

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. Considerando os principais elementos do Projeto Terapêutico Singular (PTS), avalie as afirmativas abaixo:

- I - O PTS envolve o diálogo e a construção coletiva de um projeto materializado em propostas de ação direcionadas para atenção integral a saúde de indivíduos, grupos ou famílias.
- II - O PTS busca a singularidade como elemento central de articulação, podendo ser dividido em diagnóstico, definição de metas e responsabilidades, negociação e reavaliação.
- III - O PTS pode ser dirigido a usuários ou famílias em situações graves, sendo valorizado o vínculo dos profissionais com os pacientes e sua família no seguimento do cuidado em 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.

27. Analise as aceções abaixo acerca da gestão da atenção à saúde e assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Modelos de atenção à saúde são essencialmente modos de organizar serviços com o propósito de intervir nos problemas de saúde em função das necessidades de determinada população.
- b) É fundamental a realização de uma prática que valorize a relação intersubjetiva e a história social dos sujeitos, reconhecendo também um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expresse de determinado modo.
- c) O arranjo da Equipe de Referência aponta para perspectiva de criação de vínculo, para constituição de espaços de co-gestão e o estímulo ao trabalho interdisciplinar.
- d) O acolhimento é uma etapa do processo de trabalho que procura atender a todos os que procuram os serviços de saúde, constituindo-se num importante disparador da mudança nas práticas em saúde.

28. Segundo Furtado (2010), a avaliação de programas e serviços:

- a) Visa descrever e analisar informações que permitam compreender melhor um projeto, programa ou serviço.
- b) Consiste em realizar um julgamento de valor acerca de determinada intervenção, com intuito subsidiar a tomada de decisão.
- c) Fornece resultados que serão necessariamente utilizados para tomada de decisão.
- d) Possui um elevado grau de institucionalização no cotidiano das práticas assistenciais e de gestão do SUS.

29. Avaliar é uma ação inerente ao ser humano. Com relação às principais características da avaliação de programas e serviços é CORRETO afirmar:

- a) A avaliação normativa é realizada por avaliador externo com base em padrões e normas preestabelecidas.
- b) A pesquisa avaliativa possui um forte componente gerencial e cotidiano nos serviços, utilizando-se do método científico em seus procedimentos.
- c) A avaliação formativa visa o aperfeiçoamento de um programa, diagnosticando suas fragilidades e vulnerabilidades.
- d) A avaliação somativa é realizada frequentemente no início das atividades de um programa, com a finalidade de tomar decisão sobre sua continuidade, ampliação ou transposição.

30. Sobre as diversas tipologias de classificação da avaliação de programas, pode-se afirmar que:

- a) A avaliação centrada nos participantes se baseia na premissa da qualidade do julgamento emitido pelos detentores de conhecimento.
- b) Incluir diferentes atores no processo avaliativo por meio de métodos construtivistas é objetivo primordial das avaliações de caráter mais utilitarista.
- c) O envolvimento dos diversos grupos de interesse pode favorecer a utilização dos resultados da avaliação.
- d) Os processos de acreditação hospitalar se enquadram especificamente nas avaliações centradas na administração.

31. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, publicado no Diário Oficial da União em, 29 de junho de 2011, tem o importante papel de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dentre outros aspectos, tão necessários a sua consolidação e melhoria permanente. Dessa forma, visa dar mais transparência a essa estrutura, com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos, para que o cidadão possa, de fato, conhecer, as ações e serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde e organizados em redes de atenção à saúde. (*texto extraído do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; Regulamentação da Lei nº 8.080/90; Brasília, 2011*).

Com relação às **Regiões de Saúde** assinale a alternativa que encontra **incoerências** segundo o Decreto nº 7.508 – Capítulo II Da organização do SUS – Seção I Das Regiões de Saúde:

- a) A instituição de Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, será permitida por decisão dos gestores estaduais com a articulação com os municipais.
 - b) As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.
 - c) Para ser instituída uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
 - d) Cabe aos entes federativos a definição dos seguintes elementos de estruturação de cada Região de Saúde: limites geográficos; população usuária; rol de ações e serviços; e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação de serviços.
32. No Capítulo V – Da Articulação Interfederativa, Seção II – **Contrato Organizativo de Ação Pública- COAP**, assinale a alternativa correta:
- a) Para a elaboração do COAP, cabe aos municípios definir os indicadores de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.
 - b) As normas de elaboração e fluxos do COAP serão pactuados pelo CIT, cabendo ao Ministério da Saúde a coordenação da sua implementação.
 - c) O Contrato Organizativo de Ação Pública- COAP tem como objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade de entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.
 - d) A fiscalização e o controle do COAP será de responsabilidade do Estado, por meio de serviço especializado.
33. Sobre a Epidemiologia como tecnologia e seus usos nos serviços de saúde, assinale a alternativa incorreta:
- a) O uso da epidemiologia nos serviços de saúde contribui para a missão de produzir saúde individual e coletiva, por meio da produção de conhecimento e do desenvolvendo de ações de impacto coletivo, voltadas à identificação e intervenção sobre problemas que dificultam melhorar a situação de saúde de indivíduos e populações.
 - b) A epidemiologia por promover o conhecimento do processo saúde-doença ajuda a definir uma forma de oferecer serviços de saúde direcionados à priorização das ações sobre os agravos e situações que comprometem a saúde da população.
 - c) A epidemiologia é considerada nos serviços de saúde como tecnologia de dupla inserção. Ao contribuir na gestão ou em formas de organizar e governar processos de trabalho, que envolvem núcleos de saberes e práticas nas intervenções as problemáticas de saúde, esta é considerada uma tecnologia dura.
 - d) A epidemiologia, como eixo de organização das práticas, apresenta-se com mais ênfase no sistema e serviços de saúde, relacionada à valorização da prevenção de agravos, abarcando a imunização, vigilância epidemiológica e o controle de doenças e agravos de notificação compulsória.
34. A Medicina Social, a Saúde Comunitária, a Medicina de Família constituem-se como antecedentes históricos da Saúde Coletiva. Atualmente, três movimentos ideológicos influenciam o campo da Saúde Coletiva. Marque a alternativa que explicita um destes movimentos:
- a) Sanitarismo.
 - b) Promoção da Saúde.
 - c) Epidemiologia.
 - d) Medicina baseada em evidências.

35. Sobre o trabalho do profissional em Saúde Coletiva podemos afirmar que:
- É considerado um gerente de processos coletivos de trabalho em saúde.
 - Possui como único campo de trabalho a gestão e o planejamento em saúde.
 - Tem como referência principal o paradigma de doença das ciências biológicas.
 - Reforça a organização disciplinar na formação dos profissionais de saúde.
36. Ao afirmar que o objeto da Saúde Coletiva são as necessidades sociais de saúde, podemos afirmar que o trabalho desse agente:
- Não dialoga com o campo da epidemiologia, pois se fundamenta nas Ciências Sociais em Saúde.
 - Dar-se exclusivamente através do estudo da distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes.
 - Não envolve o contato direto com os usuários, uma vez que assume funções de direção do processo de trabalho em saúde.
 - Volta-se para um conjunto de práticas estruturadas sobre o coletivo.
37. Sobre os princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde, marque a alternativa que contém, apenas, os organizativos.
- Descentralização / Equidade.
 - Universalização / Participação popular.
 - Universalização / Regionalização.
 - Regionalização / Descentralização.
38. Ao pensar sobre a história da Saúde Coletiva podemos afirmar que:
- A presença das ciências sociais foi se consolidando sendo considerada como fundamental para a compreensão dos processos da vida, do trabalho, do adoecimento e da morte.
 - É um conjunto formado por partes separadas que se aproximam quando a compreensão dos problemas ou a proposta de práticas se situam além dos limites de cada "campo disciplinar", exigindo arranjos unidisciplinares.
 - O campo se constitui por três grandes espaços e formações disciplinares, a saber: política, planejamento e gestão em saúde, considerando o tripé da Saúde Coletiva.
 - Defende uma relação mais orgânica do modelo de atenção à saúde com o complexo industrial privatista.
39. No ano de 1990, o SUS foi regulamentado, quanto ao processo de institucionalização e consolidação do SUS é correto afirmar:
- Os artigos da Lei Nº 8.080/1990 que se referiam a participação popular foram mantidos após amplas negociações com parlamentares.
 - Após amplo debate entre o Congresso Nacional e o Movimento Sanitário, alguns artigos importantes da Lei Orgânica da Saúde foram vetados pelo então presidente Fernando Collor de Mello, fato que impôs dificuldades para a descentralização e a democratização do setor saúde.
 - Sua regulamentação ocorreu com a aprovação da Lei nº 8.142/1990 e de forma complementar pela Lei nº 8.080/1990.
 - Os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) foram instrumentos de gestão emanados pela NOB-SUS 01/1996.

40. A produção de conhecimento e o acesso a informação sobre os níveis, padrões e tendências da saúde-doença no coletivo são fundamentais para subsidiar a atuação dos serviços de saúde. A epidemiologia oferece uma grande quantidade de ferramentas que contribuem para essa produção de conhecimento transformando dados em informação. Sobre as abordagens metodológicas utilizadas tradicionalmente pela epidemiologia podemos afirmar que:
- Na abordagem descritiva não se utiliza indicadores, restringe-se a descrição das condições de saúde da população e do acompanhamento das ações executadas.
 - Um dos problemas metodológicos da utilização destas abordagens é a inadequação do uso de indicadores como os coeficientes de mortalidade geral ou por doenças crônico-degenerativas para revelar e comparar a situação de população com diferentes estruturas etárias.
 - A produção de informação a partir dos indicadores é suficiente para a compreensão das condições de saúde da população, não havendo necessidade da inserção da análise num contexto de onde emergem as informações.
 - Os estudos epidemiológicos não são capazes de detectar ocorrência de eventos em números superiores aos limiares, pois estes necessitam verificação imediata, não sendo compatíveis com as referidas abordagens.
41. Vivemos no Brasil uma transição demográfica e epidemiológica. O envelhecimento da população e o aumento exponencial da morbi-mortalidade por causas externas desencadeadas, principalmente, pelos altos índices de violência e acidentes de trânsito alteram o perfil sanitário no Brasil. Estas transformações impactam diretamente nos serviços de saúde que assumem, atualmente, uma tripla carga de doenças. Sobre a atuação da epidemiologia é correto afirmar:
- A abordagem do elenco das doenças infecciosas de notificação compulsória deve ser priorizada na Vigilância devido a pequena magnitude dos agravos não infecciosos no perfil epidemiológico no Brasil.
 - Contribui de forma substancial para a atuação nos serviços de saúde abarcando ações desenvolvidas na clínica e vigilância sanitária, no entanto não possui ferramentas metodológicas que permitam intervenções efetivas nos problemas ocasionados por causas externas.
 - A epidemiologia contribui com as práticas nos serviços de saúde a partir da captação de dados e utilização de indicadores, técnicas e métodos epidemiológicos que contribuem no diagnóstico, vigilância, monitoramento e avaliação das ações de saúde.
 - Doenças crônicas não-transmissíveis, agravos decorrentes de acidentes e violências não constituem campos de atuação da epidemiologia.
42. O Sistema de Saúde brasileiro se conforma a partir da convivência entre três principais modelos, a saber: Sistema Público, Sistema Privado e Sistema de Convênios e Seguros de Saúde. Esses modelos são estruturados ancorados em determinadas compreensões sobre os processos da vida, do trabalho, do adoecimento e da morte e se vinculam a diferentes matrizes políticas-ideológicas, o que implica em diferentes abordagens das políticas sociais. Sobre o Sistema Único de Saúde, pode-se afirmar:
- A criação do SUS está ancorada na concepção da Seguridade Social assegura acesso aos serviços de saúde exclusivamente aos indivíduos segurados da Previdência Social.
 - A oferta estratificada de serviços de saúde e a ampliação da diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade são aspectos fundamentais para instituir a saúde como um direito de cidadania.
 - O SUS é integrante do sistema brasileiro de proteção social e juntamente com o Sistema de Previdência Social e o Sistema Único de Assistência Social compõe o tripé da seguridade social.
 - O SUS se fundamenta na concepção de "cidadania regulada", uma vez que a reforma no sistema seguiu um curso incremental.
43. A origem da Saúde Coletiva se associa à crítica ao modelo biomédico. Instala-se a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, tencionando a criação de trabalhos comunitários. Esse movimento que se dá na segunda metade dos anos 50 do século XX refere-se:
- Medicina Social.
 - Medicina Comunitária.
 - Projeto Preventivista.
 - Polícia Médica.

44. O processo de descentralização constitui-se como uma das principais marcas do SUS. A ampliação do acesso da população a um conjunto de serviços e ações de saúde em um país de dimensões continentais como o Brasil só foi possível devido à responsabilização dos governos municipais pela gerência dos serviços de saúde. Sobre o processo de descentralização podemos afirmar que:
- Um dos principais impasses da gestão descentralizada se retrata na dificuldade da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutive e de qualidade.
 - Há ainda muitos entraves em viabilizar o acesso dos usuários que demandam atenção especializada diante do sucesso na efetivação da proposta de regionalização que reduz a autonomia e o financiamento dos entes municipais.
 - O Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) são instrumentos de gestão criados pelo Decreto 7.508/2011 para regular o conjunto de serviços de saúde entre os municípios que integram a região de saúde.
 - A gestão da atenção básica torna-se responsabilidade exclusiva dos gestores municipais, enquanto que a oferta de ações de vigilância e controle de doenças são atribuições do governo estadual.
45. O acolhimento é uma estratégia idealizada com o propósito de romper com o modelo biomédico que opera à lógica da “queixa/condução”, levando, muitas vezes, à consolidação de modelos tecnoassistenciais centrados exclusivamente na produção de procedimentos. Sobre este propósito do acolhimento, é correto afirmar:
- O acolhimento é uma tecnologia do encontro entre trabalhador-usuário que busca garantir o sistema de queixa-condução de forma humanizada.
 - É uma estratégia que tem como princípio assegurar o acesso de todos os usuários aos serviços de saúde, levando-se em conta o aumento quantitativo dos atendimentos médicos.
 - O acolhimento é uma das estratégias essenciais para a concretização de uma clínica ampliada, constituindo-se num potente dispositivo disparador da mudança das práticas em saúde.
 - Os trabalhadores da equipe de saúde que devem ser responsáveis pela manutenção contínua do acolhimento são os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.
46. “A compreensão que temos sobre o que é saúde e doença condiciona o olhar sobre a realidade e define, em boa medida, o que é problema de saúde, assumindo papel determinante sobre as características organizativas do setor” (Carvalho e Cunha, 2009). Inspirados por esta afirmação, os autores propõem algumas alternativas organizacionais com o intuito de superar um dos principais empecilhos ao desenvolvimento da Reforma Sanitária Brasileira que é o desafio de promover mudanças participativas no processo de trabalho. Sobre modelos assistenciais, marque a alternativa CORRETA:
- As concepções sobre saúde e doença são neutras e não interferem no campo de responsabilidade do setor saúde.
 - Traduzem um arranjo organizacional que é simplesmente uma forma de organizar os serviços de saúde e definem uma forma de administrar um sistema de saúde.
 - Noções e crenças compartilhadas sobre o processo saúde/doença sintetizam um determinado sistema de conceitos e valores socialmente construídos que induzem a julgamentos e fornecem elementos para a elaboração de intervenção e para a orientação prática.
 - A pequena ênfase no componente orgânico do processo saúde/doença faz com que muitas vezes os profissionais imaginem que o seu objeto de trabalho não é a doença, o que gera toda sorte de desresponsabilização para com tudo que está contido nesse recorte.
47. A Saúde Coletiva é como um campo de práticas teóricas e de intervenções concretas na realidade que tem como objeto o processo saúde-doença nas coletividades (AUGUSTO, 2003). Sobre a Saúde Coletiva, é INCORRETO afirmar:
- A compreensão da saúde a partir da Saúde Coletiva leva em consideração as dimensões biológicas, sociais, psíquicas e ecológicas, articulando, assim, o individual com o coletivo.
 - A Saúde Coletiva trouxe um novo enfoque para o entendimento do processo saúde-doença, visto como algo em permanente transformação, cuja ação se dá num meio que não é somente reativo, mas, sobretudo, transformável.

- c) A Saúde Coletiva numa concepção de Saúde Ambiental foi moldada unicamente num modelo que alinha os riscos físico-químicos ao processo saúde-doença das populações.
- d) Na Saúde Coletiva, procura-se olhar a saúde a partir da Medicina Social que vai entender o processo saúde-doença pensando a produção e distribuição de agravos à saúde em suas várias formas, dimensões e conteúdos presentes na sociedade.

48. A Lei Federal Nº. 8.080, de 19/09/90 estabeleceu a combinação de critérios para a distribuição dos recursos federais para a saúde entre Estados, Distrito Federal e Municípios.

Qual dos descritos abaixo não faz parte destes critérios?

- a) Perfil demográfico da região.
- b) Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área.
- c) Representatividade e eficácia do respectivo Conselho de Saúde (Estadual, Municipal ou Distrital).
- d) Previsão do plano quinquenal de investimento da rede.

49. Considerando o decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, assinale a alternativa correta acerca das Regiões de Saúde:

- a) Não poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais. Estas deverão ser compostas por Municípios limítrofes por ato do respectivo Estado.
- b) Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.
- c) As Regiões de Saúde serão instituídas pelo ente federativo do Ministério da Saúde, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.
- d) As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas necessariamente no âmbito de uma única Região de Saúde, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

50. Acerca do processo de planejamento em saúde abordado do artigo 15º do decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, assinale a alternativa incorreta.

- a) O processo de planejamento da saúde deve iniciar pelas normativas e diretrizes do nível federal a em seguida ser capilarizado a nível dos municípios.
- b) O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.
- c) No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.
- d) O planejamento será orientado pelo Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.