

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 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.
 - 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.
 - A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será de 25% em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - 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:

- Existem apenas nos municípios e tem apenas uma função consultiva.
 - Os conselhos de Saúde são órgãos anexo ao poder legislativo de cada esfera de governo.
 - É a única forma de Participação Popular no SUS.
 - 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:
- 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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. Sobre o sistema respiratório podemos afirmar:
- O pulmão é um órgão que somente executa as trocas gasosas.
 - Os brônquios segmentares originam-se dos brônquios lobares direito e esquerdo.
 - Durante a inspiração o volume da cavidade torácica aumenta resultado da contração diafragmática e músculos intercostais.
 - Os cílios presentes em grande quantidade nos alvéolos são responsáveis pela remoção de partículas inaladas.
27. Chamamos de volume corrente a quantidade de ar inalada que corresponde a cerca de 500ml em um adulto saudável medido no exame de espirometria. Qual dos volumes pulmonares abaixo não pode ser determinado na espirometria simples?
- Volume reserva inspiratório
 - Volume de reserva expiratório
 - Volume residual.
 - Volume de ar corrente.
28. O incêndio na Boate Kiss, em Santa Maria interior do Rio Grande do Sul, em 2013, causou a morte de vários jovens por que:
- A inalação de fumaça levou ao aparecimento de anemia aguda.
 - O Dióxido de Carbono se liga à hemoglobina causando hipóxia.
 - O Monóxido de Carbono produzido pela combustão se liga a hemoglobina reduzindo a capacidade do sangue em transportar oxigênio.
 - Não existe relação com este acontecimento com as mortes ocorridas nas câmeras de gás utilizadas para extermínio de prisioneiros na segunda guerra mundial.
29. O coração esquerdo ejeta o sangue no interior da aorta e este se distribui pelos vasos sanguíneos retornado ao coração direito. Neste percurso e com base na organização anatômica, os vasos sanguíneos são distribuídos na seguinte ordem:
- Capilares, vênulas, veias, artérias e arteríolas.
 - Artérias, arteríolas, capilares, vênulas e veias.
 - Veias, vênulas, capilares arteríolas e artérias.
 - Artérias, arteríolas, capilares, veias e vênulas.
30. Um dos principais mecanismos externos no controle da frequência cardíaca é o sistema nervoso autônomo, entretanto, o coração conta com mecanismos intrínsecos que participam desse controle. Assinale a opção correta sobre o controle da frequência cardíaca.
- O nodo AV é chamado marca-passo cardíaco.
 - A frequência cardíaca não recebe influência externa.
 - O aumento da atividade simpática diminui a frequência cardíaca.
 - O aumento da atividade simpática aumenta a frequência cardíaca.
31. Em indivíduo saudável, em repouso, é esperado que a válvula aórtica se abra quando a pressão sistólica no ventrículo esquerdo for aproximadamente de:
- 180 mmHg
 - 120 mmHg
 - 150 mmHg
 - 50 mmHg

32. De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos, a OMS publicou, em 1986, princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Dessa forma, marque a afirmativa correta correspondente a esses princípios.
- Não acelerar nem adiar a morte.
 - Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão passivamente quanto possível até o momento da sua morte.
 - Melhorar a qualidade de vida e influenciar negativamente o curso da doença.
 - Afirmar a vida e considerar a morte um processo que pode ser evitado.
33. Marque a alternativa correta referente aos Critérios de indicação para Cuidados Paliativos em UTI.
- Duas ou mais estadias na UTI de internações diferentes.
 - Admissão proveniente de instituição de curta permanência; portador de uma ou mais condições agudas.
 - Paciente em condições de se manter em suporte ventilatório sem possibilidade de óbito.
 - Câncer metastático.
34. No Manual de Cuidados Paliativos existem orientações sobre a comunicação em cuidados paliativos. Sobre as estratégias para a adequada comunicação ao final da vida, marque a alternativa correta.
- Utilizar linguagem técnica, com vocabulário adequado à compreensão do outro.
 - Apoiar a conspiração de silêncio, evitando falar sobre o assunto doença/Terminalidade.
 - Verbalizar disponibilidade para o cuidado e não-abandono, compreensão e aceitação.
 - Evitar a verbalização de medos e angústias.
35. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornaram a principal prioridade na área da saúde no Brasil. Desta forma, está correto afirmar que:
- A morbimortalidade das DCNT não sofreu alteração mesmo com a implementação de políticas de saúde.
 - As taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas estão aumentando mesmo com o controle do tabagismo e do maior acesso à atenção primária.
 - Os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição quando se aborda acerca de DCNT.
 - O Brasil tem posto em prática importantes políticas de prevenção das DCNT de tal forma que se tornam desnecessárias outras ações e políticas adicionais.
36. De acordo com Schmidt (2011) quanto às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é verdadeiro declarar que:
- Atualmente não se faz necessárias ações adicionais na forma de legislação e regulamentação visto que os fatores de risco são conhecidos e passíveis de controle adequado, faltando apenas uma melhor definição de estratégias a serem implementadas.
 - A epidemia de obesidade que acomete o mundo, com o conseqüente crescimento da prevalência de diabetes e hipertensão é uma ameaça ao decréscimo adicional das DCNT.
 - Os vínculos entre o governo, instituições acadêmicas e a sociedade civil não influenciam em resposta facilitadora quanto ao desafio de combate as DCNT.
 - A morbimortalidade das DCNT não apresenta correlação quanto à população mais pobre, pois estas acometem a todas as classes sociais.
37. Quanto as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente, as cardiovasculares e as respiratórias crônicas é possível afirmar que:
- A hipertensão não é uma doença tratável sendo esta um marco importante que leva a doença cardiovascular sintomática.
 - O autorrelato do diagnóstico médico de asma ajustado para sexo, idade e região é mais alto em áreas rurais em comparação as urbanas.
 - As taxas de mortalidade ajustada por idade para doenças respiratórias crônicas permanecem com índices elevados tanto para doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) como para asma.
 - As doenças cardiovasculares geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional.

38. Considerando as atribuições das Coordenações Intra-Hospitalares de Doações de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIDOHTTs) constantes na Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 do Ministério da Saúde, assinale a resposta- correta:
- Consta entre as atribuições das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTTs, organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, todos os protocolos assistenciais relacionados a doação de órgãos e todos os demais procedimentos cirúrgicos realizados na sua instituição.
 - Não é atribuição das CIHDOTTs manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição.
 - Uma das atribuições importantes das CIHDOTTs é promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição.
 - Em nenhuma situação as CIHDOTTs deverão articular-se com IML e SVO para agilizar o processo de necropsia dos doadores, evitando envolver-se neste assunto.
39. Sobre os critérios de inscrição na Lista de Espera para Transplante Cardíaco, constantes na Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009 do Ministério da Saúde, os potenciais receptores devem apresentar os seguintes diagnósticos / condições:
- Portador de Insuficiência Cardíaca Leve.
 - Portadores de Arritmias consideradas malignas, com sintomas incapacitantes ou com alto risco de morte em um ano e sem a possibilidade do emprego de outros métodos terapêuticos clínicos ou cirúrgicos.
 - Pacientes com certa limitação de atividade, mas capaz de fazer qualquer atividade física sem desconforto.
 - Pacientes cardiopatas que ao serem iniciadas quaisquer atividades físicas, não agravam o desconforto.
40. A Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. O capítulo V deste documento esclarece a respeito do Sistema de Lista Única, constituído pelo conjunto de potenciais receptores brasileiros, natos ou naturalizados, estrangeiros ou residentes no país inscritos para recebimento de cada tipo de órgão, tecido, célula ou parte do corpo, e regulado por um conjunto de critérios específicos para a distribuição deles a estes potenciais receptores, assim constituindo o Cadastro Técnico Único – CTU. Quanto à manutenção no Cadastro, o status do paciente no CTU poderá ser:
- Ativo: refere-se ao receptor cujo cadastro esteja com seus exames pré-transplante completos e fora do prazo de validade previsto em condições clínicas adequadas para o transplante, condições em que o potencial receptor concorre à seleção configurada pelas características do enxerto, e por sua equipe assistencial, com sua anuência ou de seu responsável legal para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo.
 - Semi-ativo: refere-se a potenciais receptores cujo cadastro esteja com exames pré-transplante incompletos, transfundidos desde a última coleta para soro, ou sem condições clínicas adequadas para transplante, conclusão em que o potencial receptor não concorre, temporariamente, à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo.
 - Inativo: refere-se ao doador cujo cadastro apresente ficha complementar não atualizada pela equipe após três meses, condição por que o potencial receptor não concorre temporariamente, à seleção para receber órgãos, tecidos, células ou partes do corpo.
 - Removido: ocorre quando há abandono de tratamento, melhora da função inicialmente comprometida, presença de condições clínicas que permitam a cirurgia, semi atividade prolongada em lista, transferência para outro Estado, transplante fora do Estado, desejo de não ser transplantado, transplante com doador falecido, evolução para óbito, condições em que o potencial receptor é afastado do CTU definitivamente para fins de seleção e alocação de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo.
41. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que adultos consumam menos sal. Considerando a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica podemos afirmar que:
- A dieta com baixo teor de sódio não foi associada a redução da ingestão de proteína.
 - Está bem definido o valor ideal de sódio a ser usado na dieta de pacientes com Insuficiência Cardíaca.
 - Ainda não está bem definido o valor ideal de sódio a ser usado na dieta de pacientes com Insuficiência Cardíaca, que deve ser adaptado à situação clínica do paciente.
 - Nenhuma das respostas anteriores.

42. De acordo com a atualização da III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca, podemos afirmar que:
- () Em regiões endêmicas, a doença de Chagas é a principal etiologia da Insuficiência Cardíaca.
 - () A obesidade mórbida está entre uma das contraindicações relativas para a inelegibilidade para transplante cardíaco.
 - () A presença de diabetes mellitus constitui fator de risco para o desenvolvimento de Insuficiência Cardíaca.
 - () A anemia não é um marcador de gravidade em pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica.
- a) V, V, V, V
b) V, V, V, F
c) V, V, F, F
d) V, F, V, F
43. No que se refere ao transplante cardíaco, alguns critérios de indicação e contraindicação têm sido modificados nos últimos anos, entre eles podemos afirmar:
- a) Pacientes acima de 70 anos não devem ser considerados para doadores de lista alternativa.
 - b) Pacientes com Índice de Massa Corporal acima de 30 kg/m² têm melhores resultados.
 - c) Portadores de neoplasias com remissão de cinco anos e de baixo grau de malignidade podem ser aceitos após avaliação oncológica.
 - d) Todas as alternativas estão corretas.
44. Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para Manejo da Asma - 2012, escolha a alternativa correta no que diz respeito ao conceito da asma:
- a) A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, na qual muitas células e elementos celulares têm participação.
 - b) A asma não é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, na qual muitas células tem participação.
 - c) A asma é uma doença crônica e não está associada à hiper-responsividade das vias aéreas.
 - d) A asma não leva a episódios recorrentes de sibilos, dispneia, opressão torácica e tosse, particularmente à noite ou no início da manhã.
45. A Asma tem um impacto importante na vida dos pacientes, seus familiares e no sistema de saúde. Embora não exista cura, o manejo adequado baseado na parceria médico- paciente pode resultar no controle da doença. Identifique a alternativa correta quanto ao objetivo do tratamento:
- a) Atingir e manter o controle dos sintomas, excluindo os exercícios.
 - b) Maximizar os efeitos colaterais das medicações
 - c) Manter a função pulmonar normal ou o mais próximo possível do normal
 - d) Reduzir as atividades de vida diária normais.
46. Quanto ao diagnóstico da asma identifique a alternativa correta:
- a) As manifestações que sugerem fortemente o diagnóstico da asma não correspondem a variabilidade dos sintomas.
 - b) O diagnóstico clínico da asma é sugerido por um ou mais sintomas, como dispneia, tosse crônica, sibilância, opressão ou desconforto torácico, sobretudo à noite ou nas primeiras horas da manhã.
 - c) O desencadeamento dos sintomas por irritantes inespecíficos (como fumaça, odores fortes) ou por aeroalérgenos (como ácaros e fungos), não provocam a piora dos sintomas da asma.
 - d) As exposições ocupacionais não estão relacionadas com a asma de início recente em adultos.
47. O câncer do pulmão, atualmente, é uma das mais importantes neoplasias malignas. Sobre essa patologia, é correto afirmar:
- a) O sistema TNM de estadiamento do câncer de pulmão utilizado atualmente avalia o tumor, os linfonodos e a presença ou não de metástase à distância.
 - b) Câncer de pulmão em estágio I indica presença de metástases à distância.

- c) A disseminação hematogênica do câncer de pulmão é muito rara, apesar do grande volume de sangue que flui pelos pulmões.
- d) A radiografia do tórax não tem importância para o diagnóstico de câncer de pulmão em pacientes assintomáticos, tendo em vista que os lobos superiores dos pulmões são de difícil avaliação radiológica devido à superposição das imagens das clavículas.
48. Em relação ao câncer de pulmão, marque a alternativa correta.
- a) O risco para câncer de pulmão é maior para o sexo masculino em relação ao feminino, inclusive quando a quantidade de fumo utilizada é a mesma.
- b) No Brasil, o câncer de pulmão situa-se, dentre as neoplasias malignas, como a segunda causa de morte em pessoas do sexo masculino, suplantado pelo de próstata.
- c) Não existe diferença entre a concentração de carcinógenos presentes na corrente de fumaça que emana da ponta acesa do cigarro e aquela presente na fumaça inalada pelo fumante durante a tragada. Essa evidência reduz o risco de câncer de pulmão em fumante passivo.
- d) O número de cigarros fumados por dia é mais importante que sua concentração de alcatrão e nicotina no que se refere ao risco de câncer de pulmão.
49. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença evitável e tratável, cujo elemento pulmonar é caracterizado pela limitação do fluxo aéreo que não é totalmente reversível. Sobre a DPOC é correto afirmar:
- a) A classificação atual para o DPOC inclui uma quinta categoria, o “Estádio 0, com risco”, por considerar as recentes evidências de que os indivíduos que nele se enquadram necessariamente progredem para o Estádio I, de DPOC Leve.
- b) Atualmente, a poluição do ar no interior das residências, provocada pela queima de biomassa utilizada para cozinhar alimentos, não é mais considerada como fator de risco para o DPOC.
- c) O abandono do hábito de fumar é a intervenção isolada mais eficiente — e com melhor custo-efetividade — para reduzir o risco de desenvolver DPOC e parar sua progressão.
- d) Em relação a exposições ocupacionais, a principal ênfase deve ser para prevenção primária do DPOC, alcançada através da vigilância e detecção precoce de casos novos da doença.
50. Segundo as III Diretriz sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio, quais as fases do atendimento na unidade de emergência em casos de infarto agudo do miocárdio?
- a) Diagnóstico, estratificação de risco, marcadores bioquímicos de lesão miocárdica, monitorização eletrocardiográfica na fase aguda, detecção de arritmias cardíacas.
- b) Diagnóstico, marcadores bioquímicos de lesão miocárdica, monitorização eletrocardiográfica na fase aguda, detecção de arritmias cardíacas.
- c) Diagnóstico, estratificação de risco, marcadores bioquímicos de lesão miocárdica, detecção de arritmias cardíacas.
- d) Diagnóstico, estratificação de risco, monitorização eletrocardiográfica na fase aguda, detecção de arritmias cardíacas.
-