

CONHECIMENTOS GERAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

06. A lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a criação de instâncias colegiadas de participação em cada esfera de governo sobre estas instâncias assinale o item correto:
- a) A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada dois anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Legislativo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
 - b) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
 - c) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será de 25% em relação ao conjunto dos demais segmentos.
 - d) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
07. No dia 29 de outubro de 2014 a Câmara de Deputados sustou o efeito do decreto da presidência da República que cria os conselhos populares segundo o Jornal O GLOBO desta data:

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

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

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

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

- c) O modo como os processos de humanização se dão, deve confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar.
- d) As iniciativas são atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade dos profissionais de saúde.
14. Cohen (2009) reflete sobre a Reforma Sanitária Brasileira. Sobre este assunto assinale a alternativa correta:
- a) A partir da década de 80, verifica-se um deslocamento na produção, acadêmica e não acadêmica, das grandes questões envolvidas na proposta original da Reforma Sanitária.
- b) A saúde, mesmo com a universalização dos direitos, não pode ser considerada um sistema de proteção social, pois isso não é garantido em seu financiamento.
- c) Do ponto de vista da oferta de serviços, a saúde se configura como uma oferta fragmentada, segmentando a clientela, em que pese o discurso mais recente dos avanços da atenção básica e da “cobertura” (entendida como acesso), promovendo uma segmentação do público-alvo
- d) Do ponto de vista da implantação do de proteção assistencial, calcado na concepção de seguridade social, num ambiente mundial de desmonte dos Estados de Bem-Estar Social, o que se verificou nas décadas pós-constituição foi uma fratura da concepção e uma segmentação de seus componentes – previdência social e saúde – abrindo caminho para retrocessos nos processos de avanços experimentados por esses segmentos.
15. De acordo com o texto de Scorel e Moreira (2008) há diversos graus de participação na esfera política e estas distinguem-se de três formas ou níveis de participação, sendo:
- I) A “presença”, a forma menos intensa e mais marginal que engloba comportamentos essencialmente receptivos ou passivos, situações em que o indivíduo não dá qualquer contribuição pessoal.
- II) A “ativação”, em que o sujeito desenvolve, dentro ou fora de uma organização política, uma série de atividades que lhe foram confiadas por delegação permanente (envolvimento em campanhas eleitorais, participação em manifestação de protesto).
- III) A “participação” quando o indivíduo contribui direta ou indiretamente para uma decisão política;
- IV) A “presença”, a forma moderada que engloba comportamentos receptivos e ativos, situações em que o indivíduo não dá qualquer contribuição pessoal.
- V) A “presença”, a forma menos intensa e mais marginal que engloba apenas comportamentos receptivos, situações em que o indivíduo dá sua contribuição pessoal.
- a) Apenas as alternativas I e II e III estão corretas.
- b) Apenas as alternativas II, III e IV estão corretas.
- c) Apenas as alternativas III, IV e V estão corretas.
- d) As alternativas I, III 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. Para a garantia da qualidade e do monitoramento das portas de entrada hospitalares de urgência e emergência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares criarão núcleos de acesso e qualidade hospitalar (NAQH) com a seguinte composição mínima: coordenador da urgência/emergência, coordenador da UTI, coordenador das unidades de internação, coordenador da central de internação do hospital e representante do gestor local (BRASIL, 2013). Compete aos núcleos de acesso e qualidade hospitalar:
- Realizar o atendimento do paciente visando a assistência rápida para diminuir a permanência hospitalar.
 - Articular o conjunto das especialidades clínicas, bem como a equipe de enfermagem, garantindo, assim, a equidade do cuidado intra-hospitalar e inter-hospitalar.
 - Manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência; monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação.
 - Definir critérios de internação ou alta; e responder às demandas do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e do Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.
27. As unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e os Hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP) se constituem em unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio. De acordo com a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro 2012, são diretrizes das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP):
- Prestação do cuidado ao usuário hospitalizado que necessite de cuidados em reabilitação preferencialmente de caráter não intensivos.
 - Atenção prestada em tempo oportuno e garantia de cuidado por equipe médica.
 - Incentivo à dependência e a corresponsabilização da família no cuidado.
 - Garantia da “alta responsável” e em tempo oportuno; intersetorialidade; e acessibilidade.
28. O programa SOS Emergências é uma ação estratégica prioritária do Ministério da Saúde para a qualificação do Componente de Atenção Hospitalar da RUE, realizada em conjunto com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a melhoria da gestão e do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do SUS. De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.663, de 6 de agosto de 2012, são objetivos do programa SOS Emergências:
- Intervir de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta do cuidado nas grandes emergências hospitalares do SUS e nas redes particulares.
 - Assessorar clinicamente a equipe do hospital participante do programa e oferecer capacitação para o aprimoramento da gestão do cuidado ao paciente em situação de urgência.
 - Apoiar as unidades hospitalares por meio da avaliação periódica dos profissionais que atuam na classificação de risco e validação de protocolos administrativos.
 - Possibilitar a readequação física e tecnológica dos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar.
29. Em relação às estratégias prioritárias da RUE (Rede de Atenção às Urgências e Emergências), é correto afirmar:
- Detecção de epidemias e documentação da disseminação de doenças. Identificação de novas doenças ou eventos adversos à saúde.
 - Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência; Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva; Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínica
 - Recomendação, com bases objetivas e científicas, de medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde.
 - Elaboração e implementação de políticas saudáveis; Reforço de ação comunitária; Criação de espaço saudáveis; Elaboração de estratégias de mudança de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis; Reorientação dos serviços de saúde.

30. A operacionalização da Rede de atenção às urgências e emergências, de acordo com a portaria MS/GM nº 1600/11, dar-se-á pela execução de cinco fases. Assinale a alternativa correta quanto às fases:
- Fase de mobilização dos dirigentes políticos do SUS; Fase de identificação e apoio à solução de possíveis pontos críticos; Fase do desenho regional da Rede; Fase do apoio à organização dos processos de trabalhos voltados à implantação/implementação da rede.
 - Fase da qualificação dos componentes; Fase de mobilização dos dirigentes; Fase da contratualização dos pontos; Fase da certificação; Fase de adesão e diagnóstico.
 - Fase de mobilização dos dirigentes políticos; Fase do desenho regional da rede; Fase da qualificação dos componentes; Fase do monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação da rede; Fase da certificação.
 - Fase de adesão e diagnóstico; Fase do desenho regional da rede; Fase da contratualização dos pontos de atenção; Fase da qualificação dos componentes; Fase da certificação.
31. A atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de atenção à saúde. São elas:
- Articular políticas e ações intersetoriais e de redes sociais, implantar/implementar, ampliar e qualificar a notificação de violências domésticas e sexual, entre outras.
 - Produzir e divulgar regularmente análises de situação e de tendências de violências e acidentes.
 - Ser base, ser resolutive, coordenar o cuidado, ordenar as redes
 - Articular políticas e ações intersetoriais, coordenar os cuidados e ordenar as redes.
32. A Portaria nº 1600/11 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Marque o item correto no que se refere às novas diretrizes de atenção às Urgências no país, preconizadas pela referida Portaria:
- Ampliação de acesso aos casos crônicos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção.
 - A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada inicialmente na região Nordeste e Norte do país, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.
 - A Rede de Atenção às Urgências prioriza as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.
 - Cria as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h).
33. “Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil; desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma; estabelecer e implementar uma linha de cuidado ao trauma”. Esses objetivos estão contidos na portaria:
- Portaria nº 737/GM/MS
 - Portaria nº 1.600 GM/MS
 - Portaria nº 1.365 GM/MS
 - Portaria nº 4.279/GM/MS
34. Visando prestar um serviço de urgência de qualidade e excelência, o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições, cria o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências. As portas de entrada hospitalares de urgência serão consideradas qualificadas se atenderem a alguns critérios. Assinale a opção que contém o critério correto quanto à qualificação das portas de entrada hospitalares de urgência:
- Equipe multiprofissional especializada, em regime de plantão.
 - Independência na coordenação dos fluxos existentes de referência e contrarreferência.
 - Implantação de processo de acolhimento com classificação de risco.
 - Articulação com os serviços de menor complexidade para a geração de relatórios mensais com fins estatísticos.

35. A situação da Atenção Hospitalar no Brasil está marcada pela percepção de algumas dificuldades que possuem várias dimensões conjunturais e que interagem entre si. São elas:
- Financeira, Política, Organizacional, Ambiental, Social e Ensino e Pesquisa.
 - Financeira, Política, Organizacional, Cultural, Social e Ensino e Pesquisa.
 - Financeira, Política, Organizacional, Assistencial, Social e Ensino e Pesquisa.
 - Financeira, Política, Organizacional, Jurídica, Social e Ensino e Pesquisa.
36. O tema da humanização foi apontado como um dos desafios para o SUS na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000 (BRASIL, 2014). São pistas para humanização dos hospitais do SUS:
- Ampliar a experimentação de ação clínica, torná-la mais compartilhada e corresponsabilizada entre os gestores;
 - Desenvolver estratégias de inclusão dos trabalhadores e da sua rede sociofamiliar nos processos de cuidado;
 - Ampliar e qualificar a presença, inserção e responsabilização dos pacientes na rede de saúde;
 - Ampliar a experiência democrática na gestão dos hospitais.
37. A clínica ampliada e o acolhimento vêm sendo tomados como diretrizes a serem adotadas em hospitais através da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS). Identifique qual articulação se pode fazer entre clínica ampliada, acolhimento e mudanças organizacionais, que atinjam melhores resultados na atenção hospitalar?
- A clínica ampliada e o acolhimento são propriamente “coisas” a serem implantadas na recepção ou na enfermaria do hospital para torná-lo “humanizado”
 - Melhores resultados estão na inclusão de novas possibilidades de se fazer clínica/gestão e de se produzir relação com dignidade e cidadania, as quais podem ser inscritas na realidade organizacional do hospital a partir dessas propostas.
 - Arranjos como a adoção de sistemas de cogestão, a partir de espaços coletivos deliberativos e colegiados de gestão, podem promover o desinteresse do trabalhador com os problemas de gestão e piorar a fixação destes profissionais, assim como sua capacidade resolutiva.
 - Os problemas crônicos de financiamento insuficiente e aqueles interfaceados com a própria constituição do pacto social que funda o próprio SUS, não interferem ativamente nos modos de se constituir a atenção hospitalar no Brasil.
38. A PNH é composta pelo Documento Base da Política Nacional de Humanização para Gestores e Trabalhadores do SUS (BRASIL, 2004; 2008) e pelas Cartilhas temáticas que representam um marco teórico orientador da Política, sistematizando as marcas, estratégias gerais e diretrizes. Sobre a humanização é incorreto afirmar:
- A humanização é delineada como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”.
 - A humanização propõe mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde” na busca por efetivar o SUS.
 - Os princípios norteadores da PNH: transversalidade, indissociabilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde.
 - Através dos documentos oficiais da PNH, não se pode visualizar as mudanças, as transformações e o amadurecimento da proposta desde seu lançamento, em 2003, visto que a Política é considerada como uma “obra aberta”
39. São princípios da PNH o respeito e o acolhimento da diversidade na produção de saúde e pelo exercício da autonomia e protagonismo de usuários e trabalhadores. No entanto, temos a hegemonia do saber biomédico que, segundo Gutierrez (2007) e Mendes (1999), através da medicina flexneriana descreve o seguinte valor:
- O biologicismo, que considera o homem uma máquina previsível capaz de controlar as variáveis que o fazem adoecer.
 - O mecanicismo, que promove a fragmentação do processo de produção e do produtor.
 - O individualismo, que enxerga o corpo do indivíduo particular, responsável em si pela sua saúde.
 - Especialização, que reduz o processo saúde/doença não levando em conta os componentes subjetivos, culturais e sociais.

40. No tocante à humanização da morte, assinale a alternativa correta:
- Em passado recente – década de 1980 e 1990 – surgiram movimentos pelos direitos do paciente, entre eles o direito de morrer com dignidade.
 - Quando os trabalhadores de saúde tendem a produzir um afastamento crescente do paciente, com a iminência de morte, por não estarem devidamente orientados chamamos de tanatocracia.
 - A caracteropatia é um conjunto de práticas especializadas que regula como a morte se expressa e, muitas vezes, até o momento em que ela deve acontecer.
 - Dentre os 12 princípios para uma boa morte, publicados pela primeira vez por uma revista médica inglesa em 2000 está o controle sobre o alívio da dor e demais sintomas.
41. Segundo a Organização Mundial de Saúde o hospital é parte integrante do sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde tanto curativa como preventiva. No que se refere à atenção hospitalar assinale a alternativa correta.
- Modelos de administração verticalizados como aqueles que vêm sendo praticados ao longo dos anos, de forma hierarquizada, com múltiplas relações de poder, contribuem para a descentralização da gestão.
 - A Organização Mundial de Saúde preconiza um novo papel para os hospitais como sendo um local para manejo de eventos crônicos, um local para análise das possibilidades e benefícios terapêuticos, com densidade tecnológica compatível e trabalhando com eficiência e qualidade.
 - Cecílio (2000) defende a ideia do hospital como espaço de defesa da vida, traduzido como aquele hospital comprometido com a integralidade da atenção e centrado na dimensão cuidadora das pessoas.
 - Ao longo dos anos os hospitais têm se apresentado como organizações formais e hierarquizadas, funcionando como centro do sistema de saúde que atrai uma demanda adequada a seus serviços.
42. Em relação ao processo de ampliação do horário de visita hospitalar e o direito a acompanhante podemos afirmar que:
- Aumenta a infecção hospitalar devido maior exposição dos visitantes.
 - Diminui o controle social no cotidiano do trabalho em serviço.
 - Ajuda na melhor identificação das necessidades dos usuários.
 - Aumenta o tempo de permanência no serviço.
43. Em qual método se baseia a política nacional de humanização?
- Dupla inclusão: dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença e dos analisadores sociais.
 - Tríplice inclusão: dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença; dos analisadores sociais; e do coletivo.
 - Inclusão dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença;
 - Inclusão dos sujeitos no contexto social.
44. Marque a opção correta: Volume 3, dos Cadernos HumanizaSUS, em seu capítulo 11, que trata da construção de uma metodologia de acompanhamento do cuidado na emergência de um hospital universitário, nas suas discussões percebeu-se que as interferências feitas durante o acompanhamento muitas vezes geravam encaminhamentos para casos que antes se arrastavam sem ter visibilidade, o que indicava a importância de se investir em modos de fazer que atentassem para a construção de vínculo e para a realização de um trabalho em equipe, em que os impasses fossem pensados conjuntamente visando a resolutividade dos casos. Apontou então para a importância de:
- Da ampliação das equipes nos processos da atenção e gestão do cuidado, para que possam responsabilizar-se pelo usuário, com a inserção de mais profissionais plantonistas que dividam o trabalho da emergência, de forma que o trabalho seja menos cansativo, já que a emergência neste hospital estava configurada como local de longa permanência.
 - Da definição de uma equipe de referência nos processos da atenção e gestão do cuidado, que possa responsabilizar-se pelo usuário, ou a inserção do profissional diarista que estabeleça uma continuidade, de forma que o cuidado seja pensado como uma linha que vai sendo tecida, já que a emergência neste hospital estava configurada como local de longa permanência.

- c) Da definição de uma equipe de referência nos processos da atenção e gestão do cuidado, que possa responsabilizar-se pelo processo administrativo do setor, ou a inserção do profissional diarista que exerça uma função de fiscalização do serviço e estabeleça a ordem no setor, de forma que o serviço seja efetivamente oferecido sem desleixos pela equipe, já que a emergência neste hospital estava configurada como local de longa permanência.
- d) Da divisão das equipes por processos distintos da atenção e gestão do cuidado, para que cada especialidade possa responsabilizar-se pelo usuário de forma diferenciada, com a inserção de mais profissionais especialistas que dividam o trabalho da emergência de forma que o cuidado seja pensado dentro de diferentes visões, já que a emergência neste hospital estava configurada como local de longa permanência.
45. "Toda pessoa tem direito a participar dos conselhos e conferências de saúde e de exigir que os gestores cumpram os princípios anteriores". A fim de assegurar esse direito os gestores do SUS, nas três esferas de governo, devem se comprometer a:
- a) Adotar medidas restritivas para efetivação do cumprimento dos direitos e deveres dos usuários da saúde.
- b) Adotar providências necessárias para subsidiar a divulgação da Portaria no. 1820, de 13 de agosto de 2009, que versa sobre os direitos e deveres dos usuários de saúde.
- c) Adequar a portaria de direitos e deveres dos usuários da saúde, aos seus regimentos e estatutos dos serviços.
- d) Adotar estratégias para promover melhorias contínuas na rede de saúde e educação, tendo em vista que uma é dependente da outra.
46. No que tange à responsabilidade do usuário para que seu tratamento e recuperação sejam adequados, assinale a assertiva correta:
- a) Questionar o plano proposto e refutá-lo quando acreditar que não está tendo melhora ou recuperando-se.
- b) Expressar que compreendeu as informações e orientações recebidas
- c) Em caso de doença transmissível que requeira quarentena, o usuário tem o direito de abster-se da comunicação à autoridade sanitária local.
- d) Prestar informações nos atendimentos, sobre queixas e hospitalizações anteriores, mas é resguardado direito da não-informação sobre uso de drogas ou outras doenças anteriores não relacionadas com a atual.
47. No que concerne ao direito ao tratamento adequado das pessoas, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, assinale a alternativa correta:
- a) É assegurado atendimento ágil, com tecnologia apropriada e realizado por uma equipe multiprofissional capacitada
- b) As informações sobre o estado de saúde dos usuários devem ser compartilhadas com seus familiares e omitidas em situações de doença terminal ou de terapêuticas duvidosas.
- c) As receitas e prescrições terapêuticas devem conter o nome de marca dos fármacos prescritos assim como clara indicação da dose e modo de usar.
- d) É assegurado que os familiares de 1o, 2o e 3o graus tem o direito de serem informados sobre seu estado de saúde dos pacientes adultos.
48. Sobre o cálculo da necessidade e deficit de leitos de terapia intensiva é correto afirmar:
- a) A necessidade de leitos de UTI corresponde a 20% da necessidade total de leitos gerais.
- b) A população considerada para o cálculo da necessidade de leitos corresponde a 75,5% da população total que é dependente do SUS.
- c) A necessidade de leitos de UTI de adultos corresponde a 60% da necessidade total de leitos de UTI.
- d) A necessidade de leitos hospitalares totais corresponde a 7,5 leitos para cada 1.000 habitantes.

49. As intoxicações no ambiente doméstico vêm chamando a atenção como um problema de saúde pública no Brasil. Dentre as alternativas abaixo, assinale a correta:
- a) As crianças em idade pré-escolar são mais susceptíveis às intoxicações acidentais.
 - b) Há uma ação efetiva dos sistemas de saúde para minorar esse problema.
 - c) Práticas educativas em saúde vem sendo introduzidas nos serviços de saúde, em especial na rede hospitalar.
 - d) Os dados produzidos pelo Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológico (SINITOX) apresentam sua importância como referência nas ações de políticas públicas de saúde e demonstram que os adultos são as maiores vítimas desses acidentes.
50. São linhas de ação da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente prevista no Estatuto da criança e do adolescente (ECA):
- a) Campanhas de estímulo ao acolhimento sob forma de guarda de crianças e adolescentes vítimas de exploração.
 - b) Serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos.
 - c) Serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial, especificamente inter-racial.
 - d) Políticas e programas destinados ao afastamento do convívio familiar de crianças e adolescentes por suspeita de maus tratos.
-