





## 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. As alterações funcionais facilmente identificadas para o reconhecimento do Acidente Vascular Cerebral agudo de acordo com a escala de CINCINATTI são:
- Desvio de rima labial, fraqueza no braço e alteração da fala.
  - Desvio de rima labial, desvio do olhar e fraqueza no braço.
  - Fala anormal, diplopia; fraqueza no braço.
  - Desvio do olhar, fraqueza na mão e fraqueza na perna.
27. Uma das principais complicações da trombólise endovenosa no tratamento do Acidente Vascular Cerebral isquêmico na fase aguda é o sangramento intracerebral, que pode ser reconhecido através dos seguintes sinais e sintomas:
- Hipotensão arterial e hipertermia.
  - Dor difusa e, hipoglicemia.
  - Piora do déficit neurológico e cefaleia súbita.
  - Piora do déficit motor, incontinência urinária.
28. A trombólise endovenosa utilizada no tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico pode reduzir sequelas neurológicas e reduzir a mortalidade, contudo, deve ser feito de forma criteriosa. Tendo sido estabelecidos critérios de exclusão e de inclusão. Quais critérios abaixo incluem o paciente para receber a terapia trombolítica?
- Tempo do início dos sintomas de 5 horas, PA sistólica > 185mmHg ou PA diastólica > 110mmHg em três ocasiões com 10 minutos de intervalo refratários ao tratamento anti-hipertensivo.
  - Déficits neurológicos leves sem repercussão funcional significativa, Cirurgia de grande porte nos últimos 14 dias.
  - Tempo do início dos sintomas inferior a 4,5 horas, PA sistólica de 150mmHg e PA diastólica de 90mmHg.
  - Melhora rápida e completa dos sinais e sintomas no período anterior ao início da Trombólise.
29. A escala utilizada para retratar os déficits neurológicos e avaliá-los dinamicamente durante a evolução do AVC isquêmico é:
- Scala de Hunt & Hess.
  - Scala de Fisher.
  - Scala de coma de Glasgow.
  - A escalate do NIH (National Institute of health).
30. O estudo do desenvolvimento embrionário do sistema nervoso é importante uma vez que permite entender muitos aspectos de sua anatomia. No tocante a divisão no Sistema Nervoso Central se pode afirmar que:
- Apartir do Prosencéfalo, teremos o surgimento do Telencéfalo e do Mesencéfalo.
  - O Diencéfalo formará estruturas correspondentes à Glândula Pineal e à Neurohipófise.
  - O fechamento da Goteira Neural tem início nas extremidades e é mais lento na região Central.
  - O Aqueduto Cerebral (Sylvius) une os Ventriculos Laterais ao III Ventrículo.
31. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, os tumores encefálicos ocorrem geralmente em várias estruturas anatômicas cerebrais, assim como em várias faixas etárias da vida. Conforme a afirmativa acima assinale quais são os tumores mais comuns a partir da 4ª década de vida.
- Astrocitoma anaplásico, Ependimoma e Tumor do plexo coroide.
  - Astrocitoma difuso, Meduloblastoma e Meningioma.
  - Glioblastoma, Meningioma e Oligodendroglioma.
  - Meduloblastoma Glioblastoma e Tumor de plexo coroide

32. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, 10 leitos, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado dos pacientes acometidos pelo Acidente Vascular Cerebral – AVC (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até quinze dias de internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação completa é denominada:
- Unidade AVC Agudo.
  - Unidade AVC Integral.
  - Centro de Atendimento de Urgência Tipo I.
  - Centro de Atendimento de Urgência Tipo II.
33. A Hipertensão Intracraniana (HIC) é a complicação frequente na fase aguda da Hemorragia Intraparenquimatosa e deve-se estar atento a esta possibilidade diagnóstica para monitorização e tratamento adequado o mais breve possível. Na vigência da (HIC), o objetivo da monitorização da Pressão Intracraniana (PIC) é:
- Manter a PIC < 20mmHg com pressão de perfusão cerebral > 60mmHg.
  - Manter a PIC < 30mmHg com pressão de perfusão cerebral > 50mmHg.
  - Manter a PIC < 30mmHg com pressão de perfusão cerebral > 60mmHg.
  - Manter a PIC < 20mmHg com pressão de perfusão cerebral > 50mmHg.
34. Um dos componentes fundamentais da Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica consiste nas ações de atenção diagnóstica e terapêutica especializada, garantidas a partir do processo de referência e contra referência do portador de doença neurológica, hipertensão arterial e diabetes mellitus dentro dos princípios e diretrizes da atenção à saúde.

O enunciado acima caracteriza o componente fundamental de:

- Alta complexidade.
  - Média complexidade.
  - Atenção Básica.
  - Atenção intermediária.
35. No Brasil o Acidente Vascular Cerebral é a primeira causa de morte e incapacidade, contudo, atualmente vem se observando uma tendência de queda relacionada com o controle de fatores de risco, atendimento rápido no pré-hospitalar e os relevantes avanços no tratamento do AVC na fase aguda.

Considerando as alternativas abaixo:

- Hipertensão arterial e a dislipidemia são fatores de risco para as doenças cerebrovasculares.
- O início súbito de perda da força, alteração da sensibilidade, dificuldade para falar, cefaleia intensa súbita são sinais de acidente vascular cerebral.
- No tratamento de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico é recomendado repouso absoluto no leito.
- No Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, os infartos cardioembólicos são decorrentes de oclusão de vaso cerebral por êmbolos provenientes do coração.

É correto apenas o que se afirma em:

- I
  - II, IV
  - III, IV,
  - I, II, III, IV
36. O sistema nervoso é dividido em dois subsistemas principais: Sistema Nervoso Central (SNC) e Sistema Nervoso Periférico (SNP). Sobre a organização anatômica e funcional geral do Sistema Nervoso é possível afirmar corretamente que:
- O Encéfalo e a Medula espinal fazem parte do Sistema Nervoso Periférico (SNP).
  - Os pares nervos cranianos compõem o Sistema Nervoso Central (SNC).
  - Neurônios aferentes conduzem informação do cérebro em direção à medula ou para fora do cérebro.
  - Os interneurônios participam de funções integradoras das informações sensitivas.

37. O Sistema Nervoso Periférico (SNP) é formado por 12 pares de nervos cranianos, 31 pares de nervos espinhais, além de gânglios e nervos periféricos responsáveis pela condução de respostas sensitivas e motoras no Sistema Nervoso. Pode-se afirmar corretamente sobre as subdivisões do Sistema Nervoso Periférico (SNP):
- No Sistema Nervoso Somático (SNS) os neurônios motores conduzem os impulsos nervosos do SNC ao músculo liso, ao cardíaco e às glândulas.
  - A ação motora do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) é involuntária, ou seja, fora do controle da consciência.
  - O sistema nervoso entérico (SNE) se divide em simpático e parassimpático.
  - A ação simpática regula as atividades de digestão e repouso.
38. O tecido nervoso acha-se distribuído pelo organismo, interligando-se e formando uma rede de comunicações que constitui o sistema nervoso. Ele é composto por dois tipos de células: os neurônios e a neuróglia. Sobre as características histológicas do tecido nervoso é correto afirmar:
- Os tumores cerebrais derivados da neuróglia, por mecanismos fisiopatológicos, são chamados de gliomas.
  - Os neurônios, assim como a neuróglia, podem se multiplicar e dividir-se no sistema nervoso maduro;
  - Os oligodendrócitos produzem a bainha de mielina no Sistema Nervoso Periférico.
  - As micróglia são células que ajudam na nutrição dos neurônios, além de auxiliar no desenvolvimento do encéfalo.
39. Os neurônios comunicam-se entre si por meio de potenciais de ação nervosos. A geração de potenciais de ação nas fibras musculares e nos neurônios depende de duas características básicas: a existência de um potencial de membrana em repouso e a presença de tipos específicos de canais iônicos. Essa comunicação permite que os impulsos nervosos se propaguem por nervos e gânglios no sistema nervoso.
- Sobre os processos de condução do impulso nervoso é correto afirmar:
- No potencial de membrana em repouso o interior do neurônio é rico em íons de sódio ( $\text{Na}^+$ ) e íons de cloreto ( $\text{Cl}^-$ ) e no meio intersticial é rico em íons de potássio ( $\text{K}^+$ ).
  - Durante a fase de despolarização do potencial de ação, a inversão do potencial de membrana torna o meio interno mais negativo em relação ao meio externo à membrana.
  - Durante a fase de hiperpolarização, o potencial de membrana torna-se ainda mais negativo do que o nível de repouso.
  - A condução do potencial de ação das fibras do tipo amielínicas é do tipo saltatória.
40. A maioria dos órgãos do corpo recebe instruções de ambas as divisões do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) – simpático e parassimpático, sendo eles regulados pelo hipotálamo. É possível afirmar, sobre as atividades de regulação simpática e parassimpática no organismo:
- A estimulação da atividade parassimpática reduz as funções corporais que favorecem o armazenamento de energia, preparando o corpo para uma resposta de luta-ou-fuga.
  - A divisão simpática é também denominada divisão craniosacral, devido à origem dos impulsos nervosos nos núcleos cranianos e segmentos sacrais.
  - Os axônios do nervo vago (nervo craniano X) conduzem quase 80% do fluxo parassimpático total.
  - No estômago e intestino a estimulação da atividade simpática provoca aumento da motilidade e relaxamento dos esfíncteres.
41. O sítio de comunicação entre dois neurônios ou entre um neurônio e uma célula efetora é denominada sinapse. As sinapses entre neurônios funcionam de maneira similar. O neurônio que envia o sinal é denominado neurônio pré-sináptico e o que recebe a mensagem é denominado pós-sináptico. Sobre as sinapses químicas entre neurônios é correto afirmar que:
- A liberação de neurotransmissores para a fenda sináptica ocorre na fase hiperpolarização do impulso nervoso.
  - Aumento na concentração de  $\text{Ca}^{2+}$  no interior do botão sináptico terminal desencadeia a liberação de vesículas com neurotransmissores.
  - Quando um neurônio pós-sináptico se hiperpolariza trata-se de uma transmissão excitatória.
  - Neurônios pós-sinápticos recebem apenas um tipo de sinapses, ou excitatória, ou inibitória.

42. Um impulso nervoso se autoconduz ao longo da membrana plasmática do axônio. A velocidade de condução do impulso ao longo da fibra axônica pode sofrer várias alterações. A velocidade de condução do impulso nervoso é aumentada:
- Pelo frio.
  - Por um estímulo leve.
  - Pelo menor diâmetro do axônio.
  - Pela mielinização.
43. O protocolo clínico de diretrizes terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo – apresenta as principais diretrizes para o auxílio no diagnóstico, tratamento e mecanismos de regulação, em caráter nacional, de indivíduos acometidos com o acidente vascular cerebral (AVC). Aprovado segundo a portaria nº 664 de 12 de Abril de 2012, pelo Ministério da Saúde. Sobre as diretrizes desse protocolo, é correto afirmar que:
- Os centros de atendimento de urgência ao AVC devem contar com disponibilidade de neurocirurgia durante 24 horas.
  - Pacientes com histórico de hemorragia intracraniana devem ser admitidos no protocolo de infusão trombolítica.
  - O uso do Alteplase no tratamento de paciente com AVC foi suspenso devido não apresentar bons resultados segundos últimos ensaios clínicos.
  - O uso das escalas NIHSS, Rankin modificadas e Barthel são suficientes para monitorar apenas os déficits neurológicos recentes a ocorrência do AVC.
44. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a segunda maior causa de morte e a principal causa de incapacidade no mundo. Com base nas informações da DATASUS, de 2005 a 2009 registram-se no Brasil cerca de 170.000 internações por AVC/ano, com um percentual de óbitos em torno de 17%. Sobre as características gerais do processo fisiopatológico do AVC é correto afirmar:
- A circulação mais comumente afetada (80% dos casos) é a circulação basilar.
  - Comprometimento do hemisfério não dominante causa diferentes níveis de comprometimento da linguagem, as chamadas afasias.
  - A maioria dos casos (85%) dos AVC é do tipo hemorrágico.
  - Hipertensão arterial sistêmica e diabetes são fatores de risco para lesões isquêmicas e hemorrágicas.
45. Sabe-se que um reflexo é uma sequência rápida e involuntária de ações que ocorre em resposta a um estímulo específico. Este reflexo é produzido pelos impulsos nervosos que percorrem uma via conhecida como arco reflexo. Quando acontece uma lesão ou doença em qualquer parte ao longo do arco reflexo, poderá causar ausência ou anormalidade desse reflexo.
- Diante da importância da integridade do sistema, marque a sequência correta da direção da condução do impulso nervoso nos componentes básicos do arco reflexo:
- Neurônio sensitivo, receptor sensitivo, centro integrador, efector e neurônio motor.
  - Receptor sensitivo, centro integrador, neurônio sensitivo, neurônio motor e efector.
  - Neurônio sensitivo, receptor sensitivo, centro integrador, neurônio motor e efector.
  - Receptor sensitivo, neurônio sensitivo, centro integrador, neurônio motor e efector.
46. Após um acidente automobilístico um jovem evolui com lesão de nervos cranianos. Como sequela apresentou um comprometimento na visão, na constricção da pupila (miose) e na sensibilidade muscular (propriocepção). Marque a alternativa dos quatro nervos cranianos que estão envolvidos na visão e no controle do movimento dos olhos.
- Troclear, facial, abducente e trigêmio.
  - Óptico, abducente, troclear e oculomotor.
  - Facial, óptico, troclear e trigêmeo.
  - Abducente, vestibulococlear, facial e oculomotor.

47. Na anatomia do encéfalo, o tronco encefálico localiza-se entre a medula espinhal e o diencefalo dividindo-se em três regiões: bulbo, ponte e mesencefalo. Marque a alternativa que expressa somente funções dos núcleos bulbares:

- a) Controle da temperatura corporal e estado de consciência.
- b) Regulação da postura e atividades motoras habilidosas.
- c) Transmissão de sinais para os movimentos voluntários.
- d) Regulação do diâmetro dos vasos sanguíneos e do ritmo básico (frequência) da respiração.

48. Estatísticas demonstram que nos Estados Unidos o Acidente Vascular Cerebral (AVC) representa a terceira causa de morte, atrás somente de ataques cardíacos e câncer. O AVC caracteriza-se por destruição do tecido cerebral e como causas mais comuns, temos: hemorragia de um vaso sanguíneo localizada na pia-máter ou encéfalo, coágulos sanguíneos que obstruem vasos cerebrais e formação de placas ateroscleróticas que bloqueiam o fluxo sanguíneo encefálico.

Um paciente que sofre um AVC com comprometimento nos neurônios motores superiores, terá como seqüela:

- a) Paralisia flácida dos músculos do corpo no mesmo lado da lesão, com perda dos reflexos, apresenta tônus reduzido ou perdido e os músculos permanecem flácidos.
- b) Paralisia espástica dos músculos no lado oposto do corpo à lesão, com tônus aumentado, reflexos exacerbados e os músculos permanecem espásticos.
- c) Paralisia espástica dos músculos do corpo no mesmo da lesão, com tônus aumentado, reflexos exacerbados e os músculos permanecem espásticos.
- d) Paralisia flácida dos músculos no lado oposto do corpo à lesão, com tônus aumentado, reflexos normais ou diminuídos e os músculos permanecem espásticos.

49. O vasoespasmismo cerebral é uma condição muito frequentemente associada à Hemorragia Subaracnóidea espontânea (HSAe) e deve ser sistematicamente monitorado através do Doppler transcraniano (DTC). O diagnóstico definitivo do vaso espasmismo e sua quantificação são feitos através de.

- a) Angiografia.
- b) Tomografia.
- c) Radiografia.
- d) Arteriografia.

50. O art.13 da Portaria nº 391, de 07 de julho de 2005, que define as Redes Estaduais de Assistência ao Paciente Neurológico determina que na definição dos quantitativos e na distribuição geográfica das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e dos Centros de referência de Alta Complexidade em Neurologia sejam utilizados os critérios e os parâmetros definidos pela Secretaria de Atenção à Saúde- SAS.

Considerando as alternativas abaixo, a respeito desses critérios:

- I. Necessidade de cobertura assistencial.
- II. Capacidade técnica e operacional dos serviços.
- III. População a ser atendida.
- IV. Série histórica de atendimentos realizados, levando em conta a demanda reprimida.

É correto apenas o que se afirma em:

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