

CONHECIMENTOS GERAIS

01. Um sistema de saúde centrado em Atenção Primária à Saúde-APS apresenta valores, princípios e características que o diferencia de um sistema tradicional (OPAS, 2005). Os valores e princípios propostos para a APS no Brasil podem ser traduzidos, respectivamente, como os princípios doutrinários e organizativos do SUS e, as características de um sistema centrado em APS são semelhantes às que organizam a Estratégia Saúde da Família. Senão vejamos:

- I. Acessibilidade; Resolubilidade; Hierarquização; descentralização e controle social.
- II. Conceito abrangente de saúde; Universalidade; Equidade e Integralidade.
- III. Definição e descrição do território de abrangência; adstrição de clientela; diagnóstico de saúde da comunidade, acolhimento e organização da demanda; trabalho em equipe, dentre outras.

Com base nos itens acima, assinale a alternativa que está ampla e completamente correta:

- a) O item I apresenta somente os valores de sistemas centrados na APS.
- b) Os itens I, II e III apresentam respectivamente os valores, os princípios e algumas características de sistemas centrados na APS.
- c) O item II apresenta somente os princípios de sistemas centrados na APS.
- d) Os itens I, II e III apresentam respectivamente os princípios, valores e algumas características de sistemas centrados na APS.

02. Desde os primórdios da história da humanidade a luta contra a dor, o sofrimento, a incapacidade e, sobretudo, contra a morte sempre mobilizou as energias humanas, as suas capacidades racionais, as suas emoções, para explicar e assim intervir nesses fenômenos. Nessa evolução, o esforço humano para compreender o processo saúde-doença e intervir nele desde sempre defrontou-se com a correlação de várias classes de fatores determinantes desse processo. Sobre esses modelos explicativos e de organização da intervenção humana sobre o processo saúde-doença, faça a correlação e marque a alternativa CORRETA:

| | |
|---|---|
| 1. Modelo da história natural da doença | () As manifestações clínicas da doença ainda não surgiram no indivíduo, mas as condições para o seu aparecimento existem no ambiente ou no patrimônio biológico da pessoa. |
| 2. Modelo Social Estruturalista | |
| 3. Modelo do campo da saúde | |
| | () O processo saúde-doença como resultante de um conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, que se manifestam na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. |
| | () O adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida. |
| | () Há uma dimensão estrutural que se caracteriza pelo modelo econômico de desenvolvimento da sociedade, isto é, o modo de produção – capitalista, socialista. |
| | () Os processos mórbidos são mais reconhecíveis e podem ser foco de ações no sentido de evitar ou retardar a progressão de seu curso. |

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

03. O artigo Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade, de Ceccim e Feuerwerker (2004) discute a necessidade de mudanças na graduação em saúde. Sobre os diversos elementos apontados pelos autores, assinale a alternativa correta.

- a) A necessidade de mudança na graduação em saúde decorre de elementos tais como as novas modalidades de organização do mundo do trabalho em saúde e exigências em relação ao perfil dos novos profissionais. Entretanto, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais não foram um importante passo para assinalar a necessidade de produzir mudanças no processo de formação.
- b) A mobilização do setor da saúde para a definição das diretrizes curriculares nacionais correspondeu à preocupação com a consolidação do SUS, mas não correspondeu ao esforço intelectual de romper definitivamente com o paradigma biologicista e medicalizante, hospitalocêntrico e procedimento-centrado.
- c) O movimento de mudanças da educação dos profissionais de saúde coloca como perspectiva a existência de instituições formadoras com relevância social; o que quer dizer escolas capazes de formar profissionais de qualidade, conectados às necessidades de saúde.
- d) O diálogo das universidades/instituições formadoras com a rede de gestão da política e da atenção de saúde, bem como com os órgãos de controle social em saúde não são fatores relevantes para sustentar as estratégias de mudança. Do ponto de vista do conhecimento, é a estrutura da educação que está com pouca qualidade e precisa ser qualificada.

04. No período de 1980 a 1990, o contexto brasileiro é marcado por uma profunda crise econômica coincidindo com o processo de redemocratização do país. Com a promulgação da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado, dispondo em seu Artigo 196 que “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Sobre o SUS e sua relação com as mudanças no Sistema Nacional de Saúde do Brasil, julgue se Verdadeira (V) ou Falsa (F) as proposições abaixo e em seguida assinale a sequência correta:

- () O SUS propõe a organização das ações e serviços de saúde de maneira hierarquizada no tocante à complexidade dos serviços (densidade tecnológica), ordenando-se o acesso a partir da atenção primária em saúde.
- () Propõe-se uma assistência integral, ações curativas, preventivas e de promoção executadas de maneira integrada por todos os entes da Federação.
- () A saúde é definida constitucional e legalmente como resultante de políticas sociais e econômicas que evitassem o agravo ou o risco à saúde.
- () Há uma competência explícita para o Poder Público normatizar, fiscalizar e controlar os serviços privados de saúde.

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

05. Sobre a Lei nº 8.080/90, é incorreto afirmar:

- a) Um dos princípios do SUS é a descentralização político-administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- b) A direção do Sistema Único de Saúde é única, sendo exercida apenas em âmbito da União pelo Ministério da Saúde.
- c) As Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior tem por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.
- d) As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

06. A lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a criação de instâncias colegiadas de participação em cada esfera de governo sobre estas instâncias assinale o item correto:
- a) A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada dois 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 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 chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
 - c) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será de 25% em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - d) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, 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.
07. No dia 29 de outubro de 2014 a Câmara de Deputados sustou o efeito do decreto da presidência da República que cria os conselhos populares segundo o Jornal O GLOBO desta data:

“O decreto 8.243/2014, da presidente Dilma Rousseff, cria a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e diz que o objetivo é “consolidar a participação social como método de governo” que determina aos órgãos governamentais, inclusive as agências de serviços públicos, promover consultas populares. Na prática, a proposta obriga órgãos da administração direta e indireta a criarem estruturas de participação social. O decreto lista nove tipos de estruturas que devem ser utilizadas: conselhos de políticas públicas; comissão de políticas públicas; conferência nacional; ouvidoria pública federal; mesa de diálogo; fórum interconselhos; audiência pública; consulta pública; e ambiente virtual de participação social.”

O SUS enquanto política pública já possui estruturas de Conselhos em sua organização, sobre estes conselhos assinale o item correto:

- a) Existem apenas nos municípios e tem apenas uma função consultiva.
 - b) Os conselhos de Saúde são órgãos anexo ao poder legislativo de cada esfera de governo.
 - c) É a única forma de Participação Popular no SUS.
 - d) Os Conselhos de Saúde juntamente com as Conferências de Saúde compreendem um grande avanço com relação ao Controle Social em Políticas Públicas.
08. O decreto nº 7.508 de 2011 surge como um novo marco regulatório do SUS com o objetivo de dirimir as fragilidades normativas e regulação da lei 8080 de 1990. Dentre as inovações estruturais e organizativas do decreto nº 7508 podemos afirmar:
- a) O município passa a ser o cenário para a organização da rede de atenção à saúde onde obrigatoriamente os serviços são organizados hierarquicamente, sendo a atenção primária a porta de entrada do sistema.
 - b) O Contrato Organizativo da Ação Pública de saúde passará a regular as relações interfederativas e as responsabilidades dos entes de uma região de saúde organizando a integração das ações e serviços de saúde da rede de atenção à saúde.
 - c) O mapa de saúde é um potente instrumento de planejamento integrado, o qual consiste em um planejamento essencialmente municipal para dar conta da região de saúde e em sequência, do planejamento estadual e nacional.
 - d) O reconhecimento das instâncias de negociação, consensos e participação popular do SUS passa a ser das organizações sociais sem fins lucrativos, que estabelece a criação de fundação de saúde como espaço legal de gestão do SUS.

09. O decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde. Este decreto considera as Regiões de Saúde. Sobre estas regiões, é correto afirmar:
- Trata-se de espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Nessa divisão de regiões não são levadas em consideração as identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados.
 - Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.
 - Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
 - Mesmo com a constituição de Regiões de Saúde, não se modifica em nada a referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.
10. A Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 considera os termos Atenção Básica-AB e Atenção Primária a Saúde-APS como termos equivalentes e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. O documento institui os fundamentos, diretrizes, as características do processo de trabalho, as funções da AB nas Redes de Atenção à Saúde-RAS, as responsabilidades, além de outras determinações. Assinale a alternativa que aponta algumas funções da AB para contribuir com o funcionamento das RAS.
- Ser resolutive, coordenar o cuidado e servir de base para o funcionamento das RAS.
 - Estabelecer mecanismos de controle, regulação e acompanhamento dos resultados das RAS.
 - Viabilizar parcerias com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento das RAS.
 - Prestar apoio institucional aos gestores do Estado e Município no processo de qualificação e de consolidação das RAS.
11. Sobre as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica definidas pela Portaria n. 2.488/2011, é incorreto afirmar:
- Definição do território de atuação e da população sob a responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde e das equipes.
 - Limitar as estratégias de fortalecimento da gestão local.
 - Participação no planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações.
 - Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral.
12. O diagnóstico para uma doença do trabalho, na perspectiva da clínica ampliada (dispositivo da Política Nacional de Humanização), para definir o tratamento, deve observar:
- O imediato encaminhamento para serviços médicos especializados.
 - Uma abordagem multiprofissional, analisando o contexto do processo saúde-doença.
 - A capacidade do usuário de combater a doença que representa um limite, impedindo viver outras coisas na vida.
 - O conhecimento científico exclusivo do médico do trabalho pertencente ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).
13. Compreendendo a Humanização como uma política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, podemos afirmar:
- Caracteriza-se como uma construção realizada nas fronteiras dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde.
 - Como política transversal deve garantir um caráter de verticalidades, pelas quais estamos, na saúde, sempre em risco de nos ver capturados.

- c) O modo como os processos de humanização se dão, deve confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar.
- d) As iniciativas são atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade dos profissionais de saúde.
14. Cohen (2009) reflete sobre a Reforma Sanitária Brasileira. Sobre este assunto assinale a alternativa correta:
- a) A partir da década de 80, verifica-se um deslocamento na produção, acadêmica e não acadêmica, das grandes questões envolvidas na proposta original da Reforma Sanitária.
- b) A saúde, mesmo com a universalização dos direitos, não pode ser considerada um sistema de proteção social, pois isso não é garantido em seu financiamento.
- c) Do ponto de vista da oferta de serviços, a saúde se configura como uma oferta fragmentada, segmentando a clientela, em que pese o discurso mais recente dos avanços da atenção básica e da “cobertura” (entendida como acesso), promovendo uma segmentação do público-alvo
- d) Do ponto de vista da implantação do de proteção assistencial, calcado na concepção de seguridade social, num ambiente mundial de desmonte dos Estados de Bem-Estar Social, o que se verificou nas décadas pós-constituição foi uma fratura da concepção e uma segmentação de seus componentes – previdência social e saúde – abrindo caminho para retrocessos nos processos de avanços experimentados por esses segmentos.
15. De acordo com o texto de Scorel e Moreira (2008) há diversos graus de participação na esfera política e estas distinguem-se de três formas ou níveis de participação, sendo:
- I) A “presença”, a forma menos intensa e mais marginal que engloba comportamentos essencialmente receptivos ou passivos, situações em que o indivíduo não dá qualquer contribuição pessoal.
- II) A “ativação”, em que o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas por delegação permanente (envolvimento em campanhas eleitorais, participação em manifestação de protesto).
- III) A “participação” quando o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política;
- IV) A “presença”, a forma moderada que engloba comportamentos receptivos e ativos, situações em que o indivíduo não dá qualquer contribuição pessoal.
- V) A “presença”, a forma menos intensa e mais marginal que engloba apenas comportamentos receptivos, situações em que o indivíduo dá sua contribuição pessoal.
- a) Apenas as alternativas I e II e III estão corretas.
- b) Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
- c) Apenas as alternativas III, IV e V estão corretas.
- d) As alternativas I, IV e V estão erradas.
16. Scorel e Moreira (2008) discorrem sobre uma perspectiva histórica de participação da população em programas e ações de saúde anteriores ao SUS, sendo:
- I. Conselhos administrativos – voltados para o gerenciamento direto e participativo das unidades prestadoras de serviço, com poder para influir no desenho das políticas públicas da área.
- II. Conselhos comunitários – tinham como objetivo “servir de espaço de apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais, numa renovação da tradicional relação clientelista entre Estado e sociedade.
- III. Conselhos administrativos – voltados para o gerenciamento direto e participativo das unidades prestadoras de serviço, mas sem poder para influir no desenho das políticas públicas da área.
- IV. Conselhos populares – criados pelos próprios movimentos sociais, cujas características eram “menor nível de formalização, não envolvimento institucional e a defesa da autonomia em relação ao estado e partidos políticos”.
- V. Conselhos comunitários – tinham como objetivo “servir de espaço de apresentação das demandas da comunidade junto às elites políticas locais, se opondo a tradicional relação clientelista entre Estado e sociedade.
- a) Apenas as alternativas I e II e III estão corretas.
- b) Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
- c) Apenas as alternativas I e III e V estão corretas.
- d) Apenas as alternativas II e III e V estão corretas.

17. Segundo Mendes (2011), "as RASs constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde". Sobre estes elementos é correto afirmar:
- A estrutura operacional das RAS constitui-se por quatro componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós.
 - A população de responsabilidade das RASs vive em territórios sanitários singulares e deve ser conhecida em sua totalidade, o que não implica na sua estratificação por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.
 - Os pontos de atenção terciária são mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, apresentam-se disseminados espacialmente. Na perspectiva das RAS, não há, entre eles, relações de subordinação.
 - O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela Atenção Primária à Saúde.
18. São atributos da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde: Primeiro Contato; Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Focalização na família, Orientação comunitária e Competência cultural. Sobre estes atributos é correto afirmar:
- A focalização na família implica considerar a família como o sujeito da atenção.
 - A longitudinalidade requer um ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias, devendo a atenção às condições agudas ser priorizada, considerando tratar-se de um atendimento de emergência.
 - A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias, exigindo uma análise situacional que priorize o conhecimento epidemiológico da população, não requerendo, portanto, o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.
 - A integralidade significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população, devendo ser priorizados os campos da cura e da reabilitação, considerando que os pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde disponibilizam recursos para tais cuidados da população.
19. A equipe de saúde da família do Distrito de Alagoinhas, no município de Pedrinhas com população de 12 mil habitantes, está acompanhando Juliana, uma adolescente de 16 anos, grávida de cinco meses, pela primeira vez, com diagnóstico de hipertensão, sendo sua gestação considerada de risco. Utilizando-se do conceito das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dos conteúdos básicos que emergem desse conceito, segundo Mendes (2011), é correto afirmar:
- O cuidado de atenção à saúde prestado à Juliana deve ser contínuo e integral, sendo responsabilidade dos pontos de atenção secundária exercer o papel de centro de comunicação da RAS, considerando a condição de Juliana como gestante de risco.
 - As RAS operam de forma cooperativa e interdependente e intercambiam constantemente seus recursos, de modo a garantir um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, coordenado pela Atenção Primária à Saúde. Assim, deve ser garantido à Juliana acesso a todos os serviços de saúde.
 - A Atenção Primária à Saúde, prestada por meio da equipe de saúde da família do Distrito de Alagoinhas, por utilizar tecnologias de menor complexidade, orientando-se pela hierarquia existente entre os pontos de atenção à saúde da RAS, deve encaminhar Juliana para um serviço de saúde secundário, de maior complexidade, para fazer seu pré-natal considerando ser uma gestante de risco.
 - Considerando que as RAS devem ofertar uma atenção prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade, todos os municípios, inclusive o de Pedrinhas, devem ter em seu território pontos de atenção à saúde de nível secundário e terciário.

20. Com relação a educação popular enquanto estratégia de gestão participativa das políticas de saúde é correto afirmar que:
- a) A educação popular não é mais uma atividade a ser implementada nos serviços, mas uma estratégia de reorientação da totalidade das práticas ali executadas, na medida em que investe na ampliação da participação que, dinamizada, passa a questionar e reorientar tudo.
 - b) Apesar de o princípio da participação comunitária ser amplamente aceito, não há resistências de setores progressistas do Movimento Sanitário com a utilização da educação popular como instrumento de gestão das políticas de saúde.
 - c) A lógica e o ritmo dos movimentos sociais e das pequenas práticas locais de enfrentamento dos problemas de saúde se coadunam com a lógica e o ritmo de trabalho dos gestores do setor de saúde.
 - d) Quase todos os gestores enfatizam em seus discursos a importância da ação educativa e da promoção da saúde e muito se tem investido em uma política consistente que busque a difusão do saber da educação popular para a ampliação da participação popular no cotidiano dos serviços.
21. Em relação ao desafio das instituições de saúde e grupos de profissionais em incorporar a metodologia da educação popular no serviço público é correto afirmar:
- a) Enfrentam tanto a lógica hegemônica de funcionamento dos serviços de saúde, subordinados aos interesses de legitimação do poder político e econômico dominante, como a carência de recursos oriunda do conflito distributivo do orçamento, numa conjuntura de crise fiscal do Estado.
 - b) Experiências vividas em diversos municípios apontam que não há hoje um saber significativo sobre os caminhos administrativos e as estratégias políticas para a utilização da educação popular como instrumento de gestão de políticas públicas.
 - c) Formou-se um amplo corpo técnico nas instâncias gestoras da burocracia federal, estadual, municipal e distrital, muito competente em atividades de planejamento e com grande habilidade no manejo do jogo de poder institucional bastante tolerante em processos participativos nos quais a população e os profissionais de nível local se manifestam de modo efetivo e autônomo.
 - d) É preciso manter e fomentar a atual situação, em que as grandes campanhas educativas em saúde são organizadas por grandes empresas de comunicação muito pouco articuladas com o cotidiano de relação entre os profissionais de saúde e a população.
22. Os sistemas de vigilância em saúde são delineados conforme os objetivos e características dos eventos adversos a saúde. Com relação as estratégias no âmbito dos sistemas de vigilância em saúde é correto afirmar:
- a) O evento sentinela é uma estratégia de vigilância que tem como objetivo identificar hospitais especializados em doenças infecciosas para controle e identificação de doenças novas ou reemergente.
 - b) Os sistemas de vigilância de base laboratorial consistem numa rede de laboratórios exclusivamente públicos que tem como objetivo caracterizar as cepas de micro-organismo de interesse para a saúde pública.
 - c) A vigilância com base em médicos sentinelas é utilizada exclusivamente em países desenvolvidos, como reino unido, Holanda e Bélgica devido ao alto compromisso destes profissionais com a saúde pública e controle de infecções hospitalares.
 - d) A vigilância com base em notificação compulsória é uma estratégia respaldada em leis e portarias, que obrigam os profissionais de saúde a notificar doenças de interesse em saúde pública de forma ágil as autoridades sanitárias locais, estaduais e nacionais.

23. Os sistemas de vigilância à saúde são importantes instrumentos para identificar doenças emergentes, comportamentos modificados de doenças já conhecidas, doenças inusitadas, bem como para monitorar e avaliar os riscos relacionado a saúde da população. Sobre os Sistemas de vigilância é correto afirmar:
- a) O sistema de farmacovigilância é um instrumento de saúde pública voltado exclusivamente para avaliação dinâmica do risco de eventos adversos aos imunobiológicos.
 - b) A vigilância de traumas e lesões tem como foco o monitoramento dos acidentes fatais classificados como intencionais atendidos nos hospitais de urgência e emergência.
 - c) A Vigilância ambiental requer a coleta, análise e disseminação de dados sobre riscos ambientais e seus desfechos, sendo como um de seus pressupostos a capacidade de estabelecer associação entre uma exposição ambiental específica e um evento adverso a saúde.
 - d) A vigilância de doenças crônicas é uma estratégia utilizada apenas nos países desenvolvidos uma vez que os sistemas de vigilância dos países em desenvolvimento ainda são frágeis e pouco estruturados.
24. Um dos marcos importantes para a construção do conceito de Promoção da Saúde foi o Informe Lalonde publicado em 1974 que investigou a causalidade do processo saúde doença no Canadá. Qual a principal descoberta do estudo?
- a) Que havia muito investimento em ações de prevenção da saúde e pouco investimento em novas tecnologias de saúde.
 - b) Que a maioria das causas das doenças estavam ligadas a falta de informação da população.
 - c) Que estilos de vida e condições do ambiente eram responsáveis pela maioria das causas das doenças.
 - d) Que o papel exclusivo da medicina era essencial para resolução dos problemas de saúde da população.
25. Prevenção de doenças e promoção da saúde são conceitos trabalhados no texto de Westphal (2006). O que a autora aponta sobre esses conceitos?
- a) A prevenção da doença focaliza os aspectos biológicos e não considera, em suas estratégias, a dimensão histórico-social do processo saúde doença.
 - b) Ambos possuem ações voltadas exclusivamente para antes da instalação do agravo.
 - c) A prevenção de doenças é mais voltada para uma visão biologicista enquanto a promoção da saúde se vincula a visão comportamental do processo saúde doença.
 - d) A prevenção de doenças é considerada a principal estratégia da promoção da saúde.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. O uso de bebidas alcoólicas pode causar câncer de:
- Boca, orofaringe, laringe, esôfago e fígado.
 - Pulmão, bexiga, cavidade oral, fígado e esôfago.
 - Pâncreas, laringe, fígado, leucemia mieloide e esôfago.
 - Orofaringe, pulmão, laringe, cavidade oral e colo do útero.
27. A obesidade é um fator de risco importante para os cânceres de:
- Boca, rim, vesícula biliar e mama.
 - Pulmão, cavidade oral, fígado e esôfago.
 - Endométrio, rim, vesícula biliar e mama.
 - Cavidade oral, rim, vesícula biliar e colo do útero.
28. De acordo com a OMS, ao rastrear todas as mulheres entre 50 e 69 anos, residentes em uma determinada localidade, para o câncer de mama, está se fazendo:
- Diagnóstico precoce.
 - Rastreamento seletivo.
 - Rastreamento oportunístico.
 - Rastreamento populacional.
29. Para pessoas com maior risco para o câncer bucal, o INCA/MS recomenda, no Brasil, o exame clínico da boca, com médicos ou dentistas treinados, a ser realizado:
- Semestralmente.
 - Anualmente.
 - A cada dois anos.
 - De três em três anos.
30. Para o diagnóstico de câncer de próstata, são queixas/alterações que podem ser notadas pelos pacientes ou identificadas pelo profissional de saúde, EXCETO:
- Jato urinário fraco.
 - Dor ou queimação ao urinar (disúria).
 - Presença de sangue na urina (hematúria).
 - Necessidade frequente de urinar (poliúria), principalmente durante o dia.
31. O exame de Papanicolau quando realizado em níveis de atenção de maior complexidade e densidade tecnológica:
- Melhora a precisão diagnóstica.
 - Eleva o custo indireto do procedimento.
 - Torna o procedimento mais custo-efetivo.
 - Qualifica o perfil de atendimento do serviço assistencial.
32. Em 2006, o Pacto pela Saúde, na sua dimensão Pacto pela Vida, definiu nas suas Prioridades II o controle dos cânceres de:
- Estômago e de mama.
 - Colo do útero e de mama.
 - Corpo do útero e de mama.
 - Colo do útero e de estômago.

33. Sobre as necessidades dos cuidadores formais e informais no âmbito dos cuidados paliativos, assinale a opção correta.
- a) A maioria dos cuidadores informais (parentes, amigos e vizinhos) são homens.
 - b) Os cuidadores informais necessitam de informação e orientação sobre a doença do indivíduo e como cuidá-lo, além de suporte psicológico e social.
 - c) A saúde mental dos cuidadores formais é de sua exclusiva responsabilidade, já que não interferem diretamente na qualidade dos cuidados oferecidos.
 - d) A relação estabelecida entre o cuidador e o indivíduo ao final da vida é irrelevante para a equipe, que deve centrar seu cuidado somente no paciente que está morrendo.
34. São princípios norteadores para a atuação nos serviços de cuidados paliativos.
- I. Valorização da vida e compreensão da morte como evento traumático.
 - II. Alívio da dor e outros sintomas, sem abreviar nem prolongar a vida.
 - III. Integração dos aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados.
- Estão corretas:
- a) Todas (I, II e III).
 - b) Apenas I e III.
 - c) Apenas II e III.
 - d) Apenas I e II.
35. Segundo a portaria GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005, compete ao Nível de atenção à saúde de alta complexidade, EXCETO:
- a) Determinar a extensão da neoplasia.
 - b) Tratar e assegurar a qualidade conforme rotinas e condutas estabelecidas.
 - c) Ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a prevenção do câncer e diagnóstico precoce.
 - d) Garantir acesso dos doentes com diagnóstico definitivo de câncer a Unidades e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.
36. No uso de suas atribuições a portaria GM/MS nº 2.439, de 08 de dezembro de 2005 resolve:
- a) Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as secretarias de saúde.
 - b) Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir da promoção e vigilância em saúde como um dos componentes fundamentais.
 - c) Estabelecer que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de referência de Alta complexidade do Ministério da Saúde, par auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.
 - d) Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas exclusivamente as competências das esferas de gestão federais e estaduais.
37. Compreendendo e repensando os processos do trabalhador oncológico é FALSO afirmar que:
- a) O sofrimento pode ser fonte de adoecimento e de superação.
 - b) Para os profissionais de saúde o comunicado de más notícias restringe-se a diagnósticos, recidiva e progressão da doença.
 - c) As notícias difíceis não devem ser somente dirigidas ao paciente, dever-se levar em consideração o cuidado com seus familiares.
 - d) O projeto de Atenção ao Vínculo propicia momentos de discussão grupal entre vários profissionais superando as relações de poder e proporcionando o cuidado com a própria equipe.

38. Para a elaboração da Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005 foi considerado:
- I. Necessidade de instituir Parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão à atenção oncológica.
 - II. Necessidade de implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica.
 - III. Necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada.
 - IV. Responsabilidade do ministério da Saúde estabelecer diretrizes Nacionais de atenção ao Paciente oncológico.

Estão corretas:

- a) Apenas I e IV
 - b) Apenas II, III, IV
 - c) Apenas I, III e IV
 - d) Todas (I, II, III e IV)
39. Em relação aos fatores que podem interferir no tempo gasto para a apresentação dos primeiros sinais e sintomas até o diagnóstico do câncer em crianças e adolescentes, é correto afirmar que:
- a) O tempo diagnóstico em adolescentes é mais curto do que em crianças.
 - b) Tumor de Wilms e leucemia tendem a ser diagnosticados mais precocemente que tumores do SNC e tumores ósseos.
 - c) O nível de escolaridade dos pais tem demonstrado pouca influência no tempo para o diagnóstico de crianças e adolescentes.
 - d) Um determinante da constelação de sintomas e um indicador da cronologia da progressão da doença é um fator de pouca importância a ser considerado.

40. Podemos citar como consequências relacionadas ao atraso no diagnóstico do câncer na criança e no adolescente:
- I. Pacientes com massa de mediastino (linfomas) podem evoluir para insuficiência respiratória antes do diagnóstico.
 - II. Pacientes com tumores de partes moles volumosos possuem maior facilidade em ressecção cirúrgica com margens oncológica.
 - III. Pacientes com leucemia apresentam baixa incidência de infecções graves, facilitando o início da terapia e colando a criança com menor risco de vida.

Está (ao) correta(s):

- a) Apenas I e II
 - b) Apenas II e III
 - c) Apenas a III
 - d) Apenas a II
41. A apresentação clínica de diagnóstico inicial de câncer em criança pode se apresentar de diversas maneiras, EXCETO:
- a) Em emergências metabólicas como hiponatremia e desidratação.
 - b) Durante emergências geniturinárias como hematúria maciça e perda da visão.
 - c) Durante emergências cardiovasculares como pericardite e derrame pericárdio.
 - d) Em cânceres hematológicos é comum o diagnóstico inicial a partir de anemia e trombocitopenia.
42. A partir das afirmativas abaixo acerca da detecção precoce do câncer em crianças e adolescentes marque "V" para verdadeiro e "F" para falso. Em seguida assinale a alternativa com a sequência correta.
- () Na prevenção secundária, o objetivo é a detecção do câncer em seu estágio inicial do desenvolvimento.
 - () Para a faixa etária pediátrica contamos com grande quantidade de medidas efetivas de prevenção primária.
 - () Fatores ambientais e exógenos no desenvolvimento do câncer em crianças e adolescentes apresentam grande importância se comparados em adultos.

() Devido às características biológicas dos tumores pediátricos de crescimento rápido, alguns pacientes podem iniciar sua apresentação clínica de forma abrupta.

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

43. Segundo a Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, as ações de saúde devem, EXCETO:

- a) Desencadear ações que propiciem a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis
- b) Proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para neoplasia.
- c) Desenvolver mecanismos de avaliação do impacto em serviços prestados em todos os níveis de atenção.
- d) Implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos transmissíveis.

44. Sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), estabelecida pela Portaria 2439/2005 do Ministério da Saúde, é correto afirmar que

- a) Surge como estratégia para fragmentar ainda mais as ações e assim garantir maior efetividade e eficiência no controle do câncer.
- b) Prevê ações para a atenção integral ao câncer, excetuando-se a promoção e a prevenção, que competem exclusivamente à atenção primária.
- c) Suas proposições são contrárias ao ideário do SUS de constituição de um modelo assistencial voltado para a melhoria da qualidade de vida.
- d) Constitui uma estratégia de articulação institucional a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

45. Sobre as práticas de prevenção primária e controle do câncer de colo de útero assinale a opção correta.

- a) O câncer cérvico-uterino é diretamente prevenível pelo uso de preservativos.
- b) O controle das DST's (doenças sexualmente transmissíveis) não altera o risco de desenvolvimento do câncer.
- c) A prevenção primária do câncer de colo de útero está principalmente relacionada à prevenção da infecção pelo HPV.
- d) Os estigmas relacionados à sexualidade e questões de gênero são irrelevantes e não necessariamente precisam ser trabalhados nas ações de prevenção primária.

46. Marque a alternativa correta a respeito das possibilidades de atuação da atenção primária no controle do câncer.

- a) A prevenção primária envolve a disponibilização de informações à população sobre os fatores de risco para o câncer.
- b) As ações de prevenção primária e detecção precoce só podem ser oferecidas no nível da atenção primária.
- c) As ações de cuidados paliativos podem e devem ser inseridas em todos os níveis de atenção, exceto na atenção primária.
- d) Na atenção primária o alcance e efetividade das ações de prevenção são menores em função de sua abordagem mais próxima da população.

47. As ações de prevenção primária dos cânceres de mama e de colo de útero contemplam estratégias de comunicação e educação em saúde, que NÃO recomendam:

- a) Metodologias dialógicas e comprometidas com o fortalecimento da participação popular.
- b) Informações trabalhadas de maneira culturalmente sensível e participativa, de acordo com o perfil da população atendida.
- c) A abordagem cotidiana sobre a importância do problema, a possibilidade de detecção precoce e a rotina de rastreamento.
- d) Práticas educativas normatizadoras e centradas na difusão de hábitos saudáveis e distanciadas da realidade sociocultural da população.

48. São objetivos da Rede de Educação Permanente em Atenção Oncológica (REPAO):
- a) Reforçar o conhecimento e a prática técnica como prioridades na formação para a atenção oncológica.
 - b) Estabelecer estratégias pedagógicas visando ao exercício profissional em sólida conexão com as práticas de trabalho.
 - c) Formar profissionais na perspectiva de uma educação permanente centralizada com foco na qualidade estritamente técnica.
 - d) Diminuir a vinculação entre trabalho, gestão e educação no contexto do SUS e na perspectiva dos parâmetros orientadores do sistema.
49. Sobre a formação de pessoas para o enfrentamento do câncer na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, assinale a opção correta.
- a) Prevê a capacitação técnica a partir de um diagnóstico das deficiências na prestação de serviços.
 - b) Os programas de capacitação são centrados nos procedimentos técnicos que os profissionais devem executar.
 - c) Dá-se maior ênfase aos aspectos quantitativos dos projetos, tais como carga horária, disciplinas, absenteísmo, entre outros.
 - d) A identificação do problema é construída e não diagnosticada, a partir da contribuição de todos os atores envolvidos nos processos de trabalho.
50. Os cuidados paliativos preconizam diretrizes que podem ser agrupadas em seis domínios: físico, psicológico, social, espiritual, cultural e estrutural. Sobre estes é verdadeiro afirmar que:
- a) Não há necessidade de treinamento especializado para a equipe interdisciplinar.
 - b) Oferece um sistema de suporte à família enquanto esta estiver cuidando do paciente oncológico.
 - c) O cuidado é extensivo ao paciente e seus familiares durante a doença e no período de enlutamento.
 - d) A avaliação interdisciplinar deve contemplar somente o indivíduo enfermo, sendo este o único foco de atenção da equipe.
-