elaboração e ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades, decorrentes desta Política.
- b) Estabelecer e manter sistemas de informação e análise relacionados à morbimortalidade por acidentes e violências.
- c) Incorporar as causas externas como agravo de notificação.
- d) Promover a consolidação e/ou organização do atendimento pré-hospitalar.

39. Evento adverso é o incidente que atingiu o paciente e resultou num dano ou lesão, podendo representar um prejuízo temporário ou permanente e até mesmo a morte entre os usuários dos serviços de saúde. Estudos apontam que a ocorrência de eventos adversos no processo de atendimento aos pacientes hospitalizados acarreta complicações na evolução de sua recuperação, aumento de taxas de infecções e do tempo médio de internação. Sobre os tipos de eventos adversos, marque (V) para verdadeiro ou (F) para falso e em seguida a alternativa que contenha a sequência CORRETA:

- ( ) Eventos adversos relacionados à identificação do paciente: A entrada de dados equivocados nos sistemas informatizados pode provocar erros em vários momentos do processo de atendimento.
  - ( ) Eventos adversos relacionados à comunicação no ambiente dos serviços de saúde: Os eventos adversos relacionados às falhas no processo de comunicação estão altamente relacionados com as prescrições ou ordens verbais e informações relativas a resultados de exames.
  - ( ) Eventos adversos relacionados a medicamentos (EM): Mesmo que muitos eventos relacionados com medicamentos (EM) identificados não tragam consequências sérias aos pacientes, os mesmos devem ser notificados e estudados para evitar sua recorrência e fortalecer um sistema seguro para a administração de medicamentos.
  - ( ) Eventos adversos relacionados a procedimentos cirúrgicos: Os procedimentos cirúrgicos em locais ou membros errados não são reconhecidos como erros preveníveis oriundos de falhas na comunicação.
  - ( ) Eventos adversos relacionados a quedas de pacientes: Maiores taxas de quedas foram associadas com maiores números de horas de enfermagem por paciente por dia.
  - ( ) Eventos adversos relacionados a úlceras por pressão (UP): O desaparecimento das UP pode não ser atingido, mas há possibilidade de se obterem drásticas reduções em seus índices com um elevado investimento em práticas educativas e preventivas, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.
- a) V, F, F, V, F, V  
b) F, F, F, V, V, F  
c) V, V, V, F, F, V  
d) V, V, F, V, F, F

40. De acordo com a Assistência Segura do paciente e considerando que o evento adverso é diferente do erro, marque a alternativa CORRETA:

- a) Há uma interface muito sutil entre o erro e o evento adverso, que, muitas vezes, os tornam de fácil reconhecimento. Por exemplo, o uso inadequado de antibióticos pode levar a um evento adverso, mas pode ter ocorrido por um erro na prescrição inicial.
- b) Qualquer procedimento cirúrgico pode ser seguido de um evento adverso sem que tenha ocorrido erro de técnica ou conduta.
- c) O erro define-se como qualquer lesão provocada, ocorrida durante o cuidado de saúde.
- d) O evento adverso é um desvio de um procedimento que deveria ter sido correto.

41. Os critérios de aceitação dos doadores de órgãos têm sido cada vez mais ampliados devido a sua escassez, sendo aceitos doadores considerados como "limitrofes". Levando em consideração essa afirmativa qual desses diagnósticos, atualmente, NÃO é contraindicação absoluta para doação:

- a) Sorologia positiva para HTLV I e II.
- b) Hanseníase em atividade.
- c) Tuberculose em atividade.
- d) Sorologia positiva para HIV.

42. Com relação às etapas do processo de doação-transplante de órgãos e tecidos é CORRETO afirmar:

- a) Antes de iniciada a retirada dos órgãos e tecidos, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida em situações de morte natural. Nos casos de morte por causa externa, obrigatória e independentemente da doação, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal, onde será autopsiado e de onde será emitido o Atestado de Óbito.
- b) Tão logo seja possível deve ocorrer à entrevista familiar por profissional capacitado, a qual deverá buscar o consentimento à doação de órgãos e tecidos. Caso haja concordância familiar à doação, o profissional responsável pelo processo de doação-transplante e a Central de Notificação, Capacitação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) correspondente passam a considerar os demais fatores para a efetivação do potencial doador,

implementando logística predefinida. Após efetivação da captação de órgãos e tecidos a família é comunicada da morte do paciente e orientada sobre as providências cabíveis.

- c) Após a retirada dos órgãos e tecidos, a Declaração de Óbito deverá ser fornecida em situações de morte natural. Nos casos de morte por causa externa, obrigatória e independentemente da doação, o corpo deverá ser encaminhado ao Instituto Médico Legal, onde será autopsiado e de onde será emitido o Atestado de Óbito.
- d) Depois de cuidadosa avaliação neurológica e laboratorial do paciente em estado crítico, teremos um potencial doador. Durante todo o processo a manutenção do potencial doador deve buscar a estabilidade hemodinâmica e outras medidas que garantam a viabilidade e a qualidade dos órgãos e tecidos passíveis de utilização.

43. De acordo com a Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras do Ministério da Saúde é CORRETO afirmar:

- a) As queimaduras de primeiro grau são de espessura superficial e apresentam-se como base da bolha rósea, úmida e dolorosa.
- b) No tratamento imediato de emergência das queimaduras é recomendável manter roupas e acessórios para evitar que a pele seja arrancada.
- c) As orelhas e os olhos são consideradas áreas nobres das queimaduras.
- d) A extensão/profundidade maior do que 15% de superfície corpórea queimada (SCQ) em adultos é uma das condições que classificam a queimadura como grave.

44. Sobre os cuidados com paciente vítima de queimadura química, marque a alternativa INCORRETA:

- a) Em caso de queimadura por substância em pó, remover previamente o excesso com água corrente.
- b) Identificar o agente causador da queimadura: ácido, base ou composto orgânico.
- c) Remover as roupas e retirar o excesso do agente causador devido à progressão da lesão.
- d) Nos casos associados à dificuldade respiratória, poderá ser necessária a intubação endotraqueal.

45. Segundo o Ministério da Saúde, quando trata das Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Traumatismo Cranioencefálico, o processo de reabilitação de pessoas que tiveram um TCE se divide em cinco fases distintas (CHESNUT, et al. 1999a; CHESNUT, et al., 1999b). Selecione a alternativa CORRETA:

- a) Fase pré-trauma, fase aguda, fase subaguda, fase de recuperação, fase domiciliar.
- b) Fase hígida, fase crítica, fase subcrítica, fase ambulatorial, fase de reabilitação.
- c) Fase hígida, fase crítica, fase subcrítica, fase de reabilitação, fase domiciliar.
- d) Fase pré-trauma, fase aguda, fase intensiva, fase de recuperação, fase ambulatorial.

46. Considerando a caracterização clínica das lesões no Traumatismo Cranioencefálico (TCE), correlacione à segunda coluna de acordo com a primeira e assinale a alternativa que contenha a sequência CORRETA:

Primeira coluna	Segunda coluna	
1. Contusões Cerebrais	( )	Forma mais branda de lesão difusa, devida à aceleração rotacional da cabeça sem haja força significativa de contato. Quadro clínico clássico: perda de consciência transitória (<6h) com retorno posterior ao estado de normalidade.
2. Hematoma Extradural Agudo	( )	A grande maioria dos portadores é de idosos (31% entre 60 e 70 anos) e homens (3 por 1). Causa mais frequente é o trauma de crânio por queda, sendo que 50% desses pacientes têm antecedentes de alcoolismo crônico. Quadro clínico: sintomas e sinais neurológicos diversos, muitas vezes com progressão lenta.
3. Hematoma Subdural Agudo	( )	São 45% das lesões traumáticas primárias e resultam de traumas sobre vasos pequenos ou diretamente sobre o parênquima cerebral, com extravasamento de sangue e edema na área afetada, com necrose e isquemia secundárias.

4. Hematoma Subdural Crônico	( )	Coleção de sangue entre a dura-máter e a tábua óssea. Representa 2% das internações, afetando a proporção de 4 homens para 1 mulher. Apresentação clássica do caso: rápida perda de consciência, seguida por intervalo lúcido de minutos a horas, voltando a haver nova deterioração do nível de consciência, obnubilação, hemiparesia contralateral ao trauma, dilatação pupilar ipsilateral. Constitui-se em uma emergência neurocirúrgica.
5. Concussão	( )	Decorrente do rompimento de veias-ponte ou de vasos corticais. Mais comum em lesões que envolvem rápida movimentação da cabeça como as quedas e as agressões. Como há várias lesões coexistentes, o prognóstico é ruim, mesmo após a descompressão cirúrgica.

- a) 5, 4, 1, 2, 3
- b) 2, 4, 5, 1, 3
- c) 1, 5, 2, 3, 4
- d) 3, 1, 2, 4, 5

47. Um paciente chegou ao pronto-socorro com Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e, na avaliação, foi aplicada a Escala de Coma de Glasgow (ECG), a qual apresentou o seguinte resultado:

Escala de Coma de Glasgow (ECG)	
Parâmetro	Escore
Melhor resposta verbal: Palavras inadequadas	3
Abertura dos olhos: Resposta à fala	3
Melhor resposta motora: Localiza o estímulo doloroso	5
Total	11

Baseado na pontuação obtida na ECG, podemos classificar a gravidade do TCE desse paciente como:

- a) Mínima
- b) Leve
- c) Grave
- d) Moderada

48. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é o modelo de estrutura preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para a definição, mensuração e formulação de políticas para a saúde e incapacidade. Marque a alternativa CORRETA em relação à sua utilização na pessoa com lesão medular:

- a) A CIF, por englobar todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar, pode ser utilizada para classificar todas as pessoas, com ou sem incapacidades, como aquelas com lesão medular.
- b) O acompanhamento longitudinal da pessoa com lesão medular não pode ser realizado através de contínuas classificações com a CIF devido às diferentes incapacidades apresentadas por este indivíduo.
- c) A utilização da CIF na classificação dos indivíduos vítimas de lesão medular garante aos mesmos o direito de transitar por diferentes condições funcionais, explicitando os benefícios decorrentes da assistência oferecida pelo sistema de saúde, porém não contempla as ações de reabilitação.
- d) Recomenda-se que os profissionais de saúde utilizem a CIF para avaliação das pessoas com lesão medular.

49. Em relação ao diagnóstico de lesão medular, é CORRETO afirmar:

- a) O exame neurológico deve ser realizado segundo protocolo da ASIA (American Spinal Injury Association) onde examinamos o tônus muscular, a funcionalidade e as atividades preservadas.
- b) Em casos traumáticos, durante a fase de choque medular, pode haver presença de reflexos, fator que facilita prever se a lesão é completa ou incompleta.
- c) O nível motor é o primeiro nível em que a força é pelo menos grau 3 e o nível abaixo tem força muscular normal (grau 5).
- d) Determina-se o nível sensitivo da lesão através da avaliação clínica da sensibilidade dos dermatômos ao toque leve e à dor.

50. Entre as afirmativas relacionadas ao tratamento de urgência da pessoa com lesão medular, é CORRETO afirmar:

- a) A prancha rígida utilizada no transporte do paciente não deve ser retirada no momento da chegada ao hospital, pelo grave risco de piora da lesão.
  - b) Todo paciente politraumatizado é considerado como suspeito de lesão medular.
  - c) O colar cervical deve ser mantido, podendo ser removido por qualquer profissional da equipe logo após a chegada ao hospital.
  - d) Após os exames radiográficos da região supostamente comprometida, se iniciarão os cuidados relacionados à ventilação e à estabilidade hemodinâmica.
-