





## CONHECIMENTOS GERAIS

1. Em pesquisa realizada pelo instituto Datafolha em 2014, referente aos 50 anos do golpe militar 1964 encontramos os seguintes resultados: "A democracia segue sendo defendida como o melhor sistema de governo, em qualquer circunstância, pela maioria dos brasileiros, mas há fissuras nesta relação: no momento em que se completa 50 anos do golpe militar de 1964, os brasileiros veem a situação política daquela época melhor do que atualmente, e estão um pouco ou muito insatisfeitos com o funcionamento da democracia, na qual veem alguns problemas, como corrupção e insegurança. (...) A comparação direta entre democracia e ditadura segue favorável à primeira: 62% dos brasileiros acreditam que a democracia é sempre melhor que qualquer outra forma de governo, patamar similar ao verificado em dezembro de 2008 (61%) e, numericamente, o mais alto já atingido na série histórica do Datafolha sobre o tema."

Os Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde são instâncias criadas pela lei federal nº 8.142 de 1990, fruto da luta da sociedade civil durante o regime militar, sobre estes espaços de participação assinale a alternativa correta:

- a) Os conselhos de saúde são compostos por segmentos do governo, comunidade, prestadores de serviços e profissionais de saúde, sendo a paridade entre estes representantes da seguinte forma: os gestores ocupam 50 % das vagas nos conselhos enquanto profissionais e comunidade dividem 25% das vagas e outros 25% estão com os prestadores de serviços.
  - b) Os conselhos de saúde são instâncias apenas consultivas não tendo poder de elaborar ou influir nas políticas de saúde.
  - c) Os conselhos de saúde e conferências representam um grande avanço para a democracia brasileira permitindo que os cidadãos participem das discussões sobre as Políticas de Saúde no Brasil.
  - d) Segundo a Lei nº 8.142 de 1990 as conferências de saúde devem ser convocadas a cada 02 anos pelo poder executivo.
2. Tendo em vista que lei nº 8.142 de 1990 são necessários, para que os Municípios, Estados e o Distrito Federal recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde, os seguintes pré-requisitos:
    - a) Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de saúde, Relatório de gestão.
    - b) Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de saúde, Relatório de gestão, autorização do chefe do executivo.
    - c) Fundo de Saúde; Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; plano de saúde; relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
    - d) Fundo de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990; plano de saúde; relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.
  3. O artigo de Cohn (2009) nos remete a reflexões sobre as limitações da Reforma Sanitária Brasileira, os muitos desafios para o alcance real das suas propostas originais e para o cumprimento das diretrizes constitucionais. Quando descreve sobre a: *Oferta e cobertura de serviços fragmentada e segmentação da clientela. Tessitura da relação Estado/Sociedade mais precisamente em relação às esferas públicas e privada da vida social. Despolitização da saúde e controle da sociedade.* A autora se refere RESPECTIVAMENTE às seguintes diretrizes do SUS:
    - a) Universalidade e Integralidade do acesso com equidade. Regulação do SUS. Participação e Controle Social além das instâncias formais.
    - b) Participação e Controle Social além das instâncias formais. Regulação do SUS. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade.
    - c) Controle Social além das instâncias formais. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade. Regulação do SUS.
    - d) Regulação do SUS. Participação e Controle Social além das instâncias formais. Universalidade e Integralidade do acesso com equidade.

4. A Constituição Federal de 1988 foi um marco na história da democracia brasileira, em particular no que diz respeito aos direitos sociais (Cohn, 2009). A seção II da referida Constituição estabelece em relação à saúde que:
- O SUS pode recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de determinada área, na fórmula e lógica da regulação do setor privado.
  - As ações e serviços públicos integram uma rede hierarquizada, centralizada e coordenada de forma bipartite pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde.
  - Saúde é direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida somente por políticas econômicas e de desenvolvimento institucional.
  - Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de doenças e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
5. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Conforme o Decreto nº 7.508/11 são Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de:
- Atenção hospitalar, atenção de urgência e emergência, ambulatórios especializados.
  - Atenção primária, ambulatórios especializados, atenção psicossocial.
  - Atenção hospitalar, atenção psicossocial, ambulatórios especializados.
  - Atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial.
6. Assinale a alternativa correta de acordo com as considerações presentes no decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011:
- Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de estados que compõe a mesma região, seguindo a divisão federativa do Brasil que tem como finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
  - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede municipal, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão pactuados entre as diferentes instâncias intramunicipais.
  - Mapa da Saúde corresponde a descrição dos principais indicadores sócio-epidemiológicos da Região de Saúde, auxiliando a identificar as regiões endêmicas e pontos críticos relacionados a distribuição dos principais agravos em saúde.
  - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.
7. Acerca das Políticas de Saúde no Brasil, assinale a alternativa correta:
- A Constituição Federal de 1988 instituiu a saúde como “direito de todos e dever do estado” e criou o SUS, porém garantiu liberdade a iniciativa privada e não impôs limites para a sua atuação nesse campo.
  - A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB-SUS) priorizou a inversão do modelo de atenção à saúde, enquanto a NOB-SUS 01/96 favoreceu o avanço no processo de municipalização.
  - O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), fortalece a regionalização e aborda a questão das relações interfederativas, propondo inovações como o Contrato Organizativo da Ação Pública.
  - Mais recentemente, a Lei Complementar 141/2012 definiu um valor percentual mínimo de aplicação das receitas tributárias de cada ente federativo em ações e serviços de saúde, sendo 15% para os Municípios, 12% para os Estados e 10% para a União.

8. Na seção reservada à Saúde, inscrita na Constituição Federal Brasileira existem cinco artigos que tratam de sua concepção e organização. Qual alternativa abaixo guarda relação direta com o conceito de determinantes sociais da saúde:
- As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.
  - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
  - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
  - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
9. Sobre a Política Nacional de Humanização, instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, e seus dispositivos, podemos dizer que a clínica ampliada é concebida como:
- Ação médica prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do paciente ter uma determinada doença.
  - Diagnóstico médico e de enfermagem para definir todo o tratamento para o paciente.
  - O serviço de saúde concentra-se no problema genético e em toda a tecnologia que ele dispõe para diagnóstico e tratamento.
  - Compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, equilibrando o combate à doença com a produção de vida.
10. A humanização da atenção exige um diálogo qualificado não somente dentro das equipes de saúde, mas, também, entre equipes de serviços diferentes, sempre envolvendo os sujeitos que demandam os cuidados. Nesta direção, é contraditório afirmar, sobre a Clínica Ampliada:
- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários e profissionais de saúde.
  - A atenção à saúde dos usuários é de responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde, envolvendo os diferentes níveis de atenção à saúde.
  - Fomento da autonomia e do protagonismo dos usuários.
  - Aumento do grau de co-responsabilidade entre os sujeitos implicados na produção de saúde.
11. Sobre a integralidade da atenção à saúde e as previsões em lei para as políticas públicas de educação e de saúde (Ceccim, Feuerwerker; 2004) é possível afirmar que:
- As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde afirmam que a formação profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, sem necessariamente focar no trabalho em equipe e na atenção integral à saúde.
  - A universidade pode ser independente da regulação e direção política do Estado, e é papel dos governos, particularmente do governo federal, desenvolver políticas que induzam explicitamente as universidades ao cumprimento de seu papel social.
  - A educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais.
  - Diante das transformações ocorridas no mundo do trabalho e da produção de conhecimento, não se faz necessário firmar uma política pública de mudança na graduação.
12. A Participação Social representa um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto seu estudo é imprescindível para a compreensão das políticas de saúde em nosso país. Dessa forma, é correto afirmar em relação à participação social no Brasil:
- A participação social no SUS é legalmente garantida pelos conselhos e conferências de saúde que interferem diretamente na política apenas em âmbito federal.
  - O orçamento participativo e os conselhos gestores são inovações no cenário político brasileiro. No orçamento participativo os sujeitos se organizam em instâncias colegiadas com caráter deliberativo sobre determinados

setores das políticas sociais. Já nos conselhos gestores os sujeitos se organizam para definir as prioridades de alocação de recursos.

- c) A Constituição de 1988 garantiu a participação social por meio das duas instâncias apenas: eleições diretas e plebiscito.
- d) Nas décadas de setenta e oitenta a participação na saúde se fazia por meio de conselhos comunitários, conselhos populares e conselhos administrativos.

13. Existem muitas concepções e sentidos para a participação e suas formas de efetivação. No que diz respeito à participação na saúde podemos afirmar que:

- a) A participação comunitária desponta no Brasil na década de setenta a partir de programas de extensão de cobertura preconizados por agências internacionais de saúde para a América Latina. Esses programas incentivam o aproveitamento do trabalho não qualificado da população nas ações sanitárias e valorizavam a organização da comunidade como possibilidade de alcançar melhorias sociais.
- b) A proposta de participação popular substitui a categoria comunidade pela categoria povo entendida como a parcela da população organizada em associações, sindicatos e outros equipamentos sociais e nela a participação é preconizada no âmbito apenas do serviço de saúde.
- c) Participação Social, categoria que ganha força na década de oitenta, refere-se apenas à participação dos setores sociais excluídos e tem como categoria central a sociedade.
- d) No contexto da formalização da participação social do setor saúde no Brasil, o controle social é a expressão de mecanismos coercitivos que a sociedade e o Estado exercem sobre os indivíduos mesmo por meio de instâncias participativas.

14. Em relação às características dos sistemas fragmentados de atenção saúde (MENDES, 2011).

- I – Orientados para atenção as condições agudas e os eventos agudos decorrentes das agudizações das condições crônicas.
- II – Organizados por um contínuo de ação, com ênfase no cuidado profissional a partir de ações curativas e reabilitadoras.
- III – Planejamento baseado na capacidade de oferta de serviços de saúde.

Assinale a alternativa correta:

- a) I e II estão corretas
- b) I e III estão corretas
- c) II e III estão corretas
- d) I, II e III estão corretas

15. Segundo Mendes (2011), as redes de atenção à saúde (RAS) são:

- a) Organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde articulados em níveis crescentes de complexidades tecnológicas.
- b) Organizações hierárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.
- c) Organizações hierárquicas de conjunto articulado de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral de indivíduos.
- d) Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população.

16. Em relação aos diálogos entre a educação popular, movimentos sociais e o setor saúde é correto afirmar que:

- a) O Movimento Popular de Saúde (MOPS) surge na década de 80 na Zona Leste de São Paulo com o fim da ditadura militar com a perspectiva de oferecer assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares e como instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos.
- b) A Rede de Educação Popular e Saúde surge no início dos anos setenta, por iniciativa de profissionais de saúde envolvidos em práticas de Educação Popular, com o intuito de fortalecer o debate sobre as relações educativas nos serviços de saúde.

- c) Existem dificuldades de gestores e mesmo setores progressistas do Movimento Sanitário em compreender a lógica e o ritmo dos movimentos sociais e das pequenas práticas locais no enfrentamento dos problemas de saúde que acontecem fora dos espaços institucionais formais, ou seja, dos conselhos e conferências de saúde. Esta lógica dos movimentos muitas vezes se choca com a lógica e o ritmo dos gestores.
- d) Existem algumas iniciativas de governos municipais ou estaduais na utilização da metodologia da Educação Popular como instrumento de fortalecimento da participação popular nos serviços, no entanto não existe ainda um saber significativo sobre as possibilidades de utilização desta metodologia como instrumento de gestão de políticas sociais.
17. O PBL (*Problem-Based Learning*) é uma abordagem educacional desenvolvida inicialmente no Canadá, EUA e Holanda que se propõe a criar alternativas ao modelo de ensino em saúde tradicional baseado em disciplinas, procurando substituí-las pelo estudo de problemas concretos de forma interdisciplinar e cooperativa. Uma das contribuições da educação popular a esta proposta pedagógica pode ser:
- a) Articular os problemas à realidade social ofertando soluções definitivas que transformem a realidade em suas várias dimensões.
- b) Contextualizar os problemas a serem debatidos de forma que, na América Latina, essa abordagem assuma características transformadoras, criando possibilidades de uma prática sanitária baseada num processo contínuo de ação e reflexão capaz de romper com as práticas medicalizadoras e higienistas e constituir-se ação coletiva e solidária voltada a superar as raízes políticas, culturais e econômicas do sofrimento humano.
- d) Não há diálogos possíveis entre as duas abordagens já que o PBL está voltado apenas para a análise de práticas individuais e ações medicamentosas.
18. 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 seu 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.
19. Os Sistemas de Vigilância são importantes instrumentos para identificar doenças emergentes, comportamentos modificados de doenças já conhecidas, doenças que ocorrem em situações inusitadas, monitorizar e avaliar riscos à saúde e intervenções. Tem sido desenvolvidas, conforme se vê em Waldman (2009), novas aplicações da vigilância, tais como: vigilância de tecnologias médicas, vigilância ambiental, de traumas e lesões, de doenças crônicas e vigilância para resposta global a doenças emergentes. Marque a alternativa em que apareçam no enunciado, em conformidade com a literatura indicada, aspectos de **vigilância ambiental** e **vigilância de doenças crônicas**, respectivamente:
- a) Requer coleta, análise e disseminação de dados sobre riscos ambientais e desfechos; Tem merecido atenção somente em regiões desenvolvidas, apesar das taxas de mortalidade e incapacidade permanente por esse grupo de causas serem mais elevadas nas nações não industrializadas.
- b) Monitoramento da incidência, causas e circunstâncias em que ocorrem casos fatais e não fatais que podem ser classificados em não intencionais e intencionais; Pontos críticos para a vigilância de doenças não infecciosas são avaliações confiáveis da magnitude da morbimortalidade.
- c) Os desfechos de saúde de interesse podem ser tanto óbitos como doenças, os riscos abrangem os agentes, físicos e biológicos encontrados no ar, água, solo e alimentos; A vigilância desempenhou papel importante nos EUA para identificação da obesidade como prioridade em saúde pública permitindo documentar a epidemia e mensurar a efetividade de intervenções.
- d) Contribuir para a avaliação do benefício, dano e risco de medicamentos; Resulta de um esforço internacional de integração de serviços de saúde, vigilância e instituições de pesquisa.

20. O objetivo da vigilância não abrange somente a coleta de dados sobre específicos eventos adversos à saúde e sua transformação em informações úteis. Segundo a literatura indicada (WALDMAN, 2009) o uso da vigilância em determinado sistema de saúde deve ter alguns objetivos. O único objetivo que NÃO está descrito na literatura é:
- Detectar epidemias e documentar a disseminação de doenças.
  - Identificar novas doenças ou eventos adversos à saúde.
  - Recomendar, com bases objetivas e científicas, as medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde.
  - Manter desconfiança de novas práticas de sistemas de vigilância assegurando os instrumentos metodológicos consolidados.
21. Em relação ao modelo explicativo sobre a “história natural do processo saúde e doença” de Leavell & Clark é correto dizer que:
- Foram os primeiros a utilizar o conceito de Promoção da Saúde, quebrando o modelo hegemônico.
  - A Promoção da Saúde é considerada, neste modelo, uma ação de prevenção primária, relacionadas ao período pré-patogênico, momento em que a doença ainda não iniciou seu processo.
  - O modelo de Leavell e Clark foi inovador porque considerava os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho na inserção social dos indivíduos nos níveis de saúde da população.
  - O modelo de Leavell e Clark segue até hoje como o melhor modelo explicativo para se compreender as medidas de Promoção da Saúde.
22. A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, elaborou a Carta de Ottawa, considerada o documento mais importante como marco conceitual da Promoção da Saúde. Nesta Carta estão definidos os campos de ação da Promoção da Saúde, fundamentais para nortear as estratégias de Promoção da Saúde. Quais são eles:
- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde.
  - Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de estratégias preventivas para adoção de estilos de vida saudáveis; Reorientação dos serviços de saúde.
  - Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Criação de espaços saudáveis; Desenvolvimento de habilidades pessoais; Reorientação dos serviços de saúde.
  - Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Reforço da ação comunitária; Criação de espaços saudáveis; Elaboração de estratégias de mudança de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis; Reorientação dos serviços de saúde.
23. A construção histórica do que é e do que não é Atenção Primária à Saúde teve início em 1966 nos EUA e o seu conceito é parte importante da introdução da Declaração de Alma-Ata (1978), de documentos da Espanha (1984) e Cuba (1984), das publicações de Bárbara Starfield (1992, 1998, 2002) além de outros documentos. Marque a alternativa abaixo que contém o que se lê nestas publicações.
- Nível de atenção que oferece a entrada no sistema de saúde para todas as novas necessidades e problemas; fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo; fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns e, coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.
  - Nível de atenção independente sem inter-relação com os outros serviços e unicamente da responsabilidade do setor saúde.
  - Estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral, oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados.
  - Estratégia caracterizada pela soma de conteúdos e habilidades provenientes das diferentes especialidades médicas, utilizadas para a prestação de serviços aos pacientes no primeiro nível de atenção e, que se reduz a utilização de pessoas da comunidade capacitadas para prestar uma atenção elementar.
  - Inclui outros setores, é organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária.



Com base nestas descrições e em sua opinião, assinale a alternativa correta:

- a) Somente II, IV, e V caracterizam o que NÃO é Atenção Primária à Saúde.
- b) Todas as descrições caracterizam o que NÃO é Atenção Primária à Saúde.
- c) Somente I, III e V caracterizam o que é Atenção Primária à Saúde.
- d) Todas as descrições caracterizam o que é Atenção Primária à Saúde.

24. Sobre os antecedentes do “Programa de Saúde da Família” no âmbito das reformas assistências no Brasil aponte a única alternativa correta:

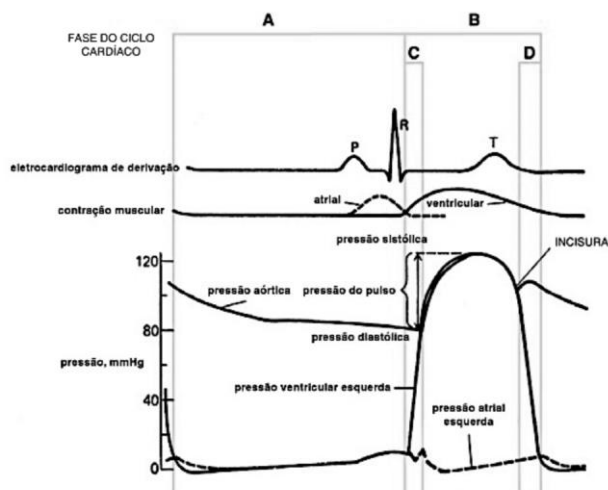
- a) A história do Programa de Saúde da Família (PSF) tem início quando o Ministério da Saúde forma o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991.
- b) A partir do PACS começou-se a focar as populações pobres como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) a família nuclear burguesa, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por áreas de risco e vulnerabilidade).
- c) Por força do PACS, em 1991, o ministério foi obrigado a institucionalizar, as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, que já vinham se desenvolvendo de forma sistemática e articulada pelo Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) em diversas regiões do País -liderados pelo Ceará, que já havia construído política estadual.
- d) Pode-se afirmar que, pelo fato de o Programa de Agentes Comunitários ter tomado forma de um Programa Nacional, ele se constituiu, conseqüentemente, como mais um programa vertical do Ministério da Saúde e uma ação paralela ao sistema de saúde.

25. A Atenção Primária caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. No Brasil a Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova e regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica. Sobre a Portaria é correto afirmar:

- a) Os NASF se constituem como serviços com unidades físicas independentes da atenção primária, de livre acesso para atendimento individual ou coletivo para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e promoção da saúde.
- b) As equipes de saúde da família trabalham em um território adstrito, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade.
- c) A APS tem como diretriz norteadora coordenar a integralidade da assistência, buscando a integração de ações programáticas; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades sendo vedado o atendimento a demanda espontânea, que se configura como ação das Unidades de pronto Atendimento (UPAS).
- d) Com a nova Política Nacional de Atenção Básica o Brasil passa adotar o termo atenção primaria para poder ter parâmetro de comparabilidade com os demais países que considera o termo Atenção Básica pautada em concepções centrada exclusivamente na prevenção de doença e promoção da saúde.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. Para manter a homeostase intersticial, é necessário que o sangue flua continuamente em quantidade adequada para todos os capilares do corpo, para tanto, é necessário a ação de bombeamento do coração. Analise e assinale a alternativa correta:
- A quantidade de sangue advinda de cada ventrículo e bombeada por minuto é o volume sistólico.
  - O sangue que flui das veias pulmonares para o átrio esquerdo passa para o ventrículo esquerdo através da tricúspide.
  - O fluxo sanguíneo através dos órgãos é passivo e ocorre porque a pressão arterial é mantida mais baixa do que a pressão venosa pela ação de bombeamento do coração.
  - O fluxo sanguíneo através dos órgãos é passivo e ocorre porque a pressão arterial é mantida mais alta do que a pressão venosa pela ação de bombeamento do coração.
27. Sobre a atividade mecânica e controle da frequência cardíaca, assinale a alternativa correta.
- A excitação do miócito cardíaco ocorre devido à ativação do aparelho contrátil por diminuição de cálcio citossólico.
  - Os batimentos ou contrações rítmicas normais do coração ocorrem devido à atividade espontânea ou automatismo do Nó Sinusal (Nó SA).
  - A divisão simpática do sistema nervoso autônomo exerce influência sobre o controle da frequência cardíaca, diminuindo a frequência das despolarizações.
  - As fibras parassimpáticas, que chegam ao coração através da cadeia ganglionar paravertebral, liberam acetilcolina nas células do Nó SA, e desta forma, retardam a frequência das despolarizações.
28. As alterações de volume, fluxo e pressão durante uma sequência completa de contração e relaxamento é definido como ciclo cardíaco. A figura abaixo ilustra o ciclo cardíaco do coração esquerdo. Analise e assinale a alternativa correta.



- A contração isovolumétrica está representada por D.
  - A sístole atrial acontece durante a diástole ventricular.
  - O período de ejeção (sístole) está representada por A.
  - O relaxamento (diástole) está representado por B.
29. Marque a alternativa correta sobre o processo da ventilação pulmonar em um indivíduo normal:
- Todo volume inalado, desde o nariz até os alvéolos, por um indivíduo saudável participa das trocas gasosas.
  - Quando o diafragma se contrai o conteúdo abdominal é forçado para baixo e para frente.
  - Os nervos intercostais suprem o diafragma determinando sua contração e um movimento para cima e para dentro.
  - Durante o repouso a inspiração é passiva e a expiração é ativa.

30. Com respeito aos elementos que participam da remoção de partículas inaladas, é verdadeiro afirmar:
- a) As menores partículas são filtradas pelo nariz.
  - b) Os alvéolos são protegidos por inúmeros cílios com eficiente movimento na direção da epiglote.
  - c) Nas vias de condução o muco aprisiona as partículas e os cílios transportam até a epiglote onde elas são engolidas.
  - d) As defesas do pulmão são realizadas pelos macrófagos no nariz.
31. Marque a alternativa correta a respeito das estruturas do sistema respiratório:
- a) O brônquio principal se divide em lobares, e após em terminais, até atingir os bronquíolos segmentares.
  - b) As vias aéreas se dividem em zona de condução e ductos alveolares.
  - c) A artéria pulmonar recebe todo o volume ejetado do ventrículo direito, portanto apresenta resistência vascular elevada.
  - d) A membrana alvéolo-capilar é responsável pela eficiência para atingir o completo equilíbrio entre o gás alveolar e o sangue capilar.
32. As estatísticas oficiais são uma importante fonte de informação sobre a ocorrência de Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC). Considerando a taxa de incidência e mortalidade por pneumonia no Brasil, é correto afirmar:
- a) A taxa de internações vem aumentando desde a última década.
  - b) A taxa de mortalidade hospitalar mostra uma tendência descendente.
  - c) O coeficiente de mortalidade varia conforme a faixa etária, sendo semelhante ao de outros países da América Latina.
  - d) Nos últimos cinco anos, a taxa de mortalidade tem diminuído de forma importante nas faixas etárias acima de setenta anos.
33. A diretriz brasileira para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes foi confeccionada tendo como base a literatura atualizada, portanto:
- a) Trata-se de uma regra que deve ser aplicada na prática médica.
  - b) Sua classificação em níveis de evidência foi feita de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde.
  - c) Sua classificação no nível de evidência B requer números substanciais de estudos, envolvendo um número adequado de participantes.
  - d) Sua classificação no nível de evidência C é baseada ensaios não- controlados e não randômicos ou em estudos de observação.
34. Leia as alternativas abaixo e no tocante a vacina anti-influenza marque V se verdadeiro e F se falso. Em seguida assinale a alternativa correta.
- ( ) Não devem ser vacinados aqueles com hipersensibilidade conhecida à proteína de ovo.
  - ( ) Indivíduos com quadros de doença febril aguda devem ser vacinados.
  - ( ) Profissionais de saúde devem receber anualmente a vacina de vírus morto.
  - ( ) Mulheres que estejam amamentando não devem ser vacinadas.

A alternativa correta é:

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

35. Para o exercício das funções que competem ao órgão central do Sistema Nacional de Transplante (SNT), a Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes (CGSNT) será assistida pelo Grupo de Assessoramento Estratégico - GAE, cujas atribuições são:
- Elaborar diretrizes para a política de transplantes e enxertos baseados nas diretrizes internacionais.
  - Vedar temas de regulamentação complementar.
  - Identificar os indicadores de qualidade e produtividade para as atividades de doação e transplantes.
  - Analisar os relatórios com os dados sobre as atividades do SNT e emitir parecer em situações especiais quando solicitados pela CGSNT.
36. De acordo com a portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009, que aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplante, serão aceitos para inscrição em lista de espera, para transplante de pulmão de doadores falecidos, potenciais receptores para transplante pulmonar bilateral ou para transplante pulmonar unilateral, com os seguintes diagnósticos:
- Doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose pulmonar primária ou secundária, bronquiectasias, hipertensão pulmonar e fibrose cística.
  - Doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose pulmonar primária ou secundária, bronquiectasias, hipertensão pulmonar e tuberculose.
  - Doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose pulmonar primária ou secundária, bronquiectasias, câncer de pulmão e hipertensão pulmonar.
  - Doença pulmonar obstrutiva crônica, fibrose pulmonar primária ou secundária, Asma, bronquiectasias, hipertensão pulmonar.
37. Serão aceitos para inscrição em lista de espera para transplante de coração os potenciais receptores:
- Portadores de insuficiência cardíaca em Classe III ou IV NYHA.
  - Portadores de insuficiência cardíaca em Classe I ou II NYHA.
  - Arritmias benignas.
  - Lesões coronárias de um único vaso.
38. A reunião de cúpula, 19.09.2011, convocada pela ONU para traçar uma estratégia global de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) resultou, em 2012, em Washington, numa reunião dos líderes de organizações como a American Cancer Society, American Diabetes Association e a American Heart Association, para um balanço sobre os resultados que deu início à ação internacional sobre o assunto. Com relação a esse encontro assinale a alternativa correta:
- O encontro não ajudou a promover a importância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).
  - Estão incluídas nas doenças crônicas não transmissíveis: câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e vírus da imunodeficiência humana.
  - A projeção para 2020 de mortes por DCNT encontra-se estagnada, assim os Estados-membros das Nações Unidas não precisam agir com urgência no desenvolvimento de políticas e intervenções públicas em saúde para prevenir, tratar e gerenciar as DCNT.
  - A Declaração Política da Reunião de Cúpula sobre a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, juntamente com chefes de Estado e representantes de governos reafirmaram o reconhecimento da existência de um “conflito de interesse fundamental entre indústria do tabaco e saúde pública” e a necessidade de “acelerar a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco”.
39. A OMS publicou, em 1986, e reafirmou na sua revisão em 2002 princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Quanto a estes princípios não é recomendado:
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.
  - Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte.
  - Se necessário acelerar ou adiar a morte.
  - Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

40. Segundo a definição proposta pela OMS, revista em 2002, Cuidado Paliativo é:
- “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.
  - “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.
  - “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer tratamento da dor e outros problemas de natureza física, ambiental e psicossocial”.
  - “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento”.
41. Em Cuidados Paliativos quanto à avaliação do prognóstico de pacientes idosos com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) é afirmativo que são preditores de mortalidade:
- Volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF), gravidade da debilidade física, idade avançada independente ou não do uso de oxigênio por longo prazo.
  - Em pacientes com 65 anos ou mais, a mortalidade após uma internação em unidade de terapia intensiva (UTI) por exacerbação de DPOC não costuma ser elevada.
  - Se analisarmos as internações decorrentes de aumento da frequência de exacerbações da DPOC, observamos que estas não se correlacionam com o aumento da mortalidade, não sendo um preditor independente de mau prognóstico.
  - Na evolução de uma internação por exacerbação da DPOC em idosos, comorbidades, depressão maior, estado civil e índice de qualidade de vida demonstraram ser fortes preditores de mortalidade.
42. Em Cuidados Paliativos quanto à avaliação do prognóstico do paciente com IC (Insuficiência Cardíaca) é correto afirmar que:
- Em virtude de prognósticos de incerteza em pacientes que morrem de Insuficiência Cardíaca, estes sujeitos têm sido considerados os que têm a menor compreensão de sua condição e o menor envolvimento no processo de tomada de decisões relativas aos seus cuidados.
  - Pacientes com Insuficiência Cardíaca não representam um desafio adicional na arte do prognóstico, pois cerca de 60% deles (classe funcional II da National [NYHA]) morrem subitamente.
  - A morte em geral ocorre no ambiente residencial e aqueles com Doença Cardiovascular (DCV) estão entre os que mais recebem assistência domiciliar e Cuidados Paliativos.
  - A incerteza quanto ao prognóstico e a trajetória da fase final da vida de pacientes com IC pode induzir ao que foi denominada paralisia prognóstica. Entretanto esta condição não atrasa o início da discussão sobre os Cuidados Paliativos e a real efetividade dos tratamentos propostos.
43. A angina instável é uma das causas cardiovasculares mais comuns de internação hospitalar, sendo também a responsável pela maioria das internações em unidades coronarianas. Em relação ao tema marque a alternativa correta:
- O paciente com angina instável tem prognóstico variável quanto a eventos desfavoráveis como infarto agudo do miocárdio, óbito, recorrência de angina e necessidade de revascularização miocárdica.
  - A ampla variação das manifestações clínicas das síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis, sua estratificação de risco dificulta na determinação de estratégias para tratamento ambulatorial ou hospitalar, o que propiciaria uma significativa redução de custos em função de maior eficácia terapêutica.
  - A história clínica do paciente com angina instável desempenha papel de importância reduzida na estratificação de risco.
  - As doenças cardiovasculares apresentam baixa morbimortalidade na população idosa.

44. Considerando a doença arterial coronariana cujos fatores de risco podem se caracterizar como constitucionais e comportamentais, pode-se considerar que:
- Os principais fatores de risco associados à doença arterial coronariana são: hipertensão arterial sistêmica, história familiar positiva para ocorrência de doença, tabagismo, alcoolismo e diabetes melitos.
  - Os fatores de risco relacionados no item "a" não estão associados a maior probabilidade de doença arterial coronariana.
  - Há correlação definida entre os fatores de risco para doença arterial coronariana e a evolução clínica do paciente admitido com síndrome isquêmica miocárdica instável.
  - A presença conjunta de 3 ou mais fatores de risco para doença arterial coronariana constitui marcador independente de pior prognóstico em pacientes com síndrome isquêmica miocárdica instável.
45. A asma tem um impacto importante na vida dos pacientes, seus familiares e no sistema de saúde. Para o controle da asma, é importante identificar e reduzir a exposição à alérgenos e irritantes. A este respeito, assinale a alternativa correta.
- A exposição ambiental inclui alérgenos inalados, exposições ocupacionais e irritantes das vias aéreas, sendo a eliminação desses contatos a etapa mais fácil no controle da asma.
  - São estratégias que comprovadamente melhoram o controle da asma e reduzem a necessidade de medicação: Evitar fumaça do cigarro; Lavar a roupa de cama semanalmente e secar ao sol ou calor e evitar medicamentos causadores de sintomas.
  - O controle ambiental e dos fatores agravantes no manejo da asma são auxiliares no tratamento medicamentoso.
  - O exercício físico é uma causa comum de sintomas de asma, desta forma, os pacientes asmáticos devem evitar atividade física, reduzindo a suscetibilidade ao broncoespasmo induzido pelo exercício.
46. As exacerbações da asma podem ser, leve a moderadas, graves e muito graves. Desta forma, os profissionais de saúde devem reconhecer as formas mais perigosas das exacerbações, que muitas vezes são eventos que requerem uma ação urgente para prevenir um desfecho grave. Assinale o que não é sintoma de exacerbação grave.
- Retrações leves ou ausentes na musculatura respiratória acessória.
  - Estado mental normal.
  - Frases completas.
  - Frequência cardíaca <110 bpm.
47. O câncer de pulmão atualmente é a mais importante dentre todas as neoplasias malignas. (...) a sua incidência vem aumentando em, aproximadamente, 3% a cada ano. Apesar dos avanços tecnológicos alcançados, tanto no diagnóstico como no tratamento, nos últimos anos, a mortalidade em cinco anos se manteve em torno de 14%. Com relação ao assunto é possível afirmar que:
- Os altos índices de mortalidade mostram a agressividade da doença, que, habitualmente, se apresenta nas suas formas avançadas no momento do diagnóstico.
  - Os tratamentos disponíveis atualmente são eficazes, com respostas aceitáveis pela maioria dos pacientes. O que ocorre é o retardo do diagnóstico e conseqüentemente, retardo no tratamento da doença.
  - A citologia do escarro desempenha papel fundamental no diagnóstico do câncer de pulmão nos pacientes assintomáticos e tem uma sensibilidade maior que a radiografia do tórax.
  - Mais de 90% dos pacientes com câncer de pulmão são assintomáticos no momento do diagnóstico. Os sinais e sintomas dessa neoplasia são secundários ao crescimento do tumor primário ou comprometimento loco-regional, à disseminação à distância ou secundários às síndromes paraneoplásicas.

48. Com relação ao estadiamento do câncer de pulmão é correto afirmar:
- a) Tem como objetivo uniformizar os tratamentos e facilitar a análise de dados epidemiológicos. Baseia-se na sintomatologia bem como na história familiar do paciente.
  - b) É a avaliação dos dados epidemiológicos do câncer de pulmão permitindo o agrupamento de pacientes e a prevenção da doença.
  - c) Baseia-se na avaliação do tamanho, da localização e do grau de invasão do tumor primário, bem como na identificação da possível presença de doença loco-regional ou metastática.
  - d) O atual sistema de estadiamento do câncer do pulmão se baseia naquele proposto por Denoix, em 1946, onde se avalia os dados epidemiológicos da doença.
49. Nos anos 1980 o câncer de pulmão foi responsável por, aproximadamente, 16% de todos os novos casos de neoplasia no mundo. No Brasil o câncer de pulmão também se tornou um dos mais importantes problemas de saúde pública, situando-se, dentre as neoplasias malignas, como a que causa maior mortalidade entre os homens. Com relação aos fatores de risco para o câncer de pulmão pode-se afirmar que:
- a) A mortalidade pelo câncer de pulmão exibe uma relação proporcional com a idade de início do tabagismo. Aqueles que começam a fumar na adolescência têm o mesmo risco de desenvolver câncer do pulmão que aqueles que iniciaram com mais de 25 anos de idade.
  - b) Os fumantes que tragam profundamente a fumaça do cigarro têm a mesma chance de serem acometidos pelo câncer do pulmão que aqueles que não a aspiram intensamente.
  - c) Embora se acredite que o risco do câncer do pulmão cresce com o aumento da concentração de alcatrão e nicotina, não existe nenhuma comprovação de que os indivíduos que fumam cigarros com baixos teores adoeçam menos.
  - d) A chance dos não-fumantes que vivem com fumantes desenvolverem câncer é baixa. Os estudos mostram, atualmente, que a causa principal do câncer do pulmão se dá pela inalação profunda da fumaça do cigarro.
50. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma das maiores causas crônicas de morbidade e mortalidade pelo mundo. No que concerne a esta patologia, marque a alternativa correta:
- a) Os aumentos contínuos na sua prevalência e mortalidade são em grande parte devidos ao uso crescente em todo o mundo de produtos derivados do álcool e pelo aumento da longevidade das populações em países em desenvolvimento.
  - b) É uma doença evitável e tratável, com alguns efeitos extrapulmonares importantes que podem contribuir para um agravamento em alguns pacientes.
  - c) A educação do paciente é um paliativo para ajudar a melhorar as aptidões, a habilidade de lidar com a doença e a condição da saúde.
  - d) É geralmente uma doença progressiva. Espera-se que a função pulmonar melhore com o passar do tempo, mesmo com o melhor tratamento disponível.