

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

EDITAL N° 63/2014

ÊNFASE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

LEIA COM ATENÇÃO E SIGA RIGOROSAMENTE ESTAS INSTRUÇÕES

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

GABARITO PARA CONFERÊNCIA

[illegible]

CONHECIMENTOS GERAIS

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	() 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.
3. Modelo do campo da 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 resolutiva, 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 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.
 - 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.
 - 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
 - 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:
- 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.
 - 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).
 - A “participação” quando o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política;
 - A “presença”, a forma moderada que engloba comportamentos receptivos e ativos, situações em que o indivíduo não dá qualquer contribuição pessoal.
 - A “presença”, a forma menos intensa e mais marginal que engloba apenas comportamentos receptivos, situações em que o indivíduo dá sua contribuição pessoal.
- Apenas as alternativas I e II e III estão corretas.
 - Apenas as alternativas II, II e IV estão corretas.
 - Apenas as alternativas III, IV e V estão corretas.
 - 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:
- 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.
 - 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.
 - 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.
 - 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”.
 - 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.
- Apenas as alternativas I e II e III estão corretas.
 - Apenas as alternativas II, II e IV estão corretas.
 - Apenas as alternativas I e III e V estão corretas.
 - 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) 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.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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) A focalização na família implica considerar a família como o sujeito da atenção.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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:
- a) 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.
 - b) 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.
 - c) 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.
 - d) 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.

CONHECIMENTO//S ESPECÍFICOS

A reforma do sistema de saúde brasileiro decorrente do Movimento pela Reforma Sanitária e a consequente criação do Sistema Único de Saúde (SUS), de 1988, é caracterizada como do tipo *big bang*, segundo Viana e Dal Poz (1998), porque introduziu mudanças substantivas no modo de operacionalização do sistema. Entretanto, a implementação do SUS na década de 90 foi permeado por vários problemas que se colocaram para sua operacionalização. Sobre a dimensão histórica da constituição do então denominado Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e análises dessas políticas versam **as questões 26 e 27**, logo abaixo. Leve em consideração o texto de Viana e Dal Poz (1998), sobre “A reforma de Saúde no Brasil e o programa Saúde da Família” para responde-las.

26. Com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o então denominado “Programa de Saúde da Família” (PSF), começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde, institucionalizando-se experiências de práticas em saúde que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país. Sobre o processo de formulação e implantação do PACS e do PSF, pode-se afirmar que:
- a) O PACS é um antecessor do PSF, pois dentre seus elementos centrais, introduziu a concepção de integração com a comunidade centrada na intervenção médica e com um enfoque no indivíduo de forma territorializada.
 - b) O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas.
 - c) Apesar do êxito do PACS, somente com a criação do PSF passou-se a exigir dos municípios para adesão do programa certos requisitos – como criação e funcionamento dos conselhos e fundos municipais de saúde, a existência de uma unidade básica de referência e de um profissional de nível superior na supervisão.
 - d) Com a criação do PSF em 1994 o PACS é extinto e os agentes comunitários de saúde e suas atividades passaram integrar as ações do PSF, o qual passa a se constituir claramente como um instrumento de (re)organização ou (re)estruturação do SUS e de superação do modelo assistencial dominante.
27. Com base no texto de Viana e Dal Poz (1998), em que avaliam o processo de formulação e implantação do Programa Saúde da Família (PSF), marque a alternativa CORRETA:
- a) A excessiva flexibilidade e descentralização do Ministério da Saúde, a rápida capacidade das instituições formadoras em preparar profissionais generalistas para atuar no PSF, o estímulo e colaboração dos corporações e sindicatos de profissionais da saúde são apontados como elementos facilitadores da expansão do PSF.
 - b) O PSF propõe toda uma reformulação da assistência básica, o que pode influir em diminuição do gasto de internação hospitalar. Consequentemente, aumentando a resolutividade da assistência básica aumenta os níveis de cobertura do sistema de saúde, podendo-se ter uma drástica redução da demanda por internações mais complexas, reduzindo os custos da assistência.
 - c) O PSF é um instrumento poderoso para emergência de ações intersetoriais na área social: o agente pode acionar outras estruturas municipais quando vê que o problema à sua frente decorre de fatores externos à área da saúde.
 - d) O PSF mostrou-se adequado para todas as áreas, independente do porte populacional da cidade e da região brasileira. Quanto às condições institucionais, há uma clara contraindicação à utilização de associações privadas filantrópicas.

Para responder as questões 28 e 29, leve em consideração os apontamentos de Andrade, Barreto e Bezerra (2007) a respeito da Atenção Primária à Saúde (APS) e Estratégia Saúde da Família (ESF).

28. A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu, no Brasil, como uma estratégia de consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre esta temática analise as afirmativas abaixo:
- I. A ESF apresenta-se como uma replicação de modelos internacionais de atenção à saúde que foram exitosos em seus países de origem.
 - II. A construção da ESF foi consequência de um processo lento e contínuo de tensão com o modelo hegemônico de assistência à saúde.

- III. A ESF veio essencialmente como uma oportunidade de se expandir acesso à atenção primária para a população brasileira, de consolidar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de se coordenar a integralidade de assistência à saúde.
- IV. Destaca-se também o papel fundamental da ESF na organização dos processos de participação popular e sua respectiva influência na consolidação do papel moderador e monitorador das comunidades.

São corretas as afirmativas:

- a) I, II e III
- b) I, II, III e IV
- c) II, III e IV
- d) II e IV

29. Pesquisas apontam a importância da ESF como um modelo na reorganização do SUS. No entanto, podem ser notados diversos desafios e dificuldades para sua implementação. Diante do exposto, assinale a alternativa incorreta.

- a) Implementação de políticas de comunicação social que garantam forte apoio popular ao SUS e à ESF
- b) Mudanças nos cursos de graduação da área da saúde para formação de profissionais especialistas, comprometidos com o SUS
- c) Investimento na interdisciplinaridade das ações da ESF e aprimoramento da integralidade para garantia de uma Atenção Primária à Saúde mais resolutiva
- d) Estabilidade das relações profissionais e de trabalho para que haja continuidade e solidez no estabelecimento das relações entre equipes de saúde da família e membros da comunidade

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. A Portaria 2.488/ 2011 do Ministério da Saúde aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Sobre a PNAB **responda as questões 30 a 32, a seguir:**

30. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é tida pelo Ministério da Saúde como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A respeito da ESF, com base na PNAB, marque a alternativa correta:

- a) Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 5.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.500 a 4.000, respeitando critérios de equidade para essa definição.
- b) O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.
- c) Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias, além da distância dos domicílios à unidade básica de saúde, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade e a distância a ser percorrida, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.
- d) A carga horária de 40 horas semanais é para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, sem exceção.

31. Sobre as características do processo de trabalho das equipes de atenção básica, julgue se Verdadeira (V) ou Falsa (F) as proposições abaixo e em seguida assinale a sequência correta:

- () Planejamento e organização da agenda de trabalho de forma individualizada, com a divisão da agenda segundo ações programáticas e patologias, para promoção do cuidado integral, contínuo e longitudinal.
- () Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.
- () Implementar diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos

implicados na produção de saúde, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras.

- () Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

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

32. Sobre as atribuições comuns dos membros das equipes de atenção básica, julgue os itens a seguir e marque a alternativa correta:

- I. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- II. Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.
- III. Realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.
- IV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.

- a) Somente a alternativa II está correta.
- b) Somente as alternativas II e IV estão corretas.
- c) Somente as alternativas II, III e IV estão corretas.
- d) Todas estão corretas.

Para responder a questão 33, leia a descrição abaixo e em seguida marque a alternativa correta à pergunta.

“O município de Chapadão do Bugre tem aproximadamente 84.000 (oitenta e quatro mil) habitantes, com um percentual de cobertura 60% da população pela Estratégia de Saúde da Família. No ano de 2014, a Prefeitura de Chapadão do Bugre, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, realizou concurso público para dentistas, enfermeiros e médicos, com o intuito de atingir a meta de 100% de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família.”

33. Tomando-se como parâmetro o número máximo de pessoas que cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável, segundo a PNAB (Portaria nº 2.488/ 2011), quantas equipes de Saúde da Família o município acima descrito precisa formar para atingir os 100% de cobertura populacional?

- a) 21 Equipes de Saúde da Família.
- b) 18 Equipes de Saúde da Família.
- c) 12 Equipes de Saúde da Família.
- d) 8 Equipes de Saúde da Família.

Dentre as ações de fortalecimento da ESF e sua contínua qualificação, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008. Sobre esses núcleos, **responda as questões 34 a 36**, segundo as diretrizes do NASF sintetizadas nos Cadernos de Atenção Básica de nº 27 (BRASIL, 2009).

34. Quanto à missão do NASF é correto afirmar, EXCETO:

- a) O NASF apoia as equipes de Saúde da Família na perspectiva do Apoio Matricial e, por isso, constitui-se porta de entrada do sistema para os usuários.
- b) Vincula-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, conforme sua classificação.
- c) A equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família criarão espaços de discussões para gestão do cuidado: reuniões e atendimentos compartilhados constituindo processo de aprendizado coletivo.

d) O NASF deve ter como eixos de trabalho a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende pela Saúde da Família.

35. Para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009) apontam algumas ferramentas tecnológicas. Assinale a alternativa que contém a sequência correta de correlações da ferramenta e seu conceito, respectivamente.

- I. Pactuação do Apoio
- II. Clínica Ampliada
- III. Projeto Terapêutico Singular (PTS)
- IV. Projeto de Saúde no Território (PST)

Estratégia das equipes de Saúde da Família e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades	
Avaliação conjunta da situação inicial do território entre os gestores, equipes de Saúde da Família e o Conselho de Saúde; e Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF e a equipe de Saúde da Família.	
Conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar.	
Busca construir sínteses singulares tensionando os limites de cada matriz disciplinar e colocando em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais.	

A sequência correta para preenchimento deste quadro é:

- a) I-II-III-IV
- b) I-IV-III-II
- c) IV-II-I-III
- d) IV-I-III-II

36. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma variação da discussão de “caso clínico” bastante desenvolvido como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe. Representa um momento para definição de propostas de ações. Partindo dessa noção de PTS, as Diretrizes do NASF apontam 4 etapas para elaboração deste projeto terapêutico. Assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, qual(is) profissional(is) é(são) responsável(is) por cada uma dessas etapas.

Etapas do PTS	Profissional responsável
I. DIAGNÓSTICO	
II. DEFINIÇÃO DE METAS	
III. DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES	
IV. REAVALIAÇÃO	

- a) Médico – Enfermeiro – NASF – Médico
- b) Médico – Todos – NASF – Médico
- c) Equipe Saúde da Família – NASF – NASF – Equipe Saúde da Família
- d) Todos – Todos – Todos – Todos

37. De acordo com Oliveira e colaboradores (2012), a realização de atendimentos individuais pelos profissionais do NASF ainda é um assunto “polêmico”. São afirmativas verdadeiras sobre esta polêmica:

- I. As diretrizes de atuação do NASF proíbem os profissionais de realizarem atendimentos individuais em todas as circunstâncias, uma vez que o seu foco de atuação devem ser as atividades educativas e ações coletivas.
- II. A demanda de atendimento para algumas categorias do NASF, como a Psicologia, é muito pequena e não justifica uma agenda de atendimentos individuais.
- III. A facilidade de acesso aos serviços da rede de serviços ambulatoriais é um dos argumentos utilizados pelos profissionais para justificar a não realização de atendimentos.
- IV. Há uma ausência de clareza sobre a prática do NASF.

- a) I
- b) II e III
- c) I e IV
- d) IV

38. Levando em consideração as reflexões de Oliveira e seus colaboradores (2012) sobre os desafios e perspectivas da atuação dos profissionais do NASF do município de Fortaleza/CE, assinale a alternativa **falsa**.

- a) Na tentativa de transformar o modelo biomédico, os profissionais do NASF defrontam-se com a grande demanda reprimida de pessoas já adoecidas e que necessitam de atenção individualizada das diversas categorias profissionais de saúde presentes no NASF.
- b) Em Fortaleza, os profissionais apontam que há um fluxo bem definido e ágil de referência para as redes de atenção secundária, favorecendo a retaguarda assistencial destas redes e, ao mesmo tempo, gerando segurança nos profissionais.
- c) Segundo os autores, a prática do NASF parece ser mais exitosa quanto mais são criadas possibilidades de se engendrar nos processos cotidianos das equipes apoiadas.
- d) A adoção das diretrizes da política do NASF não pode prescindir da crítica por parte dos profissionais. Quanto menos críticos aos processos de trabalhos desenvolvidos, mais os profissionais do NASF se distanciam dos objetivos de uma APS ampla e das reais necessidades da população.

Leia a assertiva abaixo e **responda as questões 39 e 40**.

Ao dialogar sobre os saberes e modos de agir de um profissional de saúde, Merhy (1998) no texto “A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde na produção da saúde, uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência”, afirma que os modelos de atenção à saúde comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde.

39. Marque a alternativa CORRETA, com base nas informações do referido texto (MERHY, 1998):

- a) O modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar.
- b) O conjunto dos trabalhadores de saúde apresentam potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pelo compartilhamento do saber comum a todas as profissões, associados à dimensão prescritiva cuidadora que o profissional médico detém em um estabelecimento de saúde.
- c) Uma das consequências mais sérias do modelo biomédico hegemônico neoliberal é a maior implicação da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde na construção de modelos de atenção condizentes com as necessidades de saúde dos cidadãos.
- d) A conformação tecnológica concreta do modelo médico hegemônico é caracterizada pela valorização da ação assistencial dos outros profissionais da equipe, fortalecendo a dimensão cuidadora multidisciplinar e integral.

40. Julgue os itens a seguir e marque a alternativa correta, segundo os conceitos expostos por Emerson Merhy (1998):

- I. As tecnologias duras correspondem ao conjunto de máquinas, instrumentos e ferramentas do trabalho em saúde, enquanto que as tecnologias leve-duras consistem nos conhecimentos e saberes profissionais, bem estruturados, bem protocolado e normalizado presente nas atividades de saúde.
- II. Todos os trabalhadores de saúde fazem clínica, sendo está o campo principal no qual operam as tecnologias leves, como articuladora das outras configurações tecnológicas.
- III. As tecnologias leves correspondem ao processo de relações no encontro trabalhador-usuário, criando-se momentos de falas, escutas e interpretações, produção de momentos de confiabilidade, de acolhimento, de responsabilização e de vínculo.
- IV. Um modelo assistencial centrado no usuário, deve ser tecnologia leve dependente, comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar.

- a) Somente I e IV estão corretas.
- b) Apenas a alternativa I está correta.
- c) Apenas a alternativa IV está correta.
- d) Todas estão corretas.

41. Sobre o trabalho multiprofissional no âmbito da Saúde da Família, Oliveira e Spiri (2006) realizaram pesquisa qualitativa com equipes com objetivo de analisar o significado da experiência do trabalho em equipe. Suas considerações, a partir do material analisado e em diálogo com a literatura apontam questões importantes para a prática das equipes na ESF. Na questão abaixo assinale a única alternativa que consta conclusão verdadeira a respeito do estudo dos autores citados:

- a) O bom gerenciamento e hierarquia “horizontalizada” entre os membros da equipe permite que os profissionais troquem informações relacionadas aos pacientes para tomar a conduta adequada de acordo com cada necessidade identificada pela equipe.
- b) Mesmo sem cada membro da equipe saber ao certo seu papel na ESF, quando desempenha o trabalho com dedicação torna-o gratificante e reconhecido pela comunidade e equipe e cada vez mais interdisciplinar.
- c) Os conflitos no trabalho são inerentes à proposta da perspectiva interdisciplinar e possibilitam o restabelecimento de interações entre os membros da equipe.
- d) Quando todos os ACS conhecem as necessidades das famílias, a abordagem dos médicos(as) e enfermeiros(as) acontece em sua totalidade e é mais eficaz, pois a equipe é convocada pela comunidade a participar do acompanhamento.

42. O trabalho de Crevelim e Peduzzi (2005) trata de uma pesquisa que objetivou conhecer o quanto o trabalho em equipe de saúde da família favorece a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial. Sobre o debate desse tema pelos autores, julgue as proposições abaixo:

- I. As entrevistas evidenciaram três dimensões da participação: direito à saúde e cidadania, assistencialismo e necessidade de capacitação. A participação como assistencialismo revelou-se necessária e complementar em áreas de maior exclusão social.
- II. Os Conselhos são “o espaço de conflito” entre os segmentos que o compõem e sua função deliberativa traduz um caráter político desses espaços como poder, que aparece de modo expressivo nos depoimentos dos sujeitos.
- III. Entre os trabalhadores de saúde e os usuários dos Conselhos de Saúde locais, existe uma noção ampliada sobre os determinantes do processo saúde-doença como conquista de qualidade de vida, embora ainda persista a concepção biomédica.
- IV. A noção de equipe revela-se bastante consolidada e legitimada entre os trabalhadores, o que representa importante conquista nas relações de trabalho. Essa integração entre os trabalhadores tem apresentado a reprodução do modelo de “pensar com”, “planejar com”, “decidir com” o usuário e a população.

São verdadeiras as proposições:

- a) I e II
- b) I e III
- c) II e III
- d) II e IV

43. A Estratégia de Saúde da Família apresenta características que favorecem a integração entre comunidade e Equipes de Saúde da Família. Sobre as reflexões de Crevelim e Peduzzi (2005) em torno da participação e do controle social, marque a única alternativa **INCORRETA**:

- a) Ao final da década de 80, no Brasil, a temática da participação ganha outras dimensões, que dizem respeito ao aprofundamento da democracia e à construção de novas relações sociais que se colocam entre o público e o privado, originando o público não-estatal.
- b) A principal característica da participação cidadã é tendência à institucionalização entendida como inclusão no arcabouço jurídico do Estado, com base nas estruturas de representação compostas por representantes eleitos diretamente pela sociedade.

- c) No contexto da Estratégia de Saúde da Família verifica-se a adequação da linguagem utilizada com a população, de modo a assegurar a troca de conhecimento entre trabalhadores e usuários e, com isso a maior integração e participação da comunidade no serviço e no próprio cuidado.
- d) Para os trabalhadores, o controle social possui forte conotação de fiscalização, visto ter prevalecido a ideia de que os conselheiros procuram o erro, com críticas negativas, além da busca por privilégios, o que gera tensão no ambiente de trabalho.

As questões 44 à 46, a seguir, discutem os conceitos do Apoio Matricial e Equipe de Referência, baseando-se nos apontamentos de Campos e Domitti (2007) a respeito da gestão do trabalho interdisciplinar na saúde. Responda-as.

44. Sobre Apoio Matricial e Equipes de Referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007), analise as assertivas abaixo:

- I. São metodologias de trabalho para se realizar a gestão da Atenção em Saúde.
- II. São arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento.
- III. As Equipes de Referência são modelos de gestão fundamentados em sistemas burocráticos e pouco dinâmicos que preveem relações do tipo vertical que induzem a fragmentação do processo de trabalho. Já o Apoio Matricial é um modelo baseado em procedimentos dialógicos e em ações horizontais que critica as linhas de intervenção das Equipes de Referência e surge como uma alternativa para minimizar a rigidez e os demais efeitos resultantes desse modelo.
- IV. Ao considerarmos os sistemas de referência e contra-referência a decisão sobre o acesso de um caso a um apoio especializado seria, em última instância, tomada de maneira interativa entre o profissional apoiador e o profissional regulador à distância que teria o papel de acompanhar e avaliar a pertinência dessa decisão.

Marque a única alternativa que expressa o correto julgamento das alternativas acima:

- a) Apenas os itens III e IV estão corretos.
- b) Apenas os itens I e II estão corretos.
- c) Apenas os itens II e III estão corretos.
- d) Todas as alternativas estão corretas.

45. O Apoio Matricial, segundo Campos e Domitti (2007), pode desenvolver-se nos seguintes níveis fundamentais:

- I. Atendimentos e intervenções conjuntas entre os apoiadores matriciais e os especialistas das Redes de Atenção à Saúde com conhecimentos e capacidade de agregar recursos que possam resolver problemas de saúde mais complexos.
- II. É possível que o apoio se restrinja à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo contudo o caso sob o cuidado da Equipe de Referência.
- III. Em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, matricial este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou intervenções especializadas, mantendo contato com a Equipe de Referência, que não se descomprometeria do caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade.
- IV. Atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da Equipe de Referência.
- V. Em situações complexas que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador o caso deve ficar sob o cuidado do mesmo e também da rede especializada. A responsabilidade das intervenções de um caso que envolve complexidade ficaria sob o cuidado restrito do nível de atenção especializado, não cabendo, nesse caso, o estabelecimento de um fluxo de comunicação entre os as diferentes instâncias dos diversos níveis dos serviços ou o compartilhamento do cuidado, de forma integrada, entre apoiador, rede especializada e a Equipe de Referência mesmo que de forma complementar.

A única alternativa que expressa o correto julgamento dos itens acima está em:

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

46. Em relação aos obstáculos que limitam a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, apontados no texto base (CAMPOS; DOMITTI, 2007) temos as seguintes assertivas:

- I. Obstáculos estruturais decorrem do modo que as organizações se estruturam, eles conspiram contra o modo interdisciplinar e dialógico de se operar. Nessa realidade, as organizações de saúde vêm apresentando um elevado grau de departamentalização, segundo a lógica corporativa das profissões e especialidades, ordenadas de acordo com os serviços produzidos ou com as etapas do processo de trabalho, com a função de cada área, com a clientela a ser atendida ou com o território onde o trabalho se realiza.
- II. Não há evidências de que existam obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos. O volume dos serviços oferecidos à população tem sido suficiente, pois o uso dos recursos tem seguido uma lógica de uso adequado e racional.
- III. O apoio matricial e mesmo o funcionamento de equipes de referência dependem de um importante grau de compartilhamento de poder entre distintos profissionais componentes de uma equipe e desses com outros especialistas.
- IV. O padrão de subjetividade dominante nos ambientes de concorrência exacerbada tende a ser, em última instância, o trabalho interdisciplinar baseado na promoção do encontro entre distintas perspectivas. Essa padronização baseia-se em métodos de trabalho dialógicos, interativos, com instâncias de mediação e contrato de metas e critérios para avaliação do trabalho.
- V. No referencial que defende o processo de saúde e doença restrito é orientada a utilização do enfoque da clínica ampliada do sujeito numa perspectiva interdisciplinar de integrar diferentes perspectivas profissionais.

A única alternativa que expressa o correto julgamento dos itens acima está em:

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

Para a prática na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é necessária a apropriação do que se denomina na literatura de Território. É a inserção dos profissionais de saúde nos territórios da ESF que poderá garantir a produção do cuidado em conexão com a integralidade. **As próximas questões, de 47 a 49**, tomam por base os apontamentos realizados por Oliveira e Furlan (2008) sobre a co-produção de projetos coletivos e diferentes olhares sobre o território, especificamente na ESF.

47. O referencial de território expresso no pensamento de Milton Santos, segundo Oliveira e Furlan (2008), abrange a(s) seguinte(s) ideia(s):

- I. Espaço físico (ambientes) onde se dá o encontro agente-hospedeiro e exige portanto intervenções do Estado no campo social (saneamento das cidades e dos portos) e da saúde (combate sistemáticos às epidemias).
- II. O “Higienismo Campanhista” que surgiu como resposta social à pobreza crescente de grande parte da população da época e às grandes epidemias.
- III. Espaço geopolítico, território-processo em permanente construção, espaço geográfico em constante remodelamento, conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações, movidos por necessidades humanas
- IV. Composto de restos de divisões do trabalho e de novas divisões de trabalho em implantação. Espaço formado de lugares contíguos e de lugares em redes. Campo de batalha de determinações gerais e particulares que dialeticamente moldam os lugares configuram subespaços de tempo.

Sobre as assertivas acima, assinale a única alternativa que contém o julgamento correto:

- a) Apenas os itens I e II são verdadeiros.
- b) Apenas os itens II e III são verdadeiros.
- c) Apenas os itens III e IV são verdadeiros.
- d) Todos os itens são verdadeiros.

48. Tomando por base o texto de Oliveira e Furlan (2008), julgue as assertivas abaixo:

- I. O trabalho em saúde não pode ser configurado ou pensado de maneira isolada, uma ação estanque nela mesma. Sob um olhar ampliado do processo saúde-doença, temos a questão social atravessando-o.
- II. Quando nos colocamos em relação com as pessoas que habitam os territórios não precisamos nos colocar de fato em contato com essas realidades, culturas, costumes e dinâmicas. As ações em saúde com os grupos e coletivos terão mais eficácia se forem realizadas sem as pessoas que nele habitam.
- III. Para entendermos os processos de saúde-doença presentes no território é suficiente estudá-lo de forma ecológica, por parâmetros gerais. Do mesmo modo que conseguimos apreender o território apenas colecionando histórias singulares trazidas por cada uma das pessoas que procuram satisfação de suas demandas nos serviços de saúde.

A alternativa que expressa o correto julgamento das assertivas encontra-se em:

- a) Apenas os itens I e II são falsos.
- b) Apenas os itens II e III são falsos.
- c) Apenas os itens I e III são falsos.
- d) Todos os itens são falsos.

49. Sobre as questões envolvidas na co-produção de projetos coletivos, julgue os itens abaixo segundo Oliveira e Furlan (2008):

- I. É muito comum a instauração de uma grande insegurança, ou mesmo do sentimento de impotência, nas equipes de saúde frente a situações muito complexas que envolvam problemas sociais, econômicos e políticos geradores de vulnerabilidade social nos territórios. Esse fenômeno é denominado “ampliação paralisante” e refere-se à “análise aporética” dos problemas.
- II. Será necessário encontrar alguma relação entre sociabilidade no território, as maneiras de se levar a vida, os problemas de saúde contemporâneos e a complexa demanda que aporta os serviços de saúde. Um olhar restrito e normativo para o território facilitará o reconhecimento dessas relações.
- III. Um coletivo que funcione em co-gestão precisará, nesse sentido, criar mecanismos que inibam as participações propositivas dos seus membros, sem com isso desconsiderar as suas demandas ou necessidades.
- IV. Entendendo, que a co-responsabilização surge na medida em que usuários, grupos e comunidade adscritas nos serviços fazem parte, ainda que de forma não efetiva, do processo de formulação, implementação e avaliação dos projetos de ações em saúde no seu bairro e comunidade.
- V. O trabalho em grupo exige articulação sócio-histórica com três níveis: da verticalidade (relacionado ao que é próprio de cada indivíduo, sua formação, história, tempos, conceitos, desejos e contexto social), da horizontalidade (denominador comum entre o grupo, o que os unifica, traços compartilhados entre os integrantes) e da transversalidade (contexto em que o grupo opera, incidência na dinâmica do indivíduo e no grupo).

A alternativa que expressa o correto julgamento das assertivas encontra-se em:

- a) Apenas os itens I e V são verdadeiros.
- b) Apenas os itens II e III são verdadeiros.
- c) Apenas os itens II e V são verdadeiros
- d) Apenas os itens I e IV são verdadeiros.

50. Santos e Rigotto (2010) problematizam em seu trabalho os conceitos de território e territorialização no sentido de dialogarem com os desafios da Vigilância em Saúde e a ESF. Sobre as concepções a respeito de território, trabalho e ambiente trazidas pelos autores, é verdadeiro uma única assertiva abaixo:

- a) Com os avanços da territorialização na Atenção Básica, devido a implantação mais efetiva da ESF, nos diagnósticos das condições de vida e da situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares têm sido listados e tratados como conteúdos articulados no território analisado.

- b) A territorialização é em um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF e para isso devem adquirir, pelo menos, três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços, segundo as ofertas dos equipamentos de saúde; reconhecimento do 'ambiente', da população e da dinâmica social existentes nessas áreas; e estabelecimento de relações hierarquizada, cooperativa e eficaz com outros serviços adjacentes, centralizando sua prática diante dos serviços secundários.
 - c) o processo de territorialização deve buscar mapeamento geofísico e da delimitação sanitária dos territórios, contemplando as demandas da gestão dos serviços de saúde e instaurando os conselhos locais de saúde como dispositivo permanente de avaliação da territorialização.
 - d) Para a constituição de uma base organizativa dos processos de trabalho nos sistemas locais de saúde dirigida a essa nova prática e que permita resolver a 'tarefa' de desvelar as relações entre o ambiente e a saúde, reveste-se de significado capital o reconhecimento dos territórios e seus contextos de uso, uma vez que materializam diferentemente as interações humanas e os problemas de saúde
-